



HAL
open science

Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim

Maroua Ben Maaouia

► **To cite this version:**

Maroua Ben Maaouia. Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim. Sociologie. Université du Maine, 2017. Français. NNT : 2017LEMA2004 . tel-01811203

HAL Id: tel-01811203

<https://theses.hal.science/tel-01811203v1>

Submitted on 8 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse de Doctorat

Maroua BEN MAAOUIA

*Mémoire présenté en vue de l'obtention du
grade de Docteur de Le Mans Université
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

École doctorale : *DEGEST*

Discipline : *Sciences de gestion*

Unité de recherche : *GAINS - Groupe d'Analyse des Itinéraires et Niveaux Salariaux*

Soutenue le : **26/09/2017**

Thèse N° : **2017LEMA2004**

Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance

Cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim

JURY

Rapporteurs :	Ali SMIDA , Professeur d'université, Université Paris 13 Stefka MIHAYLOVA , Maître de conférences, HDR, Université Paris 13
Examineurs :	Olivier BIENCOURT , Maître de conférences, HDR, Université du Maine
Directeur de Thèse :	Thierry JOLIVET , Professeur d'université, Université du Maine
Co-directeur de Thèse :	Jean-Louis DENIS , Professeur titulaire, Ecole de santé, Université de Montréal

Remerciements

La réalisation de cette thèse a sollicité la contribution de plusieurs personnes. Je tiens en premier lieu à exprimer ma profonde reconnaissance à Pr Thierry Jolivet de m'avoir accompagné tout au long de ce trajet. Je le remercie pour ses remarques enrichissantes, sa présence régulière mais surtout pour ses encouragements perpétuels. Merci d'avoir cru en moi ...

Je remercie de tout cœur Pr Jean-Louis Denis pour tous les efforts déployés et sa disponibilité malgré la distance. Merci infiniment...

Je remercie aussi les membres du jury qui ont évalué ce travail. Vos remarques et suggestions me sont très utiles. Je vous en suis reconnaissante...

Mes remerciements vont également à tous le personnel du collège doctoral de l'Université du Maine, à l'équipe de la direction, à l'équipe de la bibliothèque, aux agents d'accueil, à l'équipe des relations internationales...vous m'avez rendu la vie plus facile et j'en avais besoin...

Enfin, je remercie toutes les personnes qui par leur présence, leur affection et leur confiance ont permis à ce travail de voir le jour...

A toi, mon rayon de soleil, à Anas...

Table des matières

Introduction générale.....	1
Premier chapitre : Analyses conceptuelles de la CIP	17
Introduction	17
I- Définitions	17
I-1 La collaboration fait l'objet de plusieurs disciplines	17
I-2 La collaboration n'a pas de définitions précises : absence d'un cadre théorique consensuel.....	18
I-3 Les principales formes de la pratique collaborative	20
I-3-1 La collaboration renvoie à plusieurs autres concepts voisins.....	22
II- Attributs de la CIP	22
II-1 La CIP est un processus évolutif.....	23
II-2 La CIP fait intervenir deux ou plusieurs « entités »	23
II-2-1 La CIP est réciproque.....	23
II-2-2 La CIP nécessite une activité jointe « participation in joint activities»	23
II-2-3 La CIP doit être en mesure de réaliser des objectifs communs.....	24
III- Les Déterminants de la collaboration interprofessionnelle.....	24
III-1 Les déterminants organisationnels	24
Deuxième Chapitre : La CIP dans la sociologie.....	43
Introduction	43
I- La CIP dans la sociologie des organisations.....	43
I-1 Les théories de l'échange.....	43
I-2 Les théories d'attraction	44
I-3 Les théories de conflits et de pouvoirs.....	44
I-4 Les théories de modélisation « modeling theories ».....	45
I-5 Les théories de la structuration sociale	45
I-5-1 Modèle de la structuration sociale.....	46

II- La collaboration dans les organisations de santé: principaux modèles	47
II-1 Les modèles qui étudient l'impact de la CIP	47
II-1-1 Le modèle de Mogran, Pullon et McKinley (2015)	47
II-1-2 Le modèle de la formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (D'amour et Oandasan, 2005)	48
II-2 Les modèles qui étudient la dynamique de la CIP	48
II-2-1 Modèle d'Ewashen et autre (2013)	48
II-2-2 Le modèle proposé par Gitlin, Lyons et Kolodner (1994)	49
II-3 Les études qui examinent les déterminants de la CIP	50
II-3-1 The structure model of collaboration de Vincent, Decker et Mumford (2002).....	50
II-3-2 Le cadre d'analyse de la collaboration interdisciplinaire.....	50
II-3-3 Le modèle d'Asmar (2011).....	51
II-3-4 Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico- infirmière (Corser, 1998) ...	51
II-3-5 Le modèle de West, Borril et Unsworth (1998).....	53
II-3-6 Modèle de Miller et Swartz (1990)	53
II-3-7 La recherche de Murphy (1995) sur la pratique collaborative interdisciplinaire	55
III- La CIP dans la sociologie des professions	57
III-1 La constitution des professions	57
III-2 De la logique de la professionnalisation à la logique de la collaboration	62
IV-Analyse critique de la théorie recensée autour de la CIP.....	62
Conclusion.....	65
Quatrième chapitre : Le cadre de référence théorique.....	66
Introduction	66
I- Le modèle de la structuration de la Collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al, 2008).....	67
I-1 Les dimensions de la CIP selon le modèle de D'Amour (1997).....	67
I-2 La typologie de la collaboration interprofessionnelle.....	69

I-2-1 la collaboration en action	70
I-2-2 La collaboration en latence.....	70
I-2-3 La collaboration en « inertie ».....	70
II- Le fondement théorique du modèle de la structuration de la CIP	72
II-1 L'acteur et sa rationalité	73
II-2 La régulation mixte des cadres d'action.....	73
II-3 L'instabilité des ordres locaux	74
II-4 Le pouvoir comme capacité d'action	74
III- Rapprochement entre la théorie de l'action organisée et la théorie de la régulation sociale.....	75
III-1 La théorie de la régulation sociale	75
III-2 Rapprochement entre la théorie de la régulation sociale et l'approche organisationnelle de Friedberg et Crozier	77
Conclusion.....	82
Quatrième Chapitre: Positionnement épistémologique et cadre méthodologique de la recherche.....	83
Introduction	83
I- Nature de la recherche et positionnement épistémologique	83
I-1 Le choix du positivisme aménagé.....	86
II- Cadre méthodologique et stratégie de la recherche.....	87
II-1 Stratégie de recherche avec une étude de cas unique	88
II-1-1 Pourquoi une étude de cas unique ?	88
II- 2 Conditions d'accès au terrain	90
II-2-1 Choix du terrain étude : le CHU Mongi Slim	90
II-2-1-1 Présentation du CHU Mongi Slim.....	91
II-2-1-2 Conditions d'accès et déroulement de l'enquête	92
II-2-1-3 Les phases de l'enquête	92
II-3 Méthode de collecte des données	96
II-3-1 L'observation passive	97

II-3-2 Les entretiens semi-directifs	97
II-3 Méthodes et techniques d'analyse des données.....	98
II-3-1 Structuration des données	99
II-3-2 Traitement des données : L'analyse du contenu	100
II-3-2-1 Démarche de l'analyse du contenu	101
III- Véracité de l'étude	101
III-1 Crédibilité	101
III-2 Transférabilité	102
III-3 Fiabilité	102
III-4 Engagement Du Chercheur	104
Conclusion.....	105
Cinquième chapitre : Présentations des résultats.....	106
Introduction	106
I- 1 ^{ère} phase : phase exploratoire : dimensions de la CIP	106
II- 2 ^{ème} phase : Identification empirique des composantes du modèle esquissé.....	109
Conclusion.....	115
Sixième Chapitre- Interprétations et discussions des résultats.....	116
Introduction	116
I- Analyse et discussion des dimensions et des sous-dimensions de la CIP.....	116
I-1 La dimension de la formalisation	116
I-1-1 Les mécanismes d'entente : la répartition des tâches et la définition des statuts	117
I-1-1-1 La répartition des tâches	117
I-1-1-2 Définition des postes/et des statuts	118
I-1-2 L'infrastructure : Disponibilité des équipements et utilisation de la technologie	123
I-1-2-1 Disponibilité des équipements	123
I-1-2-2 Utilisation de la technologie	124

I-1-3 La communication.....	126
I-1-4 La formation interprofessionnelle	127
I-2-La finalisation.....	128
I-2-1 L'atteinte des objectifs	128
I-2-2 L'unicité de la décision thérapeutique.....	133
I-3 La dimension de l'intériorisation.....	134
I-3-1 La confiance et le respect	135
I-3-2 Le processus d'interconnaissance.....	137
I-3-3 Le processus identitaire	139
I-4 La gouverne	142
I-4-1 Le leadership	142
I-4-2 Le partage des ressources	143
I-4-3 L'échange interservices.....	144
I-5 La régulation autour du patient : la dimension émergente.....	146
II- Les liens d'interdépendance entre les dimensions de la CIP.....	149
II-1- L'intelligence collective.....	149
II-2 L'émotion : l'interdépendance psychologique	153
Conclusion.....	159
Mots de fin : l'impératif d'une réflexion éthique pour la structuration de la CIP	160
Conclusion Générale	165
Annexes.....	174
Références bibliographiques	219

Liste des figures

Figure 1: Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux .	39
Figure 2: Le modèle des cinq stages de la collaboration.....	49
Figure 3: Le modèle conceptuel de la pratique collaborative de l'interaction infirmières-médecins.....	52
Figure 4: Le modèle de processus de l'efficacité de l'équipe	54
Figure 5: Le modèle de la structuration de la CIP de D'Amour (1997).....	72
Figure 6: L'actualisation de la CIP selon la TRS	81
Figure 7: Reconfiguration du modèle de la structuration de la CIP	114

Liste des tableaux

Tableau 1: Evolution de l'effectif paramédical en Tunisie (2012-2014)	15
Tableau 2: Les principales définitions de la CIP	19
Tableau 3: La nature des pratiques collaboratives	21
Tableau 4: Les principaux déterminants de la CIP	26
Tableau 5: Les variables d'analyse de la collaboration	71
Tableau 6: Les paradigmes de recherche	84
Tableau 7: Le chercheur et la relation avec la recherche	86
Tableau 8: Répartition des répondants	91
Tableau 9: Dimensions et sous dimensions de la CIP	94
Tableau 10: Profils des répondants	95
Tableau 11: Nature des entretiens	97
Tableau 12: Identification des items du codage	107
Tableau 13: Identification des items significatifs empiriques	110
Tableau 14: Identification de la variable « intelligence collective »	111

Introduction générale

Le champ de connaissance sur le travail collectif a connu un élan considérable sous l'impulsion des courants de la sociologie et le développement des théories managériales. La diversité d'approches théoriques et d'études empiriques ayant traités ce champ lui confère un caractère vaste et « nomade ». Sa mise en œuvre engendre plusieurs implications et suppose des perspectives différentes.

Au niveau des courants sociologiques, l'appréhension du travail collectif s'est faite principalement sous l'égide de deux grandes conceptualisations : l'individualisme méthodologique et les théories sociologiques des interactions (Weick et Roberts, 1993 ; Weick, 2000). Au-delà de ce clivage, plusieurs auteurs s'inscrivent dans une logique qui reconnaît la dialectique entre l'individuel et le collectif, la structure et les acteurs, l'action et l'interaction (Giddens, 1984 ; Weick, 2000). Ce regard permet d'adopter une perspective d'analyse du travail collectif à partir des structures relationnelles qui permettent de dépasser le dualisme entre les niveaux des pratiques méthodologiques individualistes et holistes (Granovetter, 1985). Elle nous offre un spectre d'étude plus large composé par des relations complexes avec des nécessités de coordination (Fernandez et al, 2013). Ces relations complexes s'inscrivent dans le cadre de la collectivité qui sert de référentiels pour les individus et conditionne leur coordination (Barthe et Quéinnec, 1999). Ainsi, les interactions entre les individus sont analysées selon une optique collective et dynamique (idem, 1999). Les courants de la sociologie contemporaine se sont intéressés à l'étude des phénomènes d'interaction entre les individus au sein d'une même société et les influences entre ces acteurs et leurs sociétés (Fernandez et al, 2013). Plusieurs acceptations ont été développées pour expliquer les influences mutuelles entre structures sociales et acteurs sociaux (Weick, 2000).

D'autre part, le développement de nouvelles formes de management orientées vers des modèles participatifs de prise de décision a permis l'émergence d'une nouvelle réflexion sur le travail collectif et de ce fait de nouvelles façons pour l'appréhender (Clark et al, 1991 ; Barthe et Quéinnec, 1999). Ces modèles sont basés sur la répartition des responsabilités et des projets entre des groupes de travail transversaux et pluridisciplinaires (Clark et al, 1991).

Cette « irruption » de la dynamique du travail collectif exige la mise en place de régulations collectives de l'activité (Gnyawali et al 2001). L'apparition de ces formes de régulations pose le souci de la création d'une base de connaissance commune et des modalités spécifiques selon lesquelles les individus se mettent en situation de « co-production » (Barthe et Quéinnec, 1999).

Plusieurs auteurs affirment qu'il ne suffit pas de créer des groupes de travail collectifs pour maintenir et/ou améliorer la performance et l'efficacité collective (McCallin, 2001 ; Hoff et al, 2004 ; Husser, 2011). Il faut s'outiller des ingrédients nécessaires pour que les équipes soient *collectivement compétentes* (Husser, 2011). Chaque individu doit conduire son action personnelle vers un pilier commun vers une sorte de « convention collective » selon la terminologie de Thevenot. Cette construction collective du travail rend compte d'une thématique qui prend de plus en plus d'ampleur ; celle de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al, 2003a ; Reeves et al, 2010 ; Rossi, 2014).

Ce constat est une préoccupation majeure dans les milieux hospitaliers. En effet, la prestation des soins à l'hôpital requiert un intense travail de collaboration et de coordination entre une panoplie de professions de la santé (entre médecins, médecins spécialistes, infirmiers, aides-soignants, ...) (Rossi, 2014). Ces professionnels de diverses spécialités travaillent dans des espaces et des temporalités différentes (Apker et al, 2006 ; Aubé et al, 2006). Pour coordonner les actions, les interventions respectives et assurer une prestation de soin de meilleure qualité il ne suffit pas de se doter de compétences professionnelles individuelles mais il faut mettre en place un travail collectif ; « un travail d'articulation » selon Strauss (1992).

La diversité « d'articulations » collectives à l'hôpital se manifeste lorsqu'on interroge les infirmiers, aides-soignants, médecins sur la composition des groupes de travail ; ils parlent alors de plusieurs « référentiels » (De Terssac, 2003, Sainsaulieu, 2006). Ils utilisent comme termes : l'ensemble des membres de service, les groupes avec lesquels ils roulent, les chefs services, les groupes, les groupes des infirmiers etc. (Gotlib et al, 2009 ; Schumtz et Manser, 2013). Cette variation pour désigner les groupes professionnels renvoie à un collectif à « géométrie variable en fonction des moments du travail. » (De Terssac, 2003 ; Apker et al, 2006).

La question de la collaboration interprofessionnelle à l'hôpital s'articule autour de la recherche d'« analyseurs » pour organiser les différents modes de fonctionnement collectif (Grosjean et al, 2004 ; Grosjean et Lacoste, 1999). Comment mettre les briques bout à bout pour gérer une interdépendance obligée (Sexton et al, 2006 ; Schmalenberg et al, 2005) ? La collaboration interprofessionnelle offre une piste qui permet de combiner les pratiques, les règles et les dispositifs relatifs à la culture commune de l'hôpital. Elle doit se construire dans le but de faciliter l'action « collaborative » des divers professionnels (Paradis et al, 2013).

La mise en commun des interventions de natures variées sont humainement et techniquement difficiles (Baulieu et al, 2006). La constitution des équipes dans un CHU requiert qu'un ensemble de professionnels assurent et assument une prestation de soin « interprofessionnelle » (Brooten et al, 2012). La prise en charge des patients doit vêtir un caractère « homogène ». Ce fonctionnement n'est pas aussi évident et peut même déclencher des situations conflictuelles (Paradis et al, 2013).

La collaboration interprofessionnelle est une pratique essentielle pour améliorer les conditions de travail des professionnels de santé (Scott et al, 2012). Elle émane principalement de la nécessité de combiner les efforts des équipes de travail (Chetty et al, 2013 ; Willumsen, Ahgren et Odegard, 2012). Cette mise en commun des efforts personnels et individualisés contribue à la diminution des erreurs médicales et à l'amélioration de la qualité des soins (Tremblay et al, 2010 ; Chetty et al, 2013).

D'après une étude réalisée par l'Institut de la Médecine aux Etats-Unis(2000), les erreurs médicales inhérentes à des problèmes de communication et de coordination ont causé la mort de 98.000 patients (Hoff et al, 2004). Les coûts générés par ces erreurs sont estimés à l'ordre de 17\$ billion. A cet égard, des mesures et des pratiques ont été déployées. Elles concernent l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire et la mise en œuvre de processus qui favorisent la coordination et la communication interprofessionnelle (Fernandez et al, 2013).

Cette étude se penche sur l'analyse de la CIP dans un contexte social et organisationnel complexe. Nous estimons qu'il existe une hybridation dans le contexte hospitalier (plusieurs niveaux de raisonnements en présence, sous-cultures, différentes perceptions du contexte, différents facteurs

individuels de prise de décision et différentes logiques professionnelles) (Sainsaulieu, 2006). C'est à ce niveau où se situe la particularité de l'analyse de la CIP dans l'hôpital.

La coexistence d'acteurs, d'enjeux et de valeurs peu semblables nous mène à réfléchir à l'essor de la collaboration interprofessionnelle dans un milieu organisationnel qu'on pourrait qualifier d'éclectique (D'Amour, 1997). La construction d'un tout cohérent devient une tâche difficile (Gotlib et al, 2009). Ceci crée une atmosphère anarchique où la concrétisation et le développement d'une collaboration interprofessionnelle deviennent de plus en plus ardues (Van et al, 2012).

Cette présente thèse cherche à mettre en exergue la dynamique de la collaboration interprofessionnelle dans le cadre d'un CHU. Nous essaierons d'ouvrir la boîte de Pandore et expliquerons comment se concrétise la collaboration interprofessionnelle dans ce terrain particulier. A cet égard, une revue de la littérature abondante est consultée comme première étape. La question sur les déterminants de la collaboration interprofessionnelle est largement étudiée. Or, ce qui nous intéresse c'est d'aller au-delà des approches déterministes. L'objectif principal de ce travail de recherche est d'examiner la problématique du soigner ensemble à travers une approche basée sur l'analyse de la collaboration interprofessionnelle. Une collaboration qui permet qu'à sa sortie le patient ait le sentiment d'avoir été bien soigné malgré la diversité des prestations de soins et des professionnels l'ayant traité (Brooten et al, 2012). Comment s'agence une collaboration interprofessionnelle qui facilite une action collective organisée pour assurer l'efficacité collective et *« Pour que les efforts de l'équipe soit finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail »* (Strauss, 1992, p.191). Une analyse succincte de la revue de la littérature a identifié un modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Ce modèle se base sur la théorie de l'action organisée de Crozier et Friedberg (1977). Cette perspective théorique propose une lecture de l'action collective à travers des régulations particulières. Une régulation par rapport à la structure formelle, une régulation par rapport aux autres, une régulation par rapport aux objectifs et une régulation par rapport à la délégation. C'est ainsi que le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle est esquissé. Il s'est basé sur chacune de ces régulations pour donner une dimension de la CIP. Le modèle s'articule autour de quatre dimensions à savoir : la formalisation, l'intériorisation, la finalisation et la gouverne (ou délégation). Au regard, de cet ancrage théorique la problématique de la thèse est déduite. Ci-dessous, nous présentons l'énoncé de la problématique.

Énoncé de la problématique

L'ambition de cette thèse est d'apporter une contribution à la compréhension de la collaboration interprofessionnelle dans un milieu hospitalier. Ce projet doctoral se fonde sur une volonté de mettre à nue les principales dimensions de la CIP et les sous-dimensions respectives. Pour ce faire, il convient d'éclairer les deux niveaux par lesquels la problématique est construite. Au premier plan c'est au regard de la théorie qu'une constatation est établie. En effet, la littérature est riche en termes de facteurs et de déterminants de la CIP (Reeves et al, 2008). Les écrits ont bien étayé les déterminants de la CIP mais la concrétisation en va autrement. Les travaux semblent ne pas mettre l'accent sur « la boîte noire ». La CIP s'apparente à un processus évolutif et dynamique dont l'intensité s'ajuste selon le contexte professionnel et les besoins des patients (D'Amour et al, 2003b ; Oandasan et al, 2006 ; Reeves et al, 2010). La mise en exergue des processus permet de mieux comprendre comment s'actualise la CIP (Careau, Vincent et Swaine, 2011). La plupart des travaux sur la CIP dans les organisations de santé s'inspirent des travaux pionniers de D'Amour (1997). Ces travaux sont alimentés par le cadre théorique de l'action organisée de Friedberg et Crozier (1977). Paradoxalement, peu de recherches se sont intéressées à l'examen des dimensions de la CIP. Les auteurs sont souvent cités comme auteurs de référence mais leur approche n'est pas récurrente dans les écrits sur la CIP. La contribution à l'enrichissement du modèle est peu citée dans la littérature (D'Amour et al, 2008). A la question comment se concrétise la CIP dans le cadre des équipes de soin, les recherches se sont majoritairement orientées vers la recherche de facteurs explicatifs. De plus, pour la plupart, les facteurs ne couvrent pas tous les aspects de la CIP (Stuit et al, 2011 ; Supper et al, 2015 ; Morgan, Pullon et McKinley, 2015). Donc, nous estimons contribuer à une compréhension plus approfondie des dimensions de la CIP en se focalisant sur l'identification des dimensions. À l'instar des travaux de D'Amour (1997), nous essayerons de répondre à la question de recherche suivante : Quelles sont les dimensions de la CIP (ainsi que les sous-dimensions respectives) ?

Sur un deuxième niveau, cette thèse se penche sur l'étude des interdépendances entre ces dimensions. Les auteurs de référence (D'Amour et al, 1999) reconnaissent que les dimensions sont liées mais n'informent pas sur ce lien. Cet écart de connaissance constitue notre deuxième niveau d'analyse. Pour ce faire, nous nous proposons de répondre à la question suivante : quel(s) est le(s) lien(s) entre les dimensions de la CIP dans le cadre des équipes de soin ?

Cette problématique s’inscrit dans un cadre de recherche qualitative. Elle explore les dimensions de la CIP et identifie le lien entre ces dimensions. Les objectifs de cette recherche sont comme suit.

Les objectifs de la recherche

- 1) Identifier les principales dimensions de la CIP et les sous-dimensions respectives,**
- 2) Esquisser le(s) lien(s) entre les dimensions.**

Pour ce faire, cette recherche s’articule autour de six chapitres. Les deux premiers recensent les écrits sur la CIP. Le premier chapitre décrit l’état des connaissances et les concepts voisins. Le deuxième porte sur la CIP dans la sociologie des organisations et des professions (à l’instar des travaux de D’Amour et al, 2003a ; 2008). Le troisième chapitre étudie le cadre de référence et les théories mobilisées. Le quatrième chapitre développe le design méthodologique de la recherche. Le cinquième sert à éditer et présenter les principaux résultats de la recherche. Le sixième concerne l’interprétation et la discussion des résultats. La conclusion générale résume les points essentiels de la thèse. Elle présente les apports, les limites et les voies futures de recherche. Les étapes de ce document sont présentées dans le schéma explicatif suivant :

Les étapes du présent document

Introduction Générale

Recensement de la revue de la littérature

Premier Chapitre

Analyses conceptuelles de la CIP

Deuxième chapitre

La CIP dans la sociologie

Ancrage théorique de la recherche

Troisième chapitre

Cadre de référence théorique

Quatrième chapitre

**Méthodologie de la
recherche**

A l'écoute du terrain : l'enquête empirique

Cinquième chapitre

Présentations des résultats

Sixième chapitre

**Interprétations et discussions des
résultats**

Conclusion générale

Descriptif du contexte

Étudier la collaboration interprofessionnelle dans le milieu hospitalier se fait par enchevêtrement de plusieurs niveaux d'analyse. D'une part, la pluralité des regards posés sur le concept lui-même requérant une clarification conceptuelle succincte (ceci fera l'objet de la section suivante). D'autre part, la complexité et la « densité » de l'examen du terrain qu'est l'hôpital fait appel à une analyse à géométrie variable. Le descriptif du contexte met à nue deux grandes transformations ayant touchées l'hôpital ; l'intégration des soins et les réformes. Les réformes du secteur de la santé s'inscrivent dans une orientation internationale motivée par une volonté accrue d'amélioration de la santé et des prestations de soin. Une présentation du contexte particulier de la recherche sera aussi esquissée. Nous présenterons quelques éléments cruciaux de l'organisation de l'hôpital public tunisien.

A- L'intégration des soins

Plusieurs changements ont touché le système de santé et les prestations de soin. En particulier, l'introduction de l'intégration des soins dans le fonctionnement du système de santé. Ce recours est motivé par plusieurs raisons, notamment plusieurs lacunes ayant affaiblies les systèmes de santé. Dans leur article, Contandriopoulos et al (2001) mettent en relief ces raisons ainsi qu'une définition de l'intégration des soins.

L'intégration des soins est une manière d'organiser le système de santé afin de maîtriser les coûts liés aux prestations de soins et d'apporter une solution aux dysfonctionnements du système (Contandriopoulos et al, 2001, p.39). Selon les auteurs, l'intégration fait appel à la notion de l'interdépendance et de la coopération. C'est une façon de joindre les efforts pour apporter une réponse collective plus efficace aux problèmes « *L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouverne entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif* » (p.41). Quatre grands facteurs expliquent le recours à l'intégration des soins (Contandriopoulos et al ,2001) :

1- L'accès à la santé devient une valeur fondamentale des sociétés modernes. Elle représente aussi une vocation sociale particulière. Les populations développent des attentes de plus en plus

exigeantes à l'égard des prestations de soins. Pour ce faire, l'Etat doit mettre en place un système de santé équitable et permettant l'accès sécurisé aux différentes prestations de soins. C'est par le biais de l'intégration des soins que le respect de ces valeurs devient possible « *L'intégration des soins est le processus qui permet de sortir de l'impasse. En améliorant l'efficacité des ressources, il rend possible le maintien de l'équité et le respect des libertés individuelles* » (ibid, p.39)

2- La croissance des prestations de soins au niveau technologique mais aussi au niveau de la médecine préventive et de la médecine gériatrique a engendré des dépenses considérables. En parallèle, l'Etat subit des pressions économiques suite à une rétrogradation au niveau des financements publics (Contandriopoulos, 1998 ; cité dans Contandriopoulos et al, 2001, p.39). Ce déséquilibre entre la croissance des systèmes de santé et la décroissance au niveau des finances publiques oblige l'Etat à prendre les mesures nécessaires pour maintenir un niveau de croissance vitale de la santé. Cette dynamique est possible grâce à l'intégration des soins « [...] *ce processus consiste en un moyen pour redynamiser le système de soin et mobiliser les innovations qui lui permettront de répondre aux attentes de la société* [...] » (ibid, p.39).

3- L'organisation des systèmes de santé se fonde sur l'emmêlement de quatre niveaux de régulation soient : technocratique, professionnelle, marchande et démocratique. L'articulation entre ces niveaux est difficile (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996 ; cité dans Contandriopoulos et al, 2001). Cette articulation montre la pluralité des acteurs qui interviennent dans le système de santé (Les professionnels de santé, les gestionnaires, les planificateurs et le monde politique) (ibid, p.40). L'évolution positive du système de santé est contingente à la cohésion efficiente entre ces parties prenantes. Selon les auteurs « [...] *Il faut repenser le rôle et les fonctions de chacune des quatre logiques de régulation et donc, le rôle et les fonctions des acteurs du système de soins.* » (ibid, p.40)

4- Le bon dosage entre le traitement et la prévention des maladies permet de mieux centrer les efforts sur le patient. Dans ce sens « *L'intégration favorise le recentrage du système de soins sur la maladie* [...] *Elle résulte non pas seulement de la réduction du poids de la maladie mais beaucoup plus de la redistribution des ressources* » (ibid.p.40)

L'intégration des soins comme nouveau mode opératoire permet de mieux appréhender l'activité médicale dans sa globalité. L'intégration des soins rend compte des efforts collectifs à déployer pour assurer des prestations de meilleure qualité. L'hôpital comme organisation particulière et

centrale dans le système de santé se trouve au cœur de ces transformations. La section suivante élucide les principaux points du management hospitalier et la nécessité de déployer un travail collectif pour aboutir aux objectifs escomptés. En particulier garantir des prestations de soins de meilleure qualité et centrées sur le patient.

B- L'hôpital : une organisation particulière

Se pencher sur l'examen de l'hôpital requiert un passage obligé autour de deux points essentiels. D'abord nous mettons le point de focal sur les réformes ayant touchées l'hôpital public. Ensuite, nous mettons en exergue la complexité de l'activité médicale. D'une façon générale, c'est au carrefour de ces deux leviers que se situe le management hospitalier.

1- Application de nouvelles réformes

Dés les années 70, une orientation internationale se déclenche pour réformer les systèmes de santé. Cette volonté est traduite par une « avalanche » de réformes ayant touchée le fonctionnement, la structure et les établissements de soin. En France par exemple, la planification sanitaire et l'encadrement des dépenses de la loi hospitalière des années 80 s'inscrit dans ce mouvement international. Cette loi a permis de créer la notion de « service public hospitalier », d'initier la carte sanitaire et de répartir les équipements hospitaliers suivant des espaces géographiques.

Une nouvelle vague de réformes au début des années 90 a été amorcée. Ces réformes visaient en particulier le changement des modes de régulation des établissements de santé et le contrôle des dépenses (De Pourville, 2010). Il s'agit de faire fonctionner l'hôpital à l'instar des entreprises. Suite à cette réforme, l'hôpital a essayé de dépasser les lacunes de la départementalisation. En effet, cette façon d'organiser l'hôpital est marquée par un manque de coordination et de synergie entre les services (ibid, p.23). Cette problématique rend difficile le diagnostic concis des maladies et favorise l'émergence de dichotomie quant à la prise de décision collective (ibid, p.23).

Dans la même lignée, une autre réforme a été amorcée pour régulariser l'allocation budgétaire des hôpitaux publics. En effet, les hôpitaux fonctionnent selon un budget global alloué par le ministère. Ce budget a été réajusté par la suite selon un taux directeur national (ibid, p.24). Cette pression exercée sur l'hôpital avait créé des situations où la logique médicale est inhibée. Par exemple en

suivant ce principe de budget alloué à ne pas dépasser ; « *le directeur de l'établissement mal doté ne prendra en charge que le nombre de patients qu'il pouvait soigner avec l'argent disponible* » (ibid, p.24). Néanmoins, le budget global a incité les établissements à contrôler les dépenses et à « [...] *concilier la contrainte budgétaire et l'émergence de besoins nouveaux* » (ibid, p.24).

En ce qui concerne la gouvernance de l'établissement, elle est régie par le directeur de l'hôpital. C'est un fonctionnaire de la fonction publique. Il lui revient de manager le réseau relationnel entre ; les médecins (et les professionnels de santé), le pouvoir politique représenté par le conseil d'administration, et la tutelle publique (ibid, p.23). C'est dans l'articulation de ces relations de pouvoir que réside la réelle difficulté de son poste : « [...] *il va se comporter comme un relais direct des contraintes imposées par la tutelle publique ce qui ne le rendra pas très populaire[...] soit il va rentrer dans un système d'alliance avec la coalition dominante des médecins pour promouvoir le développement de son hôpital[...] il arrive que le directeur soit totalement impuissant, parce que pris au piège des conflits entre les autres acteurs* » (p24).

Ces réformes sont à l'origine du passage d'un système centré sur l'établissement de santé à un système où l'établissement fait partie d'un réseau (Contandriopoulos, 2008). Dans la littérature, ces réformes s'inscrivent dans le cadre d'une doctrine globale appelée le « New Public Management » (Bezes, 2005 p.3). Cette nouvelle manière de penser l'organisation publique de santé tente d'emprunter les méthodes de gestion au secteur privé pour les appliquer au secteur public. Cette nouvelle tendance se manifeste par des investissements importants dans les systèmes de santé. L'avènement d'un arsenal de connaissances et de capacités techniques suite à l'introduction de nouveaux outils pousse les professionnels de santé à travailler dans des milieux organisés et de plus en plus complexes (Bezes, 2005). Selon Contandriopoulos (2008): « *C'est une véritable révolution de type copernicienne.... Les maladies chroniques et fonctionnelles de longue durée prennent la relève des maladies aiguës et infectieuses. Le médecin travaillant seul et de façon autonome dans son cabinet ou à l'hôpital, est remplacé par des équipes pluridisciplinaires. Le colloque singulier devient un colloque pluriel. L'extrême spécialisation accroît le besoin d'accompagnement et de coordination. Les nouvelles technologies de la médecine rendent possible une médecine individualisée au domicile du patient. Et le système de soins doit accepter qu'il ne peut à lui seule, en rendant accessibles à toute la population des services de santé de qualité, réduire les disparités*

de santé dans la population. » (p.9). Ces transformations ont un impact aussi sur les rapports entre les professionnels : Par exemple, les médecins qui « *Sont appelés de plus en plus à interagir et à travailler dans des milieux où les responsabilités en matière de gouvernance et de gestion ne sont pas nécessairement entre les mains de leurs pairs.* » (Denis et al, 2012, p.21).

A l'hôpital le projet médical doit être conduit par les professionnels de santé et le corps managérial. Les tentatives d'abus de pouvoir compromettent la construction d'une activité hospitalière cohérente. La section suivante traite de la complexité de l'activité médicale hospitalière.

2- Complexité de l'activité médicale hospitalière

Selon la terminologie de Mintzberg(1982) l'hôpital est une bureaucratie professionnelle. Cette description rend compte de la difficulté de l'activité médicale. Par ailleurs, l'hôpital oscille entre deux logiques de fonctionnement ; la logique professionnelle et la logique administrative. L'analyse succincte de la répartition des pouvoirs entre ces deux logiques montre qu'elle est inégale (Krief, 2012 p.45). En effet, la logique professionnelle est prédominante (Contandriopoulos 2008). Cette suprématie du pouvoir médical par rapport à d'autres types de pouvoir dans l'hôpital puise sa légitimité dans la particularité de la profession médicale (Friedson, 1984). Selon Krief (2012) cette dominance est due principalement à :

-La complexité et la technicité de son travail (ibid, p.45). Cette expertise singulière empêche toute forme d'autorité hiérarchique. D'autres parts, le service des professionnels de santé est beaucoup plus sollicité que les autres formes de service à l'hôpital. Le médecin intervient aussi en qualité de leader dans les décisions relatives à la mort et à la maladie (Hart et Mucchielli, 1994). Ces aspects confèrent aux professionnels de santé et en particulier aux médecins une légitimité d'intervenir sans limitation de pouvoir. Krief explique que « *L'autonomie du médecin et son pouvoir de décision dépendent donc davantage de son appartenance à la profession médicale qu'à son positionnement dans la hiérarchie hospitalière* » (p.45). La valeur attachée à la santé procure au médecin une position de force (ibid, p.45). D'ailleurs, ce détachement par rapport au pouvoir formel permet aux professionnels de santé de créer leur propre espace « un îlot ». Dans les termes de Noble ils constituent leur « zone interdite » (2001, p.130).

Cette oscillation entre deux logiques différentes s'éclate aussi au niveau de la logique professionnelle et constitue la triade classique du management hospitalier (Krief, 2012). En effet les travaux relatifs à l'institution hospitalière montrent l'existence du « triumvirat » (médecins infirmiers administratifs) (Krief, 2012, p.46). Chaque catégorie professionnelle fonctionne selon sa propre logique. La différence des rôles, des professions et des perceptions rend difficile l'émergence d'un tout cohérent et homogène. Par exemple les travaux de Romain et al (2004, cité dans Krief, 2012) montrent que médecins et infirmiers ne suivent pas la même logique dans la prestation des soins. Le médecin exerce sa profession selon une orientation de productivité et d'efficacité (Krief, p.46). Les infirmiers se positionnent dans une perspective de bonnes pratiques et de compassion (Krief, p.46). Cette dichotomie engendre des conflits et des ambiguïtés au niveau des rôles et des tâches à accomplir. Chacun préfère perdurer cette asymétrie et garder le pouvoir décisionnel pour empêcher une quelconque prédominance par l'autre (Krief, p.46, 2012). Cucchi et Delaeter (1997, cité dans Krief, p.46) parlent de l'« instinct de protection » et dessine une organisation à gouvernance écrasée.

Les travaux de Glouberman et de Mintzberg (2001a) appuient l'idée du management hétérogène à l'hôpital. Les auteurs ont établi quatre niveaux d'intervention dans l'hôpital soient ; la guérison (cure) présentée par la communauté médicale, celui du « soin » (care) pris en charge par le corps infirmier, celui du « contrôle » (control) incarné par le rôle du gestionnaire et l'administratif et enfin celui de la « communauté » (community), à savoir le monde qui n'est ni directement rattaché à l'institution ni soumis à sa hiérarchie (cité dans Krief, p.46).

Descriptif du contexte tunisien

Pour sa part la Tunisie comme la plupart des économies émergentes a poursuivi cette vague de réformes. Ces réformes ont pour objectif principal d'aligner l'Etat sur les meilleures pratiques internationales (OCDE, 2015).

Par ailleurs, la connaissance théorique des rouages de l'action collective d'un établissement public de santé doit être complétée par une description du contexte en présence. C'est pourquoi l'objet de ce paragraphe est de décrire l'articulation de l'activité de soin pour les groupes de soin. Il

conviendra d'abord d'examiner l'influence de la direction des soins, celle du corps médical et ensuite la catégorie des paramédicaux.

1- La structure de la direction

La direction des établissements publics hospitaliers tunisiens est confiée à un administrateur-directeur ou à un médecin-directeur cela dépend du cas. Le pouvoir du directeur émane du fait qu'il soit mis en place par le Ministre de la sante (Décret n°81-1130). Les principales attributions du directeur se résument comme suit :

-Il est ordonnateur : il est impliqué dans la mise au point du budget.

-Il possède un pouvoir sur le personnel administratif et ouvrier

-Il doit procéder aux actes de la gestion du patrimoine.

2- L'étendu du pouvoir du corps médical

Le médecin surtout dans un pays en voie de développement et en pleine émergence « socio-politique » bénéficie d'une autorité puissante renforcée par un ordre corporatiste fort et solidaire. Depuis l'indépendance, l'influence du corps médical sur l'élaboration et l'application de la politique générale du Ministère de la santé publique est encore prépondérante (Zeribi, 1991). De plus, il détient une grande part du pouvoir lié à son savoir. Il est perçu dans la conscience collective comme le : « *rempart et le recours obligé contre la diminution, la maladie et même la mort.* » (Zeribi, 1991, p.57).

Dans le système hospitalier tunisien, le fonctionnement de chaque service est placé sous la direction technique d'un médecin chef-service. Les médecins sont présents tant dans les organes de décision que dans les structures consultatives de l'hôpital. Cette situation permet au corps médical de faire adopter des décisions allant de concert avec les intérêts de la profession (Zeribi, 1991).

En Tunisie aucun contrôle direct n'est exercé sur ni le contenu, ni sur les décisions médicales. Toutefois, il existe une tentative de contrôle qui a été réalisée grâce à l'introduction des principes de

la gestion par résultats et grâce à un examen de comptabilité et de statistiques de l'activité (Zeribi, 1991).

3-Le personnel paramédical au sein de l'hôpital tunisien

L'hôpital tunisien est un employeur important (voir tableau ci-dessous). L'activité de soin repose essentiellement sur le personnel paramédical qui constitue près de 70% de l'effectif et représente un pourcentage important du total du budget (Institut National de la Statistique).

Tableau 1: Evolution de l'effectif paramédical en Tunisie (2012-2014)

Personnel \ Année	2012	2013	2014
Personnel paramédical (M.S.P)	28656	39 358	43 197
Techniciens Supérieurs	9 798	12 160	13 346
Infirmiers et auxiliaires de la S.P	18 858	27 198	29 851

Source : Document réalisé par l'Institut National de la Statistique-Tunisie (2014, p.17)

L'évolution des spécialités médicales et le haut degré de technicité de l'équipement médical ont des conséquences sur la hiérarchie soignante. Certains actes deviennent plus faciles à réaliser. D'autres sont devenus plus denses, plus difficiles. Le personnel paramédical détient un savoir à travers lequel se traduit une volonté d'affirmer son expertise et sa présence dans la hiérarchie soignante (Zeribi, 1991).

Donc, il convient de signaler que la dynamique professionnelle entre ces acteurs dans le contexte tunisien est tributaire de leurs rapports professionnels, de leurs relations interprofessionnelles et de leurs volontés de participation à une œuvre commune.

Conclusion

Traditionnellement la structure des établissements des soins est une structure hiérarchique basée sur le concept du pouvoir (Scott, 1993). Le pouvoir détenu par les médecins en particulier trouve une légitimité dans la fonction elle-même considérée comme supérieure par rapport aux autres fonctions (Scott, 1993). L'action médicale prise par les médecins est autonome et indépendante. Elle n'engage que son propriétaire (le médecin) et n'est pas sujette à une remise en question (Lupton et Khan, 1998).

L'introduction d'une culture managériale empruntée du secteur privé a changé la conception de la fonction médicale. Ce changement a aussi touché la structure des relations entre les professions qui interagissent ensemble dans les milieux hospitaliers (Bedwell et al, 2012). Dans la même lignée, Torbert (1991) considère que l'introduction de la culture managériale a un effet positif sur la collaboration. Il stipule que les nouveaux modes de gestion agissent sur la restructuration de la hiérarchie de sorte qu'elle soutient les compétences collaboratives et les actions autonomes (Torbert, 1991).

De ce fait, l'équipe de santé devient en quelque sorte la « dépositaire » de cette nouvelle forme de gouvernance complexe. Une gouvernance qui repose principalement sur le savoir collectif et amène inexorablement à la question de la CIP.

Premier chapitre : Analyses conceptuelles de la CIP

Introduction

La collaboration est une pratique complexe (D'Amour et al, 2008 ; 2003a). En effet, plusieurs recherches ont été élaborées pour élucider la trame de fond qui assoit la collaboration. L'existence de plusieurs angles d'analyse explique la tendance à vouloir préciser le sens de la collaboration et en venir à une définition qui l'explique au mieux. Ces définitions tendent parfois à confondre ce concept avec d'autres (D'Amour et al, 2008). Ce chapitre traite les principales définitions accordées à la CIP. Étant donné qu'elle implique les notions correspondantes au travail interprofessionnel, la CIP est souvent confondue avec d'autres formes de travail collectif. D'où la nécessité d'élucider ses concepts voisins.

I- Définitions

Bedwell et al (2012) ont élaboré un article recensant une revue de la littérature de la collaboration. Ils soulignent le caractère équivoque de la collaboration. A travers leur article publié dans *Human Resource Management Review*, ils montrent que l'amalgame qui s'est fait autour de ce concept est dû à trois principales raisons :

I-1 La collaboration fait l'objet de plusieurs disciplines

La collaboration renvoie à la notion du travail collectif. De ce fait elle sollicite l'intérêt de plusieurs disciplines. Théoriciens, praticiens et managers sont tous aussi concernés les uns que les autres par l'analyse de la collaboration (Bedwell et al, 2012). Dans une recherche antérieure, Wood et Gray (1991) (cités dans Bedwell et al, 2012) recommandent aux scientifiques et aux praticiens d'établir une conceptualisation cohérente et robuste pour analyser la collaboration et ce en considérant la synergie entre plusieurs disciplines. Ils soulignent que la collaboration ne peut être analysée que dans un contexte de recherche multidisciplinaire faisant intervenir les efforts des théoriciens et des

praticiens. Bedwell et al (2012) constatent que cette recommandation n'a pas été prise en compte. Chaque recherche case la collaboration dans un registre qui correspond au domaine de spécialisation de son auteur : « *Yet, none of these works has taken a comprehensive multidisciplinary approach to construct clarification. In fact, depending on the specialization of the authors, the same term could refer to different forms of interactions, providing little, if any, construct clarity.* » (Bedwell et al, p.18).

I-2 La collaboration n'a pas de définitions précises : absence d'un cadre théorique consensuel

La difficulté d'apporter une définition claire de la collaboration est inhérente au fait qu'elle émane de plusieurs disciplines comme déjà cité. Bedwell et al (2012) considèrent que cette lacune au niveau de la définition de la collaboration consiste en un manque de cadre théorique cohérent pour la conceptualiser. Ils montrent aussi, que même les efforts de conceptualisations de certains auteurs et chercheurs en gestion des ressources humaines manquent de rigueur. Qui est ce qui constitue réellement la collaboration ? Comment peut-on la comprendre au niveau de la pratique managériale ? Il faut répondre à ces deux questionnements pour pouvoir parler d'une définition de la collaboration. Le manque de précision et d'unité au niveau de l'identification et de la définition de la collaboration compromet la mise en œuvre d'une définition univoque et du corpus théorique qui en découle (Bedwell et al, 2012).

Nolan (1995) stipule que l'ambiguïté autour de laquelle se construit une compréhension de la collaboration interprofessionnelle est l'une de ces principales caractéristiques. Selon Legendre (2005), une équipe interprofessionnelle ou interdisciplinaire est un partenariat où un groupe de personnes de différentes professions (domaines) travaillent ensemble afin d'atteindre un but commun. Reeves et al (2010) évoquent également la collaboration selon une perspective interdisciplinaire ; la collaboration interprofessionnelle est un processus selon lequel des intervenant(e)s partagent des rôles et des tâches pour convenir d'une solution à un problème donné. Dans la même lignée, la collaboration interprofessionnelle est aussi représentée comme un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet un partage de connaissances, d'informations et des aptitudes professionnelles (Chung et al, 2012). Ce processus permet également de créer des synergies entre les différents services offerts (Way, Jones et Busing,

2000). DeLeon (1995), Ulrich et Smallwood (2003) définissent la collaboration interprofessionnelle comme un effort intellectuel qui réunit des professionnels pour atteindre des objectifs communs. Pour Tjosvold et Tjosvold (1995) la collaboration interprofessionnelle est un lieu où se structure une action collective. Ce lieu regroupe plusieurs acteurs qui déploient des capacités différentes d'assimilation d'informatisation et qui travaillent selon des cadres de références différents voire même opposés. Dans le même ordre d'idée, D'Amour (1997) suggère que la collaboration interprofessionnelle est le fruit d'une construction sociale dans un milieu organisationnel particulier. C'est une structuration de l'action collective qui « *résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes* » (D'Amour, 1997, p.104). Fourez (cité dans Asmar, 2007, p.7) décrit la collaboration interprofessionnelle comme un « *continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement et s'y rapportant.* ». D'une façon générale, Billups (1987) explique que la collaboration interprofessionnelle existe à chaque fois où deux personnes ou plus se réunissent autour de séquences d'échange professionnel. Il s'agit d'élaborer des transactions d'échange mutuel et d'interdépendances professionnelles autour d'objectifs communs : « *interprofessional collaboration is a series of actions or events that occur between two or more diversely represented professionals who share mutual objectives while working together.* » (Billups 1987, p. 147). Les principales définitions de la collaboration sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: les principales définitions de la CIP

Définitions	Auteurs
une équipe interprofessionnelle ou interdisciplinaire est un partenariat où un groupe de personnes de différentes professions (domaines) travaillent ensemble afin d'atteindre un but commun.	Legendre (2005)
la collaboration interprofessionnelle est un processus selon lequel des intervenant(e)s partagent des rôles et des tâches pour convenir d'une solution à un problème donné.	Reeves et al (2010)

la collaboration interprofessionnelle est aussi représentée comme un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet un partage de connaissances, d'informations et des aptitudes professionnelles	Chung et al (2012)
définissent la collaboration interprofessionnelle comme un effort intellectuel qui réunit des professionnels pour atteindre des objectifs communs.	Ulrich et Smallwood (2003)
la collaboration interprofessionnelle est un lieu où se structure une action collective. Ce lieu regroupe plusieurs acteurs qui déploient des capacités différentes d'assimilation de l'information et qui travaillent selon des cadres de références différents voire même opposés	Tjosvold et Tjosvold (1995)
C'est une structuration de l'action collective qui « résulte d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes »	D'Amour (1997, p.104).

Pour ce travail de recherche c'est la définition de D'Amour et al (1997) qui est retenue. En effet, cette définition correspond à la visée de la présente thèse. La collaboration interprofessionnelle est appréhendée en tant qu'action collective qui résulte de l'interaction des acteurs avec leur environnement. La collaboration interprofessionnelle telle que présentée dans la problématique coïncide avec les éléments de cette définition.

I-3 Les principales formes de la pratique collaborative

Par ailleurs, il convient d'élucider un autre niveau conceptuel quant à la collaboration interprofessionnelle. Il s'agit du recours aux préfixes « multi » ou « inter ». Le choix de l'un ou de l'autre est tributaire des données territoriales, statistiques ou épistémologiques (Asmar, 2007). Ces différents termes sont expliqués dans le tableau suivant :

Tableau 3: La nature des pratiques collaboratives

Natures de la pratique collaborative	Définitions
Pratique multidisciplinaire	Suggère une coordination des soins à travers un échange considérable d'informations (Satin, 1994) Un travail indépendant et autonome pour développer un plan de traitement (MacIntosh et McCormack, 2001)
Pratique interdisciplinaire (interdisciplinarité)	Échange d'information dans le but de prendre une décision collective (idem) Interdépendance dans les actions et les responsabilités.
Pratique transdisciplinaire	Très peu investigué dans les écrits L'intégration des connaissances sous un même modèle (Choi et Pack, 2006)
Pratique pluridisciplinaire	≈ multidisciplinaire

Dans la même veine, La revue de la littérature dénote d'un amalgame autour de l'utilisation des termes « interdisciplinaire », « interprofessionnel » ou « multidisciplinaire » (Reeves et al, 2010). La réflexion à propos de cette confusion a permis d'élaborer le continuum des pratiques de collaboration en santé et services sociaux (réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux : RCPI, 2010).

Ce continuum a été développé à partir de l'identification des différents concepts existants dans la littérature. Une réflexion a été engagée par des experts afin d'évaluer et de discuter de la pertinence de ces concepts (RCPI, 2010). Le continuum indique que l'intensité de la pratique de la collaboration est inhérente à la complexité de la situation professionnelle vécue par la personne (RCPI, 2010).

Quatre niveaux de collaboration sont identifiés : le premier niveau renvoie à l'idée du travail indépendant au cours duquel les acteurs sont en relation afin de : « *renseigner sur ce que chacun*

met en œuvre pour intervenir auprès d'une même personne. » (RCPI, 2011, p.10). Le second niveau est identifié comme celui de la consultation. Ce niveau implique une orientation vers une approche de prise de décision partagée. Les intervenants recourent à l'avis d'un intervenant d'une autre discipline (RCPI, 2010). Le troisième niveau fait référence à la coordination des soins dans le but d'assurer la « cohérence et la complémentarité » de leurs efforts (RCPI, 2010). Le dernier niveau concerne la pratique de la collaboration interprofessionnelle effective. A ce stade, « *les interactions sont plus intenses puisqu'il s'agit de partager une vision commune répondant au mieux à l'ensemble des besoins des clients.* » (RCPI, 2010, p.13).

Selon ce continuum, la CIP n'est pas conceptualisée comme une fin en soi, mais bien plutôt comme un mécanisme permettant d'harmoniser les points de vue. Lorsque la CIP se concrétise efficacement entre les différentes professions deux résultats sont attendus : 1- La construction d'une vision commune entre les intervenants et 2- l'élaboration d'un plan d'action à travers lequel les responsabilités sont partagées.

I-3-1 La collaboration renvoie à plusieurs autres concepts voisins

La collaboration selon une définition sommaire de Bedwell et al (2012) est la mise en interaction de deux entités ou plus pour travailler ensemble autour d'un ou plusieurs objectifs communs. A cet égard, la collaboration peut être assimilée à plusieurs autres formes d'interactions qui caractérisent le travail collectif. Bedwell et al (2012) énoncent trois principaux concepts voisins « related concepts » (voir annexe 2). Ces similitudes seront traitées dans une section ultérieure.

II- Attributs de la CIP

Par ailleurs, Bledwell et al (2012) dressent une liste des attributs à considérer pour définir la collaboration. Ainsi, la collaboration est perçue en tant que processus émergeant de la triade ; structure, organisation et individus. La collaboration est une relation de réciprocité. Elle représente une interaction mutuelle et réactive entre deux ou plusieurs entités sociales. Une relation orientée vers l'abus du pouvoir ne peut être considérée comme une forme de collaboration. Il s'agit d'une forme de délégation et non d'une collaboration. D'autre part, la collaboration sollicite l'alignement sur des objectifs en commun.

II-1 La CIP est un processus évolutif

Dans certaines recherches la collaboration est considérée comme une structure relationnelle (Bedwell et al, 2012). La plupart des écrits décrit la collaboration plutôt en tant qu'un processus (Gray, 1989; Keyton, Ford, & Smith, 2008; Wood & Gray, 1991, cité dans Bedwell et al, 2012). Dans cette perspective, la collaboration est perçue comme émergente et évolutive. Elle se crée à partir des interactions entre les acteurs. A cet égard, Gray (1989) pense que la collaboration est un processus inhérent à l'activité dans une organisation: *«collaboration is essentially an emergent process rather than a prescribed state of organization»* (cité dans Bedwell, p. 15).

II-2 La CIP fait intervenir deux ou plusieurs « entités »

La collaboration renvoie à l'idée d'une interaction entre des « entités sociales ». Elle représente la dynamique d'interdépendance entre des personnes qui travaillent ensemble (Bedwell et al, 2012). D'autre part, elle peut concerner les individus, les équipes de travail et les organisations. Elle peut être une combinaison d'interactions entre ces entités différentes (Lingard et al, 2004.) Par exemple, elle peut concerner une interaction entre une personne et un groupe de travail. Cet éventail d'interdépendances lui confère un aspect dynamique et complexe (idem).

II-2-1 La CIP est réciproque

La collaboration repose sur un engagement mutuel des parties concernées. Chaque partie doit contribuer à assurer un minimum de participation pour la continuité du travail collaboratif (Bedwell et al, 2012). Il n'est pas obligatoire que la contribution soit égale mais il faut qu'elle existe pour assurer le bon fonctionnement de la collaboration (Bedwell et al, 2012).

II-2-2 La CIP nécessite une activité jointe « participation in joint activities»

La collaboration repose sur l'idée du partage des ressources pour aboutir à des solutions communes. Partant de ce constat, la collaboration est une « action » orientée pour la réalisation d'objectifs communs (Gallagher et al, 2011 ; Bedwell et al, 2012).

II-2-3 La CIP doit être en mesure de réaliser des objectifs communs

Le pilier fondamental de la collaboration est le partage d'objectifs communs (ou du moins un objectif commun). C'est aussi la condition nécessaire et suffisante justifiant le recours à cette pratique : C'est autour de la réalisation de ces objectifs que se construit la collaboration (Bedwell et al, 2012).

III- Les déterminants de la collaboration interprofessionnelle

Le survol de la littérature fait ressortir une panoplie de déterminants qui expliquent la dynamique de la collaboration (de la CIP). Généralement, la CIP est analysée à travers ses inputs (facteurs influençant /déterminants) et ses outputs (niveaux d'impact).

III-1 Les déterminants organisationnels

La recension des écrits repèrent plusieurs déterminants organisationnels en l'occurrence : la structure organisationnelle, les mécanismes de la coordination et de la communication, les ressources disponibles à la disposition des membres d'une équipe (quelque soit la nature de ces ressources). D'autres recherches suggèrent le leadership (Rodriguez et al, 2005 ; Xyrichis et Lowton, 2008), le partage des valeurs communes (Rodriguez et al, 2005) et la répartition des tâches et responsabilités (Lemieux Charles et McGuire, 2006 ; Henneman et al, 1995). Dans la même lignée, d'autres facteurs organisationnels sont considérés comme facilitant la CIP: la présence d'une communication efficace, le partage des informations et la mise en œuvre de procédures et de normes claires (Lemieux Charles et McGuire, 2006 ; Rodriguez et al, 2005). La gestion des conflits, la proximité physique et les ressources allouées représentent aussi des facteurs organisationnels ayant un effet positif sur la pratique de la collaboration (Lemieux Charles et McGuire, 2006 ; Rodriguez et al, 2005 ; Xyrichis et Lowton, 2008)

Certains auteurs réduisent ces déterminants en déterminants structurels et engagent une analyse plus succincte sur la taille, la composition et les normes de l'équipe (Lajeunesse, 2009). Ainsi, l'examen de la collaboration interprofessionnelle se réduit à l'examen de déterminants structurels qui concerne le lieu où se déroule la CIP soit l'équipe. Parmi ces déterminants, les recherches

mentionnent : l'organigramme et la réglementation. Ces deux facteurs conditionnent le déploiement stratégique de l'organisation (Mulvey et Howard, 1998). C'est au niveau de la structure que se développent et se négocient les relations entre les acteurs (Crozier et Friedberg, 1977, p.37).

III-2 Les déterminants interactionnels

Ils sont aussi nommés par les déterminants interpersonnels ou relationnels (Bedwell et al, 2012). Les principaux déterminants cités dans la revue de la littérature sont : la connaissance des rôles et responsabilités de soi et des autres (Henneman et al, 1995 ; Petrie, 2010, Bedwell et al, 2012). Plus particulièrement, les recherches accordent une place importante à la confiance et la cohésion au sein de l'équipe (Henneman et al, 1995, Rodriguez et al, 2005).

La confiance représente un déterminant crucial dans la pratique de la collaboration. D'Amour et al (1999) précisent que les fondamentaux d'une interdépendance interprofessionnelle sont : le processus d'interconnaissance, le partage de territoires communs et l'établissement d'une relation de confiance. Selon les auteurs la confiance est : « *la toile de fond d'un univers de relations interprofessionnelles.* » (p.110). Concernant la cohésion, elle représente une indication sur la volonté de rester dans une équipe. Elle indique aussi, l'intérêt mutuel partagé par les membres d'une même équipe (Cohen et Bailey, 1997). D'autres facteurs interactionnels sont recensés tels que : la volonté de s'engager dans une pratique de la collaboration (Henneman et al, 1995 ; Petri, 2010) et l'interdépendance dans le travail collectif (Petri, 2010 ; Willumsen, Ahgren et Odegard, 2012) .

III-3 Les déterminants systémiques

La littérature n'est pas unanime sur la nature de ces déterminants (McCallin, 2001 ; Reeves et al, 2011). Engager ces déterminants dans l'analyse de la collaboration interprofessionnelle témoigne d'une volonté des chercheurs à inclure la dimension 'environnement'. On trouve dans les déterminants systémiques : le système professionnel qui englobe toutes les professions et s'oriente vers une approche intégrante (Rodriguez et al, 2005). Le système social peut concerner plusieurs aspects selon la recherche menée. Ainsi, il résume la concrétisation des interactions sociales dans une structure bien définie (Oandasan et al, 2006 ; Reeves et al, 2010). Il peut aussi concerner tout ce

qui se rapporte aux éléments socioculturels (White et al, 1992; Scott et al, 2012). Peu de recherches ont mis le point de focal sur la pratique de la gouvernance publique, l’affiliation académique et le contexte politico-légal comme déterminants systémiques (Scott et al, 2012)

Sur le terrain, la pratique de la collaboration interprofessionnelle est un processus de communication et de prise de décisions mutuelles (Paradis et al, 2013). Ce processus est propice au partage de connaissances et de compétences professionnelles qui influence la qualité des prestations des soins (ibid). La plupart des recherches menées sur les déterminants de la collaboration les classifient en trois catégories. Il s’agit des déterminants systémiques, organisationnels et interactionnels. Ils sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 4: Les principaux déterminants de la CIP

Catégorie des déterminants	La nature des déterminants
<p>Déterminants systémiques</p> <p>Éléments situés à l’extérieur de l’organisation qui ont des effets sur la mesure dans laquelle les pratiques de la CIP peuvent y être mises en œuvre.</p>	<p>-Système social: facteurs sociaux qui peuvent produire des déséquilibres de pouvoir entre les membres d’une équipe. Inclut la manière dont les professionnels sont socialisés au cours de leur formation</p> <p>-Système culturel: portée de la CIP dans le travail d’équipe. Il s’agit en particulier de la culture professionnelle et de ses composantes qui influencent le travail d’équipe.</p> <p>-Système professionnel: processus de la professionnalisation et acquisitions des savoirs faire dans un champ de pratique.</p> <p>-Système éducatif: acquisition de savoirs et de connaissances relatives à une profession. Inclut le système de valeurs et d’éthique</p>
<p>Déterminants organisationnels:</p> <p>attributs de l’organisation qui définissent</p>	<p>-Structure organisationnelle</p> <p>-Mécanismes de coordination et de communication (normes, règles, instruments...)</p> <p>-Ressources à la disposition des membres de l’équipe: ressources de divers</p>

l'environnement travail de l'équipe.	de types qui peuvent freiner ou promouvoir la CIP.
Déterminants interactionnels: éléments qui composent les relations interprofessionnelles entre les membres d'une équipe	-Volonté à collaborer: engagement envers un processus de collaboration -Confiance -Respect mutuel

A la lumière de ces éléments, la collaboration interprofessionnelle se comprend et s'explique mieux dans une perspective collective et dynamique. Ce processus représente un lieu d'interdépendances de pratiques différentes, de valeurs et d'orientations divergentes et des relations de pouvoir complexes. Or, elle est souvent mêlée à des concepts qui renvoient aussi à des formes de travail collectif. Quels sont ces principaux concepts ? Quels sont les liens de ces concepts avec la collaboration ? Nous essayerons de répondre à ces interrogations dans la section suivante.

IV- Concepts voisins

Après avoir recensé les différentes définitions accordées à la CIP, il convient d'élucider quelques concepts voisins ou « rattachés ». Dans leur article de recensement de la littérature sur la CIP Bedwell et al (2012) parlent de « *related concepts* ». Ils ont établi une liste de concepts qui sont systématiquement évoqués lorsqu'on traite la CIP (voir annexe n°2). Dans cette section, nous allons parler du lieu où se concrétise la CIP soit : l'équipe du travail. Les trois « C » similaires à la collaboration soient : la coopération, la coordination et la compétence collective.

IV-1 Lieu de la collaboration interprofessionnelle : l'équipe

Évoquer le concept de la collaboration interprofessionnelle implique un passage obligé à la notion d'équipe. On peut dire que le lieu où se concrétise la collaboration interprofessionnelle est l'équipe ; d'où la nécessité de clarifier cette notion.

2-1-1 Définitions

Les travaux pionniers de Lafon (1962) ont apporté les premières briques à l'étude de ce concept. Il compare l'équipe à « *une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes* » (p.22). Il évoque l'ambiguïté de cette notion dans son article :

«Équipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes (tels les bateliers de la Volga) ou des chevaux en attendant l'époque des remorqueurs[...] toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune, puis ensuite d'équipe de sportifs pour gagner un match. Il y a donc dans ce mot un lien, un but commun, une organisation, un double dynamisme» (ibid, p.22).

Les définitions données par le dictionnaire montrent le lien avec le concept de la collaboration interprofessionnelle « *groupe de personnes collaborant à un même travail* »¹ et « *Ensemble de personnes travaillant à une même tâche* »². «Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leur effort dans le même but.»³ L'engouement pour l'étude de la notion d'équipe avec les aspects sociaux/affectifs et l'orientation vers des objectifs communs s'est développé au cours des années 70-80.

Une équipe n'est pas une donnée « innée ». C'est une unité qui se construit pour aboutir à un résultat escompté et surtout pour la réalisation d'objectif communs. Comme le souligne Cauvin (1997) « *Une équipe ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps et de l'énergie, de la volonté. IL faut se doter des moyens pour faire [...] une équipe orientée vers des buts en communs [...]* » (p.9).

Par ailleurs, la notion d'équipe est confondue avec une autre notion ; celle du groupe. En effet, l'équipe est considérée comme « un groupe primaire ». Monello et Elton Mayo (cités dans Cauvin, 2007) distinguent entre les deux concepts en évoquant la notion de la pluridisciplinarité. A cet égard, un groupe est une entité constituée par les mêmes éléments travaillant ensemble de la même

¹ Dictionnaire Hachette Encyclopédique (Ed, 2002).

² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quipe/30690?q=%C3%A9quipe#30605>

³ Dictionnaire Larousse, Ed 2012

manière pour réaliser des tâches communes. En revanche, l'équipe est une entité constituée par des éléments hétérogènes qui collaborent ensemble dans le but d'atteindre des objectifs communs sans pour autant avoir les mêmes tâches à réaliser. « *Le travail en équipe est défini par la pluridisciplinarité Il groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres.* » (Mucchielli, 2003, p.9).

D'autres différences sont mises en exergue pour distinguer les deux notions. Ainsi, un groupe est un ensemble de personnes travaillant pendant une durée de temps déterminé mais ne constitue pas forcément une équipe. Une équipe est un nombre de personnes unies pour atteindre des objectifs communs moyennant la coopération (prédominance de la coopération par rapport à la compétition dans l'équipe).

Dans le domaine de la santé le terme d'équipe est souvent sollicité. Un survol du code de la santé publique montre qu'il est utilisé à plusieurs reprises pour désigner le corps médical. On trouve « équipe de soin », « équipe mobile », « équipe pluridisciplinaire », « équipe de santé mentale », « équipe pédagogique », etc.

2-1-2 Cohésion et appartenance à l'équipe

Une équipe est un milieu où se développe un code, « une morale », une façon de faire. Appartenir à une équipe se fait par adhésion aux valeurs véhiculées (Mucchielli, 2003). C'est cette adhésion qui permet de :

-Créer un bon climat de travail propice à l'épanouissement professionnel et au désir de collaborer. Selon Tramonî et Reynaud (2000) « *C'est sans doute le sentiment d'appartenance à travers une culture partagée qui va conditionner ce qu'il est convenu d'appeler « la bonne ambiance », facteur favorisant la participation et l'épanouissement de chacun à travers et par le groupe.* » (p.18)

-S'identifier à son équipe de travail. D'après Mucchielli (2003), l'appartenance à une équipe donne un relief particulier, un sens d'engagement et une volonté de promouvoir l'activité collective pour le succès de l'équipe. Appartenir à une équipe devient pratiquement une éthique à respecter (comme le disait Durkheim, «les valeurs morales sont des valeurs sociales », il n'est pas étonnant de

constater que l'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique. » (p.440.)⁴ Pour Mucchielli (2003) « *L'identification au groupe c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens.* » (p.38)

Selon Mucchielli (2003) la cohésion est le fait de construire un tout commun en adossant des efforts mutuels et collectifs autour d'objectifs communs. Ainsi la cohésion selon lui est « [...] *est la possession de certaines caractéristiques [...] et qui au total font que ce groupe est uni dans son fonctionnement et tendu vers des objectifs [...] qui font sens pour tous ses membres.* » (ibid, p.70). La cohésion dans l'équipe est contingente à deux principaux facteurs en l'occurrence ; La confiance et la volonté de coopération.

- La confiance

Plusieurs écrits ont traité la notion de la confiance dans les équipes. La plupart considèrent que la confiance est un ingrédient indispensable à la réussite de l'équipe et la mobilisation de ses membres autour des objectifs communs. La cohésion et la confiance sont interdépendantes : il n'existe pas de réelle cohésion en l'absence d'une confiance ressentie et partagée par tous les membres de l'équipe. Cauvin (2007, p. 9) dit que ce qui fait la cohésion de l'équipe « *c'est la confiance de chacun dans les autres membres et dans les capacités de l'équipe en tant qu'équipe* ». La confiance ne s'acquiert pas facilement. Elle s'installe au fur et à mesure que les liens de collaboration et de coopération s'intensifient au sein de l'équipe. D'où la nécessité de maintenir une coopération positive selon la terminologie de Mucchielli (ibid). Faire confiance est de ce fait « *un construit social qui se réfère à l'expérience et au passé commun de l'interdépendance entre les membres d'une équipe.* » (Friedberg et Crozier, 1977, p.19).

- La coopération

Comme déjà mentionné, appartenir à une équipe repose sur de bonnes pratiques de coopération (Mucchielli, 2008). Il s'agit de bâtir des liens d'interdépendance fondés sur la mise en commun des

⁴ Durkheim, E. « Jugements de valeurs et jugements de réalités. » Revue de Métaphysique et de Morale; Paris 19 (Jan 1, 1911): 437-453.

efforts pour atteindre les objectifs escomptés. Cette notion sera étudiée plus en détail un peu plus loin.

2-1-3 Complexité du travail en équipe

Loin de l'utopie de l'équipe cohérente et harmonieuse, la réalité montre qu'amener des Hommes à joindre leurs efforts est souvent problématique. D'une façon générale, Travailler en équipe est le fait de trouver le juste milieu entre les apports individuels et ceux collectifs de l'équipe. La complexité de travailler en équipe réside donc, dans deux niveaux

**Hétérogénéité individu/équipe*

Ce niveau renvoie à la capacité d'une personne appartenant à une équipe d'y adhérer et de partager les valeurs communes. Il s'agit de conduire parallèlement ce qui détiend de l'individualité et ce qui émane de l'équipe. Les travaux de Friedberg et Crozier montrent que les personnes sont amenées à concilier ces deux niveaux par des jeux de rôles et de pouvoir. Mucchielli (2003) explique cette caractéristique en disant : « *L'hétérogénéité des compétences est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe, et d'une division efficace des rôles. Elle dynamise et enrichit l'équipe. La complémentarité peut donc devenir un facteur important d'efficacité et de progrès mutuel.* » (p.35).

**Homogénéité membre/équipe*

Afin d'assurer le bon fonctionnement d'une équipe il est indispensable de maintenir un certain degré d'homogénéité entre ses membres. La capacité à collaborer ensemble est revendiquée pour avancer et réaliser les tâches à exécuter. Il est utopiste de croire que les Hommes sont spontanément tourné vers le travail collectif. Une certaine dynamique doit se créer pour allier les différentes perspectives, points de vue et visions. L'essence d'une équipe est le fait d'aller au-delà des différences individuelles pour bâtir le commun essentiel à la réussite de tous et surtout à la réussite de l'équipe (Mucchielli, 2003).

L'engouement pour le travail en équipe dans le secteur de la santé montre l'importance de cette entité dans la mobilisation des efforts collectifs. Selon Mucchielli (2003), le travail en équipe pourrait aider à décroître la pénurie des professionnels de santé, favoriser l'intégration et la

continuité des soins, améliorer la qualité des prestations de soin et réduire les coûts. Or, la réalisation de ces objectifs au sein de l'équipe n'est pas sans embûches. Problèmes de communication, ambiguïtés des rôles et dichotomie entre les professions représentent les principaux freins au travail interprofessionnel. Dans les termes de Lafon (1962) il est nécessaire de concevoir l'équipe dans sa pluridisciplinarité. C'est à travers cet aspect que les professionnels devraient agir. Comme le souligne Mucchielli (2003) «*Le travail en équipe est défini par la pluridisciplinarité, il groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres.* » (p.9)

2-2 Collaboration ou coopération : concepts distincts ou redondants ?

Interroger la distinction entre la collaboration et la coopération n'est pas une tâche simple. En effet, ces deux concepts sont souvent confondus. Cette confusion est-elle justifiable ?

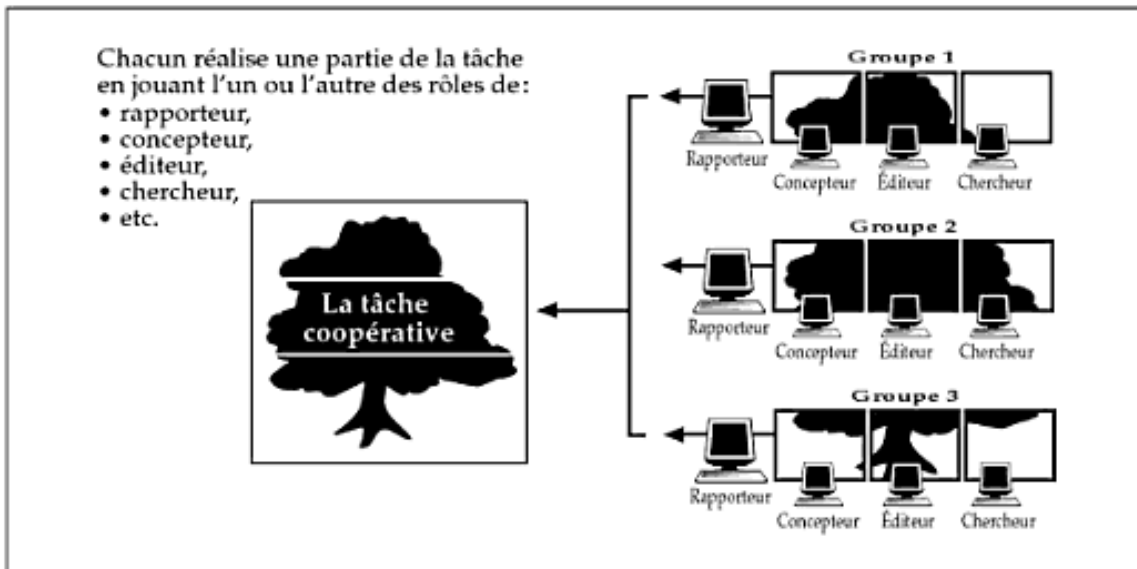
Plusieurs auteurs stipulent que les deux concepts sont distincts (Henneman et al, 1995 ; Henri et Lundgren-Cayrol, 2003 ; Bedwell et al, 2012). Henri et Ludgren-Cayrol (2003) dans leur ouvrage collectif montrent que collaboration ou coopération est le fait de travailler ensemble pour réaliser un/des but(s) commun(s). Toutefois, la nuance de différence se situe au niveau de la façon dont ce travail collectif est distribué, l'interaction entre les personnes et le regard porté au but (ibid)

**Au niveau du partage du travail*

En coopérant, chaque membre est spécialisé dans une tâche particulière. L'atteinte de l'objectif commun est tributaire de la réalisation de toutes les tâches attribuées à chaque membre.

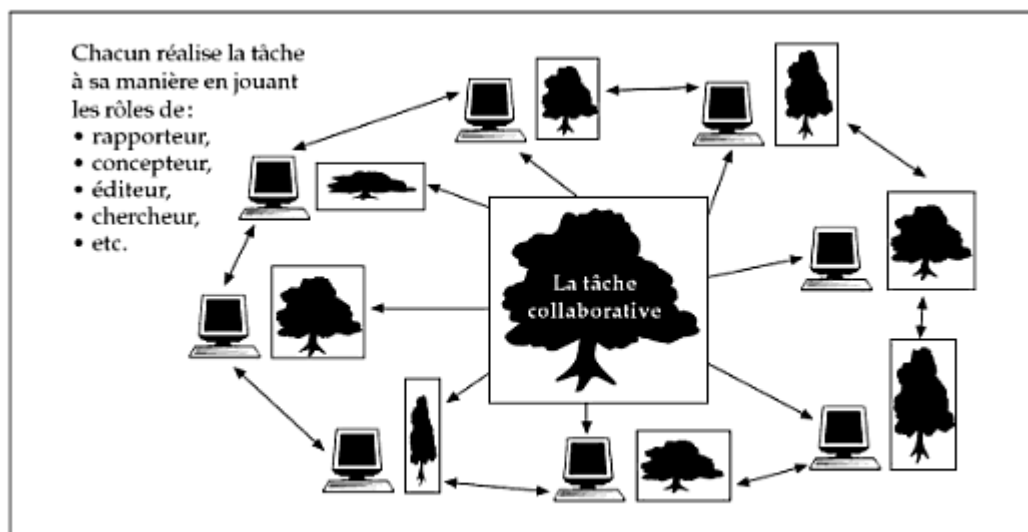
En collaborant, chacun réalise une tâche individuelle susceptible d'atteindre le but commun. Donc il s'agit de combiner des tâches réalisées individuellement pour atteindre l'objectif escompté. Les deux schémas ci-dessus agrémentent cette différence :

En coopérant



Source : Henri et Ludgren-Cayrol (2003)

En collaborant



Source : Henri et Ludgren-Cayrol (2003)

**Au niveau de l'interaction entre les personnes*

En coopérant, chaque tâche réalisée est tributaire de la réalisation des autres tâches. De ce fait c'est un sentiment de dépendance qui se crée entre les membres de l'équipe. Les interactions sont fortes et « structurées » pour l'atteinte du résultat définitif (Henri et Lundgren-Cayrol, 2003). En collaborant il y a une certaine marge de liberté individuelle et donc d'indépendance entre les membres. La collaboration requiert une mise en commun des idées donc elle est à caractère « associatif » (Henri et Lundgren-Cayrol, 2003).

**Au niveau du regard porté au but*

Ce niveau de différence explique pourquoi les Hommes sont amenés à travailler ensemble. En coopérant, chaque membre réalise une tâche, le groupe atteint le but espéré par le travail collectif et la juxtaposition de ces tâches. En collaborant, chacun utilise les ressources allouées au groupe pour exécuter les tâches individuelles et ensuite atteindre le but commun par agrégation des tâches individuellement réalisées.

En outre, Henri et Lundgren-Cayrol (2003, p.36) énoncent que « *La collaboration mise autant sur la réalisation de la tâche par l'apprenant que par le groupe, contrairement à la coopération qui propose à l'apprenant de s'acquitter d'une sous-tâche permettant au groupe de réaliser la tâche.* ». Ces auteurs soulignent que « *le choix entre une démarche coopérative ou collaborative se fait selon la maturité des apprenants, leur autonomie et leur capacité à contrôler leur apprentissage.* » (p.30) Ainsi, la collaboration implique que les relations entre les personnes sont interdépendantes et incite à la mise en commun des idées pour réaliser des objectifs communs.

Bedwell et al (2012) appuient cette distinction entre la collaboration et la coopération. Ils stipulent que la collaboration est une pratique qui concerne une interaction « sociale » ; c'est-à-dire une interdépendance entre des personnes qui travaillent ensemble. La coopération est une forme de travail collectif qui sert à partager des tâches. Elle concerne la mise en commun des tâches pour construire le tout commun (ibid, 2012).

Les travaux de Cerisier (1999, cité dans Boutigny, 2004) distinguent aussi la coopération de la collaboration. L'auteur explique que la différenciation entre les deux concepts se fait selon la nature

des opérations à effectuer et la manière dont les tâches sont réparties (Boutigny, 2004). Ainsi, la coopération est la répartition du travail collectif en sous-tâches fragmentées. Chaque tâche est ensuite réalisée par un acteur selon une organisation horizontale du travail collectif (Boutigny, p.13). Cette répartition des tâches est accordée selon une attribution adéquate des compétences (Cerisier, 1999 cité dans Boutigny, p.13). La collaboration est plutôt « *une situation de travail collectif dans laquelle tâche et but sont communs. Tous les acteurs travaillent sur les mêmes points* » (Cerisier, cité dans Boutigny, p.13)

Or, cette distinction n'est pas aussi simple. Les éléments d'intersection des deux concepts font qu'ils sont utilisés parfois d'une façon interchangeable. Certains auteurs estiment qu'il n'existe pas de réelles différences entre la collaboration et la coopération. Les deux pratiques renvoient à une façon particulière d'organiser le travail collectif et de joindre les efforts pour atteindre des buts communs. Selon Miyake (1986), il n'est pas évident de différencier la collaboration de la coopération. En effet, si on considère que la coopération est une répartition des tâches coordonnées d'une façon horizontale, il se trouve qu'une forme de collaboration émerge de cette pratique de coopération (Miyake, 1986).

Dans le cadre de ce travail de recherche, la coopération est considérée comme une forme de collaboration à un niveau structuré et horizontal. En effet, comme déjà mentionné dans le descriptif du contexte nous traitons un terrain particulier qu'est l'hôpital. Qualifier la coordination des tâches entre les professionnels de santé de coopération dans le sens où les tâches à accomplir sont structurées et suivent une division rationalisée est légitime (Heutte, 2011). Mais, restreindre la dynamique de ces interactions à un simple fait de coopération ne reflète pas la complexité du travail collectif dans l'hôpital. Il existe une dimension plus profonde d'interdépendance qui implique davantage l'humain et qui ne nécessite pas une organisation à priori des tâches (Heutte, 2011). Le travail collectif des professionnels de santé tel qu'il se manifeste actuellement correspond à une bureaucratie professionnelle. Il est aussi tributaire de la structuration des réseaux relationnels entre les professionnels de santé. Donc, le degré de « coaction » se situe à un niveau plus profond que la coopération (Barthe et Quéinnec, 1999). La collaboration interprofessionnelle semble être mieux adaptée à décrire les relations interprofessionnelles. Néanmoins, nous considérons -comme déjà évoqué ci-dessus une certaine dialectique entre les deux concepts.

2-3 Collaboration et coordination

La coordination relève de la coopération. En effet « *lorsque plusieurs opérateurs coopèrent, ils doivent à un moment donné coordonner leurs actions, c'est-à-dire les agencer dans un certain ordre afin d'atteindre le but final de façon efficace.* » (Barthe et Quéinnec, 1999 p.672). Selon Tremblay et al (2010) la coordination est la façon d'organiser et de mettre en commun les tâches attribuées aux opérateurs.

Mintzberg (1982) identifie trois mécanismes de coordination à savoir : la standardisation, la supervision directe et l'ajustement mutuel. La coordination par ajustement mutuel est le simple fait d'avoir une communication informelle entre les opérateurs pour organiser les tâches (soit par négociation, compromis.etc.). La supervision directe suggère que la coordination se fait par « un superviseur » chargé du contrôle de l'exécution des tâches. Et la standardisation est le fait d'homogénéiser et d'uniformiser les règles mises en vigueur pour l'application des tâches. Les opérateurs utilisent des références et des méthodes communes. Pour résumer, Mintzberg affirme que ces mécanismes sont « *la colle de la structure, l'élément fondamental qui maintient ensemble les parties de l'organisation.* » (1982, p.13).

Ainsi, la coordination est structurée selon un programme (ou des normes) pré défini. Elle s'associe à une certaine forme d'automatisme dans la réalisation des tâches. Contrairement à la collaboration, elle « [...] *se base sur la structuration et la formalisation* » (p.29, Asmar, 2011). La collaboration repose sur une « construction sociale » (ibid) ; elle revêt une forme plus spontanée que la coordination.

2-4 La Collaboration comme compétence collective ?

La question de la compétence collective intervient systématiquement lorsqu'on évoque les thèmes relatifs à l'organisation du travail et des Hommes. L'analyse de la compétence collective s'est faite conjointement à l'évolution des approches sur les organisations et les conceptualisations de l'Homme au travail (Wittorski, 2007). A noter qu'avec les premières conceptualisations de l'Homme au travail selon les différentes disciplines, l'engouement portait essentiellement sur les compétences individuelles donnant lieu à un recueil théorique considérable et un corpus

impressionnant de connaissances et d'outils destinés à évaluer les capacités individuelles (Lingard et al, 2004).

Avant de parler de la notion de compétence collective, il convient d'abord de mentionner l'émergence du concept de compétence dans le domaine du management des organisations et en particulier dans la gestion des ressources humaines (Leplat, 2000). Le terme de compétence a émergé dans les années 1970 avec les travaux qui alimentent le débat sur le rehaussement des salaires et la hiérarchisation des postes (idem). Cette période est caractérisée par une analyse de la compétence tournée vers l'individu. A l'époque les chercheurs ont essayé de mettre en exergue les attributs de la compétence individuelle qui expliquent pourquoi des employés sont plus performants que d'autres (Leplat, 2000). A cette fin, les entreprises ont élaboré un arsenal d'instruments pour évaluer, analyser, classer et même rémunérer les compétences des salariés (Leplat, 2000). Dans la même lignée, Katz (1974) définit la compétence à travers la distinction de trois types de compétences individuelles ; compétences conceptuelles *conceptual skills* définissent la capacité à comprendre le fonctionnement global de l'entreprise et à intégrer les relations qui charpentent les différents éléments organisationnels et structurels. Les compétences humaines *Human skills* renvoient aux aptitudes relationnelles au sein des équipes de travail et la capacité de travailler en groupe (notamment pour les postes d'encadrement où la qualité de leader est sollicitée pour manager les Hommes.). Et les compétences techniques *Technical skills* concernent les connaissances et savoir-faire par rapport à un domaine d'activité. Une compétence technique confère à celui qui la détient une maîtrise des méthodes, des procédures et des techniques du dit-domaine (Katz, 1974).

En sociologie, la notion de « compétence » est perçue en quelque sorte comme un substitut à la notion de qualification (Leplat, 2000). A cet égard Reynaud (2001, p.10) affirme que «*Dans l'idée de la compétence, il y a une idée supplémentaire par rapport à celle de qualification. C'est l'idée de la responsabilité du salarié à l'égard du résultat.* ». Selon cet abord, la compétence requiert la participation des individus. Elle est surtout « [...] *la mise en œuvre dans l'autonomie et dans l'ajustement des demandes spécifiques qui mettent en avant la responsabilité de l'acteur.* » (Largier, Delgoulet et De La Garza 2008, p.4).

Les années 1980 sont marquées par l'avènement de nouvelles techniques de production et de management ; la notion de compétence prend d'autres acceptions. Sur la base des travaux de Montmollin (1986), l'appréhension de la compétence se fait à travers la recherche de leviers de mobilisation des compétences et d'identification des compétences clés dans l'entreprise. Les travaux de Hamel et Prahalad (1990) illustrent cette volonté de mise en place *d'architectures stratégiques* pour améliorer la compétitivité. Avec la notion de *core competencies* les auteurs expliquent que la notion de compétence émerge d'une analyse stratégique pour créer de la plus-value et générer des avantages compétitifs. Ils stipulent que ces « compétences clés » renforcent les avantages concurrentiels et soutiennent les apprentissages collectifs qui se basent sur une action commune (Krohmer, 2005).

L'introduction des technologies de l'information et de la communication et le changement des modes de management ont eu des implications sur la conception du travail collectif. La prise en compte de la dimension collective de la compétence est devenue un impératif (Krohmer, 2005). Les travaux d'E. Deming dans le management de la qualité (1986) agrémentent cette focalisation sur la dimension collective. L'auteur a mis en exergue le rôle crucial des projets d'équipes transversaux et leurs capacités à collaborer et à agir ensemble. Cette capacité de coordination et de communication est au cœur de l'action collective et représente un impératif pour l'efficacité du travail collectif (Krohmer, 2005).

A cet égard, Le Boterf (1994) suggère de trouver « *une nouvelle mise en forme de la compétence pour en faire un objet d'investissement* » (p. 49). De plus, la notion de compétence n'est plus associée à l'exécution des tâches mais elle se comprend dans la dyade de l'acteur et de l'organisation (Largier, Delgoulet et De La Garza 2008, p.5). Elle s'articule dans la logique de l'action et dans l'ajustement à des situations professionnelles de plus en plus complexes (idem, p.5). Cette nouvelle perspective met l'accent sur l'aspect collectif de la coordination des tâches et de la résolution des problèmes dans le milieu de travail. Désormais, la compétence revêt une dimension collective (Largier, Delgoulet et De La Garza, 2008).

Boutigny (2004) explique que la compétence collective est une notion *fréquemment éludée*. Ceci est affirmé par une littérature qui propose autant de définitions que de recherches (Boutigny, 2004 ; Bataille, 2001 ; Krohmer, 2005). De ce fait, la définition de la compétence collective demeure non

encore stabilisée (Krohmer, 2005). Les travaux de Krohmer suggèrent une synthèse des principales définitions confiées à la notion de compétence collective (voir annexe 3).

Dans le même ordre d'idée, certains auteurs adoptent pour l'analyse de la CIP une approche s'intéressant davantage aux compétences nécessaires pour collaborer. Dans une recherche récente, Le Continuum Pancanadien pour l'Interprofessionalisme en santé (CPIS-CIHC) a développé un référentiel de compétence incluant les savoirs, les habiletés, les attitudes et les comportements. Ce référentiel décrit dans quelle mesure peut-on considérer un professionnel comme *collaborative-ready*.

Ces compétences concernent six domaines soient : la communication interprofessionnelle centrée sur la personne et les proches, la clarification des rôles, le fonctionnement de l'équipe, le leadership collaboratif et les résolutions des conflits interprofessionnels. Le tableau ci-dessous représente ces éléments

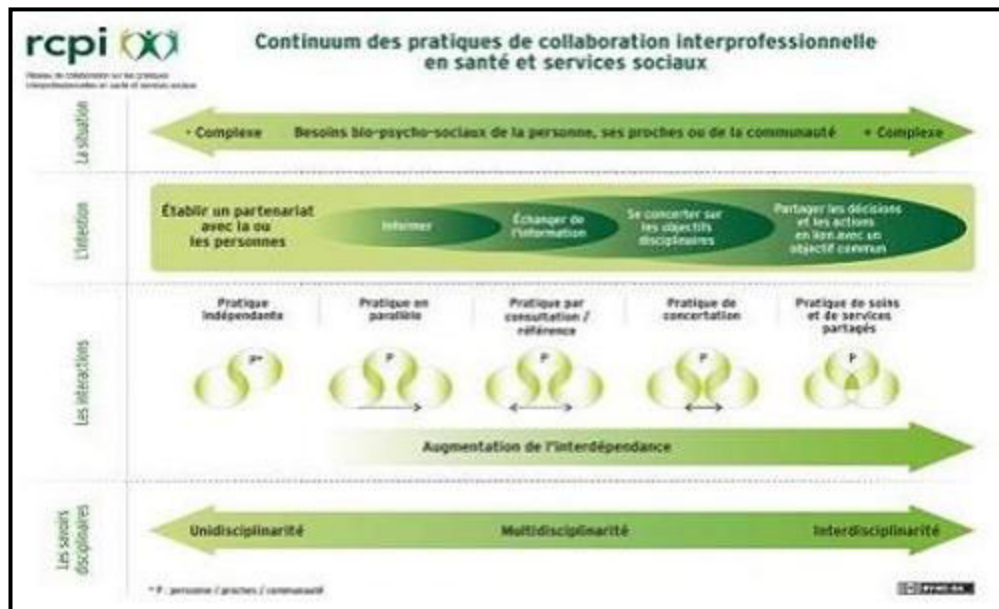


Figure 1: Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

2-4-1 La pratique collaborative et la nécessité de recourir aux compétences collectives

Reeves (2012) dit que l'appréhension de la CIP doit passer par une compréhension approfondie des compétences et des écrits sur la question : « *As I previously argued the use of competences and*

competency frameworks has a wide appeal as they help provide consistent standards of professional and interprofessional practice, helps validate areas of health care work which are regarded as important. » (2012, p.253).

L'assomption implicite qui affirme que la compétence est un attribut individuel influence le système de la qualification professionnelle. Chaque individu est maintenu dans la pratique professionnelle de témoigner d'un niveau de compétence important. Ce niveau de compétence lui confère un degré de légitimité quand à l'exercice de la profession. Il dénote aussi de sa performance individuelle (Boreham et Charles, 2007). La compétence collective ne constituait pas un impératif de la dynamique professionnelle (idem, p.9). La conception de l'Homme s'inscrit ainsi dans une perspective « individualiste » : un médecin examine un patient, un infirmier donne une injection, un technicien explique un régime alimentaire etc.

Toutefois, la pratique interprofessionnelle renvoie à la compétence collective. A cet égard, Boreham et Charles (2007) affirment : « *When an interprofessional team operates as a fully cooperative and collegial entity it becomes possible to talk about the agency and hence the competence of the interprofessional team as an actor in its own right.* » (p.9). Selon ces auteurs, une équipe interprofessionnelle doit être dotée d'une compétence collective. Pour ce faire, les auteurs dictent trois principes présentés ci-dessous.

- Avoir un sens collectif des constructions des événements dans le milieu du travail

L'idée de l'« interprofessionalité » va au-delà de la mise en commun de plusieurs professions afin d'aboutir à une résolution optimale des situations complexes (Boreham etc Charles, 2007). Dans ce sens, la spécificité de la compétence collective réside dans la capacité d'une équipe interprofessionnelle à optimiser la dynamique professionnelle dans un environnement incertain. A travers le langage partagé et discuté, l'équipe constitue spontanément une mémoire collective (Weick et Roberts, 1993). Cette mémoire repose sur la compétence collective de l'équipe construite à partir des situations complexes.

- Une base de connaissance collective

Boreham et Charles (2007) préconisent l'idée selon laquelle un groupe social détient une connaissance collective plus importante que la part de la connaissance détenue individuellement. Ils suggèrent que l'originalité d'un milieu interprofessionnel réside dans le fait que les concepts et les discussions sont partagés collectivement. Un groupe social est capable de construire un stock de connaissances à travers la pratique collaborative et le préserver quelque soit le sort des individus : « *Individuals may leave the group (for example a physicist may retire from his department and field) but the knowledge of the group does not vanish.* » (2007, p.178).

- Un niveau d'interdépendance

Cette caractéristique met en valeur l'interconnexion entre les composantes d'un système. Un milieu interprofessionnel est un système composé de sous-systèmes concomitants. Le maintien d'un dynamisme entre ces entités repose sur une interrelation. Tout en étant hétérogènes ces sous-systèmes doivent coopérer et communiquer pour constituer le tout-cohérent : le système.

Ainsi, il convient de mentionner que le groupe social est dépeint par l'avènement d'un nouveau « professionnalisme ». Il repose sur les compétences collectives voire interprofessionnelles. Cette nouvelle dynamique inclut des valeurs partagées et prône l'imputabilité en faveur de l'efficacité (Boreham et Charles, 2007).

Conclusion

La collaboration interprofessionnelle appartient à cette catégorie de mots polysémiques utilisés dans plusieurs disciplines. Ce chapitre a établi une analyse concise de la CIP. Il a clarifié ses principales définitions, ses déterminants et ses principaux concepts voisins. Le chapitre suivant dresse une revue de la littérature sur la portée de la collaboration dans la sociologie. Il donne aussi un aperçu des principaux modèles de recherches construits autour de la CIP dans les organisations de santé.

Deuxième Chapitre : La CIP dans la sociologie

Introduction

Un survol de la littérature montre que l'appréhension de la collaboration (interprofessionnelle) est différente d'une théorie à une autre. L'étude de l'action collective au sein des équipes interprofessionnelles peut se rapporter à plusieurs ancrages théoriques que ce soit en sociologie, psychologie ou économie. Dans le cadre de cette recherche, le point de focal porte sur la revue de la littérature dans la sociologie des organisations et des professions à l'instar des travaux de D'Amour (1997). Ce chapitre recense les principaux modèles théoriques et/ou empiriques portant sur la CIP dans les organisations de santé.

I- La CIP dans la sociologie des organisations

Plusieurs théories ont permis d'élucider la pratique de la collaboration ; en particulier les relations de coopération et de coordination du travail. Smith et al (1995) ont établi un inventaire des différentes théories ayant traitées la pratique de la coopération :

I-1 Les théories de l'échange

Selon ces théories la coopération est un moyen de maximiser les bénéfices économiques et psychologiques dans une relation d'échange (Brill, 1976). Plusieurs disciplines (sociologie, sciences politiques, économie..) partagent la même conception de la coopération d'un point de vue de la théorie d'échange. Les parties prenantes s'engageant dans un processus d'échange. Elles sont disposées à coopérer dans le cas où les bénéfices inhérents à cette relation d'échange sont supérieurs aux coûts engendrés par cette relation.

Dans ce courant, on peut recenser la théorie des coûts de transaction, la théorie psychosociale de l'échange, le symbolique interactionnisme et les théories des décisions. La relation d'échange au regard de ces courants se base sur un raisonnement et un calcul qui permet de mettre en relief les

bénéfices tirés d'une coopération. De plus, l'école française de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg (1977) puise à ces théories : l'acteur y étant perçu comme un être calculateur et intéressé. Nous évoquerons principalement le modèle de Githin, Lyons et Koldonor (1994). Ce modèle utilise la théorie de l'échange pour expliquer la pratique de la collaboration. Il est charpenté par l'hypothèse suivante : il est possible de comprendre les structures sociales par une analyse transactionnelle des relations interpersonnelles et interprofessionnelles (Asmar, 2007). Cette proposition montre que les parties prenantes dans une relation d'échange (une interaction) sont prêtes à interagir dans la mesure où chacune des parties prenantes tire un avantage de la collaboration et que le bénéfice tiré est supérieur aux pertes engendrées par cette interaction. Le modèle repose sur quatre concepts soit, l'échange, la négociation, la loyauté et la différenciation. Il explicite cinq étapes d'intervention pour instaurer une culture de la collaboration (Asmar, 2007).

I-2 Les théories d'attraction

La deuxième catégorie met le point de focal sur les déterminants qui incitent les individus à collaborer dans un groupe donné. Ces théories questionnent les affinités (ou au contraire) qui permettent de créer des liens entre les personnes (Homans, 1958). Les théories d'attraction reposent sur des éléments d'interaction interpersonnelle pour expliquer les liens qui se nouent entre des individus dans un groupe déterminé. Il s'agit d'expliquer la création d'interdépendance relationnelle à travers des variables telles que les valeurs, les statuts/rôles, les besoins réciproques, les aspects de la personnalité, la congruence des objectifs, l'échange des informations (ibid). Les théories de l'attraction expliquent les relations de coopération à travers une analyse des données immatérielles et ne traitant pas l'aspect économique des relations. A cet égard, plusieurs recherches ont expliqué la formation de relations par le biais de la confiance (Hindmarsh et Pilnick, 2002).

I-3 Les théories de conflits et de pouvoirs

Les travaux d'Emerson (1976) et Pfeffer et Salancik (1978) se sont penchés sur les aspects conflictuels ou de coopération dans un échange. Ces recherches expliquent que la diversité des objectifs (individuels/collectifs), le partage des ressources, les valeurs véhiculées peuvent constituer des barrières à la coopération et déboucher sur des situations conflictuelles. Ces différents éléments contribuent à des perceptions différentes de l'équité dans une relation d'échange. Ces théories

mettent en évidence l'existence de « sous-systèmes » dans les organisations. Le degré d'hétérogénéité de ces sous-systèmes réprime le degré de la coopération dans une relation d'échange. La notion de pouvoir intervient aussi dans l'explication de la dynamique coopérative dans une relation d'échange. Ainsi, la différence de pouvoir prédit la portée de la communication ou du conflit dans un processus d'échange.

Cet écart de pouvoir crée une collaboration formelle et présente une occasion propice aux conflits (Reeves et al, 2003). Ce constat alimente deux grandes familles de théories ; les théories relationnelles et les théories structurelles (idem).

Selon les théories relationnelles, A exerce du pouvoir sur B dans la mesure où il l'incite à faire quelque chose que B n'aurait pas fait sans l'intervention de A (Dahl, 1957). L'auteur présente le pouvoir comme une capacité d'un acteur d'influencer d'autres acteurs tout en faisant partie d'un système donné. Crozier et Friedberg (1977) insistent sur le fait que le pouvoir est le fruit de l'architecture relationnelle entre les acteurs plutôt qu'une propriété individuelle. Les théories structurelles maintiennent le fait que le pouvoir se crée dans un système donné et présente une « substance » de ce système (Bronstein, 2003).

I-4 Les théories de modélisation « modeling theories »

Ce courant concerne principalement les théories de l'échange et de l'apprentissage social (Bandura, 1976). Dans cette lignée, les coopérations et les arrangements se concrétisent car elles émanent d'un référentiel commun. Elles trouvent leur légitimité dans le recours à ce référentiel. Ce courant met en évidence l'importance de la conformité, de la consistance et de la cohérence dans la création des normes de coopération.

I-5 Les théories de la structuration sociale

Ces théories expliquent la collaboration par l'émergence des facteurs structuraux. Plus précisément, les théories de la structuration indiquent que la coopération émerge à partir de l'agrégation des structures dans lesquelles se développe ladite coopération. Les structures sont les positions sociales des individus, groupes, organisation et réseaux interdépendantes et différenciées. Pareillement aux

théories de la modélisation, les théories de la structuration sociale investiguent les déterminants extérieurs à une relation d'échange pour décrire et modeler la coopération.

I-5-1 Modèle de la structuration sociale

Ce modèle est fondé sur l'analyse sociologique de l'action organisationnelle collective de Friedberg et de Crozier (1977). Les théories de la structuration sociale s'intéressent à l'influence des facteurs sociaux structuraux sur l'émergence des relations de collaboration à l'intérieur d'un système. L'action collective selon Friedberg (1992), déborde le cadre de la dichotomie traditionnelle entre la structure formelle et la structure informelle. Il suggère une interdépendance entre les deux structures. Il affirme que la structure formelle puise son essence dans les « champs de force » (idem, p.533) qu'elle construit. Elle est partie prenante dans la structure informelle. Elle s'appuie sur les pratiques et les compétences des individus et leurs « *capacités cognitives et relationnelles à jouer le jeu organisationnel de la coopération et du conflit.* » (idem). L'auteur met en exergue le caractère dialogique de l'interdépendance entre la structure formelle et la structure informelle : « *Le rôle réel des caractéristiques formelles d'une organisation n'est donc pas de déterminer directement des comportements, mais de structurer des espaces de négociations et de jeu entre acteurs. Et elles n'ont de capacité d'organisation réelle, c'est-à-dire d'intégration effective des comportements des participants, que dans la mesure où elles sont reprises et réactivées dans leurs conduites lorsqu'ils acceptent de mobiliser leurs ressources de négociations dans leur service.* » (idem, p.536). Les travaux de D'Amour (1997) et D'Amour et al (1999, 2003a, 2008) se sont basés sur cette théorie pour élucider la nature de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé. Dans leur analyse, les auteurs ont élaboré un modèle à partir des quatre dimensions de l'action organisée de Friedberg (1992) à savoir :

- Le degré de formalisation et de codification de la régulation, c'est-à-dire l'ensemble des règles de conduite qui régulent une interaction. En situation d'interrelation et d'interdépendance, ces règles permettent de contrôler et de modeler l'action des acteurs.
- Le degré de finalisation de la régulation : cette dimension suggère que l'interaction humaine intègre les résultats de la collaboration et les « grignote » ou les transforme en jeux de pouvoir et stratégie d'acteurs.

- Le degré de prise de conscience et d'intériorisation de la régulation : soit la prise de conscience par les acteurs de leurs interdépendances et la prise de conscience de la nécessité de les réguler (D'Amour et al 1997, p.9). Cette dimension renvoi au degré d'interconnaissance et de circulation d'informations mutuelles entre les acteurs (Friedberg, 1992, p.542). Cet échange conditionne leurs capacités à moduler des stratégies réciproques (idem).
- Le degré de la délégation explicite de la régulation : les acteurs prennent en considération l'existence de régulateurs plus au moins officiels (D'Amour et al, 2003, p.12). Friedberg parle d'« intégrateurs » qui sont en mesure d'équilibrer les relations entre les acteurs et apporter des « négociations » et des « ajustements » sans lesquels le système s'étiolerait (Friedberg, 1992, p.543).

Aucun cadre théorique mentionné ci-dessus n'est capable à lui seul d'apporter un éclairage succinct et précis à la pratique de la collaboration. Pour mieux élucider ce phénomène il est intéressant de faire intervenir plusieurs corpus théoriques (D'Amour et al, 1999).

II- La collaboration dans les organisations de santé: principaux modèles

Cette section présente les différents modèles empiriques ayant traités la CIP dans le secteur de la santé. Cette section présente les différents modèles empiriques ayant traités la CIP dans le secteur de la santé. Les modèles seront répartis selon trois critères: L'impact (l'effet) de la CIP sur d'autres variables, la dynamique de la CIP et les déterminants de la CIP.

II-1 Les modèles qui étudient l'impact de la CIP

Selon ces études la CIP est examinée en fonction de l'effet qu'elle produit sur d'autres variables. Ces études sont présentées ci-dessous.

II-1-1 Le modèle de Mogan, Pullon et McKinley (2015)

À partir d'une revue systématique les auteurs ont examiné l'importance de la dynamique du travail d'équipe dans l'amélioration de la sécurité et du bien-être des patients. Cette analyse a permis de

mettre en évidence les principaux facteurs qui expliquent cet impact, en particulier : la qualité de la collaboration partagée, la communication, la coordination des tâches et le leadership. Ils stipulent qu'à travers l'amélioration de ces quatre piliers du travail collectif, les membres d'une équipe de travail interprofessionnelle sont en mesure d'assurer la sécurité et le bien-être des patients.

II-1-2 Le modèle de la formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (D'amour et Oandasan, 2005)

Ce modèle est développé dans le cadre d'une recension des écrits sur la question dans un rapport présenté pour Santé Canada (D'Amour et al, 2003a, 2003b). L'étude met en exergue le lien entre la formation des étudiants et la pratique de la collaboration. Elle identifie trois catégories de facteurs affectant l'apprentissage interprofessionnel (interactionnels, organisationnels et systémiques). Ce modèle met en relief les principaux déterminants permettant d'aider les étudiants à devenir des praticiens collaborateurs (D'Amour et Oandasan, 2005).

II-2 Les modèles qui étudient la dynamique de la CIP

Certaines recherches se sont focalisées sur la dynamique de la CIP. Elles sont présentées ci-dessous.

II-2-1 Modèle d'Ewashen et autre (2013)

Ce modèle a permis de fournir une compréhension de la collaboration interprofessionnelle à partir d'un angle éthique. En effet, il est impensable de bâtir une pratique de collaboration en négligeant des prémisses éthiques qui enclavent l'interaction humaine. Les auteurs stipulent que la pratique de la collaboration doit être confortée par une pratique éthique. A travers la méthode des scénarii, Ewashen et al (2013) analysent la dynamique de la collaboration en s'appuyant sur ; - L'éthique biomédicale axée sur la justification des prises de positions par rapport à des situations/actes médicaux particuliers. L'éthique relationnelle qui renvoie à l'intersubjectivité des relations professionnelles et institutionnelles. Enfin l'éthique des mœurs (*virtue ethics*) qui évoque la notion du bon et du mauvais encadrée dans les relations sociales de l'interaction humaine (Halpern, 2010).

II-2-2 Le modèle proposé par Gitlin, Lyons et Kolodner (1994)

Ce modèle s'est basé sur les travaux de Gitlin (cité dans D'Amour et al, 2003). Il décrit la collaboration à travers une analyse transactionnelle des structures sociales. L'échange et la négociation constituent les deux concepts de base de cette théorie. L'échange est un partage mutuel d'avantages entre les membres du groupe. La négociation est le fait que le groupe bénéficie d'une expertise propre à un individu dans le but de réduire les coûts.

MODEL FOR COLLABORATIVE RESEARCH OR EDUCATIONAL TEAMS

21

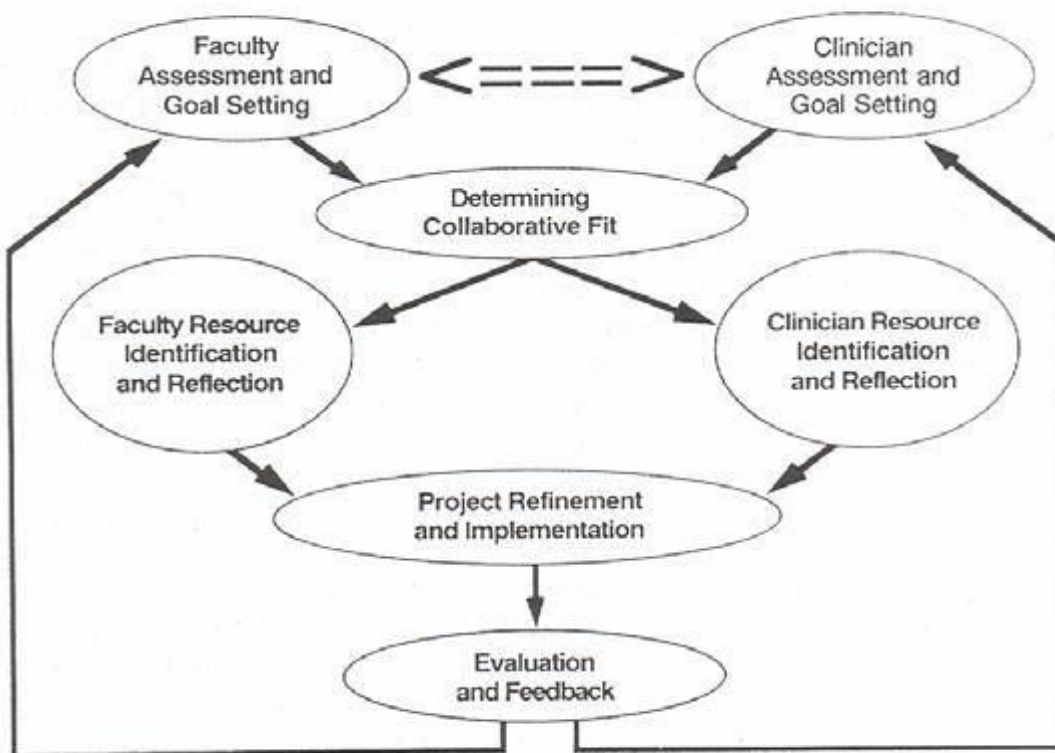


FIGURE 1 Five-stage model of collaboration.

Figure 2: Le modèle des cinq stages de la collaboration

Dans une étude similaire, Rafferty, Ball et Aiken (2001) ont investigué l'impact du travail interdisciplinaire sur la qualité des soins centrés sur le patient. Les résultats sont comme suit : les infirmières qui travaillent en équipe interdisciplinaire sont plus satisfaites dans le travail. L'étude

montre que les infirmières se sentent plus responsables et plus autonomes dans la prise en charge des patients.

Les recherches contemporaines sur les organisations montrent l'importance des relations interprofessionnelles entre les acteurs et l'impact de ces relations sur les pratiques et les logiques professionnelles. Adams et Bond (2000) ont mis en exergue cet aspect dans une recherche empirique qui examine la corrélation entre les relations interprofessionnelles des infirmières avec le reste des praticiens. Selon les auteurs, ces relations sont importantes et conditionnent l'environnement du travail « *Nurses do not work in isolation [...] their relationships with medical colleagues are important features of the work environment* » (p.538).

II-3 Les études qui examinent les déterminants de la CIP

Dans la plupart des recherches la CIP est analysée selon ses facteurs explicatifs. Certaines de ces études sont présentées ci-dessous.

II-3-1 The structure model of collaboration de Vincent, Decker et Mumford (2002)

Ce modèle est élaboré pour mettre en évidence les déterminants organisationnels de la collaboration entre *biomedically trained doctors (BMD) and traditional, complementary and alternative medicine practitioners (TCAMP)*. Une recherche avancée dans plusieurs bases de données internationales a permis aux auteurs de construire une grille d'analyse qui contient les principaux déterminants de cette collaboration.

II-3-2 Le cadre d'analyse de la collaboration interdisciplinaire

Ce modèle s'inscrit aussi dans les théories organisationnelles et est élaboré à partir des travaux de Reeves et al (2010) dans les hôpitaux montréalais. Cette recherche visait à mesurer le degré de la collaboration des professionnels de santé. Le modèle élaboré détermine les facteurs organisationnels et professionnels qui sont en mesure de faciliter ou entraver la pratique de la collaboration. Les variables du modèle sont, entre autres, des variables contextuelles : les

caractéristiques des gestionnaires, les caractéristiques structurelles, la motivation à collaborer, l'intégration sociale et le degré des conflits. Il ressort de cette étude que la collaboration interprofessionnelle est tributaire de la nature de la tâche à exercer. Cette variable a un effet médiateur important dans l'analyse de la pratique de la collaboration. D'autre part, les résultats de cette recherche prouvent que la collaboration dépend des valeurs et des croyances partagées ou contradictoires. Ces variables sont en mesure de favoriser la pratique de la collaboration mais aussi de l'obstruer (Sicotte, D'amour et Moreault, 2002).

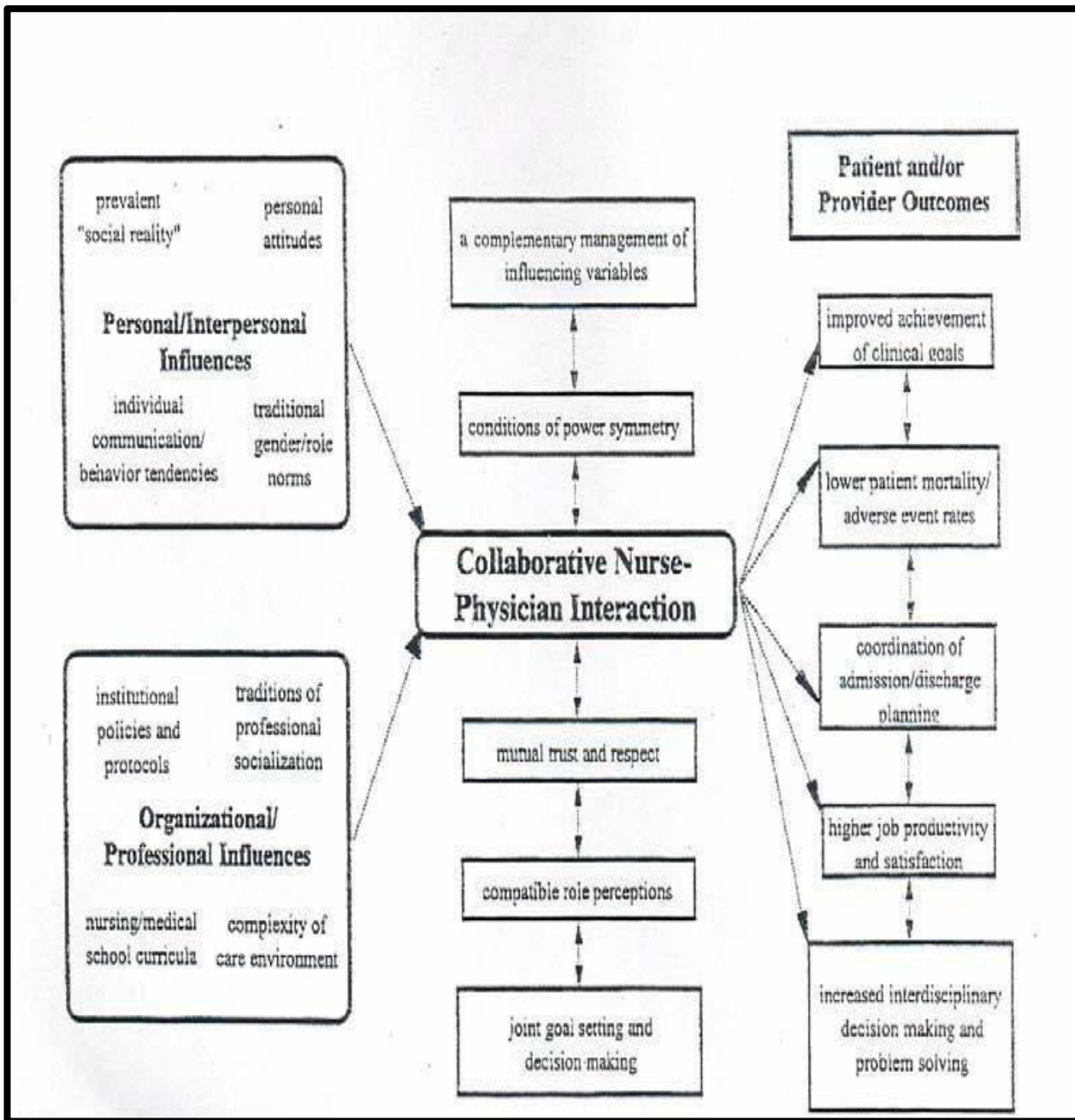
A travers une recherche qualitative de cas unique, Lajeunesse (2009) démontre que l'amélioration de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle se fait essentiellement via les déterminants interactionnels et organisationnels. L'auteure explique que la collaboration interprofessionnelle contribue au développement de l'accessibilité aux soins pour les patients.

II-3-3 Le modèle d'Asmar (2011)

L'étude qualitative d'Asmar est une approche holistique de la CIP centrée sur les besoins spécifiques de la personne. L'auteur explique que la compréhension du travail interdisciplinaire est inhérente aux motifs altruistes et aux engagements moraux.

II-3-4 Le modèle conceptuel des interactions de collaboration médico-infirmière (Corser, 1998)

Ce modèle est présenté dans par les travaux de Corser (1998). La recherche a été conduite moyennant une riche littérature sur la collaboration interprofessionnelle ainsi que la collecte de données empiriques. Ces travaux ont mise en relief les principaux facteurs organisationnels. Et personnels influençant la collaboration (voir le modèle ci-dessous). Néanmoins les résultats ne sont pas validés empiriquement.



Conceptual Model of Collaborative Nurse-Physician Interactions.

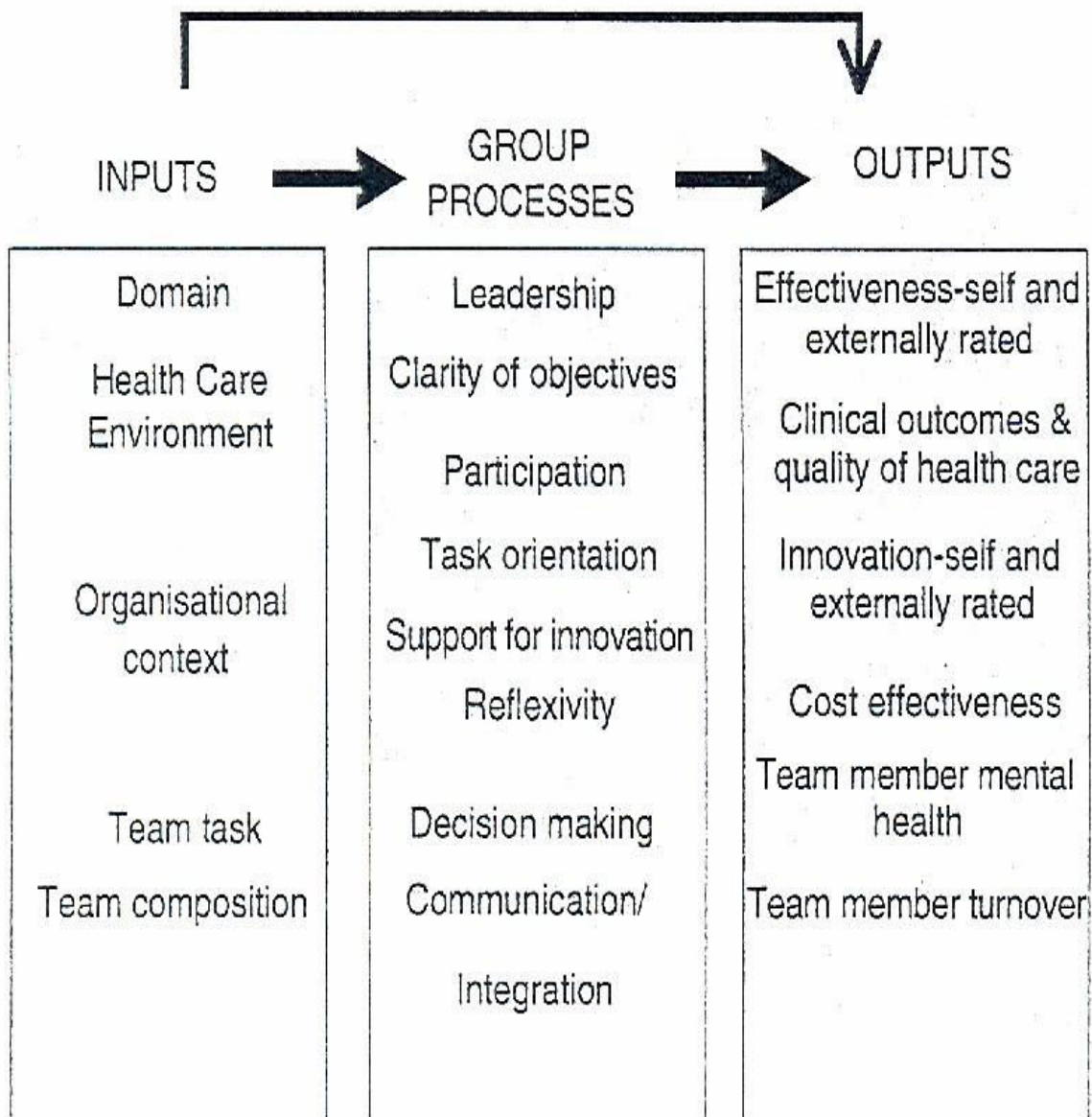
Figure 3: Le modèle conceptuel de la pratique collaborative de l'interaction infirmières-médecins

II-3-5 Le modèle de West, Borril et Unsworth (1998)

Ce modèle suggère que la collaboration est contingente à un certain nombre d'« inputs » tels que la tâche, la composition du groupe, le contexte culturel et le contexte organisationnel. Les auteurs mettent en évidence d'autres variables modératrices de la collaboration en particulier le leadership, la communication et la prise de décision. Ce modèle admet aussi des extrants tels que la performance, l'innovation, la viabilité et le bien-être.

II-3-6 Modèle de Miller et Swartz (1990)

Il est basé sur des entretiens menés auprès de 17 sages-femmes et de cinq médecins. Il décrit le cycle de collaboration entre sages-femmes, médecins et clientes en insistant sur l'importance de développer des relations de confiance et de mener des activités génératrices de confiance qui devraient faire partie de l'éducation professionnelle (cité dans Asmar, 2007).



Input, process, and output model of team effectiveness.

Figure 4: Le modèle de processus de l'efficacité de l'équipe

II-3-7 La recherche de Murphy (1995) sur la pratique collaborative interdisciplinaire

Dans le même ordre d'idées, Murphy (1995) identifie les principales composantes de la pratique collaborative. Ces dernières sont :

La structure organisationnelle : Selon l'auteur, la structure organisationnelle est une composante essentielle pour le développement du travail d'équipe. D'autres recherches (Ovretveit, 1993, cité dans Murphy, 1995) mentionnent le fait que la structure représente le lieu de l'actualisation de la collaboration interprofessionnelle. La structure est en mesure d'influencer la performance de la démarche collaborative dans une équipe de travail interprofessionnelle (Murphy, 1995). La pratique collaborative se développe et se maintient à travers la structure organisationnelle dans laquelle elle se produit (Murphy, 1995).

Les caractéristiques de la personne : la collaboration repose sur les traits de caractère de chaque personne. Néanmoins, ils n'ont pas une forte incidence sur le fonctionnement de l'équipe, en particulier où c'est le résultat atteint qui compte (idem, 1995).

Les rôles : Plusieurs travaux abordent le lien entre l'assimilation des rôles, la responsabilité partagée, les sentiments et les perspectives personnelles et la pratique collaborative (Roberts, 1989 ; Tjosvold, 1986, cités dans Murphy, 1995). La pratique collaborative nécessite un rassemblement autour des tâches à accomplir. La pratique collaborative forcée et imposée par des mécanismes formelle est fragile. Elle peut s'estomper à la moindre petite friction qui se produit entre les membres d'une même équipe (Murphy, 1995).

Par ailleurs, le bon fonctionnement d'une équipe interprofessionnelle repose sur une compréhension et une clarification des rôles (Gotlib et al, 2009). A cet égard, les membres de l'équipe sont amenés à gérer leurs conflits, déterminer les responsabilités de chacun et rendre

les comptes (Murphy, 1995). Aussi, une intercompréhension des rôles est essentielle pour concrétiser la collaboration (Murphy, 1995 ; Gillam et Irvine, 2000 ; Fortin, 2013). Elle se définit par une capacité réciproque à identifier les principaux aspects de chaque profession et le rôle rempli par chaque professionnel (Gallagher et al, 2011). La clarification de la contribution intellectuelle de chaque professionnel à l'activité commune développe la collaboration interprofessionnelle et augmente la probabilité d'harmoniser les connaissances (Kérouac et al, 2003 ; Voyer, 2000).

La communication : les recherches sur la collaboration interprofessionnelle ont mis en exergue l'importance de la communication dans le maintien d'une dynamique relationnelle efficace au sein de l'équipe (Murphy, 1995). Elle requiert la mise au point de directives claires et l'échange d'informations. Assurer la performance d'une équipe interprofessionnelle mérite une réflexion autour des aptitudes en communication déployées dans la démarche collaborative (Chaboyer et Patterson, 2001).

Le Leadership : le leadership est une composante principale de la pratique collaborative (Grosjean et al, 2004). Ce dernier influence l'accomplissement de l'action collective au sein d'une équipe interprofessionnelle (Murphy, 1995). D'autres recherches ont montré qu'il existe un effet significatif entre le leadership et le déroulement de la pratique collaborative (Tjosvold, 1986, cité dans Murphy, 1995).

La prise de décision : Conjointement au leadership, la prise de décision est une dimension primordiale dans la démarche collaborative. Cette dernière doit essentiellement s'articuler autour du partage des tâches et l'atteinte des objectifs (Lingard et al, 2004). Il est important d'aligner les membres de l'équipe vers une même trajectoire décisionnelle afin d'éviter les conflits dysfonctionnels (Murphy, 1995).

Le conflit : le conflit est une dimension qui requiert une attention particulière (Murphy, 1995). Gotlib et al (2009) montrent que le conflit se produit à cause de la différence au niveau de la socialisation, l'incohérence entre les objectifs, l'incertitude dans l'accomplissement des tâches et la limitation des ressources. Une gestion efficace des conflits repose sur l'idée de la négociation

des intérêts (Kenny, 2002). Le paradoxe de la collaboration interprofessionnelle est celui de réunir des individus autour d'une action collective sachant que le risque de conflit interprofessionnel est élevé (D'Amour et al, 2003a). Un conflit interprofessionnel se produit généralement dans le cas d'une peur de la perte du pouvoir (idem,). Cette peur est alimentée par un sentiment de non-reconnaissance du rôle et de l'effort professionnel déployé (Careau, Vincent et Swaine, 2011). La hiérarchie « accentue » ce sentiment et crée une « réticence » relationnelle. Pourtant :

« [...] les relations interprofessionnelles se doivent d'être non hiérarchiques : le pouvoir devrait être partagé selon l'expertise détenue pour répondre aux besoins prioritaires de la personne et de ses proches, et non par le statut d'une discipline par rapport à une autre. » (Careau, Vincent et Swaine, 2011, p.23).

La volonté à collaborer : La mise en place d'une logique de complémentarité est primordiale dans la démarche collaborative. Il s'agit de forger la volonté à collaborer autour d'un langage commun (Murphy, 1995). Cette dimension est indispensable pour que les compétences collectives puissent se juxtaposer et engendrer un effet de synergie (Petri, 2010)

III- La CIP dans la sociologie des professions

Cette recherche traite de la collaboration « interprofessionnelle ». Donc, il convient de se pencher sur la notion de profession et de voir son évolution dans les principaux courants de la sociologie. Nous allons aussi expliquer la nouvelle orientation vers la logique de la collaboration et l'interdisciplinarité dans le travail d'équipe.

III-1 La constitution des professions

Selon l'approche anglo-saxonne une profession est définie comme « *un ensemble de métiers auxquels une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches ou certains problèmes* » (Champy, 2009, p.3). La profession en anglais désigne un métier impliquant un domaine de formation de haut niveau scientifique (ibid). Les professionnels sont autonomes dans la prise de décision car ils sont dotés de cette expertise qui leur permet de prendre des choix

à la place de leurs clients (Parson, 1951, cité dans Champy, 2009). Les professions sont «*médiations entre les besoins individuels et les nécessités fonctionnelles* ». Elles contribuent à la régulation et au contrôle permettant le bon fonctionnement de la société (Chapoulie, 1973, p.92)

La sociologie des professions anglo-saxonne se base sur une différenciation entre « profession » et « occupation ». Cette distinction suggère que la profession est un nombre restreint d'activités professionnelles, légitimées et qui «*bénéficient de traits spécifiques par rapport aux autres* » (Vézinat, p.4, 2010).

Les premières analyses des professions étaient dominées par une approche fonctionnaliste. C'est un courant essentiellement déterministe. Les groupes sociaux sont liées par des relations fonctionnelles où l'ordre et l'harmonie dominent (Champy, 2009, p.17). La constitution des professions dans la sociologie fonctionnaliste a été amorcée par la conférence de Carr-Saunders (1928, cité dans Champy, 2009). L'auteur a mis au point les attributs du «*professionnalisme* » : la compétence technique spécialisée, la formation spécialisée, des revenus relativement élevés, la formation d'association professionnelle et l'existence d'un code éthique gouvernant la pratique professionnelle (Champy, p.40). Ainsi, la profession s'articule autour de deux thèmes essentiels dans la sociologie fonctionnaliste soient : la morale et les savoirs.

En quelques sortes, cette approche vise à établir un idéal type par la construction d'un modèle systématique des professions (Champy, 2009, p.39). A l'instar de l'analyse Wébérienne, l'approche fonctionnaliste insiste sur le rôle primordial des professions dans le maintien d'un certain équilibre social. Cet équilibre ressort de «*[...] l'importance de la science, le fait de travailler pour des valeurs et la nécessité d'un engagement dans le travail qui fait que ce dernier ne peut pas être accompli comme n'importe quelle autre activité* » (Champy, 2009, p.39)

Parsons (1964, cité dans Champy, 2009) identifie les professions par leur position «*interstitielle* » dans la structure sociale (idem). Les professions s'exercent dans le but d'accomplir les fonctions qui leur sont attribuées et ce dans un «*désintéressement institutionnel* » (Christian Maroy et Branka Cattonar, 2002, p.11). Les professions ont pour objectif de servir l'intérêt général, Chapoulie (1973) préconise que «*les professions contribuent à la régulation et au contrôle qui permet le bon fonctionnement* » (p.92). Merton (1957) à travers une étude de la

socialisation des médecins, appuie les travaux de Parsons. Il considère que la maîtrise des rôles professionnels est le résultat d'une socialisation (cité dans Champy, 2009, p.44).

A travers le processus d'apprentissage les médecins détiennent les compétences techniques nécessaires à l'exercice de leurs professions. Ils acquièrent aussi les valeurs et normes qui charpentent la profession médicale. Néanmoins, il existe un point de divergence entre l'analyse de Merton et de Parsons celui de l'abstraction faite de la dimension intériorisation (Wittorski, 2007). A l'instar des questionnements en psychologie, Merton, étudie en profondeur comment les étudiants en médecine intériorisent les valeurs communes à leurs professions. Il stipule que cette transmission est le fruit d'une « construction » qui se fait tout au long du processus d'apprentissage (cité dans Champy, 2009).

En outre l'approche fonctionnaliste repose sur une description statique des professions (Menger, 2003). Plus précisément, les professions découlent d'une « [...] *relation isomorphique entre la carte des fonctions spécialisées et celle des compétences détenus par les individus.* » (Menger, 2003 p.4). Ce schème correspond à l'analyse fonctionnelle de la division du travail. Il conforte l'idée de l'appartenance professionnelle. En effet « [...] *l'appartenance à une profession détermine des comportements prévisibles et fonctionnels qui justifient les protections dont les professions bénéficient.* » (Champy, 2009, p.20)

L'approche fonctionnaliste a subi une critique de la part de la sociologie interactionniste. En particulier à travers les travaux de Hughes. Il avance l'idée que « *les situations de travail dans lesquelles les professions interviennent ne sont plus vus comme naturels mais comme construits et continuent moulées dans des interactions* » (cité dans Champy, p.52).

La description des professions se fait à travers l'analyse des relations de coopération et du réseau professionnel (Becker, 1982, cité dans Menger, 2003). L'auteur confère à l'exercice d'une profession un caractère collectif. La production se fait selon des conventions entre les acteurs. Les pratiques communes et propres à la profession définissent ces conventions (Becker, 1982 cité dans Menger, 2003). Il dénomme cette conception par le « *monde de l'art* » (cité dans Menger, 2003, p.5). Selon cet auteur, le réseau professionnel fonctionne selon la coopération et « *des phénomènes d'intersubjectivité* » (cité dans Champy, 2009, p.57). Cette prise de position conforte ainsi l'approche de Hughes. L'auteur -à travers une étude sur les infirmières anglaises- montre

comment les acteurs en exerçant une profession se coalisent. En d'autres termes, un groupe professionnel n'est pas « un havre de paix » (cité dans Wittorski, 2007, p.7). Il est constitué de personnes qui tracent leurs trajectoires (Wittorski, 2007). Ces constructions aboutissent dans certains cas à des tensions. Bref, cette conception propose de passer d'une approche des professions comme structures à une approche des professions comme acteurs collectifs (Vézinat, 2010).

A cet égard, Strauss (1992) introduit la notion d'« ordre négocié ». Par ce concept, l'auteur explique comment il est possible de maintenir une part d'ordre dans les rapports entre les acteurs. Cet ordre est stabilisé par le partage des règles communes à la profession. Champy (2009) affirme que l'implantation des règles dans un contexte hospitalier doit être limitée. Il convient d'éliminer les effets négatifs de la bureaucratisation excessive de la profession médicale. Il préconise que régulariser la profession se fait mieux à travers une négociation des règles qu'à travers une édicition exagérée (Champy, 2009).

L'approche de Strauss induit un cercle vicieux d'édiction, négociation de règles. En d'autre terme, vouloir remplacer l'édiction des règles par une négociation amène à ce que ces règles « *doivent être constamment instituées sur le lieu de travail* » (Champy, p.58). Baszanger (1986) a montré les limites de cette notion dans sa recherche sur la relation entre personnel soignant et malades chroniques. Elle montre que dans le cas des maladies chroniques on ne peut pas définir la profession seulement à travers la négociation. La maladie chronique est un déstabilisateur de l'ordre social du fait qu'elle fait appel à des interactions entre plusieurs acteurs (Baszanger, 1986). En effet, « *les acteurs y apparaissent comme négociant sans cesse les rôles usuels de chacun* » (Baszanger, 1986, p.25). Pour ces maladies, le processus de prise en charge de la maladie est « *décidé en dehors du malade à qui on attribue des places successives* » (Baszanger, p.8). C'est à partir de ce point où il devient intéressant de se pencher sur l'usage des pouvoirs professionnels (Champy, 2009, p.59).

A cet égard, Abott (1988) montre que les professions se livrent à une forme de concurrence. Cette concurrence permet aux « professionnels » d'établir des zones de contrôle (Menger, 2003, p.5). Dans les termes de l'auteur, il s'agit de construire des « *aires de juridiction sur des activités* » (cité dans Menger, p.5). Les professions se livrent à une interaction instable (Menger, 2003). En

effet, les tâches prédéfinies d'une profession sont éphémères. Elles se reconstituent et se développent en intermittence avec d'autres tâches renvoyant à d'autres professions (Menger, 2003).

Les travaux francophones se caractérisent par une rhétorique des groupes et des acteurs sociaux (Wittorski, 2007). Le développement de la sociologie des professions en France est en étroite relation avec la reconfiguration des catégories socioprofessionnelles (Menger, p.7). L'analyse anglo-saxonne, selon Bourdoncle (1993, cité dans Wittorski, 2007), est tellement précise qu'on ne peut qualifier aucune profession par profession selon la nomenclature française (cité dans Wittorski, p.8). La sociologie des professions en France s'est développée dans un contexte où l'Etat joue un rôle important dans la régulation et la légitimation des groupes professionnels (Vion, 2008). Les travaux de Demazière, et Gadéa (2009) réalisés autour de plusieurs métiers ont permis de construire une réflexion sur les enjeux conceptuels de ce terrain (cité dans Vion, 2008).

Dans un son ouvrage, Champy (2009) amorce un nouveau regard sur la sociologie des professions françaises. Il ouvre le chemin à une troisième voie qui réintègre l'héritage fonctionnaliste (idem, 2009). Ce courant réunit le néo marxisme par l'introduction des relations sociales (Johnson, 1972, cité dans Champy, 2009), le courant néo-Wébérien qui a permis d'entrevoir les professions comme le résultat d'une concurrence (Vion, 2008) et considère les statuts professionnels comme un processus de fermeture du marché (Vion, 2008)

Champy met en relief les menaces qui touchent l'autonomie professionnelle. Parmi lesquelles nous retenons les quatre menaces suivantes : le déclin de l'autorité des professionnels, l'accroissement du contrôle managérial, l'éloignement des lieux de régulations qui deviennent supranationaux et la normalisation des pratiques (Vion, 2008). Les clients de plus en plus informés sont moins enclins à s'en remettre totalement au professionnel (Vion, 2008). Le professionnel est cependant soumis à « [...] *d'autres injonctions de rendre des comptes qui viennent du management et des marchés* » (Champy, p.195).

III-2 De la logique de la professionnalisation à la logique de la collaboration

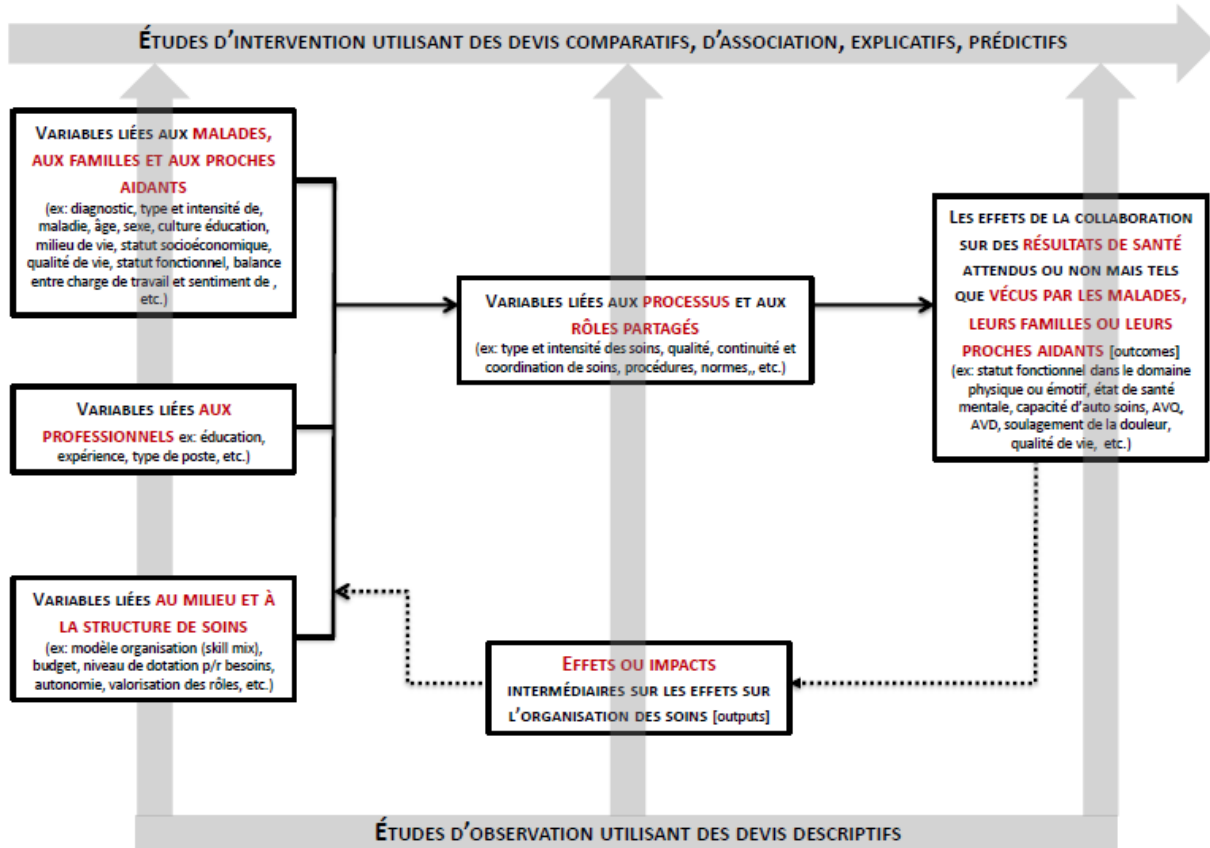
Les mutations qui affectent les services publics ont changé la structuration des professions de point de vue de leurs statuts et de leurs organisations (Vion, 2008, p.1). Les professions dans le secteur de santé, sous l'effet de la transformation de l'institution hospitalière, s'articule autour de trois logiques : médicale, soignante et économique (Ricoeur, 1991). Ces changements inspirés par les rationalités managériales génère une nouvelle génération de professions pluridisciplinaire avec des fonctions transversales de nature médico-économique (Feroni et Kober, 2005, p.2). Cette période est marquée par « *le remplacement des désignations catégorielles antérieures (cadre infirmier, senior sister) par des appellations plus génériques (cadre de santé, manager) permet d'opérer une rupture symbolique avec la hiérarchie traditionnelle de la profession et signale un rapprochement avec les activités de l'entreprise.* » (Idem, p.23).

IV-Analyse critique de la théorie recensée autour de la CIP

Pour examiner la CIP nous reprenons les propos de D'Amour et al (1999). Selon les auteurs, La collaboration interprofessionnelle en santé est un processus par lequel des individus structurent une action collective afin de coordonner les services qu'ils rendent auprès de malades, de familles ou de groupes, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage collectif. La collaboration est à la fois un processus et un résultat (output). Or, la plupart des écrits sur la CIP s'inscrivent dans une démarche déterministe qui ne rend pas compte de la complexité de ce phénomène. Les modèles proposés dans la littérature ne permettent pas d'ouvrir la boîte de pandore. Dans la plupart des cas, ils ont été élaborés pour appréhender une partie de la CIP (des facteurs qui l'expliquent, son impact sur l'efficacité collective, les freins à la collaboration, etc.). En particulier, lorsqu'on s'intéresse à la CIP qui se concrétise dans l'hôpital. En effet, siègent au sein de cette organisation particulière des cadres médicaux, des paramédicaux, des membres hospitalo-universitaires ainsi que des cadres administratifs et des représentants de la section sociale et professionnelle. Dans cette composition, il semble difficile qu'il puisse se dégager une majorité homogène. Selon leur appartenance à tel ou tel groupe, les professionnels feront prévaloir des intérêts divergents. La plupart des modèles s'orientent dans

une analyse linéaire de la CIP. Nous pouvons récapituler cette tendance générale dans le schéma suivant :

Les types d'études qui examinent la collaboration



Source : Morin (2012), Université de Lausanne

Ces études permettent de rendre compte d'une facette de la concrétisation de la CIP. L'examen des dimensions de la CIP, de leur articulation et la dimension liée au patient sont peu investiguées dans la littérature (Morin, 2012, Supper et al, 2015).

Une lecture transversale des modèles met en évidence cette réalité mais aussi rend compte d'une autre forme de concevoir l'action collective. En effet, chaque pratique individuelle émane d'un processus de prise de décision et d'action au sein du groupe. La CIP est à la fois construite par la singularité et dans la pluralité. Elle répond à plusieurs formes de régulations. C'est dans cette optique que nous avons choisi le cadre théorique et conceptuel proposé par D'Amour (1997) et

D'Amour et al (1999). Le fondement théorique de cette thèse repose sur ce cadre mais trouve quelques pistes de réflexion dans la théorie de la régulation sociale de Jean Daniel Reynaud. Ces deux cadres seront explicités dans le chapitre suivant.

Conclusion

Cette première partie de la thèse recense les principaux écrits sur la CIP. Dans les organisations de santé plusieurs modèles sont développés pour appréhender la CIP. Ceci dit, la CIP est généralement élucidée à travers les facteurs qui l'influencent. Peu de recherches se penchent sur la manière dont la CIP s'actualise et se concrétise. D'ailleurs, certaines recherches se limitent à étudier une seule catégorie de déterminants. Le modèle de la structuration de la CIP proposé par D'Amour (1997) offre un spectre d'analyse plus approfondi. Il se penche sur l'analyse des dimensions de la CIP. Il permet aussi d'esquisser une typologie de la nature de la CIP selon le contexte de l'étude. Dans la deuxième partie ce modèle sera explicité d'avantage. L'ancrage théorique sera également présenté.

Quatrième chapitre : Le cadre de référence théorique

Introduction

Dans cette section, il s'agit d'expliquer le modèle de référence adopté pour ce projet doctoral et les théories qui le soutiennent. Par ailleurs, Il convient de dire que nous n'avons pas une « prédictibilité » parfaite de ce qui va émerger du terrain. Les données qui vont ressortir de la « réalité » étudiée nécessiteront une explication à travers d'autres prismes théoriques au cas où celui choisi au préalable ne fournit pas des éclaircissements appropriés.

Une analyse succincte de la revue de la littérature identifie un modèle de référence de base pour la structuration de la CIP (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al, 1999, 2003a, 2008). Les écrits sont abondants sur la question des déterminants de la CIP. Néanmoins, la question de la structuration n'a pas sollicité le même engouement. Paradoxalement, les auteurs de référence sur la CIP les plus cités sont ceux du modèle de la structuration. Les recherches qui se sont inspirées des travaux des auteurs de base se sont focalisées sur l'aspect déterministe de la CIP (D'Amour et al, 1999). Il est intéressant d'étudier les facteurs qui influence la CIP. Mais il convient en premier lieu de comprendre comment s'actualise cette « action collective » pour ensuite dégager ses déterminants. Quoiqu'il est parfois difficile de délimiter une dimension (ou une composante) qui explique la concrétisation de la CIP d'un déterminant qui l'influence. Dans ce chapitre, deux sections sont développées. La première explique le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997). Elle met à nue les principales dimensions de l'actualisation et de la CIP ainsi que les sous-dimensions correspondantes. La deuxième section présente l'ancrage théorique de ce modèle : la théorie de l'action organisée de Friedberg et Crozier (1977). Une troisième section est un rapprochement entre cette théorie et celle de la régulation sociale de Reynaud(1997). Ce rapprochement permet d'élargir le cadre de référence choisi et de proposer une voie plausible d'explication de la concrétisation de la CIP. En effet, les

concepts mobilisés par la théorie de la régulation ainsi que les différentes variantes de cette théorie rejoignent ceux de la théorie de l'action organisée. Ces éléments seront expliqués plus en détails dans ce qui suit.

I- Le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al, 2008)

Le cadre conceptuel récurrent dans les recherches sur la CIP est celui du modèle de la structuration de la CIP (D'Amour, 1997). Selon ce modèle, la CIP se construit selon quatre dimensions en l'occurrence : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la gouverne. Ce qui est intéressant dans ce modèle c'est qu'il confère à la CIP un aspect dynamique et processuel. Le choix de ce modèle correspond à l'objectif principal de ce travail de recherche. Peu de recherches ont investigué la concrétisation de la CIP dans un contexte hospitalier (Supper et al, 2015). Examiner de plus près la dynamique de la CIP et voir comment elle s'actualise dans un contexte particulier qu'est l'hôpital public, c'est l'objectif principal de cette présente thèse. Donc, nous estimons que le modèle théorique qui va de pair avec notre but de la recherche est celui développé par ces auteurs. Par ailleurs, ce modèle se base sur la théorie de l'action organisée de Crozier et Friedberg (1977). Cette théorie va dans le même sens que l'investigation que nous estimons faire. Elle se fonde sur l'idée d'une action collective. Le fait de comprendre comment se dessine la CIP dans l'hôpital permet aux professionnels de santé d'identifier les axes sur lesquels agir pour améliorer la qualité des échanges interprofessionnels. C'est aussi un moyen de voir qu'est ce qui fait marcher la CIP dans un contexte bien déterminé.

I-1 Les dimensions de la CIP selon le modèle de D'Amour (1997)

Le modèle de la structuration de la CIP de D'Amour (1997) repose sur quatre composantes (dimensions). Selon l'auteure la CIP se concrétise par l'intervention de ces quatre dimensions. Il s'agit de la dimension de la finalisation, de l'intériorisation, de la formalisation et la gouverne. En ce qui suit ces dimensions seront explicitées plus en détails.

La dimension de la finalisation qui concerne l'atteinte des buts communs par l'équipe. Elle repose sur l'idée des motivations différentes et des allégeances diverses. Les finalités sont

alimentées par les valeurs des individus, en particulier les valeurs ayant fait objet de consensus. Les allégeances revêtent plusieurs formes. Elles peuvent s'orienter vers les patients, l'organisation, les collègues, les règles de la profession etc. Selon D'Amour et al (2008), la finalisation indique le degré de « coalition » des membres d'une équipe pour la réalisation d'objectifs communs. Les auteurs suggèrent que la finalisation se construit autour d'ajustements mutuels qui se font entre les différents membres de l'équipe. Ils ajoutent que ces ajustements se fondent sur la négociation. Selon Friedberg (1993) la finalisation représente la manière dont les professionnels insèrent les buts de la collaboration dans leurs interdépendances.

La dimension de l'intériorisation renvoie à deux concepts clés dans les échanges relationnels à savoir : la connaissance mutuelle et la confiance. La connaissance intervient en deux plans. En premier lieu, elle concerne un plan personnel. Dans ce cadre la connaissance s'établit sur la connaissance mutuelle des valeurs et des compétences. Les individus qui collaborent ensemble sont en mesure de connaître les valeurs véhiculées par chacun et le portefeuille de compétence qu'ils détiennent réciproquement. Le deuxième cadre de la connaissance est celui de la connaissance professionnelle. Ce niveau suggère une connaissance des règles de la profession, du cadre déontologique et des procédures de soins dans la pratique. La connaissance mutuelle forge l'adhésion à l'équipe et forme le sentiment d'appartenance (D'Amour et al, 2008). Ainsi, elle permet de lier les membres d'une équipe et orienter leurs activités vers un but commun. Quant à la confiance elle constitue un impératif pour les interactions entre les membres d'une même équipe. La littérature sur la confiance instaurée dans une équipe est abondante. Dans cette section il ne s'agit pas de faire un inventaire des écrits sur la confiance. Cette sous-dimension est abordée dans la partie « l'interprétation des résultats ». Pour actualiser l'intériorisation, les individus s'intègrent dans un processus d'interconnaissance (Friedberg, 1993). Ce processus indique que les individus se partagent des détails les uns sur les autres. Ils détiennent par ce flux d'information un bagage de connaissance les uns des autres. Ce processus d'interconnaissance est essentiel dans l'établissement d'échanges interprofessionnels efficaces.

La troisième dimension du modèle est une dimension organisationnelle. Il s'agit de la formalisation. Elle repose sur deux principaux indicateurs en l'occurrence : les outils de la formalisation et l'échange des informations. La collaboration interprofessionnelle nécessite une formalisation des outils c'est-à-dire la mise au point de moyens qui permettent d'« instituer » les

détails sur le déroulement du travail, sur les procédures et les tâches à exécuter (D'Amour et al, 2008). Les outils peuvent être sous plusieurs formes : des protocoles, des documents, des systèmes d'informations etc. D'autre part, ces outils sont un moyen pour échanger des informations. Dans le cadre de l'activité médicale l'échange des informations est très important. Il convient de noter, qu'une prestation de soin se construit à travers l'échange d'informations sur la situation du patient. La collaboration interprofessionnelle, dans ce cas-là, nécessite des passations orales et écrites pour convenir de ce qu'il faut faire ou ne pas faire, ce qu'il faut donner comme médicament etc. L'asymétrie d'informations dans le cadre des prestations des soins peut être fatale pour la vie des patients. La formalisation : « *vise à définir plus précisément des règles de conduite plus au moins explicites afin de régulariser et de stabiliser l'action par le renforcement de la structure formelle.* » (D'Amour et al, 1999, p.79)

La quatrième dimension du modèle est la gouverne (ou de la délégation). Les principaux attributs de cette dimension selon les auteurs sont : le leadership, la connectivité, la centralité et le soutien à l'innovation. Selon les auteurs, la connectivité concerne les lieux de rencontres des acteurs et les possibilités d'échange (en particulier le travail d'équipe). Le support à l'innovation est important dans la mesure où il crée une marge discrétionnaire d'action pour les acteurs. Il est maintenu dans les organisations qui prodiguent un espace pour la créativité. La centralité est le fait de regrouper les individus autour d'une action collective (D'Amour et al, 2008). Enfin le leadership qui sert à développer la collaboration interprofessionnelle. Certaines recherches ont mis en exergue l'idée du leadership distribué dans le cas des établissements de santé (Contandriopoulos et al, 2001).

I-2 La typologie de la collaboration interprofessionnelle

A l'issue de ce modèle les auteurs ont développé une typologie de la collaboration interprofessionnelle. Il existe un espace de différenciation des formes de collaboration dans le contexte étudié. Une typologie de la collaboration interprofessionnelle permet de « décloisonner » une action collective fondée sur l'apport de plusieurs compétences professionnelles. En effet, chaque combinaison d'indicateurs ébauche une configuration particulière de la collaboration interprofessionnelle. Ainsi, trois typologies de la collaboration interprofessionnelle sont élaborées.

I-2-1 la collaboration en action

Elle suggère un niveau élevé de la collaboration entre les acteurs. Dans cette forme, les partenaires ont réussi à maintenir une collaboration stable. La pratique collaborative se démarque et se concrétise en dépit de toutes les perturbations qui peuvent avoir lieu. Entre les professionnels de santé cette forme de la collaboration permet la continuité des soins. A cet égard, D'Amour et al affirment (2003a) que « *Ce type de collaboration permet de mettre en place des services de santé où le partage des responsabilités [...] fait objet d'un consensus et où les services sont basés sur des ententes de continuité des soins et sur des principes d'efficience.* » (p.9)

I-2-2 La collaboration en latence

Elle renvoie à l'idée de la négociation. Ce type de la collaboration correspond à un niveau peu ancré (D'Amour et al, 2003a). Certaines dimensions de la collaboration ne sont pas encore concrétisées ou n'ayant pas fait l'objet d'un consensus entre les partenaires (D'Amour et al, 2003a). Elle fait appel à la négociation et aux échanges informels entre les acteurs. A ce stade de la collaboration, certains indicateurs ne sont pas encore « saillants » car ils sont en cours de construction.

I-2-3 La collaboration en « inertie »

Elle correspond à un niveau très élevé de conflit interprofessionnel (D'Amour et al, 2003a). Il s'agit d'une action collective ayant du mal à être achevée car les tensions sont considérables au sein de l'équipe. En effet, D'Amour et al (2003a) disent que « *Ce mode se caractérise soit par une absence de relations et de négociations ou par la présence importante de conflits et de force en opposition [...] les services sont peu continus ou efficaces.* » (p.9). Elle reflète des relations conflictuelles entre les acteurs et des dysfonctionnements au niveau de la communication (D'Amour et al, 2003a). Les auteurs ont élaboré un tableau qui résume les « patterns » de chaque dimension de la collaboration interprofessionnelle dans chacune des trois typologies. Le tableau est repris ci-dessous :

Tableau 5: les variables d'analyse de la collaboration

Variables	Collaboration en action Niveau 3	Collaboration en construction Niveau 2	Collaboration en inertie Niveau 1
Centralité	Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus	Instance centrale au rôle confus; rôle politique et stratégique ambigu	Absence d'une instance centrale; quasi-absence de rôle politique
Leadership	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé
Expertise	Rôle d'expert favorisant un engagement global et fort	Rôle d'expert ponctuel et morcelé	Peu ou pas d'engagement comme expert
Connectivité et concertation	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels reliés à des dossiers spécifiques	Quasi-absence de lieux de concertation
Finalités	Finalités consensuelles et globales	Quelques finalités communes ponctuelles	Finalités en opposition ou absence de finalités communes
Allégeances	Orientations centrées sur les besoins de la clientèle	Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels	Orientations plutôt déterminées par des intérêts privés
Connaissance mutuelle	Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières	Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes	Pas d'occasions de se rencontrer et Aucune activité commune
Confiance	Confiance ancrée	Confiance contingente, en développement	Absence de confiance
Formalisation (entente, contrat, arrangements inter-organismes)	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits
Infrastructure d'information	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée	Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information

Source : D'Amour et al, 2003, p.10

Pour résumer le modèle D'Amour (1997) présente un schéma qui reprend les dimensions de la CIP. Elle met en relief les liens d'interdépendance entre ces dimensions. Elle présente aussi la typologie de la CIP. Ce schéma est reproduit comme suit :

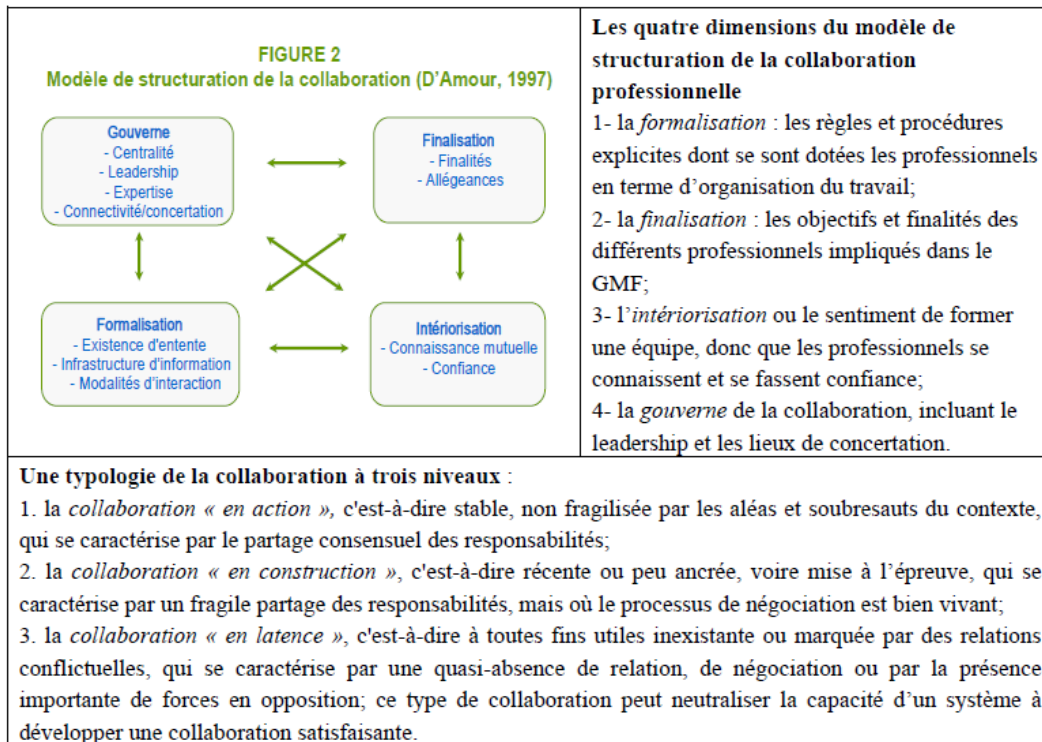


Figure 5: le modèle de la structuration de la CIP de D'Amour (1997)

II- Le fondement théorique du modèle de la structuration de la CIP

Le modèle de la structuration de la CIP est le prolongement de la théorie de l'action organisée. Proposée par les travaux de Friedberg et Crozier (1977), elle remet en question les approches classiques de l'action collective qui reposent sur des clivages catégoriques dans l'examen de l'action collective (Martin, 2012).

Les comportements des acteurs ne sont pas systématiquement convergents. Donc, la gestion de l'interdépendance des acteurs n'est pas aussi simple. L'approche organisationnelle repose sur l'idée qu'un phénomène social peut être assimilé au produit des comportements d'un ensemble d'acteurs. Comme le souligne Friedberg l'approche organisationnelle cherche à examiner : « *des processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique.* » (Friedberg, 1993, p.15).

Cette conception est la fois source de richesses mais aussi source de paradoxes. En effet, l'organisation est un « contexte » où les interactions obéissent à *un ordre local*. A travers des

mécanismes organisationnels les rapports entre les humains se stabilisent. Ainsi, se produit la coopération et la coordination. Néanmoins, ces mêmes interactions peuvent être à l'origine des conflits et de « guerres » pour le pouvoir. Pour mieux appréhender ces aspects de la théorie de l'action organisée, il convient de parler des principales prémisses sur lesquelles elle se base.

II-1 L'acteur et sa rationalité

La question de la rationalité des acteurs a fait l'objet de plusieurs écrits. La réflexion théorique sur la prise de décision montre une évolution du regard porté vers l'individu. Au départ, un être humain est analysé en tant qu'une unité abstraite et dépourvue de sens et de complications. Les théoriciens ont développé des conceptualisations plus récentes de la prise de décision. Désormais, l'humain est considéré dans toute sa complexité. La rationalité est assujettie à des limites inhérentes au contexte organisationnel. Tout choix se fait sous contraintes.

II-2 La régulation mixte des cadres d'action

Cette prémisses suggère une évolution vers une conception plus complexe et moins instrumentale de l'organisation. Il convient de dépasser les dichotomies classiques entre objectifs et structures de l'organisation, les motivations émotionnelles et les intentions linéaires. Il est primordial de relier la structure au comportement ; la structure au fonctionnement. Ces liens sont interdépendants. Ainsi « *on n'oppose plus l'affectivité des hommes et la rationalité des structures, mais on comprend les caractéristiques structurelles à partir des problèmes que cette affectivité et les limites cognitives de l'être humain posent au fonctionnement de tout effort collectif.* » (Bertrand, 1998, p.7). A cet égard, la frontière entre les prescriptions formelles et les processus informels s'estompe. Il est donc possible d'établir un continuum d'action selon quatre dimensions en l'occurrence :

- 1- Le degré de la formalisation et de la codification qui rappelle les règles et les procédures de la structuration de l'action collective,
- 2- Le degré de la finalisation de la régulation qui renvoie à l'idée de la concertation des efforts autour de buts communs,

- 3- Le degré d'intériorisation : ce niveau indique qu'un « *système d'action concret suppose un minimum d'interconnaissance, de circulation d'information et de connaissances communes, permettant des anticipations correctes des comportements des autres, ainsi qu'un minimum d'intercontrôle.* » (D'Amour et al, 1999, p. 73).
- 4- Le degré de la délégation explicite : ce degré supporte l'idée de l'ajustement en cas de relations conflictuelles. Tout système d'action englobe des acteurs qui jouent le rôle de « stabilisateurs ». Ils interviennent dans le cas de conflit pour réconcilier les personnes en difficultés.

II-3 L'instabilité des ordres locaux

Les membres d'une organisation n'interagissent pas avec un environnement abstrait mais avec d'autres acteurs. La structuration du contexte de l'action permet de comprendre comment un ensemble de stratégies d'acteurs se façonnent autour de règles ambivalentes. Ces règles atténuent les tentatives de déviations et les comportements opportunistes. Elles se cristallisent et forment une sorte « *d'opacité* » qui permet de régulariser les transactions entre les acteurs (Friedberg, 1992). Cette forme de régulation rigidifie les mécanismes d'échange afin d'orchestrer des espaces de négociation et de transactions entre les acteurs (idem). Dans tous les cas, pour envisager l'action sociale il s'agit de « *comprendre comment se constitue et s'organise socialement un espace de concurrence entre acteurs mutuellement dépendants, autour d'un problème qu'ils ne peuvent résoudre seuls, et pour la solution duquel ils ont donc besoin d'obtenir la coopération de partenaires qui sont aussi des concurrents potentiels.* » (Friedberg, 1992, p.543)

II-4 Le pouvoir comme capacité d'action

La régulation des comportements renvoie aussi à l'idée du pouvoir. Le pouvoir peut être considéré selon deux angles. D'une part, le pouvoir provient de l'éventail des possibilités d'action dans l'organisation. Ces possibilités des actions des acteurs sont animées- entre autre-par la recherche de solutions, la gestion des conflits ou le contrôle. D'autre part, le pouvoir se crée dans la zone discrétionnaire accréditée pour chaque acteur. Cette « zone grise » détermine le degré de « prédictibilité » des comportements. Plus le comportement est prévisible, plus le

pouvoir diminue. Les personnes avec des actions prévisibles et connues d'avance n'ont pas de poids et ne possèdent pas beaucoup de pouvoir (Friedberg, 1992). Elle propose aux acteurs concernés de se positionner autrement par rapport aux contraintes inhérentes à l'action collective.

En conclusion, l'approche organisationnelle proposée par Friedberg (1992) propose d'apporter un éclairage aux pratiques des acteurs engagés dans une action collective. Elle repose sur l'idée de la régulation par laquelle les jeux d'acteurs « *s'articulent les uns aux autres et sont maintenus en opération dans un système d'action.* » (Saint-Hilaire, 2011 p.115). En d'autres termes, l'approche organisationnelle part du « *[...] vécu des acteurs pour reconstruire non pas la structure sociale générale, mais la logique et les propriétés particulières de sa régulation, c'est à dire la structuration [...] de l'espace d'action considéré en termes d'acteurs, d'enjeux, d'intérêts, de jeux et de règles du jeu qui donnent sens et cohérence à ce vécu.* » (Saint-Hilaire 2011, p. 117). Donc, il existe un rapprochement entre la théorie de l'action organisée et la théorie de la régulation. Il émane de l'idée selon laquelle l'action collective se structure selon une logique de régulation des comportements des acteurs. Ce rapprochement est détaillé dans la section suivante.

III- Rapprochement entre la théorie de l'action organisée et la théorie de la régulation sociale

Avant d'identifier ce rapprochement, il est primordial d'explicitier la théorie de la régulation sociale proposée par Jean Daniel Reynaud(1997). Ceci est illustré dans le paragraphe suivant.

III-1 La théorie de la régulation sociale

La théorie de la régulation sociale suggère que la rencontre entre les individus et les entités sociales crée les règles. Ces règles permettent la communication, la collaboration, l'échange et même le conflit. Jean-Daniel Reynaud (1988) affirme que la création, le renouvellement et le changement des règles produit une « régulation » des rapports sociaux. Il a formalisé une théorie de la régulation sociale » fondée sur la négociation et l'échange social.

Pour le sociologue Jean-Daniel Reynaud, les règles sont au cœur de l'action sociale et dans toutes les formes d'organisation (famille, école). Lorsqu'elles sont écrites et explicites, ces "*régulations*

de contrôle" prennent la forme de présentations d'organigramme, de règlement intérieur ou de contrat de travail formalisant ainsi des obligations et établissant des liens de subordination (Bréchet, 2008). Ces contraintes sont affichées sous la forme de consignes. L'auteur ajoute qu'il ne s'agit là qu'une forme de régulation et que d'autres sont "façonnées » de l'intérieur par la mise en œuvre d'une action collective. Ces autres formes sont aussi produites par des acteurs collectifs qui recherchent « *une indépendance relative* » dans leurs actions (Bréchet, 2008).

Jean Daniel Reynaud explique que dans une organisation il n'y a pas d'ordre stable pour les règles. La règle se crée et se stabilise sous certaines conditions (Reynaud, 1988). Selon l'auteur, travailler dans une organisation repose sur des interactions. Ces interactions se caractérisent par les trois éléments suivants :

- Le conflit est un mode de coordination « naturel » : Selon la TRS, le conflit est un mécanisme de coordination. Il émane du fait que la création des règles est multiple dans les organisations, d'une part. D'autre part, l'application des règles formelles est souvent imparfaite : « [...] *Il ya une sorte de dégradation dans les pratiques, que la mauvaise intelligence des règles, les oppositions entre les hommes et les groupes, l'irruption des intérêts individuels viennent en fausser ou en détourner l'application.* » (Reynaud, 1988, p.6).
- Le processus de stabilisation provisoire : Ce processus émane de deux étapes :
 - Une première étape de négociation des règles. Elle repose sur les rapports de force entre les acteurs. Cette phase englobe des concessions, des compromis et la volonté de dépasser les différends.
 - Une deuxième étape : étape de légitimation : la négociation des règles permet de créer un lien social entre les acteurs. Une fois le compromis est mis en place la règle devient alors légitime.
- L'empilement des différentes règles : le processus perpétuel de construction/négociation/légitimation des règles conduit à une « *juxtaposition* » des règles. La régulation ainsi conçue n'est pas cohérente. Les règles sont : « [...] *le résultat*

accumulé, l'empilement ou la combinaison mal jointe de pratiques et de règles qui sont de nature, d'époque, d'inspiration différentes, voire opposées. » (Reynaud, 1988, p.17).

De plus, l'auteur aborde deux sources principales de la création des règles dans une organisation. Selon lui il existe : « *Les règles qui viennent de la direction, qui descendent du sommet vers la base nous les appelons règles de contrôle) et celles qui sont produites, dans l'entreprise par les groupes d'exécutants eux-mêmes (nous les appelons règles autonomes).* » (1988, p.6).

Par ailleurs, Reynaud explique que l'action de l'acteur social est une réponse à des contraintes. Il tente de légitimer son action ou d'affirmer sa contribution en utilisant la marge de manœuvre qui lui est désignée ou en négociant. Pour compenser le défaut, l'ambiguïté, l'incohérence des règles officielles existantes, les professionnels élaborent des règles autonomes (Reynaud, 1988). Cette forme de régulation s'actualise dans l'examen des pratiques. Elles : « *guident les procédures effectives du travail, de collaboration et de décision. Elles assurent le fonctionnement quotidien de l'organisation.* » (1988, p.5).

La rencontre de la régulation de contrôle avec la régulation autonome donne lieu à une régulation conjointe dans les termes de Reynaud. Selon l'auteur : « *Ce processus de régulation sociale produit des règles intra-organisationnelles. Les logiques des différents acteurs se confrontent dans la nécessité d'accomplir l'activité.* » (Reynaud, 1988, p.15).

La TRS rejoint l'approche organisationnelle dans la mesure où elle reconnaît à l'acteur sa capacité de produire des règles et le conflit que génèrent les processus de négociation. Dans le paragraphe suivant il est question de détailler ce rapprochement.

III-2 Rapprochement entre la théorie de la régulation sociale et l'approche organisationnelle de Friedberg et Crozier

Les deux courants s'orientent dans la même trajectoire de pensée qui réclame un dépassement des dualismes classiques. Elles appellent à penser à la fois l'acteur et le système, le calcul et la norme, l'action et la structure etc. (Bréchet, 2008). D'autre part, La trilogie délit, légitimité et déviance sur laquelle se base la théorie de la régulation (Bréchet, 2008). Ces concepts permettent

de développer une compréhension considérable de la collaboration interprofessionnelle dans le milieu hospitalier (ce point sera développé dans ce qui suit).

A l'échelle collective, la théorie de la régulation sociale propose de se pencher sur les acteurs sociaux à travers la concrétisation d'une action collective. Ainsi, elle se présente comme soubassement théorique adéquat dans l'analyse de la concrétisation de la CIP. Dans cette théorie on retrouve aussi un dépassement du dualisme acteur-système. Ce dualisme se forme conjointement à « *une lecture des comportements humains non réductible à l'expression d'une rationalité a priori fondée sur des valeurs ou sur le calcul et qui permettrait de prédire les comportements* » (Bréchet, 2008, p.15).

Ainsi, on trouve le postulat qui indique que l'action (de même interaction et acteur) est capable de créer des règles. La règle s'accompagne inéluctablement d'une action (Reynaud, 1997). Ces règles deviennent légitimes à travers une structuration de l'interaction sociale. En d'autres termes l'acteur qui par son action/interaction se justifie à travers une norme sociale. Il cherche à « *Justifier auprès d'autrui les principes [...] qui fondent ses actions [...] en cherchant à en faire des règles acceptables et légitimes, l'acteur contribue à la régulation qui naît des interactions entre les acteurs* » (Reynaud, 1997, XV).

La régulation se fonde sur l'échange social. Cet échange se maintient grâce au transfert d'apprentissages et la création de règles. Il permet aussi de maintenir la confiance indispensable à l'interaction qui cherche à s'instaurer (Reynaud, 1997, XVII). Plus particulièrement, le rapport entre contrôle et autonomie est l'angle d'analyse qui permet de mieux assimiler une action commune.

Cette « fluidité » entre les frontières de l'équipe et le contexte des rapports interprofessionnels est mentionnée dans les travaux précurseurs de Crozier et Friedberg (1977). Les auteurs soulignent la notion de « *porosité* » (et aussi de « *fluidité* ») organisationnelle. Ils se réfèrent à ce terme pour expliquer l'existence d'une panoplie d'influences qui se concèdent entre le système d'action et les différents contextes d'une organisation (technique, économique, social et culturel).

Cette perspective souligne l'« *adversité* » à établir une délimitation entre les éléments d'interférences internes et ceux externes. Donc, il existe : « *Une inter structuration initiée par des*

mécanismes d'échanges et d'influences réciproques. » (Camiré, 2005, p.26). L'analyse de Crozier et Friedberg suggère que : « *Certaines des structures de régulation existent au-delà du contexte d'action, restructurant et restreignent l'action des acteurs.* » (Crozier et Friedberg, 1977 p.72).

III-3 Intérêt de la TRS dans l'analyse de la CIP

La CIP est abordée selon deux grandes approches. Chacune tente d'expliquer les mécanismes mis en œuvre pour assurer la régulation d'un groupe social devenu de plus en plus complexe. Ces deux approches sont présentées comme suit.

- La thèse de la sociologie du travail est caractérisée par l'interactionnisme. Selon cette thèse, le système social est : « *affrontement d'intérêts entre les divers acteurs et un entrelacs de stratégie [...]. La stratégie d'acteurs vise à accroître leur zone d'autonomie ou ce qui revient au même leur incertitude.* » (Donnadieu et Layole, 1995, p.3).
- La deuxième thèse s'articule autour du thème de la culture d'entreprise. Donnadieu et Layole expliquent que cette doctrine est omniprésente dans les développements de Renaud Sainsaulieu. L'auteur : « *réfuse l'impérialisme du modèle d'explication utilitariste. Celui-ci avec son insistance sur les jeux d'acteurs, les stratégies internes, les conflits et les négociations, sous-estime la dimension du « lieu social central » et de ce foyer de « production identitaire.* » (Donnadieu et Layole, 1995, p.3)

Or, la compréhension du monde « réel » nécessite l'imbrication des deux approches. Par exemple dans la logique interactionniste il existe des éléments qui se rapportent à la culture : représentations sociales, perception de la dignité, confiance faite à l'autrui (etc.) (idem, p.4). Suivant le point de vue d'où l'on se place, la CIP pourrait être analysée selon l'une ou l'autre des deux thèses. Même dans le pire des conflits les acteurs ne sont pas en mesure de faire n'importe quoi. Ils doivent prendre en considération des exigences d'ordre identitaires ou culturelles.

Ce croisement s'offre à vue à travers la TRS. Jean Daniel Reynaud nous explique cet aspect : « [...] loin d'être exclusif l'un de l'autre s'impose au contraire dans leur complémentarité systémique :

-On peut décrire de façon satisfaisante les stratégies d'acteurs sans prendre en compte les facteurs culturels qu'elles font émerger,

-Une vision exclusivement culturaliste des comportements d'acteurs restreint de façon sensible la possibilité de comprendre les éléments déterminants dans une décision.»
(Reynaud, 1991, p.20).

Notre compréhension de la CIP s'inscrit dans cette perspective. Elle dépasse les cadres « dualistes » des relations d'échange. Elle s'inscrit dans un véritable processus favorisant l'émergence de projets construits en commun. La CIP est perçue en tant que dynamique alimentée par des interactions complémentaires. Elle repose sur des stratégies de négociation mais aussi des stratégies identitaires par lesquelles l'acteur social tente de défendre son existence et son appartenance à une communauté particulière. En d'autres termes, pour travailler ensemble il faut négocier certes mais aussi être capable de poser son identité. La TRS permet de rendre compte de l'actualisation de la CIP dans la mesure où elle oscille entre la similitude et la différence. La CIP transcende à la fois notre individualité et notre ressemblance avec les autres. A cet égard, nous pouvons schématiser cette articulation ci-dessous.

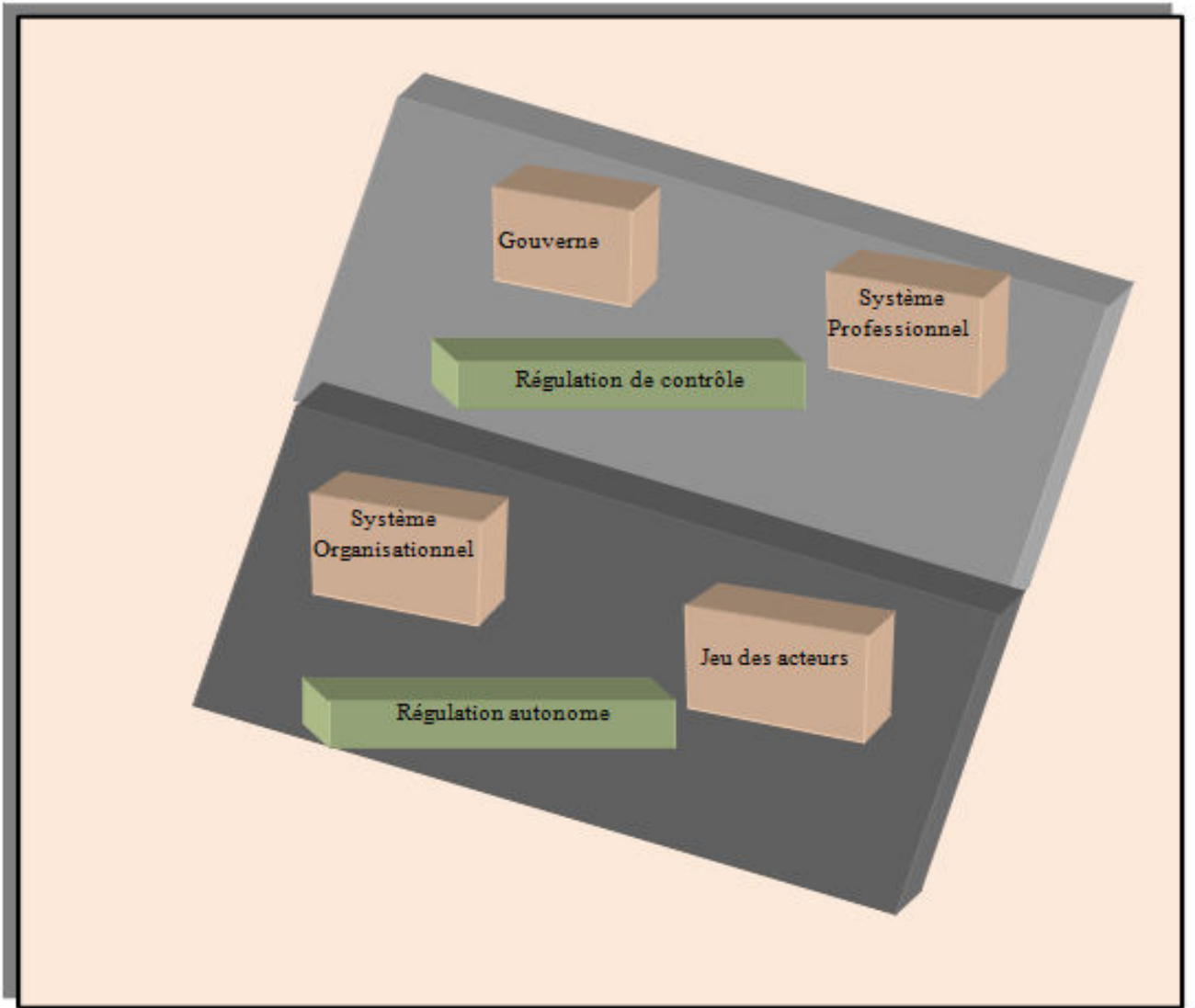


Figure 6: L'actualisation de la CIP selon la TRS

Conclusion

Ce chapitre constitue l'assise théorique de la problématique engagée dans cette recherche. L'objectif de la recherche est d'analyser les dimensions de la CIP ce qui a nécessité le recours au modèle de la Structuration de la CIP. Inspiré par les travaux de Friedberg et Crozier, D'Amour (1997) a identifié quatre dimensions de la CIP. Aussi, l'auteure a présenté les composantes de chaque dimension (les sous-dimensions). Cette présente thèse constitue une prolongation de ces travaux. Rappelons aussi que ce projet doctoral investigate l'interdépendance entre les dimensions de la CIP. L'interprétation et la discussion des résultats s'alimentent de cette proposition conceptuelle. Pour ce faire, ce travail de recherche préconise certains choix méthodologiques. Ces choix répondent aux objectifs de la thèse et à son interrogation principale : comment se concrétise la CIP dans le cadre d'un CHU ? Ils sont présentés dans le chapitre suivant.

Quatrième Chapitre: Positionnement épistémologique et cadre méthodologique de la recherche

Introduction

Le chapitre précédent a permis d'esquisser le cadre de référence théorique de la présente recherche. Le modèle de la structuration de la CIP a été confronté au terrain. Par la présente thèse, nous cherchons à répondre à la question suivante : Comment se concrétise la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de soin d'un CHU? Pour répondre à cette question il est utile de comprendre :

- Les dimensions de la collaboration interprofessionnelle et leurs composantes,
- L'interdépendance entre ces dimensions,

L'objectif de ce chapitre est d'explicitier le positionnement épistémologique et de justifier les choix méthodologiques entrepris dans ce travail de recherche. Il est question aussi d'élucider les principales techniques de collecte des données

I- Nature de la recherche et positionnement épistémologique

Notre recherche est qualitative exploratoire. Une des principales propriétés des recherches qualitatives est qu'elles examinent les phénomènes dans leur cadre naturel (Giordano, 2003, p.16). Elles supposent que l'enquête se déroule dans un cadre ordinaire et non artificiel comme pour l'expérimentation. Elles se penchent sur le déroulement des phénomènes dans leurs cadres spécifiques et naturels et non aux régularités a-contextuelles (Giordano, 2003, p.16). Ainsi, le recours à une recherche qualitative soulève des points épistémologiques et méthodologiques particuliers. Ces points seront élucidés ci-après.

Le positionnement épistémologique forme un ensemble de prémisses dans lequel est pris le chercheur (Giordano, 2003). Un positionnement épistémologique est une interrogation sur la relation chercheur/acteur (ou objet de la recherche) et donc un questionnement sur l'objectivité/subjectivité de la connaissance de la réalité à étudier (Sayer, 1999). L'objectivité suggère une distanciation entre le chercheur et l'objet de recherche. La subjectivité suggère l'implication du chercheur dans la compréhension de l'objet de recherche (Sayer, 1999). Ce ci revient à essayer d'interpréter et de comprendre le sens que les acteurs donnent à la réalité (Giordano, 2003, p.20). En effet, le chercheur fait partie d'une relation à l'Autre (Giordano, 2003, p.21). Ainsi, chercheur et acteur sont engagés dans une relation dialectique basée sur une réalité construite à partir de leurs interprétations (Giordano, 2003). A ce niveau, c'est l'idée de la réflexivité qui intervient (Sayer, 1999). En effet, il ne s'agit pas de faire une description simple mais de faire émerger les thèmes qui découlent du cadre conceptuel. La réflexivité suggère une recherche du sens, de la signification et de la portée des relations étudiées (Sayer, 1999). Généralement pour le positionnement épistémologique, les chercheurs choisissent l'une des trois postures suivantes : le positiviste, interprétative et le constructiviste. Le tableau suivant expose ces trois positionnements et leurs caractéristiques :

Tableau 6: Les paradigmes de recherche (Source : Giordano, 2003, p.9)

Éléments de la recherche	Positivisme	Interprétativisme	Constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Il existe une essence propre à l'objet de la connaissance.	L'essence de l'objet ne peut pas être atteinte (constructivisme modéré ou interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical).	
Nature de la réalité (ontologie)	La réalité est une donnée objective indépendante des sujets qui l'observent.	La réalité est perçue/interprétée par des sujets connaissant.	La réalité est une construction de sujets connaissant qui expérimentent le monde , co-construit de sujets en interaction.
Relation chercheur/objet de la recherche (épistémologie)	Indépendance : le chercheur n'agit pas sur la réalité observée.	Empathie : le chercheur interprète ce que les acteurs disent ou font qui eux même interprètent l'objet.	Interaction : le chercheur co-construit des interprétations et/ou des projets avec les acteurs.

Projet de connaissance et processus de construction des connaissances	Décrire, expliquer et confirmer : fondé sur la découverte de régularités et de causalités	Comprendre : fondé sur la compréhension empathique des représentations d'acteurs.	Construire : fondé sur la conception d'un phénomène/projet
Le chemin de la connaissance	Statut privilégié de l'explication.	Statut privilégié de la compréhension	Statut privilégié de la construction.
Valeur de la connaissance	Vérifiabilité	Idiographie	Adéquation
Les critères de validité	Confirmabilité et réfutabilité	Empathie	Enseignable

Selon Giordano (2003), le chercheur identifie son positionnement épistémologique en répondant aux questions suivantes :

* Quelle est la nature de la réalité ?

* Quelle est la relation du chercheur/à son Terrain ?

* Comment la connaissance scientifique est-elle engendrée ?

La réponse est tributaire de la visée et des objectifs de la thèse. Au regard de notre problématique voici les réponses à ces questions :

Tableau 7: le chercheur et la relation avec la recherche

Questions	Réponses	Paradigme correspondant
La nature de la réalité	La réalité ne dépend pas du chercheur. Toutefois, elle est perçue par lui.	Positivisme et interprétativisme
La relation du chercheur par rapport à son terrain	Observation et compréhension : le chercheur ne modifie pas la réalité. Il interprète les propos des acteurs.	Positivisme et interprétativisme
Nature de la connaissance scientifique	Observation et compréhension	Positivisme et interprétativisme

I-1 Le choix du positivisme aménagé

C'est la volonté d'être extérieur au phénomène tout en interprétant ce que disent les acteurs qui nous a conduit à se positionner entre le positivisme et l'interprétativisme. PERRET et SEVILLE affirment que plusieurs chercheurs empruntent « *des éléments aux différents paradigmes, se dotant ainsi de ce que l'on pourrait appeler une position épistémologique aménagée.* » (cité dans Giordano, 2003, p. 13). Dans la première édition de leur ouvrage HUBERMAN et MILES (2003) mettent en relief les lacunes des positions épistémologiques catégoriques et tranchées. Ils préconisent le recours à un comportement multi-paradigmes. Les auteurs proposent le « *continuum paradigmatique* » entre positivisme et interprétativisme qu'ils qualifient de « *positivisme aménagé* ». Selon ces auteurs: « *Les phénomènes sociaux existent non seulement dans les esprits mais aussi dans le monde réel et on peut découvrir entre eux quelques relations légitimes et raisonnablement stables. Il est indubitable que ces phénomènes existent objectivement dans le monde en partie parce que les individus s'en font une représentation commune et reconnue de tous.* » (Miles et Huberman, 2003, p.31)

La problématique de cette recherche est alimentée par un écart de connaissance. Cet écart se manifeste dans l'analyse de la revue de la littérature. En effet, la littérature propose un modèle de la structuration de la CIP en exposant les dimensions. Néanmoins, les écrits n'informent pas sur l'interdépendance entre ces dimensions et leur variabilité selon la catégorie professionnelle.

Donc, ce travail de recherche se base sur un cadre de référence précis : le modèle de la structuration de la CIP (D'Amour, 1997 ; D'Amour et al, 2008). Par ailleurs, étudier la concrétisation de la CIP renvoie à l'examen d'un « phénomène » complexe. Il convient de rester à l'écoute du terrain pour comprendre la dynamique de l'action collective. La « réalité » peut confirmer/infirmier le modèle de base. Elle peut aussi faire émerger de nouvelles variables. Le fait que nous cherchons à comprendre ne permet pas la réduction de la « réalité ». Au contraire cela incite à prendre en considération ce qui émerge. D'autres parts, Analyser les dimensions émergentes renvoie à un retour à la théorie pour trouver une interprétation adéquate (c'est-à-dire une assise conceptuelle qui l'explique). Aussi, nous cherchons à en déterminer la pertinence par rapport à l'objectif de la thèse. En résumé, ce travail de recherche est à la croisée de deux postures épistémologiques : il part d'un cadre de référence précis et reste ouvert à l'émergence de nouvelles données du terrain. Cette posture correspond au « positivisme aménagé ».

II- Cadre méthodologique et stratégie de la recherche

L'étude empirique de cette présente thèse est menée par une étude de cas unique. Ce choix est motivé par la volonté de comprendre la dynamique de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte organisationnel particulier qu'est l'hôpital public. L'étude de cas est une stratégie de recherche qui consiste en une investigation empirique d'un phénomène particulier contemporain, utilisant plusieurs sources de preuves (Rispal, 2002). Le recours à l'étude de cas unique permet de mieux cerner les aspects complexes du concept faisant l'objet de l'étude (Rispal, 2002). Selon Miles et Huberman (2003), l'étude qualitative avec étude de cas est une méthode de recherche adéquate pour mettre le point de focal sur des phénomènes complexes.

L'accès au terrain est effectué en deux temps :

- La première intervention a pour objectif de comprendre la dynamique générale de la collaboration interprofessionnelle et le contexte organisationnel choisi (CHU-Mongi Slim). Cette première étape avec une analyse succincte de la revue de la littérature a permis d'élucider les principales dimensions de la concrétisation de la CIP. Il s'agit de déterminer comment se structure la collaboration interprofessionnelle et quels sont ses dimensions ?

- La deuxième intervention a permis d'étudier en profondeur ces dimensions et d'en déduire les attributs.

Les techniques de collecte de données sont : Les entretiens exploratoires, les entretiens semi-directifs et l'observation passive. Les données sont structurées dans un premier temps, pour faire l'objet d'une analyse de contenu, dans un deuxième temps.

Cette section s'articule autour des points suivants : la justification de la stratégie de recherche adoptée (en particulier l'étude de cas unique). La présentation des conditions d'accès au terrain de la recherche. Dans le troisième point, nous exposons les méthodes et techniques d'analyse des données.

II-1 Stratégie de recherche avec une étude de cas unique

Ce travail de recherche s'inscrit dans le prolongement des travaux portant sur la collaboration interprofessionnelle. La revue de la littérature abondante sur ce phénomène a mis en exergue les facteurs qui influencent la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997). Plus précisément certains travaux ont identifiés les facteurs obstacles et les facteurs facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle (Supper et al, 2015 ; Morgan, Pullon et McKinley, 2015). Cependant, la littérature reste peu riche pour la question de la structuration de la CIP (D'Amour et al ,2003a ; Supper et al, 2015). Plusieurs auteurs recommandent d'étudier le contenu de la CIP et de voir comment elle se construit (Kenny, 2002 ; Morgan, Pullon et McKinley, 2015, Supper et al, 2015). La revue de la littérature montre que les travaux traitant de la CIP se sont appuyés sur des méthodologies qualitatives et en particulier l'étude de cas unique (Supper et al, 2015).

II-1-1 Pourquoi une étude de cas unique ?

Plusieurs auteurs (Rispaal, 2002, Miles et Huberman, 2003 et Yin, 1993) affirment que le recours à l'étude de cas permet d'investiguer des phénomènes complexes et difficiles à cerner. Selon Wacheux (1996) « *La méthode des cas se définit comme une analyse spatiale et temporelle d'un phénomène complexe par les conditions, les événements, les acteurs et les implications* » (p.89). Le choix de cette stratégie est contingent aux finalités de la recherche en question. Rispaal (2002) expose les principales raisons du recours à l'étude de cas :

- La visée compréhensive : L'étude de cas permet de rendre compte de phénomènes complexes. Ces phénomènes sont généralement issus des interactions entre les Hommes. En d'autres termes, ces phénomènes s'expliquent mieux à travers la compréhension des actions, des perceptions et des interactions des acteurs concernés. Ce type de recherche permet de comprendre le sens subjectif et intersubjectif des actions humaines. Selon les termes de Rispal une étude à visée compréhensive suggère que « [...] *le comportement humain et organisationnel ne peut se comprendre et s'expliquer qu'en relation avec les significations que les personnes donnent aux choses et à leurs actions.* » (p.62)
- L'analyse de processus : Cet élément décrit la manière dont une (des) variable(s) progresse dans le temps (Rispal., 2002). Dans la plupart des cas, l'analyse de processus est consubstantielle à la visée compréhensive de la recherche (Rispal, 2002).
- La découverte de causalités récursives : l'étude de cas permet de considérer les faits et les perceptions qu'accordent les acteurs à leurs actions (Rispal, 2002). Elle permet d'examiner les configurations relationnelles et les différents modes de fonctionnement organisationnels du contexte en question (Rispal, 2002).

L'objectif de cette présente thèse requiert une compréhension approfondie du contexte (la visée compréhensive) et l'examen succinct des configurations relationnelles (la découverte de causalités récursives). Ces deux points sont élucidés ci-dessous :

- La visée compréhensive de la recherche : étudier la collaboration interprofessionnelle nécessite un examen approfondi de la manière dont les acteurs travaillent ensemble. La mise au point d'une œuvre commune dans l'hôpital public nécessite un effort considérable des acteurs. I.Supper et al (2015) affirment que la collaboration interprofessionnelle est une agrégation de système de coopération des professionnels de santé. Elle est structurée par le partage des compétences complémentaires et la gestion optimale des ressources (idem, p.1). Dans ce sens, la collaboration interprofessionnelle se comprend mieux par une analyse profonde de la trilogie : action, interaction et structure. Donc, l'étude de la structuration et des facteurs de la collaboration interprofessionnelle sollicite d'épier des données empiriques immergées dans le contexte relationnel et organisationnel (D'Amour et al, 2003a).

- L'analyse des configurations relationnelles : une étude de cas permet de se focaliser sur les aspects organisationnels en terme de vie en société (Rispal, 2002, p.63). Dans ce sens, elle permet de constater les comportements des individus dans les groupes de travail.

D'autre part, nous avons opté pour une étude de cas unique (vs multi-sites). A ce sujet, Yin (2003) affirme que le recours à l'étude de cas unique est indispensable à chaque fois où le chercheur est amené à investiguer des phénomènes en profondeur. En particulier, au cas où les données contextuelles sont entremêlées aux aspects dudit phénomènes. « *The need to use case studies arises whenever; an empirical inquiry must examine a contemporary phenomenon in its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident.* » (p. 99).

Ce choix est motivé en particulier par les objectifs de la recherche poursuivis. En effet, il s'agit de déterminer les dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de voir comment elles interagissent. De plus, l'examen de la structuration de la collaboration interprofessionnelle nécessite une analyse fine des comportements des professionnels de santé. Donc, une grande partie de notre recherche est orientée vers une logique de découverte (Yin, 1993 ; Wacheux, 1996).

II- 2 Conditions d'accès au terrain

Cette section présente le terrain choisi et les phases entreprises pour la partie empirique. D'abord, la motivation du chercheur par rapport au choix du terrain sera développée. Les phases de la recherche seront explicitées dans une deuxième étape.

II-2-1 Choix du terrain étude : le CHU Mongi Slim

Dans la première partie de la thèse la spécificité de l'hôpital est présentée pour rendre compte de la complexité du terrain d'étude choisi. Dans cette section il ne s'agit pas de reprendre les mêmes éléments. C'est la présentation des conditions d'accès et du déroulement de l'enquête qui seront illustrés. D'abord nous présentons le CHU Mongi Slim : le terrain d'étude.

II-2-1-1 Présentation du CHU Mongi Slim

Le CHU Mongi Slim de la Marsa est un établissement Public de Santé qui est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Il est réputé commerçant dans ses relations avec le tiers. Le personnel est régi par les dispositions législatives et réglementaires applicables aux personnels de l'État, des collectivités publiques locales, et des établissements publics à caractère administratif, ainsi que par les dispositions de leurs statuts particuliers. La répartition des répondants dans les différents services est présentée comme suit (pour la deuxième phase) :

Tableau 8: répartition des répondants

Services	Nombre de répondants
Pédiatrie	2
Médecine de travail	4
Gynéco-obstétrique	2
Rhumatologie	2
Les urgences	6
Gastrologie et médecine interne	2
Chirurgie	3
Kinésithérapie	2
Pharmacie	1
Cardiologie	2

II-2-1-2 Conditions d'accès et déroulement de l'enquête

L'enquête empirique s'est déroulée sur deux phases. La première phase de nature exploratoire est de concert avec l'objectif principal de la recherche. De plus, c'est la première fois que cette problématique est abordée au sein du CHU Mongi Slim. La première phase nous a permis de connaître le terrain et aussi de prendre conscience des contraintes liées à ce type de recherche. Cette phase nous a permis aussi par une observation passive de déterminer d'une façon plus précise quelles sont les catégories professionnelles à interroger dans la deuxième phase. Nous nous sommes focalisés sur les professions qui prodiguent un soin ou une prestation de soin centrée sur le patient. D'autre part, cette phase nous a permis d'éliminer l'analyse documentaire comme moyen de collecte de données. En effet, nous voulions utiliser la feuille de réanimation comme document servant de coordination entre les professionnels. Or, certains d'entre eux n'ont pas voulu coopérer dans ce sens. Pour eux, la feuille de réanimation fait partie du secret professionnel. Donc, l'analyse documentaire est exclue. Durant la deuxième phase, l'accès à un nombre plus important de répondants a été facilité par Le chef-service de la médecine de travail. Nous avons procédé par un échantillon de convenance. Les répondants étaient plutôt réceptifs par rapport à la recherche. Toutefois, nous avons rencontrés certaines difficultés pendant les entretiens. Certains étaient obligés de couper l'entretien pour répondre à une exigence professionnelle. Certains entretiens ont été reportés car les personnes n'étaient pas disponibles ou elles ont eu des cas d'urgence. Dans le service d'urgence en particulier, l'atmosphère était assez tendue (trois entretiens ont été complètement annulés car la qualité de l'enregistrement était très médiocre.). L'enquête de la deuxième phase a débuté au mois de Juin 2015. Elle a pris fin au mois de Septembre 2015.

II-2-1-3 Les phases de l'enquête

Une première étape préliminaire est constituée d'un entretien approfondi avec un chef département médecin rhumatologue. L'entretien a commencé par une question ouverte de nature exploratoire sur la CIP. Il a duré environ 90 min. Un autre entretien de type exploratoire a été également mené avec un médecin interne des hôpitaux publics d'une durée de 2h. Cette intervention nous a permis de circonscrire le contexte de la recherche et d'en discuter la pertinence. Elle s'est déroulée respectivement au mois de septembre 2012 et au mois d'octobre

2012. Ensuite, une série d'entretiens exploratoire a été menée (10 personnes interrogées). La question principale posée aux répondants est formulée comme suit : « Comment se concrétise la collaboration interprofessionnelle ? ». Cette phase, avec l'exploration de la revue de la littérature nous a permis de forger une idée plus succincte sur le contexte de la recherche et de constituer un réseau de contact important. Afin de mieux cerner l'interaction interprofessionnelle, il était question aussi d'assister aux réunions du staff (service orthopédie dans le CHU Mongi Slim). Cette observation passive a duré deux semaines pendant deux heures (8h :00 jusqu'à 10h :00) au mois d'Avril 2013. Nous avons pris note dans une grille d'observation (voir annexe 5) et nous avons essayé de dégager certains aspects de la collaboration interprofessionnelle (voir annexe 4). Cette phase exploratoire a permis de cerner les principales dimensions de la collaboration interprofessionnelle. Elle aussi fait émerger une nouvelle dimension ce qui constitue notre contribution au modèle de référence de D'Amour (1997). Ces détails seront analysés dans une section ultérieure.

Cette première intervention nous a permis de :

- Circonscrire le thème principal celui de la collaboration interprofessionnelle et de voir la réceptivité des répondants par rapport au sujet de la recherche. Cette étape est nécessaire car il est primordial de maintenir une réceptivité positive avec les personnes interviewées.
- De raffiner le modèle de référence élaboré préalablement grâce à la revue de la littérature. Il s'agit d'esquisser un modèle qui s'inspire des écrits et de la réalité du terrain. L'attribut « soutien à l'innovation » a été éliminé car il n'intervient pas comme thème récurrent dans les propos. D'autres attributs sont apparus : ils concernent l'émergence d'une nouvelle dimension et l'interdépendance entre les dimensions. Ces points seront explicités en détails dans la section interprétation des résultats.
- De préparer le guide d'entretien pour la deuxième intervention dans le terrain soit l'intervention finale. Aussi, la catégorie professionnelle : personnel administratif a été éliminé. La recherche se limite à expliquer la concrétisation de la CIP qui concerne la prestation de soin. Il s'agit d'interroger les acteurs qui ont un impact direct sur le cycle de soin. L'observation passive a permis de rendre compte que cette catégorie n'est pas concernée par la CIP autour du patient. Or, cette présente thèse s'intéresse à la

compréhension de la concrétisation de la CIP. Donc nous avons restreint l'enquête aux catégories professionnelles impliquée dans un processus de collaboration direct soit : les médecins, les infirmiers, les paramédicaux, les aides soignants et les pharmaciens.

La dernière intervention s'est déroulée de la période de Juin 2015 au mois de Septembre 2015 au CHU Mongi Slim à Tunis. Muni de la documentation requise, nous avons mené des entretiens semi-directifs (voir annexe 6). La présentation des résultats et l'esquisse des interdépendances entre les dimensions se sont établies grâce à cette dernière étape. L'objectif principal de cette thèse est de comprendre comment se structure la collaboration interprofessionnelle à travers l'examen de ses principales composantes. Cette deuxième intervention sur le terrain nous a permis de confronter notre modèle de recherche et d'esquisser les principales dimensions de la CIP. La collecte des données est effectuée par des entretiens semi-directifs.

Les dimensions de la CIP et leurs composantes sont sélectionnées dans les travaux antérieurs et réadaptés grâce à la première intervention dans le terrain. Les attributs correspondants sont récapitulés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 9: dimensions et sous dimensions de la CIP

		Sous-attributs	Auteurs
Structuration de la CIP	La finalisation	-Atteinte des objectifs -Allégeances	D'Amour (1997)
	La formalisation	-Interaction -Entente - Partage de l'information	D'Amour (1997) D'Amour et al (1999)
	L'intériorisation	-Le travail en équipe	D'Amour (1997)
	La gouverne	-Expertise -Connectivité -Leadership	D'Amour (1997)

Personnes interviewées

Nous cherchons à comprendre comment se concrétise la CIP à travers ses dimensions. Ainsi, nous avons choisi d'interroger des professionnels de santé. Ils représentent des profils variés (des médecins, des paramédicaux, des infirmiers, des aides-soignants et des pharmaciens). Le guide d'entretien est présenté en annexe. Avec la coordination du chef service de médecine de travail, nous avons interrogé les personnes suivantes :

Tableau 10: Profils des répondants

Nombre des participants	Nombre d'années d'expérience	Genre	Service d'attachement	Formation supplémentaire	Durée
1 infirmier principal	25 ans	homme	Médecine de travail	-	30 min
2- aide-soignant	1 an	homme	Gastrologie	-	29 min 31sec
3- infirmier principal	15 ans	homme	Médecine de travail	Formation dans la coopération technique à l'étranger	28 min 32 sec
4 Médecin urgentiste Médecin de travail	15 ans 2 ans	Femme	Urgence Médecine de travail	Master en médecine de travail	46 min 42 sec
5- Pharmacienne sanitaire	23 ans	Femme	Pharmacie principale de l'hôpital	Formation en gestion des stocks	33 min 9 sec
6-Infirmière	3 ans	Femme	Service gastrologie		27 min
7- Infirmière principale (surveillante dans une unité de bloc opératoire)	8 ans	Femme	Bloc opératoire		29 min 57 sec
8-Infirmière principale	7 ans	Femme	Service Rhumatologie		26 min 14 sec
9- Infirmière principale	17 ans	Femme	Service Rhumatologie		26 min
10- Infirmière	17 ans	Femme	Stérilisation et instruments-bloc-opératoire		45 min 45 sec
11- Résident	1 an (1 ère année de résidanat)	Homme	Service Pédiatrie		27 min 21 sec
12- Kinésithérapeute	27 ans	Femme	Service kinési-consultation interne		29 min 53 sec

13- Psychologue	2 ans	femme	Service d'urgences	Formation en communication interprofessionnelle	35 min 32 sec
14- Aide-soignante	2 ans	Femme	Service d'urgence		30 min 51 sec
15- Aide-soignante	26 ans	Femme	Service maternité-gynéco		27 min 31 sec
16- Résidente	1 ère année	Femme	service d'urgence		26 min
17- Résidente médecine d'urgence	1 ère année	Femme	Service d'urgence		35 min
18-Infirmière principal	4 ans	Femme	Service Pédiatrie-service d'urgence		38 min 24 sec
19technicienne supérieure en réanimation	4 ans	Femme	Service d'urgence Cardiologie		33 min 19 sec
20- Infirmier (présentant un petit handicap orthophonique)	5 ans	Homme	Service réanimation –service d'urgence		28 min 44 sec
21- aide-soignante	30 ans	Femme	Service d'urgence – service maternité		30 min
22-Médecin urgentiste	24 ans	Homme	Service d'urgence		37 min 42 sec
23-Anesthésiste	2 ans	Homme	Bloc opératoire		39 min
24- Kinésithérapeute	25 ans	Femme	Cardiologie		40 min 36 sec
25-Pharmacienne	20 ans	Femme	Pharmacie- CHU		45 min
26- Médecin du travail	25 ans	Femme	Chef service médecine du travail	Formation en communication interprofessionnelle	1h 14sec

II-3 Méthode de collecte des données

Dans cette section, il s'agit d'exposer les différentes méthodes de recueil des données. Principalement, l'observation passive et les entretiens semi-directifs. Nous traiterons de ces deux méthodes dans ce qui suit.

II-3-1 L'observation passive

L'observation passive constitue un moyen considérable de collectes des données contextualisées (Wacheux, 1996). Les informations qui sont directement tirées du terrain de la recherche sont riches et permettent d'appréhender des facettes de la réalité qui ne sont pas facilement détectable (Pottier, 1993, cité dans Wacheux 1996). Wacheux (1996) affirme que : « *L'observation passive se définit comme l'autorisation d'être présent dans l'organisation, pour regarder la réalité quotidienne, assister aux évènements pour les enregistrer et les analyser. Mais aussi saisir l'occasion d'une visite dans l'entreprise pour être attentif à l'environnement immédiat des personnes.* » (p.215). Ce moyen a été utilisé lors de la première intervention sur le terrain. L'observation passive a été pratiquée pendant deux semaines dans un hôpital public. Il a été question de se présenter tous les jours de 8h à 10h pendant les réunions du staff. Cette réunion regroupe plusieurs profils du personnel soignant. Les commentaires sont groupés dans la grille d'observation. Cette étape a été bénéfique pour le chercheur car elle a permis de comprendre certains aspects de la dynamique collaborative dans l'hôpital. Aussi, elle a permis de comprendre comment s'organise la distribution des tâches et des rôles quotidiens.

II-3-2 Les entretiens semi-directifs

Le principal outil de collecte des données utilisé est l'entretien. Selon Wacheux (1996), l'entretien est un mode privilégié d'accès aux faits, aux représentations et aux interprétations sur des situations connues par des acteurs. L'auteur formule quatre types d'entretiens : directif, semi-directif, non-directif et de groupe. Ils sont récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 11: nature des entretiens

Types d'entretiens	Définitions
Directif	La personne interviewée répond à des questions courtes sur des faits et des situations précis. Le chercheur contrôle le déroulement de l'entretien.
Semi-directif	L'acteur s'exprime sur des questionnements précis. L'implication est partagée entre le chercheur et l'acteur.

Non-directif	Expression libre et ouverte sur des thèmes préalablement définis par le chercheur. Ce dernier doit réorienter la discussion vers ces thèmes
De groupe	Forme spécifique d'entretien qui se formule autour de plusieurs répondants.

Thiétart et al (2003) suggèrent que dans l'entretien non-directif le chercheur définit un thème général sans intervenir systématiquement dans l'articulation de la réponse. Dans l'entretien semi-directif, le chercheur évoque des thèmes préalablement définis. Les auteurs affirment qu'il est nécessaire de proposer « des entretiens de façon mixte avec une part de non-directivité, laissant libre cours à la suggestion des sujets et une part de semi-directivité, où le chercheur précise ses besoins en termes de données. » (Idem, p.237).

L'entretien semi-dirigé permet de simuler la perspective du répondant et sa compréhension du phénomène étudié (Miles et Huberman, 2003). Selon Thiétart et al (2003) le guide d'entretien semi-dirigé fait ressortir des perspectives et des expériences moyennant l'interaction centrée sur la personne participante à l'étude.

Dans la présente thèse l'intervention dans le terrain s'est faite à deux reprises. Dans ce qui suit nous présentons la démarche poursuivie pour élaborer les questions exploratoires et le guide d'entretien.

II-3 Méthodes et techniques d'analyse des données

Selon Wacheux (1996, p.227) l'analyse des données « *consiste à réduire les informations pour les catégoriser, et les mettre en relation avant d'aboutir à une description, une explication ou une configuration.* ». Il explique que l'analyse des données se fait en deux étapes. La première coïncide avec l'investigation empirique et sert à structurer les données recueillies. La deuxième consiste à traiter les données. Dans ce qui suit nous allons présenter les détails de ces deux phases.

II-3-1 Structuration des données

Le recueil des données nécessite un ajustement de la stratégie de la collecte des données (Miles et Huberman, 2003). Cet ajustement constitue un élément primordial pour définir les points restés inaperçus (idem, 2003). Dans l'investigation empirique, trois instruments sont mobilisés pour le recueil des données : le journal de la recherche, la fiche des entretiens et le codage des données (Wacheux, 1996). Ces trois instruments feront l'objet de la section suivante.

II-3-1-1 Journal de la recherche

Cet instrument nous a permis d'inscrire des remarques importantes recueillies au moment de l'investigation empirique. Wacheux, (1996) explique que le journal de la recherche représente un « annexe de la mémoire. ». Le journal de la recherche est en quelque sorte notre tableau de bord. Les remarques notées lors des entretiens sont inscrites dans ce journal.

L'auteur mentionne que le journal de la recherche est une source considérable de données empiriques riches. Il stipule que les données (en particulier les données informelles) constituent un support de travail qui facilite la structuration des données.

Pendant l'enquête sur le terrain nous avons eu des conversations riches et approfondies avec le personnel soignant. Ces discussions ont débouché sur des idées et des commentaires enrichissants pour le présent travail de recherche.

II-3-1-2 La fiche de synthèse des entretiens

Selon Miles et Huberman (2003) une fiche de synthèse des entretiens est une « *simple feuille comportant une série de questions visant à résumer ou à préciser un contact sur le terrain.* » (p.104). Dans le cadre de cette thèse, la fiche des entretiens a servi pour inscrire des informations lors des entretiens.

II-3-1-2 Le codage des données

Bardin (1998, cité dans Gavard et al, 2008, p. 134) explique que le « *codage correspond à une transformation effectuée selon des règles précises, des données brutes du texte.* ». Le recours au

codage permet de *designer des unités de signification pour l'information* (Miles et Huberman, 2003, p.112). Le chercheur utilise les codes pour rassembler un certain nombre d'informations communes sur un thème ou un construit (Miles et Huberman, 2003). Le codage est aussi un moyen de découpages des données recueillies (Bardin, 1998, cité dans Gavard et al, 2008). Il existe deux principaux types de découpage : le découpage sémantique (le rassemblement des données par thème) et le découpage linguistique (le rassemblement se fait selon des « mots » ou des « phrases ») (idem).

Dans la même lignée Thiétart et al (2003) distinguent deux types d'analyse de contenu à savoir :

-Les analyses lexicales : Elles s'intéressent à la nature et à la richesse du vocabulaire utilisé dans le texte. Elles reposent sur la fréquence de l'apparition d'un mot (de mots). Dans ce cas c'est le mot qui constitue l'unité d'analyse (Thiétart et al, 2003, p.460).

-Les analyses thématiques adoptent comme unité d'analyse une portion de phrase, une phrase entière ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème. Ce dernier type d'analyse représente celui utilisé dans le cadre de cette recherche.

II-3-2 Traitement des données : L'analyse du contenu

L'analyse de contenu se fonde sur le principe de la répétition d'éléments dans un discours (mots, expressions, phrases, paragraphes). Au sens de Bardin (1998, cité dans Gavard et al, 2008), l'analyse de contenu désigne un ensemble de « *techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* ». Brièvement, l'analyse de contenu vise à analyser « *le contenu manifeste* » d'une communication (Thiétart et al. 2003, p.459). Cette technique se repose sur trois éléments cruciaux en l'occurrence : la catégorisation, l'interprétation et l'inférence. Ces trois points seront élucidés à fur et à mesure que nous expliquons la démarche de l'analyse de contenu.

II-3-2-1 Démarche de l'analyse du contenu

Thiétard et al (2003) affirment que l'analyse du contenu se fait sur la base des données contextuelles. Dans la présente thèse, les données contextuelles proviennent des entretiens semi-directifs recueillis au cours de l'enquête du terrain. Comme le suggèrent les auteurs, les données recueillies oralement sont enregistrées et retranscrites. Pour valoriser la qualité des données recueillies, les verbatim sont utilisés.

Une fois la retranscription des données est terminée, il convient d'appliquer une lecture « flottante » selon la terminologie de Gavard et al (2008, p.255). Thiétard *et al* (2003, p.455) suggèrent de formuler les objectifs résumant les unités d'analyse. En d'autres termes, il s'agit de structurer les données en catégories de « mots » ou de « phrases » (idem, 2003).

En deuxième étape, Miles et Huberman (2003) préconisent de recourir au codage/décodage. Un codage multiple a été effectué pour s'assurer de la cohérence des données (idem, 2003). Par définition, le codage est une modification en fonction des données du corpus. Cette étape nécessite une élaboration préalable des règles dudit codage. En effet, « *plus les définitions des unités d'analyse et des catégories sont claires et précises, meilleure sera la fiabilité du codage* » (Thiétard *et al.* 1999, p.456). Donc l'analyse de contenu consiste principalement en la déconstruction et la reconstruction des données du corpus (idem, p.457).

Dans cette recherche nous allons procéder à une analyse qualitative manuelle sans recours à un logiciel d'analyse de corpus textuel (Gavard *et al.* 2008, p.248). L'analyse qualitative sera plus valorisée par l'illustration des verbatim. L'objectif est de soutenir les idées existantes dans les catégories déjà issues de l'analyse (Gavard et al, 2008 ; p.260).

III- Véracité de l'étude

III-1 Crédibilité

La crédibilité de la recherche indique dans quelle mesure cette recherche se rapporte à la réalité. Il s'agit de s'assurer que la réalité est fidèlement représentée et l'interprétation qui est donnée doit paraître plausible (Fortin, 2010, p. 284). On peut recourir au débriefing par des pairs qui

permet de partager des échanges avec des personnes expérimentées dans le domaine (Fortin, 2010, p. 284). L'examen des résultats peut se faire par des collègues, le directeur du projet ou d'autres professeur(e)s qui sont habilité(e)s à diriger des recherches. Ceci permettra peut-être de faire ressortir d'éventuelles lacunes d'informations ou de justifications des résultats et des conclusions (Sayer, 1999).

Dans le cadre de cette recherche, les résultats ont été communiqués à deux professionnels de santé (médecin de travail chef-service et pharmacienne chef-service). Les deux professionnels ont approuvé les résultats trouvés et ont mis le point de focal sur l'idée de la formation interprofessionnelle.

III-2 Transférabilité

Cette notion renvoie à la préoccupation de savoir si les résultats auxquels le chercheur aboutit peuvent s'extrapoler dans d'autres contextes (Fortin, 2010, p.285). Pour le cas de cette recherche, la transférabilité se traduit par la capacité du cadre conceptuel établi de faire sens ailleurs. En d'autres termes, il est possible de l'utiliser pour expliquer le même phénomène dans d'autres milieux organisationnels.

III-3 Fiabilité

La fiabilité renvoie à examiner la qualité d'une technique de collecte des données de mesure, qui, utilisée par des personnes différentes, dans les mêmes conditions, donne le même résultat (Sayer, 1999). Dans le cas, d'une recherche qualitative, il s'agit de mettre en place des vérifications pour s'assurer de la cohérence interne des données (Sayer, 1999). En d'autres termes, le critère de fiabilité se rapporte à la stabilité des données et à la constance des résultats (Fortin, 2010, p. 285). On doit être en mesure de clarifier le processus d'analyse des données et faire appel à des personnes externes pour vérifier si les résultats sont solidement appuyés (Fortin, 2010, p.285).

L'ambiguïté du discours d'un part et le manque de précision dans la définition des catégories et des unités codées, nécessitent de s'assurer de la fiabilité du codage (Thiétard et al, 2003 p.456). Les auteurs disent que la fiabilité peut-être déclinée en trois sous-critères plus précis :

« - La stabilité : il s'agit de l'étendu avec laquelle les résultats du codage sont les mêmes lorsque les données sont codées par le même codeur à plusieurs reprises. » (Thiétart et al, 2003, p.456). Dans le cadre de cette recherche nous avons analysé le contenu des discours à deux reprises. Cette phase a permis de : « formaliser les relations entre les différents thèmes contenus dans le texte afin d'en déduire la structure. » (Idem, p.461)

« -La précision : cette dimension mesure la proximité entre le codage d'un texte et un standard ou une norme. Il est possible de l'établir lorsque le codage standard d'un texte a été élaboré. » (idem, p.456).

« - La fiabilité intercodeurs : ce critère se réfère à l'étendue avec laquelle le codage du contenu produit les mêmes résultats lorsque les mêmes données sont codées par différentes personnes. » (idem, p.456). Pour assurer la fiabilité inter-codeurs de cette recherche nous avons fait appel à deux collègues doctorants (spécialités : management et marketing). Leurs travaux de recherche traitent de thèmes qui sont différents par rapport à cette présente thèse. La fiabilité inter-codeur a été évaluée grâce à l'observation des nombres d'unité d'analyse identifiée comme « codables » par les deux codeurs pour un même discours. Cette étape a été réalisée juste au début sur des données collectées au début.

Dans leur article sur la véracité de la recherche qualitative, Morse et al (2002) établissent les principales stratégies de la vérification de la validité de la recherche. Ils estiment que la vérification de la véracité d'une recherche est un processus de contrôle, de confirmation et de certitude. Ce processus est de nature circulaire et itérative : « *So that a good qualitative researcher moves back and forth between design and implementation to ensure congruence among question formulation, literature, data collection, strategies and analysis.* » (p.10). Ils mettent en valeur l'idée de la « réactivité du chercheur ». La réactivité est le fait d'être à l'écoute du terrain et attentif dans la phase de la collecte des données. Le chercheur doit être créatif et sensible à l'émergence des données du terrain. Sa réactivité doit correspondre aussi à une capacité de relier ce qu'il connaît avec ce qu'il retrouve. Ils identifient quatre stratégies de vérification de la véracité de la recherche. Ces stratégies sont mentionnées ci-dessous:

- La cohérence méthodologique : c'est le fait d'avoir une adéquation entre le design méthodologique et les objectifs de la recherche. La recherche qualitative nécessite une *congruence* entre la question principale de recherche et la méthode utilisée.
- L'échantillon doit convenir à la méthodologie adoptée. Il doit être constitué de répondants qui représentent au mieux le terrain étudié.
- La collecte et l'analyse des données doit correspondre à un processus itératif. Elle doit établir un lien entre ce que l'on cherche à connaître et ce qui est déjà connu.
- Le développement théorique correspond à un retour à la littérature pour asseoir la collecte des données. C'est le fait de trouver un lien entre la « mouvance » du terrain et les concepts théoriques développés. Ce développement doit permettre la formulation de propositions théoriques (ou d'une théorie) solides et consistantes : « *In this way theory is developed through two mechanisms : (1) as an outcome of the research process rather than being adopted as a framework to move the analysis along, (2) as a template for comparison and further development of theory.* » (Morse et al, 2002, p.13).

III-4 Engagement Du Chercheur

L'échange social que constitue l'entretien et la place cruciale de l'interprétation dans les analyses de ces derniers peuvent, nous en sommes conscients, affecter la qualité de notre recherche. Notamment, le rôle central du chercheur, avec tout ce qui le caractérise (ses attentes personnelles, sa subjectivité) et la crédibilité des répondants (la fiabilité de leurs réponses et leur sensibilité à l'influence du chercheur) ont des influences sur la validité recherchée. Généralement, les différents choix effectués à propos de l'objet de la recherche et des choix méthodologiques sont autant de réalités qui ont eu des répercussions sur la portée et la valeur d'une recherche. Dans le cadre de la nôtre, et afin de remédier aux faiblesses annoncées, une attention a été accordée à la description détaillée de toute la démarche de recherche afin de bien asseoir notre volonté de rigueur scientifique.

Conclusion

Ce chapitre présente le cadre méthodologique de la recherche. Il explique la posture épistémologique adoptée et le design de la recherche qui en découle. La présente thèse a connu deux phases d'intervention dans le terrain. La première phase a permis d'identifier les dimensions de la CIP. La deuxième phase a élucidé les composantes de chaque dimension. Aussi, dans cette phase les variables qui relient les dimensions sont identifiées. Le traitement des données s'est fait manuellement par composition / décomposition des catégories et des thèmes. Le but étant de mettre en relief les résultats obtenus moyennant l'intégration des verbatims dans l'interprétation. Ces éléments feront l'objet du chapitre suivant.

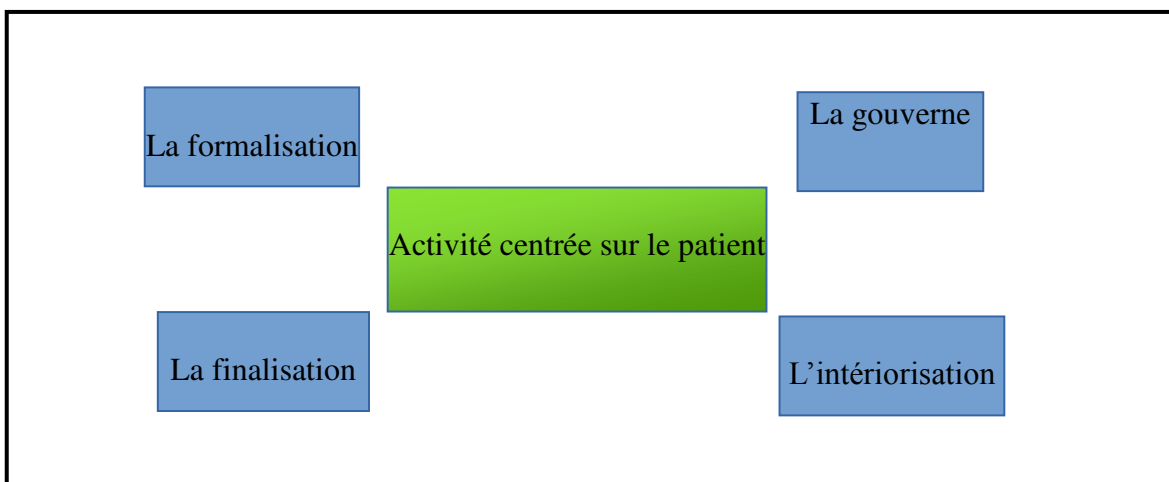
Cinquième chapitre : Présentations des résultats

Introduction

La collecte des données s'est faite en deux phases: phase exploratoire pour déterminer les principales dimensions de la CIP et phase de la modélisation empirique. Le traitement des données de la deuxième phase a permis de modéliser le modèle obtenu dans la première phase. Aussi, il a été question d'identifier le lien entre les dimensions. La démarche poursuivie est exposée dans ce qui suit.

I- 1^{ère} phase : phase exploratoire : dimensions de la CIP

Comme déjà expliqué, le premier abord du terrain est exploratoire. Cette étape a permis d'identifier les principales dimensions de la CIP. À l'instar des travaux de D'Amour (1997) et D'Amour et al (1999 ; 2003a, 2008) les quatre dimensions sont validées. Néanmoins, une cinquième dimension a émergé du terrain. Elle concerne l'activité centrée sur le patient. Le modèle de la concrétisation de la CIP confronté au terrain de l'étude se présente comme suit :



Pour déterminer la présence de chaque dimension nous avons procédé par un codage des réponses. Ensuite nous avons découpé les propos des acteurs en thèmes « saillants » et thèmes « émergents ». L'identification de chaque dimension s'est faite moyennant l'identification de thèmes qui sont exploités dans la littérature et retrouvés dans les réponses.

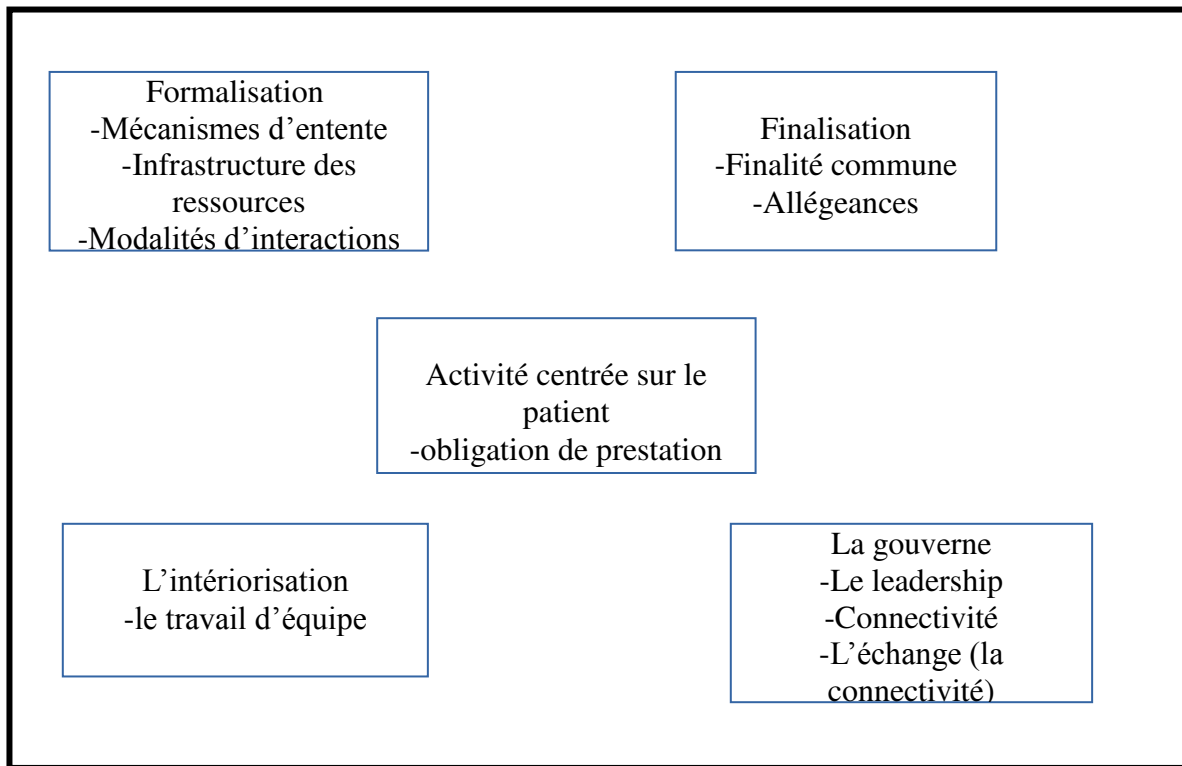
Tableau 12: Identification des items du codage

Dimensions de la CIP	Thèmes/catégories de référence
La formalisation	- Procédures -Règles et codes -Interactions -Infrastructure
La finalisation	-Finalités -Allégeances
L'intériorisation	-Travail d'équipe -Connaissance
La gouverne	-Leadership -concentration -Échange (connectivité)
L'activité centrée sur le patient (dimension émergente)	-Engagement envers la profession -obligation de soin

Cette première intervention sur le terrain a permis de valider les quatre piliers de la CIP selon le cadre de référence utilisé. Ainsi, la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la gouverne interviennent dans la concrétisation de la CIP. La plus-value de ces résultats réside dans le fait de l'identification d'une dimension émergente soit : l'activité centrée sur le patient. Elle sera analysée dans la partie interprétation des résultats.

L'analyse de contenu de cette étape s'est faite en regroupant des thèmes codés pour définir les dimensions. Ils étaient les suivants : mécanisme d'entente, modalités d'interaction, la collaboration, l'intercompréhension, processus d'identification, la confiance, le leadership, la concertation et l'atteinte des objectifs. Et une colonne sur les variables concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles. Puis, nous avons effectué une synthèse par thème et une synthèse générale par catégorie.

Dans un deuxième temps, nous avons décortiqué les thèmes codés pour ressortir les composantes de chaque dimension. À l'issue de cette étape nous avons modifié le modèle de la structuration de la CIP pour répondre aux thèmes saillants et émergents du terrain. Le modèle ainsi obtenu se présente comme suit :



II- 2^{ème} phase : Identification empirique des composantes du modèle esquissé

La deuxième phase correspond à une confrontation du modèle conceptuel esquissé dans la première phase. La collecte des données s'est faite moyennant un guide d'entretien (annexe n°5). Les différentes composantes de chaque dimension ont été questionnées dans le but de dégager une compréhension succincte et approfondie. La confrontation du modèle au terrain permet d'identifier l'aspect « empirique » de chaque sous dimensions. Pour chaque thème codé une opération de codage et de décodage est entreprise.

Les vingt-six entretiens ont été enregistrés. Nous les avons retranscrits, puis avons repéré les thèmes présents à partir desquels nous avons organisé notre analyse sous la forme d'un grand tableau. Nous avons fait appel au procédé de l'analyse de contenu car cette méthode occupe une place de choix. Nous avons choisi de faire une analyse par thèmes. Ce choix est de concert avec le type de l'étude. Il s'agit dans cette recherche de repérer les articulations de la CIP ; Aussi nous tentons de confronter les aspects théoriques du modèle de référence présentés sous forme de thèmes aux items significatifs. L'analyse a débuté par un codage axial des verbatims. Ainsi, chaque partie du verbatim sera classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle soutient. Au fur et à mesure d'une nouvelle lecture, les propos se rapportant à chacun des thèmes ont été placés dans la colonne qui leur était consacrée. Cette analyse de contenu s'est basée sur un reclassement des questions du guide de l'entretien en huit grandes catégories. La première est constituée de deux groupes de questions évoquant le parcours du répondant et sa catégorie professionnelle. La seconde réunit les trois aspects de la dimension de la formalisation. La troisième rassemble les thèmes de l'intériorisation. La quatrième concerne les thèmes relatifs à la finalisation. La cinquième catégorie englobe les thèmes sur la gouverne. Une sixième catégorie reprend les items constituant la dimension centrée sur le patient. La septième évoque les thèmes sur l'intelligence collective. Enfin la dernière catégorie explicite les items de l'émotion. Chaque groupe de question se rapporte à un ensemble d'items, que nous identifierons par rapport à une grille catégorielle avec un codage indiquant l'absence ou la présence de l'item. Les catégories permettent la classification de ce qu'on l'on considère être les éléments constitutifs d'un message (Thiétart et al, 2003). L'analyse du contenu identifie les catégories suivantes

Tableau 13: identification des items significatifs empiriques

Dimensions	Sous-dimensions saillantes (la première phase)	Sous-dimensions empirique (la deuxième phase)
La formalisation	Mécanisme d'entente	Répartition des tâches et définition des statuts
	Infrastructure	-Disponibilité des équipements -Utilisation de la technologie
	Modalité d'interaction	-La communication (passation écrites et/ou orales)
La finalisation	La finalité commune	- Atteinte des objectifs
	-Allégeance	-Unicité de la décision thérapeutique
L'intériorisation	Le travail d'équipe	-Processus d'interconnaissance -Processus identitaire - Confiance et respect
La gouverne	Leadership	-Leadership distribué
	-Connectivité	-Échange interservice -Partage des ressources
L'activité centrée sur le patient	-Engagement envers le patient	-Obligation de soin(continuité) -Valeurs déontologiques

L'analyse de contenu pour la deuxième phase rend compte d'un certain nombre d'items qui ne sont pas classés dans les catégories préalablement définies. Chacun des items rend compte d'un aspect particulier de la CIP. Ils sont reliés à chacune des dimensions. Deux champs lexicaux apparaissent. Le premier correspond à une dimension affective de la profession. Le deuxième est

de nature cognitif. Un retour à la littérature a permis d'identifier les deux concepts qui assoient ces items : il s'agit de l'intelligence collective et de l'émotion (ou l'intelligence émotionnelle selon la terminologie anglophone). Ce travail d'aller-retour entre la théorie et le terrain est présenté comme suit :

L'intelligence collective n'a pas été citée explicitement par les répondants. Toutefois, un aller-retour entre le terrain et la revue de la littérature a permis d'identifier les éléments qui s'y rapportent dans les propos des répondants. La revue de la littérature présente deux composantes à l'intelligence collective : soit l'intelligence cognitive dont les principaux attributs sont : l'intercompréhension, l'apprentissage collectif, la prise de décision, la résolution des problèmes (Greselle, 2007, cité dans Zara, 2008). L'intelligence relationnelle analysée à travers les attributs suivants : la collaboration, la cohésion de l'équipe et l'autonomie (idem).

Tableau 14: identification de la variable « intelligence collective »

Dimensions de l'intelligence collective	Entretiens	Attributs saillants	Attributs recensés dans les écrits
Dimension cognitive	« ce n'est pas parce que je suis ouvrière que je ne connais pas les aspects du métier. Il m'arrive de faire les tâches de l'infirmière. Je comprends ce qu'elle fait et c'est réciproque » n°15	L'interconnaissance	L'intercompréhension
	« voilà on apprend par l'observation mais surtout par un cumul d'apprentissage collectif » n°10	L'apprentissage	L'apprentissage collectif
	« Il n'y a pas de différence entre l'aide-soignante, l'infirmier, la surveillante, le technicien etc. Le travail est complémentaire quelque soit la profession. La décision est prise d'une façon collective » n°14		La prise de décision collective

	« Par exemple si vous trouvez un infirmier qui bloque dans une tâche et si je connais une personne qui maîtrise mieux je l'appelle et le problème est dépassé » n°17	Le dépassement des problèmes	La résolution de problèmes
Dimension relationnelle	« on collabore tous ensemble on travaille ensemble. Nous sommes complémentaires : il n'y a pas une personne qui refuse d'accomplir son travail » n°9 « Nous sommes une équipe d'infirmières polyvalentes il n'y a pas de tâches que ne l'on sait pas faire » n°9	La complémentarité	La complémentarité et l'interdépendance
	« S'il le faut remplacer ses collègues et travailler en collaboration pour que le travail marche » n°2 « Avant de finaliser une décision on consulte des collègues et notamment le chef service. » n°3	La collaboration	La collaboration

Ce concept relie les dimensions de la CIP. Il répond à la question de l'interdépendance entre les dimensions de la CIP. Il ne peut pas être classé dans l'une ou l'autre des dimensions. Il permet d'expliquer comment se concrétise la CIP dans l'articulation de quatre dimensions différentes. Les résultats appuient l'hypothèse de l'interdépendance des dimensions. Cette interdépendance se manifeste dans les propos des acteurs. En effet, il a été question de faire des choix pour catégoriser les réponses : c'est-à-dire d'identifier à quelle dimension ou sous dimension appartient la réponse. Un examen du contenu des réponses prouvent que les dimensions ne peuvent être intelligibles qui si on les relie les unes aux autres. Les quatre dimensions de la CIP sont dépendantes les unes des autres et en interaction. Elles s'actualisent dans leur

interdépendance. Certaines réponses imbriquent à la fois des attributs de la gouverne et des attributs de l'intériorisation (par exemple certains répondants relie la partage des ressources au processus d'interconnaissance). D'autres mettent en relation la finalisation à travers l'atteinte des objectifs et le fait qu'il existe un leadership et une action commune donc des attributs de la gouverne.

Le deuxième champ lexical concerne l'émotion. Nous avons relevés les propos qui appartiennent à ce champ à chaque fois que le répondant évoque un ressenti ou un sentiment particulier. L'émotion ne concerne pas un seul aspect de la CIP. Les ressentis sont présents dans les propos des répondants dans la plupart des dimensions de la CIP. Il paraît que l'émotion transcende les dimensions de la CIP. Elle n'est pas inhérente à une seule forme de régulation mais plutôt à plusieurs. À chaque fois que l'individu est amené à se « réguler » par rapport à quelque chose, cela induit un « sentiment », un ressenti. L'émotion est donc une variable modératrice des dimensions de la CIP. C'est le deuxième lien détecté dans les résultats.

Par ailleurs, la finalisation varie selon la catégorie professionnelle. Ainsi, un médecin privilégie certains aspects de la collaboration. Un infirmier aura tendance à spécifier d'autres éléments de la Collaboration interprofessionnelle. La catégorie professionnelle apparaît comme ayant un effet modérateur sur les propos des acteurs. Nous constatons qu'il existe des « profils de collaboration » spécifiques à chaque catégorie professionnelle. A travers l'analyse des contenus, il se dégage des profils de professionnels qui sont plus dans la prise de décision et de l'action. Un autre profil concerne plutôt un aspect de négociation dans la concrétisation de la collaboration. Un troisième profile concerne des professionnels qui choisissent de collaborer *de facto* et quelques soient les conditions du travail. Ces personnes appliquent les ordres et ne discutent pas des circonstances des décisions prises. Ces résultats seront interprétés et discutés dans la section suivante.

Ainsi, la deuxième phase a confronté le modèle de recherche au terrain. Ce qui a permis de définir les principales dimensions de la CIP et leurs sous-dimensions respectives. L'étude empirique a permis de modéliser les dimensions. Elles sont rendues plus explicites et nous les avons adaptées au contexte de la collaboration interprofessionnelle dans le CHU en question. La reconfiguration du modèle ainsi obtenu est schématisée comme suit :

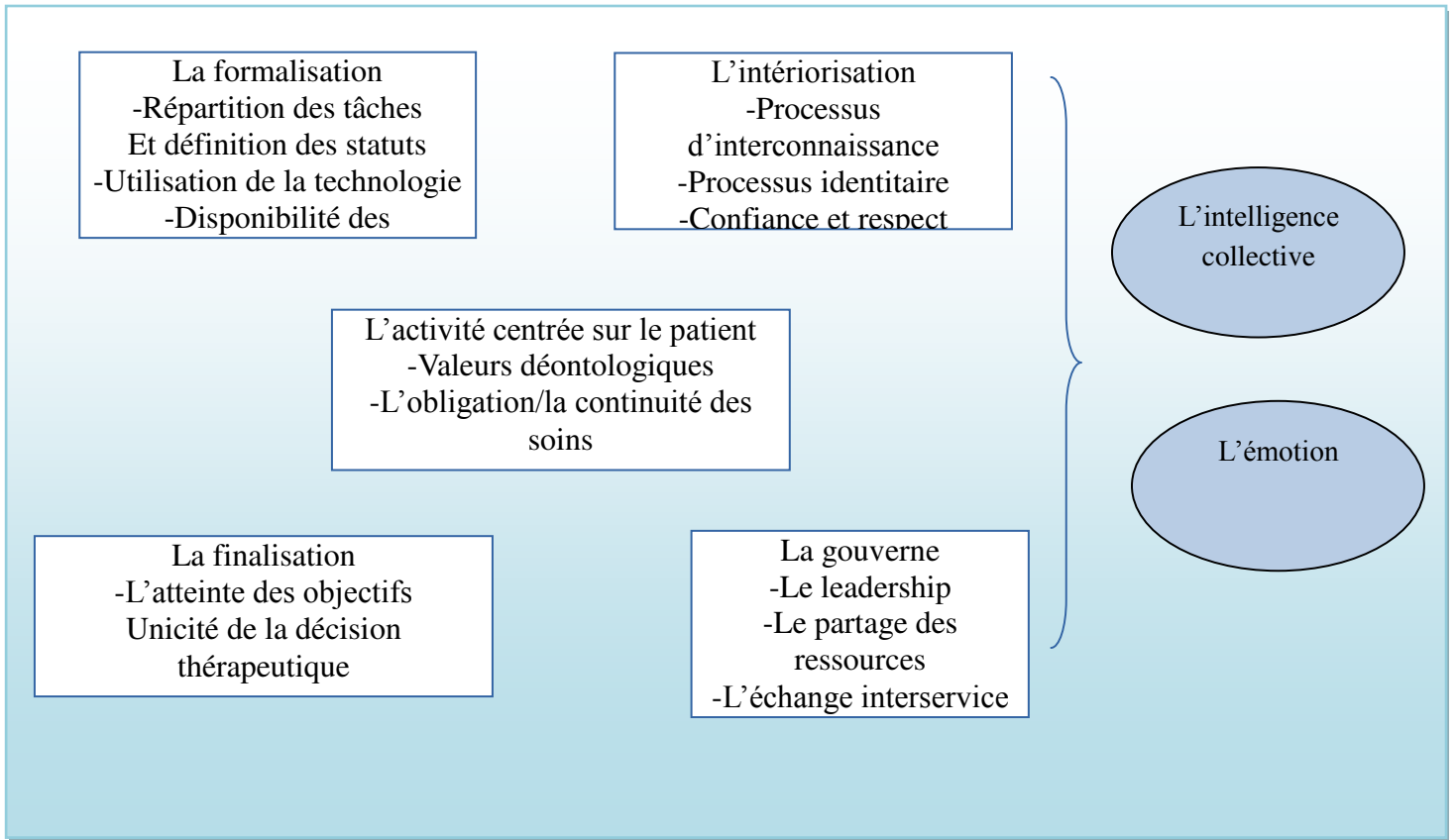


Figure 7: Reconfiguration du modèle de la structuration de la CIP

Conclusion

La confrontation du modèle de recherche au terrain a fait émerger de nouvelles sous-dimensions liées à la CIP. Ainsi, l'activité centrée sur le patient apparaît comme dimension à part entière dans la compréhension de la concrétisation de la CIP. D'autres parts, le traitement des données a ébauché deux niveaux d'interdépendance entre les dimensions soient : l'intelligence collective et l'émotion. Nous présumons que le lien entre les dimensions de la CIP se fait par le déploiement d'une intelligence collective qui renvoie à la fois aux règles formelles, à l'intercompréhension, à la collaboration, au partage d'une vision commune. Par ailleurs des éléments relatifs à l'affectivité sont repérés. Nous identifierons un autre lien entre les dimensions qui porte sur l'émotion. L'interprétation et la discussion des résultats sont l'objet du chapitre suivant.

Sixième Chapitre- Interprétations et discussions des résultats

Introduction

L'objectif de ce dernier chapitre est de restituer les résultats trouvés et de les interpréter. Pour ce faire, les interprétations seront appuyées par les verbatim des répondants et la confrontation avec des recherches antérieures. Dans un deuxième temps, une réflexion est engagée pour discuter des résultats.

I- Analyse et discussion des dimensions et des sous-dimensions de la CIP

Les deux interventions dans le terrain ont permis de dégager les dimensions et leurs sous-dimensions respectives. Dans ce qui suit, ces résultats seront élucidés.

I-1 La dimension de la formalisation

Cette dimension a été bien validée. Dans la littérature elle se décortique en quelques sous-dimensions : les mécanismes de l'entente, l'infrastructure et les modalités d'interaction (D'Amour et al, 1999). La deuxième intervention dans le terrain a permis de modéliser empiriquement ces sous-dimensions. Les résultats mettent en relief les éléments suivants : la répartition des tâches et la définition des statuts, la disponibilité des équipements, l'utilisation des moyens techniques (et/ou technologiques) et la communication. Les interprétations sont expliquées dans ce qui suit.

Elle concerne la facette formelle de la régulation. Elle représente la partie « matérielle » de la concrétisation de la CIP. En quelque sorte cette dimension représente un inventaire des moyens physiques, matériels à mettre en œuvre pour réaliser un travail collaboratif

I-1-1 Les mécanismes d'entente : la répartition des tâches et la définition des statuts

I-1-1-1 La répartition des tâches

La répartition des tâches est aussi un lieu d'échange matériel (Satin, 1994). Les répondants prônent une répartition des tâches claires et précises à travers les tableaux de garde « *Dès l'arrivée chacun prend son poste et le matériel nécessaire pour accomplir son travail. Tout est inscrit dans le tableau* »^{n°14-aide-soignante}; « *On écrit sur un tableau toutes les tâches à répartir* »^{n°18-Infirmière principale}. Dans certains cas, chaque professionnel travaille de manière autonome pour développer son propre rythme ou plan de traitement « *chacun fait son métier et fait ce qu'il doit faire personne ne prend la place de l'autre* »^{n°14-aide-soignante}.

La répartition des tâches permet de s'entendre sur qui fait quoi. Elle définit le rôle de chacun et délimite le champ d'intervention. Toutefois, certaines dérives sont constatées (elles seront analysées dans ce qui suit). Les relations conflictuelles se situent aussi au niveau de la répartition et l'accomplissement des tâches et des rôles. Les résultats de la recherche montrent que les difficultés de communication ne sont pas d'ordre technique tel que le partage des consultations ou d'informations médicales. En effet, les intervenants avouent le fait qu'ils rencontrent des difficultés de communication reliées à des enjeux relationnels et de répartition des tâches et des rôles :

«Pour la coordination des tâches nous n'avons pas une distribution nominative des tâches et des responsabilités chacun fait tout en même temps par exemple il m'est arrivé de changer le malade et de prendre soin de lui alors que c'est le travail des paramédicaux aussi j'ai rencontré des infirmiers qui inscrivent des ordonnances [...] surtout par rapport au mélange des tâches ! Pour cela je suis stricte et je suis respectée pour expliquer et résoudre ce mélange » Entretien n°4-Médecin-urgentiste

Pour ce faire, il est primordial de se pencher sur la coordination des tâches. Cet élément permet de relier les différentes interventions et surtout d'assurer une connectivité efficace entre les professionnels. La coordination efficace des tâches permet la « co-intervention ». Il est important pour les professionnels d'étendre leur activités à plusieurs. La coordination est entendue comme une forme d'interdépendance impliquant le dépassement des barrières professionnelles et organisationnelles (Naville , 1961).

La coordination ici est un mécanisme de la gestion collective des « *interdependencies between activities* » (Naville, 1961). Elle s'effectue par le biais de la standardisation par les compétences dans la terminologie de Mintzberg. Dans ce sens, la collaboration interprofessionnelle est maintenue par un ajustement mutuel.

I-1-1-2 Définition des postes/et des statuts

Les résultats montrent que la définition de poste des paramédicaux est quasi absente. Ce problème a été évoqué à plusieurs reprises lors de cette recherche :

« Nous avons un problème de statut nous sommes des techniciens urgentistes et c'est un statut non reconnu. C'est une spécialité à part entière et nous avons reçu une formation en soins intensifs avec l'accès approfondi à des cas cliniques. Or ici nous faisons le travail des infirmiers. Notre spécialité n'a pas de définition bien déterminée » Entretien n°19-Technicienne d'urgence (paramédical)

« De plus nous avons le problème de statut qui n'est pas encore réglementé. Nous avons parlé avec les chefs services pour faire des réclamations au niveau du Ministère. Mais toujours pas de réponses. » Entretien n°23-Technicienne (paramédical)

Cette faille de définition des profils professionnels a engendré une ignorance pour certains aspects de la profession : *« Pour les paramédicaux ils ne connaissent pas ce qui régit leur profession. Même dans la répartition horaire ils ne connaissent pas comment ça marche » Entretien n°13-psychologue.*

En effet, ce dysfonctionnement crée des tensions entre les paramédicaux, les infirmiers et les médecins. Le fait qu'il n'ait pas de « profil de poste » bien déterminé implique que les paramédicaux soient considérés comme des « passe-partout ». Ils se trouvent à faire leurs tâches et les tâches des autres : « *Par exemple moi je prends le box ce qui ne correspond pas à mon profil de poste* » *Entretien n°19-technicienne d'urgence (paramédical)*.

« *Je fais mon travail et celui des autres. C'est souvent le cas. C'est possible pour certaines tâches mais il y a des tâches qui ne sont pas les miennes. Bon moi je le fais malgré tout* »
Entretien n°3-Infirmier-principal

De plus, ce flou dégrade la qualité de la collaboration interprofessionnelle. L'ambiguïté dans la définition des postes complique les échanges interprofessionnels : « *c'est par la non définition des postes que la collaboration devient difficile. Personne ne sait ce qu'il doit faire* » *Entretien n°11-Résident-médecin*

L'une des conséquences directes à des structures mal définies se manifeste par la -non définition des statuts de la catégorie « paramédicale ». Ce qui revient à dire qu'il existe encore un manque de clarté dans la définition des champs de compétences des différentes professions. Le management des institutions publiques souffre d'un décalage entre l'évolution scientifique, académique et démographique et le recrutement pour la fonction publique. Le poste de « paramédical » a été créé pour répondre à une demande de plus en plus accrue en main d'œuvre qualifiée pour les établissements de santé. La création de filière académique pour rétablir cette pénurie c'est réalisé séparément de la création dudit poste.

Une définition claire des fonctions et des tâches des différents intervenants et professionnels et de leur articulation doit être trouvée. Il existe un flou dans la répartition des profils de poste. Il faut bien identifier qui fait quoi ? Comment le faire ? Et quand le faire ? Une organisation des ressources humaines est irréfutable pour garantir une lisibilité organisationnelle. Cette Lisibilité est réclamée par les professionnels. Ils veulent être en mesure d'identifier les exigences du poste à pourvoir, les personnes qui interviennent auprès d'eux selon leurs positions hiérarchiques, leurs compétences, leurs temps de travail, les modalités de les contacter (Bally et al, 2006). La mobilisation des outils de gestion des ressources humaines est nécessaire pour une réalisation d'une collaboration interprofessionnelle efficace. Un manquement en organisation des RH est

directement lié à l'institution (ici le cas d'un CHU). C'est un manquement qui agit négativement sur la constitution des équipes de travail. Il convient de mentionner que l'écart entre les pratiques réelles et les finalités théoriques évoquées dans un poste entravent le bon fonctionnement d'une équipe de travail. Un des dangers de cette situation est que sous couvert de collaboration apparaisse une compétition (Rousseau et al, 2006).

Au sein de l'hôpital tunisien la hiérarchie soignante est peu claire. Le personnel paramédical en particulier dépend à la fois de l'administration et des médecins. Cette double dépendance se manifeste à l'intérieur du service. En effet, la chef-service (médecin) détient une autorité technique pour l'organisation de l'activité de soin. D'autre part le directeur en qualité d'administrateur est doté d'une autorité administrative. Il a main mise sur le développement de la carrière. Cette ambiguïté constitue pour certains une occasion à ne pas manquer. Ils adoptent une stratégie de la double dépendance : telle surveillante peut face au directeur parler des exigences du « patron » (le médecin) pour acquérir certains privilèges liés par exemple à la procuration de certains équipements. Elle ne manquera pas devant le chef-service de mentionner les contraintes imposées par la direction pour obtenir certains avantages pour l'organisation de l'activité des soins. Cette catégorie pratique une véritable stratégie de « naviguer à vue » entre les trois étendus traditionnels du pouvoir en l'occurrence : la direction, le médecin chef-service et la surveillante générale. Elle tire sa force de l'effet de masse qu'elle exerce et de l'ambiguïté de son statut.

La répartition des tâches et la définition des statuts concernent deux aspects importants dans la formalisation de la CIP. Les résultats montrent que les relations conflictuelles sont souvent liées à ces deux aspects. Une réponse récurrente dans les propos des répondants concerne le conflit de statuts. Ce conflit est imbriqué à une course de pouvoir entre certains professionnels : *« Oui parfois ça arrive sous un aspect un petit peu de pouvoir par exemple lorsqu'on n'est pas convaincu de l'idée mais il faut savoir qu'il y a la conduite de l'ainée finalement s'il n'est pas convaincu par la conduite à tenir ou s'il est convaincu par la conduite à tenir du moins aîné il l'a fait passer mais sinon c'est son avis à lui. Il a un pouvoir sur nous »* entretien n°11-résident-médecin

« Le conflit est juste avec ma collègue de côté car nous occupons toutes les deux le poste de responsable... Donc il y a un certain conflit qui se forme dans le sens où moi je prends une

décision sans lui demander son avis. Le partage du pouvoir ce n'est pas simple lorsque nous occupons le même statut » n°5-pharmacienne-chef-service

Dans le même ordre d'idée, Mitchell et al (2013) (cité dans Careau et al, 2011) affirment que le conflit interprofessionnel est plus fréquent dans le cas des dynamiques relationnelles qui se basent sur la confrontation des professions : *« Je pense que ce problème de collaboration est lié à la différence des statuts et du pouvoir » n°1-Infirmier principal*

En effet, l'organisation peut investir certains de ses membres d'une autorité légitime sur d'autres (Friedson, 1986) Ces relations de pouvoir sont ancrées dans la pratique médicale. Le statut de médecin est doté d'une suprématie « irréfutable » par rapport aux autres statuts : *« il y a toujours la mentalité de la différence entre le médecin et l'infirmier » n°18-Infirmière-principale « [...] en réalité il y a un peu de sensibilité entre la relation paramédical-infirmier. Ils ne se supportent pas mutuellement » n°19-Technicienne (paramédical).*

Dans ce cas, ils recourent à plusieurs mécanismes de contrôle afin d'entretenir la zone de pouvoir mise à leur disposition. Ils élaborent des stratégies qui leur permettent d'orienter la conduite des autres acteurs (Morin, 1996). Une psychologue évoque ce point en disant : *« Par exemple l'année dernière il y a eu un cas d'un acte médical qui doit être fait par paramédical ...le médecin présent a refusé de le faire il dit que ce n'est à lui de le faire ...il a insisté à ce que ce soit un paramédical. Les médecins refusent de faire le travail des paramédicaux...et là c'est le patient qui se trouve en milieu de ce conflit ...je pense que c'est un problème de statut. » n°13-psychologue*

« Au niveau du service il y a des engrenages tout le temps. Le chef d'unité crée des conflits et il veut que les relations professionnelles soient perturbées. Je pense que c'est un psychopathe. Il veut que tout le monde soit sous son merci » n°8-Infirmière-principale

« Il y a toujours ce conflit médecin-infirmier et avec les paramédicaux et je ne comprends pas pourquoi . Parfois, ils se ne sont pas d'accord sur une conduite [...]chacun veut appliquer ce qu'il pense juste» n°17-résident-médecin

Il est important, à ce niveau, de souligner le caractère professionnel des organisations de la santé (Mintzberg, 1982). Dans ces organisations, il est aussi question de décentralisation de pouvoir (idem). Il passe aux mains des professionnels au niveau opératoire (Camiré, 2005, p.27). Cette décentralisation vise à établir un lien de contrôle sur les pratiques des professionnels. Elle s'explique par la complexité du travail à accomplir et par le fait que la supervision directe entre en conflit avec le besoin d'« autonomie professionnelle » (Camiré, 2005, p.27). La CIP est rendue difficile par la création de conflits. Par ailleurs, le processus de collaboration interprofessionnelle génère des relations de pouvoir ; au moment où des individus interagissent ils se soutiennent ou se contraignent. Ce jeu de pouvoir détermine quelles sont les décisions à prendre et de quel groupe elles émanent (Douglas, 1983).

Certains professionnels sont dans un état de conflit déclaré c'est quasiment la guerre. Chacun campe sur sa position et est persuadé de « son bien faire ». Ils sont alors peu ouverts au partage des informations et des zones communes et des responsabilités. Weick (2000) recourt à la notion de « consensual neglect » pour désigner la tendance des acteurs à ignorer tacitement le déroulement de certains événements dans le but d'atteindre des objectifs qu'ils jugent prioritaires

Toutefois, quand les désaccords surgissent, une régulation entre les acteurs doit avoir lieu. Selon F. Dhume (2006), cette régulation passe par le conflit qui dans ce sens représente : « *une double fonction concomitante : il est le vecteur de la préservation des identités (en posant des limites) en même temps le moteur du changement culturel : pour permettre une acculturation qui enrichisse à la fois chacun et le collectif.* » (p.172). Dans la même veine, Nolan (1995) affirme que les soins interprofessionnels sollicitent la tolérance, la connaissance et le désir de partager les responsabilités.

Les travaux de Hunt (1998, cité dans Lajeunesse, 2009) concernant les soins en pédiatrie des enfants diabétiques montrent que le partage des compétences et des savoirs faire améliore la qualité des soins. Ses recherches montrent que l'intersection entre plusieurs professions pour apporter des prestations de soins profite aux patients et améliore l'efficacité du travail collectif (Hunt, 1998). En outre, travailler d'une manière interprofessionnelle renforce l'*empowerment* et la reconnaissance de soi (Hunt 1998). Collaborer ensemble est un moyen de clarifier le rôle de chacun et de motiver les membres d'une même équipe de travail « [...] *working*

interprofessionally will bring with it an increased role in empowering others and ourselves. »(Hunt 1998 cité dans Lajeunesse, p.23)

La recherche qualitative menée par Shortell et al (1991) auprès de 1700 intervenants de santé montre un lien significatif entre la performance de l'unité étudiée et le travail interprofessionnel. Ces résultats prouvent que la performance collective est contingente à la communication et au leadership. Les auteurs affirment que la logique de la collaboration repose sur des valeurs humanistes telles que l'altruisme et la compassion. Une caractéristique cruciale de la CIP étudiée dans les milieux hospitaliers c'est qu'elle se construit autour du patient. De ce fait, elle s'actualise loin de la rivalité, de la course déchainée pour le pouvoir et des ambitions incontrôlables de contrôle et de dominance.

I-1-2 L'infrastructure : Disponibilité des équipements et utilisation de la technologie

Cette sous-dimension correspond à un autre aspect de la formalisation. Elle est modélisée par la disponibilité des équipements et l'utilisation de la technologie.

I-1-2-1 Disponibilité des équipements

La disponibilité des équipements est un attribut mentionné par les répondants. Il agit sur la qualité des échanges interprofessionnels : *« Le personnel doit avoir tout le matériel nécessaire. Lorsque tout est disponible le personnel peut collaborer efficacement » n°11-résident-médecin* *« [...] c'est là qu'il y a un problème [...] parfois dans la garde nuit nous avons besoin de lits ou de scanner dans l'immédiat » n°17-résident-médecin.* Il permet aussi d'améliorer la performance des professionnels en réduisant la perte de temps et de l'énergie : *« c'est au niveau de la disponibilité du matériel...par exemple il y a une soudeuse et elle est très sollicitée dans plusieurs postes (coupure) donc il arrive un cas urgent et on cherche elle est où ? Parfois il y a des équipements qui sont en panne...le personnel doit avoir tout le matériel. Lorsque tout est disponible le personnel pourra collaborer en toute circonstance » n°14-aide-soignante*

I-1-2-2 Utilisation de la technologie

Les intervenants attestent aussi de leur utilisation des TIC à plusieurs reprises. Il convient de dire que l'introduction des nouvelles technologies de l'information a bien facilité certains aspects du travail collectif (joindre un collègue rapidement, passer une information instantanément etc.) : *« L'exemple de l'informatisation de la prescription médicale a bien facilité le travail. Le traitement des dossiers est devenu rapide. C'est plus efficace pour la préservation des données. Certainement la coordination est plus facile » n°5-Pharmacienne-chef-service*

« On a bien les TIC. Donc on coordonne les tâches par les systèmes informatisés. C'est plus facile » n°2-aide-soignante. Les répondants attestent de l'utilité du recours à des TIC. Avoir un collègue à proximité permet de concrétiser le travail collectif. *« Dès qu'il y a un problème j'utilise mon téléphone et j'appelle un collègue. Je vérifie par téléphone. C'est plus rapide et cela m'évite de se déplacer. Parfois j'ai besoin de consulter un spécialiste dans un autre service donc le téléphone sert à ça. » n°7-Infirmière-principale ; « Nous utilisons nos téléphones portables pour rester en contact » n°22-Infirmière-principale*

Néanmoins, elles ont créé des espaces interactionnels complexes. La collaboration interprofessionnelle se trouve entrecoupée voire interrompue dans certains cas de figure. Ce cas par exemple illustre bien ces propos *« C'est clair que dans certains cas j'utilise le téléphone pour joindre un collègue dans un autre service mais ce n'est pas suffisamment c'est souvent interrompu. Appeler ne veut pas dire résoudre un problème » n° 24-kinésithérapeute-paramédicale.*

Les pharmaciens qui -généralement se situent dans un endroit à part dans l'hôpital- utilisent les téléphones pour joindre tel ou tel chef service et discuter autour d'un problème. Néanmoins, ils affirment qu'une rencontre avec la personne concernée est beaucoup plus efficace. Certains problèmes autour de la gestion des médicaments sont complexes : un coup de téléphone ne permet pas d'appréhender tous les aspects. Désormais, l'hôpital doit faire preuve de *« réalisme gestionnaire »* (Husser, 2011). Faciliter le contact instantané n'est pas synonyme de résolution de problèmes. L'introduction progressive des nouvelles technologies de l'information pour organiser le travail (numérisation des données, administration du travail, etc.) a engendré une

transformation de la pratique médicale. Une nouvelle configuration se dessine, une nouvelle relation de la gestion médicale se dessine (Rossi, I., 2014).

L'aspect technologie concerne aussi l'évolution des instruments et des équipements médicaux. L'évolution de l'activité médicale a engendré une prolifération de « besoins techniques » pour manipuler ces aspects technologiques. La manipulation de certains équipements est devenue difficile. Certains répondants éprouvent de la difficulté à utiliser les équipements :

« J'ai zéro contact avec le matériel. Je ne le connais pas et il ne me connaît pas. Je ne sais pas comment l'utiliser. Cela m'embête car parfois il faut utiliser tel et tel équipement pour travailler. Je suis obligée de laisser de côté en attendant qu'on m'explique comment faire. » Entretien n°6-paramédicale

« Parfois avec les nouveaux le commencement est difficile ils ne savent pas comment manipuler le matériel. Moi je leur montre je n'ai pas de problèmes. Au début nous avons tous eu ce problème d'utilisation des équipements. C'est le problème du décalage entre la théorie et la pratique. Malheureusement on apprend sur le tas ou par l'observation. » Entretien n°10-Infirmière-principale

Dans la même veine, les travaux de Massaro (1993) explique le gap qui se crée parfois entre la nature élémentaire des tâches dans un établissement de soin et le recours à la technologie de pointe. Dans certains cas, la nature flexible des tâches dans les organisations de santé se heurtait à un système trop rigide qui ne parvenait pas à traduire l'informel de la pratique médicale Massaro (1993). Ce constat est illustré par les propos suivants : *« Il y a le cas de thrombolyse ! Ces malades ont besoin d'un appareil spécifique. Cette machine est en panne. Donc on essaie de faire avec d'autres équipements et ce n'est pas évident. En cas d'absence totale je suis obligée de faire la rééducation manuellement. Heureusement que dans certains cas c'est possible » Entretien n° 12-paramédicale-kinésithérapeute*

« Bon ici c'est très rare car notre matériel n'est utilisé que par nous. Bon une fois la soudeuse est tombée en panne. Bon on a continué à travailler avec jusqu'au bout juste on a changé la manière dont la tâche s'exécute c'est tout... » n°10-Infirmière-principale

I-1-3 La communication

En favorisant la communication et la circulation des informations, le professionnel vise à créer des synergies, en laissant à chacun sa part de responsabilité et en garantissant la continuité des soins. Cette sous dimension est présentée ci-dessous.

La communication représente la modalité d'interaction la plus récurrente. Ceci est perceptible à travers la fréquence de son apparition dans les discours des répondants. La communication est primordiale pour la collaboration interprofessionnelle. Tous les intervenants sont de même avis quant à la nécessité d'établir une communication interprofessionnelle efficace pour faire avancer le travail : « *La communication c'est la solution pour maintenir des relations professionnelles efficaces* » n°4-médecin ; « *il faut dialoguer et parler avec ses collègues et bien travailler* » n°6-paramédical

La communication est une interdépendance entre les individus qui témoignent de leur processus de socialisation: « *Communication, then, is not simply the sending of a signal to be received by another, but rather complex social (that is, responsive) processes of self-formation in which meaning and the society-wide pattern of the social object emerge* » (Stein et al, 2005, p. 5). Dans ce sens, les professionnels échangent des informations dans le but de la prise de décisions partagées (D'Amour et al, 1999 ; MacIntosh et McCormack, 2001 ; Satin, 1994). En d'autres termes, les professionnels ayant participé aux décisions se retrouvent donc interdépendants dans leurs actions et leurs responsabilités (D'Amour et al, 1999).

Selon Mead (2011): « *Les individus ne vivent pas isolés, ils entrent en relation les uns avec les autres, et le maintien de leur vie, requiert d'eux qu'ils agissent de façon interdépendante, et donc, qu'ils coordonnent leurs activités communes* » (p.57). La communication apparaît comme le fondement du travail collectif des soignants.

La communication se concrétise par une entente commune qui permet de faciliter les relations interprofessionnelles : « *L'équipe est solide. Il y a une belle entente entre tous.* » n°4-médecin ; « *Pour moi ceux avec qui je m'entends sont ceux avec qui je collabore* » n°14-aide-soignante

La rétention de l'information fragilise la communication et bloque le travail collaboratif : « *Il y a des collègues qui retiennent l'information et ne veulent pas la passer. Cela me bloque on ne peut pas travailler dans des conditions pareilles* » n°10-infirmière-principale.

Plusieurs répondants ont exprimé un besoin pressant pour l'instauration de programme de formation interprofessionnelle. Certains ont proposé des rencontres régulières pour améliorer la communication interprofessionnelle.

Plusieurs études mettent en relief le caractère impératif de l'instauration d'une communication appropriée entre les professionnels pour collaborer (Manning, 2006 ; Petri, 2010). Cette importance accordée à la communication découle de la nécessité de dialoguer entre les professionnels (Petri, 2010).

En d'autres termes, l'interdépendance professionnelle ne va pas de soi. Elle doit passer par un dialogue entre les intervenants (Manser, 2009). Il convient de mentionner, qu'une telle communication doit s'établir sur la base d'une « intercompréhension » (Xyrichis et Lowton, 2008).

Néanmoins, le recours aux aptitudes communicationnelles n'est pas systématique. En effet, il est primordial de penser cette aptitude à travers un apprentissage spécifique qui permet de l'acquérir mais surtout de l'appliquer pour assurer la continuité de l'agir ensemble. Or, dans la plupart des cas, l'apprentissage de cette compétence n'est pas insérée dans l'affiliation universitaire (ou même dans le cas des formations continues) (Pronovost et Vohr, 2010, p.46).

I-1-4 La formation interprofessionnelle

Dans le cas de cette recherche, la majorité des savoirs sont acquis dans l'affiliation initiale ou continue. Ils sont consacrés à des aspects techniques de la profession. Dans la plupart des réponses les intervenants indiquent qu'ils n'ont pas reçu de formation concernant la gestion de l'aspect relationnel de leurs professions : « *un grand manque au niveau des formations initiales ou autres. Moi personnellement je n'ai rien appris sur la relation avec mes collègues. J'ai tout appris par l'expérience* » n°4-médecin

Dans quelques réponses, ils indiquent avoir eu un module en communication interprofessionnelle mais que cela n'avait pas beaucoup d'impact sur la pratique au terrain : *« il y a des laboratoires privés qui font des ateliers sur la communication interprofessionnelle. Je me suis inscrite à une ou deux sessions. Mais dans le cursus j'ai rien eu. »* n°5-Pharmacienne

« Nous avons eu des modules sur la gestion des conflits. Mais j'aurais bien aimé plus. L'aspect relationnel est très dur à gérer. Je me souviens à mes débuts j'ai eu beaucoup de mal travailler avec les autres. La théorie est une chose mais la pratique est tout autre chose » n°13-psychologue.

Ce manquement hypothèque la concrétisation de la CIP. La formation interprofessionnelle est un des moyens indispensables à l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. Elle favorise un respect mutuel pour les contributions de chaque professionnel. Elle promeut une reconnaissance des efforts et une meilleure valorisation des compétences (D'Amour et al, 2008). Les résultats de la recherche montrent que peu d'écoles de médecine ou de santé incluent ces formations dans leurs cursus. Au niveau de la formation continue à l'hôpital ces aspects des relations interprofessionnelles sont peu explorés : *« Au niveau de l'hôpital nous n'avons rien appris dans ce sens. Nous faisons comme les autres. Nous observons et nous appliquons. Il n'y aucune formation »* n°16-médecin-urgentiste. Le partage d'une mission commune, de la responsabilité, la clarté des tâches et un partage régulier des ressources et de l'information représentent des atouts à développer dans les filières de formation.

I-2-La finalisation

La finalisation est une dimension validée dans les résultats à travers l'atteinte des objectifs et l'unicité de la décision thérapeutique. Ces deux sous-dimensions sont interprétées dans les paragraphes suivants.

I-2-1 L'atteinte des objectifs

Le partage d'une vision commune et la poursuite des objectifs communs représente deux éléments fondamentaux dans les soins interprofessionnels centrés sur le patient : *« J'essaie d'appliquer au max les objectifs »* n°2-aide-soignante

« Oui bien sûre pas de prise risque ! Il faut suivre les objectifs. Tu appliques la conduite et tu essaies au max d'appliquer toutes les consignes. » n°4-médecin-

Les répondants participant à la recherche expriment une vision semblable quant à la collaboration centrée sur le patient. Ils ont la même finalité : celle de fournir une prestation de soin de qualité pour le patient. Selon D'Amour (1997), cela implique que : *« plus les acteurs souscrivent aux finalités de ce système d'action, plus ils sont prêts à faire des compromis pour arriver à une coopération la moins conflictuelle possible qui produit les meilleurs résultats »* (p.189). Les comptes rendus par les passations écrites et orales font partie du quotidien obligatoire dans le CHU. Cet attribut témoigne aussi du souci de l'unicité de la décision thérapeutique centrée autour du patient. Tous les répondants affirment le recours aux passations écrites et ou orales pour tenir informer les collègues des éléments essentiels de l'état du patient. Cet aspect représente un élément médico-légal. Toutes les réponses convergent vers le respect impératif de la mise au point des passations.

Pour cette dimension, l'analyse du contenu a permis d'identifier une variabilité au niveau du degré de la finalisation. En effet, l'action entreprise dans le collectif diffère d'une catégorie professionnelle à une autre. Les professionnels n'ont pas tous la même « intensité » de régulation par rapport aux résultats et aux objectifs. Au cours de l'analyse des discours trois profils « collaboratifs » ont émergé : Les résultats montrent aussi que la catégorie professionnelle a un effet modérateur sur la manière de collaborer. Il est important de voir la variabilité des composantes de la CIP selon le poste occupé. Chaque catégorie professionnelle a ses propres spécificités. Cette différence engendre une variation au niveau de la structuration de la CIP. Les résultats montrent trois « profils collaboratifs » : l'agir, la négociation et le faire. Le profil « agir » correspond à une attitude de collaboration qui se base sur l'action et la prise de décision rapide pour agir en urgence. En termes de collaboration, les intervenants de ce profil comptent sur leur propre intervention. *« Parfois je dois agir dans l'urgence et je n'attends pas d'avis » n°17-résident-médecin.* Ce profil correspond aux médecins (toutes spécialités confondues) et aux pharmaciens. Ce qui explique leur attitude de prise d'initiative. Cette attitude explique aussi leur besoin d'emprise sur la décision : *« Je collabore avec les réanimateurs mais parfois ils ne viennent pas. Dans ce cas, je réagis par défaut. Il ne faut pas laisser le malade dans un état très grave. Tu es dans l'action : tu réagis » n°16-médecin*

Cette emprise vient d'une tradition ancrée dans la profession médicale celle de la supériorité accordée à ce statut (Friedson, 1986). Parmi ces répondants, il y a ceux et celles qui occupent le poste de supérieurs hiérarchiques. Ces intervenants sont davantage concernées par la question du leadership. Ils proclament la valorisation du capital humain par la reconnaissance des efforts de chacun : *« il faut impliquer le personnel et le motiver » n°4-médecin.*

Le second profil est celui de la négociation. A ce profil correspond la profession des paramédicaux. La formation théorique et pratique de ces professionnels leur confère une capacité de négociation de la décision thérapeutique : *« On essaie de convaincre de notre point de vue mais finalement c'est le supérieur hiérarchique qui décide de quoi faire. » n°11-résident-médecin*

Ils adoptent un processus de déconstruction de la « hiérarchisation professionnelle » : *« ce n'est pas parce qu'il est médecin qu'il comprend mieux. Par exemple les internes ils ne connaissent rien. Nous avons de l'expérience dans le terrain eux ils sont dans un stage de secrétariat. Donc, moi je ne fais pas tout ce qu'un interne me demande. Si je ne suis pas convaincue je ne le fais pas. » Entretien n°5-Pharmacienne.* La collaboration interprofessionnelle pour ces intervenants se focalise sur la valorisation de la prise en charge « globale » du patient. A travers un capital de connaissances théoriques mais également pratiques, ils se permettent une relation horizontale avec les médecins : *« on demande avis à nos supérieurs et nous discutons entre nous » Entretien n°20-Infirmier*

Le troisième profil dégagé est celui du « faire ». Les infirmiers et les aides-soignants collaborent selon une logique d'accomplissement de ce qui doit être fait. La collaboration interprofessionnelle se caractérise par une « attitude pacifique » devant l'extension et la diversification des interventions. Les infirmiers construisent la collaboration autour du patient. Ils collaborent dans le sens où ils apportent un soulagement au patient. Ils sont dans une perspective du « care ». Ceci est illustré par le discours suivant : *« La psychologie du patient compte beaucoup plus que le traitement un mot gentil vaut mieux qu'un comprimé. Par expérience ça sert à rien de gronder le patient en lui donnant le médicament le soutien moral vous ne pouvez pas imaginer combien c'est important. Nous bon nous avons des patients qui passent à d'autres services ils ne veulent pas et ils nous réclament car nous nous sympathisons c'est un sentiment de compassion et ils ressentent cela » Entretien n°7-Infirmier.* Les résultats sont conformes aux

écrits sur la relation classique médecins-infirmiers (Friedson, 1986). En effet, les infirmiers sont dominés par les médecins : « *cela commence du médecin c'est lui qui connaît tout le travail et connaît tout ce qu'il faut faire c'est lui qui indique tout ce qu'il faut faire* » n°18-infirmier. Le sens de la collaboration interprofessionnelle est unidirectionnel dans la majorité des cas. Les infirmiers se soumettent à la prescription du médecin : « *Mais faire ou ne pas faire c'est la prescription du médecin ! Tu es obligé de faire ce qu'il ordonne* » Entretien n°18. Leur statut ne leur confère pas de légitimité scientifique ou d'autorité professionnelle pour se permettre une prise de décision autonome. Dans cette dimension, l'attribut qui concerne l'atteinte des objectifs met en relief un élément de différenciation crucial entre les médecins et les infirmiers en particulier. Ces objectifs se situent au niveau de la gestion de la douleur. Les médecins veulent éviter de donner trop de médicaments et les infirmiers désirent soulager le patient de sa souffrance (Mintzberg et Gouldner, 2003a).

Par ailleurs, cette autonomie est conditionnée par la profession exercée. Ainsi, dans certains postes, les professionnels décident des priorités, de la manière d'accomplir les tâches ou de résoudre les problèmes (Mintzberg et Gouldner, 2003b). Néanmoins, peu sont invités à participer dans les négociations de certaines décisions thérapeutiques, du budget et des livrables (le cas des pharmaciens chefs-services). En d'autres termes, ces professionnels se doivent d'accepter les décisions prises à un niveau hiérarchique supérieur. La CIP est alors limitée à l'exécution des tâches et des prescriptions (idem, 2003). Dans leur ouvrage « la pensée infirmière » Kérouac et al (2003) mettent en relief l'existence de deux centres d'intérêts distincts pour les infirmiers et les médecins. Cette différence s'explique par la différence de la visée de chaque profession. La profession médicale s'intéresse à la « vie humaine » à l'impact des interventions et à l'ampleur de la responsabilité des décisions thérapeutiques (ibid, 2003). En ce qui concerne la profession infirmière, elle est orientée vers la personne, la proximité du patient et l'« entièreté » de la vie (Kérouac et al, 2003).

Ce déplacement possible des compétences est expliqué par l'opposition de deux logiques de fonctionnement dans une relation de collaboration : Au modèle professionnel qui se base sur « le faire » s'oppose le modèle de l'« agir ». Le premier modèle préconise un soignant qui applique les recommandations. Le soignant dans ce cas, applique strictement ce qu'on lui demande de faire ou ce qu'il a trouvé comme prescriptions. Il s'agit d'un modèle de compétences préétablies.

Cette logique de prescription dicte les actions du soignant (idem). L'« agir » correspond à la conception de la pratique médicale par Friedson. Selon l'auteur, le diagnostic et le traitement ne se font pas d'une manière mécaniste. La pratique médicale est dans ce sens une construction sociale. Autrement dit, pour Friedson(1986) : « *La profession médicale utilise des critères normatifs pour sélectionner ce qui l'intéresse et ce travail constitue une réalité sociale qui est distincte de la réalité physique.* » (p.5). La démarche du « faire » décompose le poste en une chaîne de tâches partielles. La démarche d'agir s'inscrit dans une logique de recherche de sens pour chaque tâche accomplie. Le soignant est capable de « *faire le choix d'actions pertinentes sur la base de son expérience et de son jugement clinique* » (idem, p.6).

La marge de manœuvre accordée à chaque professionnel n'est pas identique. Certaines catégories ont plus d'autonomie et de liberté d'action que d'autres. Traditionnellement le concept de l'autonomie professionnelle est accordé aux médecins. Or, le médecin dans sa conception traditionnelle commence à perdre du territoire au détriment d'autres professions de soin qui se créent pour répondre aux nouvelles exigences techniques et technologiques de l'environnement médical. L'évolution technologique a transformé la profession médicale. Les paramédicaux, qui ont été interrogés dans le cadre de cette recherche s'inscrivent dans cette perspective. Leur formation dans plusieurs spécialités telles que la réanimation, la nutrition, la biologie, l'imagerie médicale, les soins intensifs leur procure un savoir-faire unique. La création de cette catégorie professionnelle répond à des exigences d'évolutions technologiques mais aussi une évolution par rapport à la conception de l'activité médicale et de la profession médicale en général. Le prodigieux de soin s'apparente à un « marqueteur ». Il ne s'agit plus de diagnostiquer une pathologie et de proposer un traitement. L'évolution sociodémographique des populations a fait que le patient s'interroge sur la qualité du soin fourni, l'existence d'autres alternatives, les mécanismes d'accompagnement, la communication avec sa famille etc. Donc, c'est la complexité engendrée par cette évolution qui a fait qu'un médecin tout seul ne peut plus affronter cette « mosaïque » de la prestation de soin. Les postes de « paramédicaux » sont une réponse à un environnement qui ne cesse de se multiplier.

A la relation classique médecin-infirmier vient s'ajouter un autre profil de soignant celui des « paramédicaux ». Ainsi, la pratique médicale repose sur une action collaborative qui fait intervenir plusieurs profils de soignants. Les médecins qui par leurs statuts de « supérieurs

hiérarchiques » se permettent une certaine forme d'autorité. Les infirmiers, qui par leur proximité du patient cherchent à renforcer leur positionnement et les « paramédicaux » qui par leur formation pratique et consistante justifient la négociation. . Dans cet univers de triple interaction, la collaboration interprofessionnelle est plutôt entremêlée. En ce sens, se construit un système dans lequel le professionnel de santé doit composer avec la variabilité des pratiques. Penser la collaboration, dans ce cas-là, revient à penser la diversité. Dans «The system of professions», Abbott (1988) montre que les mutations au niveau de l'environnement économique, de l'action collective dans un secteur bien déterminé (ici de la profession médicale), de l'orientation des nouvelles réformes dans les institutions, de la relation des établissements des soins avec les universités et de la recherche scientifique, les frontières des compétences peuvent devenir floues. Des groupes professionnels peuvent se doter de compétences dans un champ donnée : *«Les frontières de compétences sont perpétuellement en débat»* (Abbott, 1988, p.2).

I-2-2 L'unicité de la décision thérapeutique

Certains intervenants expliquent qu'ils discutent les décisions entreprises mais au final c'est le supérieur hiérarchique qui décide quoi faire : *« Avec mon supérieur je discute si quelque chose ne convient pas. S'il n'est pas convaincu par mon avis de toute les manières il a une meilleure expertise et le travail doit marcher »* n°7-infirmier-principal

« Je prends l'avis de mes collègues et l'avis des médecins et je m'assure que c'est la bonne décision à prendre. » n°8-infirmière-principale

« On demande toujours avis à nos supérieurs et nous discutons entre nous » n°20-infirmier

La prise de décision s'inscrit dans un souci de conformité par rapport à la prestation de soin : *« La conduite peut être changée ou par exemple le diagnostic peut être erroné et on corrige avec les seigneurs. L'essentiel que l'acte médical prend place et la prestation de soin doit continuer. Nos supérieurs nous expliquent et décident de ce qui est bon à faire »* n°16-médecin

L'unicité de la décision thérapeutique est essentielle dans un travail collaboratif centré sur le patient. Elle permet d'harmoniser les avis, de véhiculer une vision commune et de minimiser les erreurs. D'ailleurs, un répondant a exprimé sa difficulté à combiner des avis différents :

« C'est contraignant pour que cela marche il faut convaincre tout le monde pour que tout le monde adhère et que le travail avance. Nous devons avoir une même finalité. L'activité ne peut pas être trop brisée. Cela peut affecter la qualité du soin. » n°4-médecin

A l'unicité de la décision thérapeutique s'oppose la notion de la variabilité de la pratique médicale. Un établissement de soin est caractérisé par la multiplicité des interventions. Un même patient peut être traité par plusieurs professionnels. Il peut faire l'objet de plusieurs « passations » Wennberg et Gittelsohn (cité dans Mousquès et al, 2003) ont démontré que la variabilité dans la pratique médicale s'explique par une différence entre les préférences individuelles (ou les valeurs) et les comportements des praticiens. Ces auteurs introduisent la notion de « *l'incertitude professionnelle* » comme pilier explicatif de la divergence dans la pratique médicale et « *qui se manifeste tout au long du processus médical et influe sur la pratique des médecins* » (Eddy, 1984, cité dans Mousquès et al, 2003, p.17). Ainsi, la variabilité de la décision médicale est la résultante de facteurs individuels émanant des perceptions individuelles et des visions particulières de chaque praticien dans les jugements à émettre pour une pratique médicale déterminée. Mousquès et al (2003, p.17) stipulent que « *C'est l'exercice du jugement clinique, dans ces conditions d'incertitude et de singularité de la décision médicale, qui produit la variabilité de la décision médicale* ». D'autres recherches ont montré que la variabilité résulte de la dissimilitude des contextes sociaux professionnels plutôt que des caractéristiques de préférences individuelles ou d'incertitude (Westert et al, 1993; Nieboer et Groenwegen, 1993; cité dans Mousquès et al, 2003).

Donc, pour appréhender la CIP il convient de comprendre que le processus décisionnel peut vêtir deux formes : une continuité des soins qui tend à unifier la décision mais aussi une pluralité d'intervenants qui engendre la variabilité. La CIP se concrétise autour d'une activité centrée sur le patient et qui se comprend dans le paradoxe de l'unicité et de la variabilité.

I-3 La dimension de l'intériorisation

Les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle se structure autour des individus qui la pratiquent. Elle est ce que chacun reflète son image dans l'autre, comment chacun pense par rapport à l'autre, à ce qu'il dit et à ce qu'il fait. Et aussi la façon dont chacun croit que l'autre

se positionne par rapport à lui et à ses actions (Sainsaulieu, 2006). En d'autres termes, les intervenants cherchent à se créer une interconnaissance à travers une identité construite dans le collectif (Sainsaulieu, 2006). Trois sous-dimensions apparaissent pour rendre compte de cette composante : la confiance (et le respect), le processus d'interconnaissance, processus identitaire. Les résultats sont comme suit

I-3-1 La confiance et le respect

Les résultats montrent que la confiance et le respect reviennent de façon constante dans les réponses : « *La confiance est primordiale pour avancer ensemble et le respect. Les deux mots maitres. Tout se construit là : la confiance et le respect. C'est une question de comment tu es avant tout* » entretien n°4-médecin

La confiance est considérée dans plusieurs recherches comme levier indispensable à la CIP au sein de l'équipe qui permet de maintenir la cohésion entre les membres. J-P. Blondel (2009, p. 7) dit que ce qui fait la cohésion de l'équipe « *c'est la confiance de chacun dans les autres membres et dans les capacités de l'équipe en tant qu'équipe* ».

Dans une étude qualitative, Reader et al (2007) ont démontré que la CIP est inhérente à la confiance mutuelle. Ils ont observé que la CIP était empreinte par un équilibre entre le respect et l'engagement vers la profession ainsi que la confiance mutuelle (ibid). Ce qui est approuvé par les résultats : « *La confiance est très importante pour maintenir le travail et s'entraider mutuellement. Tout se base sur la confiance. Si je n'ai pas confiance avec qui je travaille je ne peux pas vraiment être bien au travail. Il faut que je connaisse mes collègues et je dois leur faire confiance. C'est aussi important que ce soit réciproque* » entretien n°3-infirmier-principal

Plusieurs répondants relient la CIP à la personnalité. Le maintien des relations interprofessionnelles est expliqué par la personnalité du répondant et sa capacité personnelle à développer la CIP : « *Le relationnel c'est inné pour moi. Tu es bon avec les autres ou pas voilà.* » n°1-Infirmier principal, « *Cela dépend du caractère de la personne : il y a des personnes qui sont sociables donc ça marche et d'autres qui ne le sont pas donc c'est difficile de travailler avec eux* » n°6-paramédical

« Il y a des personnes avec qui il est impossible d'établir quoi que ce soit alors que dire de collaborer. » n°13-psychologue

L'expérience est aussi un attribut saillant dans les résultats ce qui va de pair avec les résultats d'autres recherches (Bedwell et al, 2012). Plusieurs répondants expliquent que l'expérience leur permet de mieux appréhender les relations avec les collègues. L'expérience permet de cumuler un « bagage relationnel » et « un savoir être » : *« Cela dépend du niveau de l'expérience. Elle intervient dans la qualification de la relation. » n°1-infirmier-principal ; « C'est avec l'expérience et l'ancienneté que j'ai réussi à apprendre des choses et maîtriser l'aspect relationnel de mon métier » n°9-Infirmière-principale; « Peu à peu avec l'expérience vous apprenez comment gérez les relations avec les collègues » n°20-Infirmier*

Une étude sur le travail interdisciplinaire de Streach (2007) a montré que l'expérience a un effet positif sur le maintien des relations interprofessionnelles ainsi que l'établissement d'un climat de confiance entre les professionnels. Plusieurs auteurs (Braithwaite et al, 2012 ; Stein et al, 2005) ont également soutenu l'idée qui stipule que l'attitude positive émane plutôt de l'habitude et de la routine qui s'installent dans la vie quotidienne des employés. Autrement dit, l'habitude d'aller au travail tous les jours induit une évaluation positive à l'égard de l'institution. Cette habitude s'ancre dans la vie de tous les jours et devient une action « évidente », « normale » qui produit une attitude positive et un attachement envers l'institution (O'Daniel et Rosenstein, 2008).

A noter aussi que certains répondants ayant une expérience de court terme maintiennent volontairement de bonnes relations interprofessionnelles et concrétisent un travail collaboratif : *« J'ai une petite expérience. Et je maintiens de bonnes relations avec tout le monde. » n°1*

Ceci peut être expliqué par la nature de recrutement dans la fonction publique. En effet, pendant les deux premières années de travail, ces professionnels ne sont pas encore titulaires. Donc, le maintien de la CIP est en quelque sorte une attitude bien « calculée ». Aussi, cela peut être inhérent à l'effet de « halo » et à la construction d'une image de soi idéale au début d'un parcours professionnel.

Pareillement pour le respect les résultats montrent que cet attribut est cité dans la plupart des réponses : *« Le respect est très important il faut le maintenir ; sans respect on ne travaille pas. »*

entretien n°10-Infirmière. Ce résultat est appuyé par plusieurs recherches (Careau, Vincent et Swaine, 2011, D'Amour et al, 2008). Les recherches indiquent que la confiance se maintient par la reconnaissance mutuelle des compétences et de l'expertise des collègues (Careau, Vincente et Swaine, 2011). Elle s'accompagne d'une attention empathique et d'une écoute active (idem). Elle s'établit dans une équipe lorsque les rôles sont bien définis. En d'autres termes, le travail interdisciplinaire se base sur la compréhension de l'enchevêtrement explicite des rôles et des tâches (D'Amour, 1997 ; Voyer, 2000) : ceci nous amène à parler d'une autre sous-dimension soit : le processus d'interconnaissance.

I-3-2 Le processus d'interconnaissance

Ceci réfère à la capacité à comprendre les interdépendances professionnelles. Selon D'Amour et al (1999) : « *C'est la prise de conscience de l'interconnaissance des acteurs et du degré d'information dont ils disposent les uns sur les autres.* » (p.9). Les répondants se sont aussi exprimés par rapport à la méconnaissance des collègues. Elle est considérée comme contrainte au bon déroulement du travail interprofessionnel : « *Ce n'est pas admissible que j'arrive un matin et que je trouve quatre collègues que je ne connais même pas qui viennent juste d'arriver. Je ne peux rien faire avec eux, je ne connais pas leurs noms et je ne connais même pas leurs spécialités.* » *n°13-psychologue.* D'autre part, la méconnaissance de la « quotidienneté » des rôles et des contextes propres à chaque professionnel devient une source de conflits :

« *Le conflit s'établit dans la répartition des tâches entre les ouvriers et les aides-soignants et entre le partage des postes dans paramédicaux les infirmiers et les techniciens ...et nous avons proposé aux surveillantes de donner des petites formations pour les ouvriers et les infirmiers il faut qu'ils comprennent qui fait quoi...il faut leur mentionner chacun son rôle et ses missions* » *n°13-psychologue.* Certains professionnels de par la nature des tâches à accomplir travaillent en « solo » tels que : le technicien nutritionniste, le kinésithérapeute etc. Il est important dans ce cas de connaître la spécificité professionnelle de chaque membre. Cette prise de conscience évite les tensions entre les collègues de professions différentes. Le même résultat a été trouvé dans l'étude de Borrill et al (2013). Dans une étude qualitative, ils démontrent que les professionnels qui connaissent les rôles et les tâches des collègues s'intègrent plus facilement dans une démarche de

collaboration. Dans un travail d'équipe, la clarté des rôles et de celui des collègues est essentielle pour le maintien de la collaboration :

« Moi je préfère exceller dans mes tâches que de dépenser de l'effort dans un travail qui ne concerne pas. Ici dans l'hôpital les tâches manquent de rigueur et ne sont pas cohérentes. Plus les choses sont claires et plus le travail devient facile à gérer. Faut bien connaître ce qui se passe autour et ce que fait chacun » Entretien n°6.-paramédical

« Il faut diviser complètement le travail et chacun doit connaître ce qu'il doit faire. Les tâches doivent être bien délimitées. » Entretien n°7-Infirmière-principale.

La connaissance du rôle implique la capacité d'assumer ses responsabilités et la reconnaissance des responsabilités des autres : *« chacun connaît ses rôles et ses limites » n°13-psychologue ; « Nous faisons notre travail [...] chacun accomplit son rôle » Entretien n°21-aide-soignante.* Cette connaissance est en mesure de moduler l'échange de connaissances entre les intervenants. En effet, certains répondants s'expriment sur la facilité des rôles interchangeables lorsqu'ils sont bien clairs : *« Nous sommes multidisciplinaires dans le sens où il y a un problème on se remplace » Entretien n°24-kinésithérapeute-paramédical*

D'ailleurs, les professionnels de santé préfèrent dans la plupart des cas la mise au point d'une répartition des tâches claire et précise. Ils préfèrent que les territoires professionnels soient identifiés. *« Parfois je suis obligée de faire le travail des infirmiers et même des ouvriers ! Bon je le fais mais cela me dérange. J'ai eu une formation de technicienne j'ai des tâches à faire qui correspondent à mon profile. » n°5-Pharmacienne-chef-service.*

Dans certains cas, un problème d'identification des tâches à assumer peut aboutir à une ambiguïté du rôle. Cette situation peut conduire à des illusions. L'individu se trompe par rapport à son rôle professionnel. À l'origine, cette ambiguïté provient d'une divergence entre le rôle perçu et les attentes sociales par rapport à ce rôle. Elle apparaît lorsqu'il existe un flou dans la définition des tâches : *« La diversité des pratiques me bloquent. Lorsque je travaille je veux que tout soit bien clair et qu'on me dit exactement ce que je dois faire. Je ne peux pas travailler dans le flou. Je me sens perdu » n°13-psychologue.*

Chaque individu a un sentiment d'appartenance par rapport à sa profession. Ce sentiment découle d'une socialisation conforme aux pratiques communes et aux rôles perçus dans la dynamique collective (Osty, 2008, cite dans Fray et Picouneau,2010). Lorsque les rôles sont bien définis et qu'il existe une connaissance mutuelle du territoire professionnel de chacun l'identité est bien construite. Ce niveau d'identité correspond à celui d'une identification par rapport au travail. Selon Fray et Picouneau (2010): *« Cette identité est liée aux caractéristiques de la profession [...] l'individu s'identifie ici à l'activité du travail. »* (p.78). La troisième sous-dimension explicite le processus identitaire. Elle est décrite comme suit.

I-3-3 Le processus identitaire

La CIP se concrétise lorsque les rôles sont bien définis et donc les identités sont bien claires. Ceci est perceptible à travers les réponses des répondants : *« Chacun fait son métier et fait ce qu'il doit faire personne ne prend la place de l'autre. C'est comme ça que ça doit fonctionner. »* n°1-infirmier-principal; *« Ma tâche c'est la mienne. C'est moi uniquement qui s'en occupe. Dans ma tête c'est clair ce que je fais et c'est quoi mon poste. Je me connais en quelque sorte »* n°2-aide-soignante.

« C'est comme une chaîne : il faut que chacun fait son travail et son rôle. Le travail doit être bien réparti et moi personnellement je ne peux travailler si je ne sais pas ce que je dois faire. Je veux bien comprendre où j'en suis » n°12-kinésithérapeute-paramédical.

Les travaux de Sainsaulieu (2006) affirment que les individus constituent leurs identités à travers des interactions simultanées. Ces interactions se construisent à travers les schèmes cognitifs de chacun des membres de l'organisation et influent sur leur interprétation des situations et des relations interpersonnelles.

La construction de l'identité est un processus de négociation entre : les acteurs, l'institution, l'interaction avec les autres. Elle se situe entre l'expérience vécue et l'actualisation du présent (Rondeau, 2008). Donc la formation d'une identité est la résultante de l'interaction entre l'acteur et la société. A cet égard, Jenkins (1994, p.299) fait état de l'observation suivante: *« It is in the meeting of internal and external definition that identity ether social or personal, is created »*.

Certains auteurs évoquent la notion d'identité professionnelle pour désigner cet environnement multi-facettes et multi-acteurs. En effet, la question 'qui sommes-nous ? Saisir l'essence de l'identité en soulignant que celle-ci concerne les essais d'une entité de se comprendre soi-même. L'identité suppose donc la construction du sens focalisée vers le climat intérieur de l'organisation. Les activités de construction du sens sont particulièrement critiques dans des contextes dynamiques, où le besoin de créer et de maintenir des compréhensions cohérentes et des espaces de dialogues communs qui soutiennent les relations et permettent l'aboutissement d'une action collective, est spécialement important et défiant (Weick, 2000). Par ailleurs, la dialectique logique identitaire et perception du contexte peut conduire soit à une situation de conformité, dans laquelle la perception du contexte apparaît comme en continuité avec la logique identitaire, soit à une situation de dissonance cognitive, faisant référence à une rupture entre les racines identitaires des individus, la logique identitaire qu'ils adoptent comprise comme ensemble de croyances et de valeurs reliées entre elles et véhiculées par un groupe de référence, et leur perception de la réalité (du contexte) (Rondeau, 2008). Dans un environnement où les « mains » qui agissent sont multiples, la construction d'un tout cohérent et commun devient une tâche difficile.

Par ailleurs, l'identité est un processus évolutif. Il se transforme au contact de l'autre. Selon E.Lipiansky (1998) : « *L'identité oscille entre la similitude et la différence, entre ce qui fait de nous une individualité singulière et qui dans le même temps nous rend semblables aux autres.* » (1998, p.22).

La dimension de l'intériorisation renvoie à l'appartenance à une équipe de travail et la prise de conscience de cette régulation. Cette régulation suggère une responsabilité partagée entre les membres d'une même équipe. Or, les propos de certains répondants confirment qu'il est utopique de parler de zones de responsabilités bien définies. Le travail d'équipe engendre un déséquilibre au niveau du partage de la responsabilité : On parle dans ce cas d'une responsabilité diluée. Ce résultat est la conséquence directe d'une régulation par rapport à l'équipe mal définie. En effet, les individus sont manipulateurs et ne coordonnent pas lorsqu'il s'agit d'attribuer les responsabilités. Ainsi, plusieurs répondants affirment que dans ce cas, le travail d'équipe est contraignant en termes de délimitation des responsabilités : « *Il s'est installé un véritable manque de responsabilité* » n°5-pharmacienne-chef-service.

« C'est bien de collaborer mais travailler en équipe je n'aime pas beaucoup car la responsabilité n'est pas claire ! Chaque personne compte sur l'autre : par exemple dans le cas d'un oubli d'administration d'un médicament chacun va dire que c'est l'autre qui a oublié ! La responsabilité concerne chacun : tu as un malade tu en es responsable ! Et tu ne dois pas compter sur les autres pour moi la responsabilité elle est individuelle...chacun doit se sentir responsable » n°7-Infirmière-principale.

« Sincèrement en équipe C'est reposant ...mais en terme de responsabilité c'est mieux de travailler tout seul...tu connais tes malades, tu sais ce que tu leur as donné. Lorsque tu fais le tour avec le médecin et qu'il te pose des questions tu réponds correctement or en équipe le travail est divisé et que chacun a fait quelque chose tu ne peux pas répondre correctement...si tu travail seul c'est mieux. C'est la prise en charge totale » n°9-Infirmière-principale

A ce niveau, la notion de la responsabilisation devient intéressante (Martuccelli, 2004). Elle désigne le fait que l'individu réaménage les actes passés et se rend compte de sa responsabilité vis-à-vis de ces actes. L'auteur avance l'idée suivante : *« La responsabilisation se situe à la racine d'une exigence généralisée d'implication des individus dans la vie sociale et à la base d'une philosophie les obligeant à intérioriser sous forme de fautes personnelles, leurs situation d'exclusion ou d'échec »* (idem, p.26).

En quelque sorte, cette responsabilisation rend compte du fait que l'autonomie n'est pas « naturelle ». Elle est empeignée par une dimension de contrôle. Le processus pour rendre les professionnels plus autonomes n'est pas indépendant et se forme par un choix restreint (Martuccelli, 2004). La collaboration est dans ce cas un phénomène de va et vient entre le prescrit, le compromis et le négocié.

A cet égard, Samuelson et al (2012) confirme que la responsabilité est cruciale dans la mesure où elle évite *« la collusion de l'anonymat »*. L'individu caractérisé par une identité morcelée est : *« plus que jamais avide de continuité dans cette relation personnelle sur le long terme. »* (p.2255). Chaque professionnel a des responsabilités propres à son champ d'intervention. Sur le plan médico-légal, le professionnel de santé ne se détache pas de ses tâches et ne les dépasse pas (Buchet, 2008). Mais la « quotidienneté » et la « proximité du patient » oblige le professionnel à dépasser le cadre légal de ses compétences (Buchet, 2008). De plus, la répartition des tâches entre

plusieurs professionnels est susceptible de diluer « l'erreur professionnelle » étant donné qu'une faute peut être le résultat d'une succession de « petites irrégularités » (Samuelson et al, 2012).

Pour ces professions indispensables dans la prestation des soins centrées autour du patient, il convient de bien délimiter les responsabilités. Elles doivent être explicitement définies. La collaboration interprofessionnelle implique une reconnaissance des compétences de chacun. En effet chaque profession a sa propre façon d'être exercée et possède des spécificités qui lui sont particulières.

I-4 La gouverne

Pareillement, cette dimension est validée par les résultats obtenus. Elle concerne le leadership et la connectivité, le partage des ressources et l'échange interservice. Les interprétations respectives sont exposées comme suit.

I-4-1 Le leadership

Certains répondants ont expliqué l'importance de l'attitude de leur supérieur hiérarchique dans le développement des relations interprofessionnelles : « *Notre chef hiérarchique est ouvert et compréhensif. Il nous incite à travailler en équipe* » n°1-infirmier. Ils expliquent que le travail se base sur les indications du médecin : « *Cela commence du médecin c'est lui qui connaît tout le travail et connaît tout ce qu'il faut faire c'est lui qui indique tout ce qu'il faut faire* » n°15-aide-soignante. Les répondants affirment le rôle important joué par le chef hiérarchique dans le travail interprofessionnel : « *Je pense que les supérieurs jouent un grand rôle dans l'incitation à un travail collectif* » n°1-infirmier

D'autres recherches ont abouti aux mêmes résultats : le leadership permet aux subalternes de s'exprimer ouvertement sur les mésentente et/ou les accords et la participation des intervenants dans l'identification des problèmes (Vogelsmeier, 2008 ; Voglesmeier et Scott, 2011, cité dans Museux, 2014). Analyser la collaboration interprofessionnelle revient à mettre en exergue les acteurs clés qui prennent la position de leaders pour faire émerger des mécanismes régulateurs des actions accomplies et assurer la cohésion entre les différentes parties prenantes et la construction d'une identité commune de l'hôpital dans un environnement multi-acteurs et multi-

niveaux (Grosjean et al, 2004). Ces « leaders » sont quotidiennement confrontés à interagir avec différentes parties prenantes : les patients, les autres praticiens, les fournisseurs, les organismes de tutelle (tels que le ministère de santé publique). Ces interactions produisent souvent des conflits d'intérêts. Un contexte pareil, conduit les leaders à mettre en œuvre des stratégies pour appréhender et circonscrire les problèmes et les tensions qui émergent d'un climat organisationnel où les intérêts, les visions, les façons d'agir divergent et s'entrecoupent au même temps. Bref, il nous faut repenser notre conceptualisation du leadership.

A cet égard, les théories du leadership nous expliquent que dans ces organisations complexes il n'est plus approprié de penser le leadership d'une façon hiérarchique. On parle désormais de leadership distribué, de co-leadership ou encore de leadership partagé (Denis et al 2012, Gronn 2002). En effet, Gronn (2002) nous dit que le nouveau prisme du leadership va au-delà de la relation exclusive entre deux personnes en relation bilatérale. Ceci s'explique par l'existence d'un savoir distribué et d'un pouvoir diffus dans les organisations complexes. Cette notion de leadership distribué renvoie à une sous-dimension de l'intériorisation soit le partage des territoires professionnels. Les répondants expliquent qu'il faut établir des zones de prises de décisions communes. Cette pratique est possible grâce à l'effort des supérieurs qui valorisent le partage des responsabilités. Les résultats montrent aussi que les intervenants préfèrent un supérieur hiérarchique qui leur permet de participer dans des processus collaboratifs de prise de décision et de résolution de problèmes *« il faut impliquer le personnel et le motiver. C'est le rôle du chef. Ton personnel tu en es responsable. Tu l'impliques et tu parles avec eux »* Entretien n°4

« Nous portons tous la blouse blanche. Donc nous faisons partie d'une même équipe. Tout le monde doit être impliqué dans la décision. Personne ne doit être exclu. » entretien avec la résidente en médecine d'urgence.

I-4-2 Le partage des ressources

Le recours aux ressources matérielles entre les professionnels englobe en particulier, un partage des ressources, l'utilisation des équipements et des TIC ainsi que la répartition des tâches (Oandasan et al, 2006). Les résultats indiquent que les répondants partagent les ressources en cas

de manque et que ce partage se déroule dans de bonnes conditions « *Le relationnel est important dans le partage des ressources. Généralement tout se déroule bien* » n°2-aide-soignante

Scott (1993) mentionne que les organisations de santé se caractérisent par une compétition quant à l'accès aux ressources. Ceci confirme la difficulté dans les échanges interservices qui a été relevée par les résultats. Le partage des ressources est facile lorsqu'il s'agit d'un même service. Dans certains cas, les professionnels sont obligés de s'approvisionner dans d'autres services. Les résultats montrent que le partage est facile lorsque la personne qui l'engage entretient de bonnes relations avec ledit service : « *Nos surveillants se débrouillent et cela dépend de notre réseautage dans les autres services. Ce n'est pas toujours évident d'établir de bonnes relations.* » Entretien n°20-infirmier

I-4-3 L'échange interservices

La confrontation du modèle théorique a permis d'esquisser la modélisation empirique des dimensions de la CIP. En ce qui concerne la dimension de la gouverne elle a été modélisée entre autre par l'échange interservice. Dans la littérature, la plupart des écrits se maintiennent à la notion du leadership pour appréhender la dimension de la gouverne (D'Amour et al, 1999, D'Amour et al, 2008). Nous estimons que la sous-dimension de l'échange-interservice mérite une discussion autour de son émergence car elle est peu citée dans la littérature.

La conception de l'hôpital basée sur des unités spécialisées est devenue trop rigide pour les besoins émergents du domaine médical. L'activité est fragmentée. Cette différence entre les unités s'explique par les buts, les relations interprofessionnelles, le temps et de le degré de spécialisation horizontale (Mintzberg, 1982). La dispersion physique des services a créé des « trous » entravant la collaboration interservices. Cette constatation a été approuvée par les résultats de la recherche.

Plusieurs répondants s'expriment sur la difficulté d'établir une collaboration entre les différents services du CHU « [...] ceci est très difficile car chaque service a sa propre manière d'être organisé » n°18. Dans certains cas, la collaboration n'existe même pas :

« Le conflit interservice est un problème qui existe depuis longtemps [...] il n'y a pas de collaboration normalement nous avons des staffs interservices mais il n'y pas ! » n°17-résident.

« Nos surveillants se débrouillent et cela dépend de notre réseautage dans les autres services. Ce n'est pas toujours évident d'établir de bonnes relations. Le courant ne passe pas entre certains chefs-services. Il y a des services avec lesquels il n'existe pas de liens » n°20-infirmier.

D'autres affirment que la relation entre les chefs-service est souvent conflictuelle *«Les chefs services ne sont pas d'accord souvent c'est le cas et ils ne s'entraident pas » n°18-infirmière-principale .*

« Les chefs service ne sont pas en entente. On n'arrive pas à partager des ressources physiques que dire humaines. Ils sont toujours des problèmes. » n°19-technicienne(paramédical).

L'entretien avec la chef-service de la pharmacie a aussi appuyé ces résultats. Elle a délivré une longue explication quant à la difficulté d'établir une collaboration interprofessionnelle avec certains services. Elle a affirmé que pour certains cas il n'existe même pas de collaboration : *« [...] Mais quand il n'y a pas de collaboration on ne peut pas avancer. Et à chaque fois ...moi je ne cite pas... mais on a deux services avec lesquels on ne peut pas avancer. Il y a un qui prétends qu'on a une collaboration alors que ce n'est pas vrai...l'autre alors il n'y a pas de collaboration du tout , il n'y a pas de communication du tout [...] la situation est délicate pour la pharmacie car c'est un « service » pivot de l'hôpital : la pharmacie est la plaque tournante de tout l'hôpital et c'est une sorte de plaque technique qui est reliée à tous les service car elle assure l'approvisionnement en médicaments et en dispositifs médecins et toutes autres professions çà diffère des services. Tout problème de collaboration est difficile à gérer ici. Il affecte tout le travail» Entretien 5 Chef-service de la Pharmacie.*

Certains répondants ont suggéré l'idée de la création de rencontres interservices qui permettent d'intégrer les demandes et les besoins par un renforcement de la qualité de la collaboration entre les services et les professionnels. Travailler ensemble que ce soit au niveau de l'unité ou au niveau des professionnels permet de réduire le degré de différence et d'unifier la décision thérapeutique (Hoff et al, 2004).

I-5 La régulation autour du patient : la dimension émergente

Comme déjà indiqué dans le chapitre précédent, un cinquième niveau de régulation est détecté dans les résultats : c'est la régulation par rapport au patient. Cette dimension est modélisée par deux sous-dimensions identifiées au cours de la deuxième phase de l'enquête empirique : les valeurs déontologiques et l'obligation de soin.

L'activité centrée sur le patient s'inscrit dans une vocation d'obligation de soin et d'engagement envers la profession : « *Il faut prendre cette profession au sérieux. C'est la santé des autres et leurs vies. Notre métier est très délicat la moindre erreur peut être fatale.* » n°4-médecin. Il se dégage des propos des acteurs une obligation de fournir une prestation de soin « *Dans notre profession on fait appel à notre devoir on n'attend pas un ordre. Tu as un patient tu t'en occupes. Tu n'attends pas à ce qu'on te dicte ton devoir. Tu es dans un hôpital tu n'es pas dans une salle de fêtes !* » n°9-Infirmière-principale.

De plus, il est à rappeler que la collaboration interprofessionnelle qui se construit autour d'un patient est particulière. Parler d'un patient c'est parler d'un être humain probablement souffrant. Pour les soignants cela signifie qu'ils doivent collaborer malgré leurs positions différentes : « *Il faut que le travail marche [...] on a contact avec la salle d'opération. Donc tu penses au malade qui est là-bas. Tu te mets dans la tête qu'il souffre. Donc on fait notre travail. Il n'y a pas d'excuses.* » n°10-infirmière.

« *L'intérêt du patient est devant nos yeux. On essaie toujours de trouver une solution pour lui. Il ne faut pas que sa santé soit mise en jeu. Vous comprenez c'est de la santé des autres qu'on parle.* » (n°25-Pharmacienne-)

Étudier la CIP dans un CHU nécessite une mise en relief des dimensions qui sont en relation avec ce contexte particulier. En effet, une activité centrée sur le patient requière la mise en commun des efforts de tous les intervenants mais au final une décision doit être prise pour que le patient soit traité surtout pour les cas d'urgence ou l'obligation de « sauver une vie » est prioritaire :

« Je collabore avec les réanimateurs mais parfois ils ne viennent pas. Dans ce cas, je réagis par défaut. Il ne faut pas laisser le malade dans un état très grave. Tu es dans l'action : tu réagis »
n°16-médecin

« Parfois je dois agir dans l'urgence et je n'attends pas d'avis. Mon plus grand souci à cet instant-là est de sauver la personne. Ensuite on peut corriger la conduite. La mort est une fatalité on ne peut pas la corriger. » n°17-résident-médecin

L'intérêt du patient passe avant tout : *« Dans ton esprit c'est le patient et c'est tout »* n°6-paramédical. Ils sont orientés par une sorte d'« obstination » de guérir ou de sauver le patient qui va au-delà de leurs logiques de fonctionnement. Ils coopèrent de facto dans un projet d'« optimisation » de la santé des autres : *« Je sais que certains patients ont passé la nuit dans la souffrance. Dès que je reprends mon service le matin je vais directement les consulter. Je suis là pour eux je continue toujours à collaborer quel que soit les conditions »* n°9-Infirmière-principale.

Mais, il n'est pas toujours facile de respecter ces valeurs. Dans notre recherche nous avons été confrontés à des cas de professionnels qui rencontrent des « dilemmes éthiques ». Par exemple quand ils essaient de soigner une maladie pour laquelle il n'existe pas de pris en charge pour les personnes en situation de précarité. En effet, les individus sont amenés à collaborer tout en maintenant un équilibre entre ce qui est intériorisé et ce qui extériorisé. Or, la dichotomie entre ces deux mondes vécus séparément peut aboutir à un « conflit de valeurs » : *« Parfois il y a des conflits de valeur surtout en cas de fin de vie. Ce que je veux bien faire ne correspond pas toujours à ce qui doit être fait sur le plan médico-légal. C'est comme ça »* n°4-médecin-urgentiste. Cette situation est décrite par une incompatibilité entre l'expectation individuelle et la réalité organisationnelle. Grosjean et al (2004) suggèrent que les individus qui maintiennent des systèmes de valeurs similaires perçoivent l'environnement intra-organisationnel selon une optique identique. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque les valeurs personnelles d'un individu se heurtent avec celles de l'organisation, il est alors plus susceptible d'ignorer les normes de son organisation. Les résultats montrent que les répondants ne partageant pas les mêmes valeurs ont souvent des accrochages : *« Je joue le rôle de la commerciale, elles jouent le rôle des pharmaciennes. Elles veulent acheter tel et tel médicament et puis moi je leur dit non*

pour une question de budget ! Ce n'est pas évident [...] Dernièrement il y a eu un accrochage. Elles ont insisté pour l'achat d'un médicament. J'ai dit on n'a pas le droit. Moi je dois faire respecter la loi. » n°5-pharmacienne-chef-service.

Dans certains cas, les pressions budgétaires qui s'exercent quotidiennement sur les professionnels sont en mesure d'occulter la dimension centrée sur le patient : « *Une histoire qui m'a marqué le cas d'un traitement cardiaque un qui coûte très cher et un autre qui ne coûte pas très cher. on a essayé de faire un protocole avec les médecins comment choisir le malade pour attribuer l'un ou l'autre des médicaments en partant du principe qu'ils sont pratiquement le même sauf une petite différence par rapport à la rapidité d'action avec le nouveau . C'est pour cette raison que je refuse de voir le malade car si je vois le malade je change de comportement car nous les pharmaciens nous sommes plus gestionnaires que pharmaciens » n°5-pharmacienne-chef-service.* Ils doivent à la fois s'aligner avec deux formes de besoins, ceux de leurs institutions et ceux des patients qui, généralement, sont contradictoires (Grosjean et al, 2004). Dans ce cas , les professionnels de santé ne ressentent pas d'obligation morale de collaboration et n'adhèrent pas aux normes de leur organisation : « *[...] je me débrouille : si je trouve un patient qui a d'autres problèmes et que dans l'hôpital il n'y a pas suffisamment de ressources pour lui apporter de l'aide : donc j'utilise mes contacts pour l'aider et lui trouver une solution à l'extérieur [...] beaucoup de patients qui ont des maladies mentales et qui n'ont pas les moyens donc je les aide pour trouver un appui à l'extérieur et avoir de l'accès aux médicaments » n°13-psychologue.* Par ailleurs, d'autres valeurs morales sont citées : « *On doit être honnête puisqu'il y a une responsabilité entre nos mains ce sont les patients. La franchise et la transparence dans ta façon d'être avec les autres. Et puis tu es là pour travailler. » n°11-résident-médecin*

Goffman (1974) s'intéresse à l'examen des valeurs sociales partagées à travers le comportement des «interactants ». Selon l'auteur les représentations collectives se forment en exerçant de la pression sur ceux qui les supportent. L'auteur démontre que la société ne peut pas avoir une raison d'être qu'à travers son « substrat » : l'individu (Bonicco, 2007). Dans ce sens, la société assure sa pérennité à travers le lien indéfectible entre les représentations collectives et la conscience individuelle. A cet égard, c'est le lien entre la dimension de la formalisation et la dimension de l'intériorisation qui s'explique à travers ce prisme théorique

L'auteur explique que les comportements des « interactants » doivent répondre à une contrainte exercée par la société sur les individus (Goffman,). Il ajoute que l'interdépendance repose sur le partage des mêmes croyances : *« l'ordre de l'interaction est régie par une volonté de l'interactant à répondre aux attentes normatives d'un parcelle sociale. »* (Bonicco, 2007, p.8). Ainsi, les acteurs sont liés sous l'égide de représentations sociales partagées par eux sous formes de croyance

II- Les liens d'interdépendance entre les dimensions de la CIP

Les résultats montrent que l'analyse du contenu a engendré des thèmes non spécifiques aux dimensions. Ils ont été rassemblés et confronté avec des dimensions recensées dans la littérature. Cette confrontation permet d'identifier à quel concept ils appartiennent. La littérature est peu abondante sur la question de l'interdépendance des dimensions. Mais ce retour à la littérature est crucial car il permet de circonscrire le concept auquel se rapportent les variables. De plus, les résultats indiquent que ces attributs ne peuvent pas être classés dans l'une ou l'autre des quatre continuums de la CIP. Ils appartiennent aux quatre dimensions à la fois. Ce sont des éléments qui témoignent de l'intersection entre les dimensions. Donc, ils correspondent aux concepts qui servent à expliquer l'interdépendance entre les dimensions. C'est pour cette raison que nous empruntons un raisonnement d'abduction. Ces items rassemblés renvoient à deux niveaux d'interdépendance. Ils concernent l'aspect cognitif de la relation d'interdépendance. D'autres touchent à l'affectivité. Dans la section précédente nous avons démontré que ces deux aspects. L'interprétation des deux concepts est présentée ci-dessous.

II-1- L'intelligence collective

La confrontation des résultats trouvés avec la littérature a permis d'identifier l'existence de la dimension intelligence collective qui sert à développer la collaboration interprofessionnelle. L'intelligence collective paraît un lien d'interdépendance pertinent. Déjà, les dimensions de l'intelligence collective telles que décortiquées dans la section précédente renvoie aux quatre piliers de la CIP. Ainsi, l'intelligence collective est une intercompréhension qui se base sur la connaissance des zones de responsabilités de chacun. Ceci représente la dimension de l'intériorisation. Nécessitant d'être actualisée dans une équipe, elle mobilise par ce fait la

connectivité entre tous les membres (Zara, 2008). Ce qui rappelle le degré de concertation de l'action collective (la dimension de la gouverne). Elle crée un lieu de rencontre où les acteurs formalisent et partagent leurs connaissances, discutent des décisions à prendre et résolvent des situations complexes : « *C'est une famille on partage des moments de détresse ensemble on se serre les coudes, on discute et on essaie de trouver des solutions à des problèmes particuliers* » n°20-Infirmier La contribution de chacun sert à enrichir l'intercompréhension collective et favorise l'appropriation de la réflexion de l'espace collectif (Zara, 2008).

L'intelligence collective est de concert avec l'appréhension de la CIP engagée dans ce travail de recherche. Elle se fonde sur la mise en œuvre d'une approche transversale d'un travail interprofessionnel. Cette perspective met en relief la dynamique de l'équipe respectant le rôle de et la responsabilité de chaque profession. L'intelligence collective est en mesure de développer la capacité des individus à collaborer. L'intelligence collective suggère une manière d'agir au-delà des contraintes. Elle consiste à : « *mettre en commun le pouvoir d'agir d'un collectif pour réaliser une activité qui ne pourrait pas être finalisée par un seul individu.* » (Szoniecky, cité dans Zara, 2008, p123)

Ici intervient la notion de l'intelligence collective comme modératrice de l'effet de la dilution de la responsabilité (Zara, 2008). En effet, elle permet d'explicitier la responsabilité des individus envers leurs équipes et leurs responsabilités envers les tâches à accomplir. L'enjeu principal de l'intelligence collective est le passage de règles applicables individuellement à une échelle collective (Zara, 2008). L'intelligence collective est une interrelation qui permet d'aller au-delà de l'individu pour penser « une communauté » (Lévy, 1997, cité dans Zara, 2008). L'intelligence collective intègre les intelligences individuelles et les expertises de chacun. Elle permet aux individus de gagner en autonomie mais aussi en responsabilité (Lévy, 1997, cité dans Zara, 2008).

Elle incite à un partage des responsabilités est un principe de base pour guider la pratique de la CIP (Oandasan et al, 2006). La collaboration et le transfert d'expertise entre les professionnels permet de renforcer l' « agir ensemble » et aussi d'explorer de nouvelles orientations pour travailler ensemble (Oandasan et al, 2006).

Dans la même veine, la sociologie compréhensive inclue des éléments similaires. Elle se penche sur l'étude de la relation « cognitive » immanente à l'esprit de l'autre. L'interaction est présente au niveau cognitif sous la forme d'une compétence sociale. Cette compétence est à la fois individualisante et socialisante selon la terminologie de Goffman (Bonicco, 2007).

Elle est individualisante dans le sens où chaque individu donne une certaine image de soi dans l'interaction. L'individu cherche à incorporer dans l'interaction avec les autres des attentes particulières. L'interaction est un exercice de réaménagement du « soi » par rapport aux autres (Goffman). Donc, il interprète la situation et le comportement des autres ensuite adhère par rapport à ce qui est attendu de lui (Goffman). Il s'agit d'une « *régulation de son action de manière à soutenir l'ordre de l'interaction.* » (Bonicco, 2007, p.18)

Elle est socialisante dans le sens où elle permet d'établir une cohérence et une coordination entre les participants entre les participants (Bonicco, 2007). Les structures sociales appliquées dans l'interaction sont conçues comme « *des réalités pratiques matérialisant les attentes collectives déployées par les participants.* » (Bonicco, 2007, p.18).

Dans leur théorie de la construction sociale de la réalité, Burger et Luckmann's (cité dans Bonicco, 2007) fondent l'assomption principale de la théorie sur l'idée suivante : la dualité de la constitution des interactions sociales. Cette dualité suggère que la société existe dans la pensée individuelle et s'actualise dans la réalité. Par analogie la CIP se concrétise dans la connexion entre la structuration de l'individuel et l'actualisation du social. La CIP est construite par un enchevêtrement cognitif entre l'intériorisation et la formalisation.

Par ailleurs, l'intelligence collective est immanente à la capacité des professionnels à assimiler les attitudes de leurs collègues. Cette assimilation leur permet d'atteindre les objectifs communs. Donc l'intelligence collective relie le processus d'interconnaissance (dimension de l'intériorisation) à la finalisation (par le biais des objectifs à atteindre).

Elle est aussi dépendante de leurs compréhensions des tâches et des valeurs propres accordés aux divers professionnels (Clark, 1994 ; Sicotte, D'amour et Moreault, 2002 ; Voyer, 2000). Le maintien et le développement de la CIP est tributaire de la clarification des rôles et des contributions cognitives/Intellectuelles de chaque intervenant ainsi que l'harmonisation des

connaissances de chaque profession (Sicotte, D'amour et Moreault, 2002). Les résultats ont permis d'identifier la « coordination des tâches » comme lieu crucial d'interdépendance cognitive. La coordination des tâches est un mécanisme qui permet de lier toutes les dimensions de la CIP. C'est à la fois une formalisation par l'application des règles. Une intériorisation par le processus d'interconnaissance qui permet de clarifier le rôle de chacun. Un lieu de rencontre commun à travers la délégation des tâches et enfin une finalisation dans le sens où l'atteinte des objectifs requiert une coordination des tâches. L'intelligence collective est la mise en commun de savoirs et de savoirs faire et dépend de la capacité de chaque individu à interagir collectivement dans un groupe de travail structuré. Elle met en exergue le recours au travail collectif pour agir ensemble. En effet, elle indique le passage d'une focalisation sur l'analyse déterministe concentrée sur les tâches individuelles à un processus d'interaction (Apker et al, 2006). Cette construction collective est particulièrement critique dans des contextes fragmentés et instables où le besoin de créer et de maintenir des compréhensions cohérentes et des espaces de dialogues communs est cruciale (Apker et al, 2006). A cet égard, Reynaud (1997) explique que l'analyse de la compétence ne se fait pas à travers un *étalage de la littérature* qui lui est consacré car elle est vaste et relève de plusieurs disciplines. Il est intéressant de se pencher sur l'examen de ce concept en tant que *mouvement, un phénomène* « *Il existe sur ce sujet une vaste littérature [...] C'est le mouvement même que je voudrais analyser et plus précisément ce qu'il représente pour les acteurs qui prennent l'initiative.* ». La compétence collective est abordée de *manière générique* (Largier, Delgoulet et De laGarza 2008, p.6).

Dans ce sens, Mundutéguy et Darses (2000) estiment que la collaboration est un lieu d'« *intercompréhension* » mutuelle orientée vers une synergie des comportements. Ils stipulent que les individus collaborent sur la base d'une « [...] *compréhension intersubjective qui se manifeste par des comportements verbaux et non verbaux, des croyances mutuelles sur l'autre et des présupposés sur la compréhension de la situation.* » (Idem, p.172).

Le risque inhérent à l'intelligence collective réside dans la notion de « glissement des tâches ». Ce phénomène est défini par un cadre juridique qui interdit à un professionnel de santé d'accomplir un acte qui ne fait pas partie de ses champs de compétence (Buchet, 2008). Par exemple, un ouvrier n'a pas le droit de faire une injection ; un infirmier n'a pas le droit de

prescrire une ordonnance etc. C'est pour cette raison qu'il est judicieux de respecter la répartition des tâches pour éviter le glissement (Buchet, 2008).

Par surcroît, le travail interdisciplinaire suggère la mobilisation des compétences individuelles et l'agrégation de ces compétences dans un portefeuille de compétences communes. Cette compétence est doublement appréhendée, par la nature de la compétence qui elle-même se dévoile par l'expertise détenue et par la nature de la collaboration qui consiste à « travailler ensemble ». A cet égard, la collaboration interprofessionnelle s'observe dans deux niveaux différents : au niveau des interactions entre les individus et au niveau de la structuration de l'action dans un dispositif organisationnel bien déterminé (D'amour, 1997). Cette combinaison suggère aussi que les professionnels sont « interchangeables » et « complémentaires ». Or, lorsqu'il s'agit des organisations de soin le caractère « interchangeable » pose le problème de ce qui est permis en terme médico-légal. Les professionnels opérant dans les établissements de santé (ici le cas d'un CHU) se permettent une collaboration interprofessionnelle mitigée par le souci du glissement des tâches. Par ailleurs, la volonté d'agir est atténuée par une régulation par rapport à un cadre médico-légal. On agit dans la mesure de possible car il est du devoir du professionnel de santé de le faire. Néanmoins, cette volonté est délimitée par le champ de compétence permis légalement (régulation de contrôle).

Dans ce sens, la collaboration apparaît comme un lieu de concertation primordiale à travers lequel les parties concernées s'impliquent volontairement et mutuellement pour apporter des solutions aux problèmes rencontrés (D'Amour, 1997). La possibilité de mise en commun des efforts empêche *le professionnel d'être livré à sa solitude*. Ce qui nous amène à parler du lien psychologique entre les dimensions de la CIP.

II-2 L'émotion : l'interdépendance psychologique

Un soignant ne peut pas réaliser une tâche d'une manière isolée. Il convient même de mentionner le danger de l'intervention en « ghetto monoprofessionnel » à travers la pratique de la clandestinité (Buchet, 2008). C'est le cas des infirmiers qui généralement souffrent d'une non reconnaissance de l'intensité émotionnelle de leur travail ont peur d'être « éliminées » dans la panoplie des interventions et des mains à agir.

L'émotion est évoquée à plusieurs reprises dans le discours des acteurs. Elle ressort à chaque fois que le répondant évoque un « ressenti » ou un « sentiment ». Par exemple, les répondants s'expriment sur la façon dont ils sont traités. Ils expliquent que le traitement équitable améliore la qualité de la collaboration : « *Si tout le monde reçoit le même traitement l'équipe va avoir une bonne ambiance et tout le monde va collaborer* » n°19-technicienne-paramédicale. Le sentiment d'injustice est mal vécu par les acteurs. Certains ne collaborent pas dans le cas d'atteinte à leurs dignités : « *Lorsque je ne suis pas bien traité et humiliée et que je ne trouve pas d'appui de la part de mes supérieurs je préfère ne plus collaborer* » n°15-aide-soignante. La perception d'une injustice ou d'un favoritisme est également mal vécue par les professionnels. : « *Si je constate qu'il y a un collègue qui n'est pas sérieux et qui n'est pas réprimandé pour son attitude je serai énervé. On doit traiter tout le monde pareillement* » n°23-technicienne-paramédicale, « *Le travail marche si on collabore il n'y a pas de stress tu es à l'aise il n'y a pas de conflits ou de sabotages tu travail tranquille c'est très important. La collaboration surtout avec le dialogue et la communication, s'entraider et se partager les fardeaux des tâches lourdes et essayer d'alléger les contraintes mutuellement ça facilite la collaboration et la dynamique de l'équipe est plus agréable* » n°7-Infirmière-principale

La CIP dans sa définition globale est un processus interactionnel au cours duquel les parties s'investissent dans un échange interpersonnel (D'Amour et al, 2003b). De ce fait, les intervenants sont obligés de gérer leurs émotions afin de travailler de manière harmonieuse (Erickson et Grove, 2008 ; Gray et Smith, 2000 ;). Il apparaît dans les propos des acteurs la récurrence de l'aspect émotionnel du travail interdisciplinaire. Cet aspect ne constitue pas un attribut de l'une des dimensions de la CIP. Il est un autre lieu qui pourrait expliquer le lien entre ces dimensions. Chaque dimension implique une exigence émotionnelle particulière. Le passage de l'extériorisation des procédures par exemple à l'intériorisation est une charge émotionnelle. Certains postes sont aussi difficiles à gérer et augmentent le stress : « *Nous sommes tous fatigués [...] cela t'épargne le sentiment de solitude cela t'évite de te cogner la tête contre le mur [...] au moins moralement tu ressens que tu n'es pas seul* » n°18 et la nature de la charge : « *il y a parfois des moments difficiles. Par exemple la prise de décision est très difficile en cas d'acharnement thérapeutique* » n°3-Infirmier-principal. Les répondants expliquent aussi que certains postes sont « émotionnellement » prenants « *Nous avons beaucoup de matériel et une*

énorme charge de travail » n°10-infirmière ; « Par exemple poste où on rencontre les patients et leurs familles il est très fatigant » n°18-infirmière.

La collaboration interprofessionnelle est une interaction entre plusieurs personnes. De ce fait, l'émotion est bien présente. Elle est même doublement présente. Au niveau de la pratique de la collaboration et au niveau de la pratique professionnelle soit la prestation des soins. Néanmoins l'aspect émotionnel est peu traité dans les recherches sur les professionnels de santé (Gray et Smith, 2009). Selon ces auteurs, le fait que cet aspect soit peu abordé est dû au fait à la nature altruiste des prestations de soin.

Le contexte dans lequel travaillent ces professionnels est caractérisé par une surcharge de travail et le rythme frénétique des prestations de soin (Gray et Smith, 2009). Néanmoins ils doivent manifester des émotions positives à l'égard de leurs collègues. Ils doivent maintenir des émotions ajustées vers l'environnement de travail et se concentrer sur la prestation de soin. Ils doivent faire abstraction des émotions négatives (telles que la colère, la frustration etc.) (Huynh, Alderson et Thompson 2008).

Cet évitement n'est pas aussi évident. De plus, le travail interprofessionnel exige une charge émotionnelle parfois difficile à supporter/ *« Ceux qui s'impliquent réellement sont en train de se massacrer la santé car ils ont encore la conscience professionnelle ; » n° 5-pharmacienne-chef-service ; « Par exemple lorsqu'on travaille avec des personnes agitées cela a un effet négatif sur nous tous cela nous affecte et fatigue nos nerfs » n°8-infirmière-principale.*

Le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle identifie quatre principales dimensions. Ce modèle s'est inspiré des travaux de Friedberg et de Friedberg et Crozier. Selon cette perspective, l'action collective est appréhendée dans le sens où elle répond à des jeux de pouvoirs et de stratégies des acteurs. Le cadre d'analyse de l'action organisée propose un examen de l'action collective selon la phase de la régulation. En d'autres termes, une action collective se structure en fonction de la structuration de la régulation. La régulation est modulée par quatre principales étapes. La formalisation qui permet d'exhiber la régulation. Cette étape cadre l'action des acteurs en déployant des règles et des procédures. L'étape de l'intériorisation est une étape où la régulation prend le temps d'être incrustée dans l'équipe. Elle génère une intercompréhension entre les acteurs et accroît leur sentiment d'appartenance. Cette appartenance oriente le

« collectif » vers la même finalité moyennant l'atteinte des objectifs. Il s'agit à ce niveau de la phase de la finalisation. Enfin, toutes ces dimensions prennent du sens lorsqu'elles s'actualisent dans un lieu de rencontre (de concertation) : ici on évoque la dimension de la gouverne.

Donc, la théorie de l'action organisée appréhende le collectif dans sa relation avec la règle. Cette relation passe de la formalisation jusqu'au déploiement dans le lieu de la rencontre commun entre les acteurs. Ce cadre d'analyse rend compte de la capacité de l'acteur à interagir par rapport à une structure « régulateur » prédéfinie mais aussi par rapport à une structure informelle. La structure formelle réside dans sa relation avec la règle à travers des mécanismes d'entente et des modalités d'interactions qui lui permettent de l'appréhender. La structure informelle met en relief la dimension humaine de l'actualisation de l'action collective. Elle dénote les rapports sociaux dans une équipe de travail et la connectivité qui permettent de maintenir un équilibre relationnel. En quelque sorte, la théorie de l'action organisée explique la concrétisation de l'action collective à travers la structuration de l'individu par rapport à la règle et par rapport aux autres acteurs. Elle affirme la liberté de choix de l'individu et sa capacité de mise en œuvre des stratégies mais au même temps elle l'imbrique dans le « collectif ». Ces relations de l'individu par rapport aux règles et par rapport aux autres acteurs expliquent échappe à la prise en compte d'une dimension importante celle de l'émotion. Les résultats montrent que la collaboration interprofessionnelle se structure autour des individus qui la pratiquent. Elle est ce que chacun pense de l'autre, comment chacun se positionne par rapport à l'autre, à ce qu'il dit et à ce qu'il fait. Et aussi la façon dont chacun croit que l'autre se positionne par rapport à lui et à ses actions. Ainsi, la collaboration devient relativement « immatérielle », sans matière concrète. De plus, elle se constitue dans le quotidien à partir d'une structure sociale spécifique par ses typifications et les modèles d'interactions qui en découlent et ce dans un espace-temps non délimité par « l'ici et maintenant » (Nidaye et St-Onge 2013).

La place prépondérante de l'émotion : La mise en œuvre d'une intelligence émotionnelle.

Les résultats de cette recherche illustrent l'importance de l'émotion dans l'articulation des activités au sein de l'équipe. Le modèle de la structuration de la CIP met en évidence quatre formes de régulation de l'action collective. Il s'agit à chaque fois d'une forme de régulation particulière qui caractérise l'interaction dans la mise en commun des efforts pour aboutir à une

prestation de soin de meilleure qualité. Or, la dimension de l'émotion n'a pas été évoquée par les auteurs. Il convient de souligner l'importance de cette dimension. Nous estimons que la régulation par rapport aux émotions est aussi une dimension de la CIP. La CIP engage une relation multidimensionnelle des acteurs avec la règle, avec les autres, avec la finalité et avec la structure informelle. Mais la CIP s'actualise dans une relation qui ne fait pas abstraction des émotions. D'autant plus qu'étudier la CIP centrée autour du patient est particulière. Un professionnel de santé ne peut pas être dépourvu de sentiments. Le fait que les émotions sont peu extériorisées ne veut pas dire qu'elles n'existent pas. Les émotions passent sous le silence et ne s'extériorisent pas. La plupart des répondants affirment que lorsqu'ils ne se sentent pas bien ils ne collaborent pas. Cette situation peut aboutir à une dissonance émotionnelle (Bolton, 2009, Bone, 2002).

Dans ce sens, c'est une lecture à travers les écrits sur l'intelligence émotionnelle qui semble pertinente. Elle se définit ainsi : « *une forme d'intelligence sociale qui implique l'aptitude à contrôler ses propres émotions et celles des autres, à discriminer entre elles et à utiliser cette information pour guider à la fois sa pensée et son action.* » (Salovey et Mayer, 1990, cité dans Chanlat, 2003 ? p.119). L'apparition des écrits sur l'intelligence émotionnelle dans les organisations est inhérente à l'effondrement des modèles basés sur la rationalité des acteurs. La majorité des conceptions de l'organisation sont fondés sur l'idée de l'Homme rationnel (idem, p.133). Ce mythe a été déconstruit grâce à l'introduction de la dimension affective dans l'étude des comportements. La théorie sociologique s'inscrit dans ces courants qui reconnaissent à l'Homme un certain degré de « sensibilité ». Reconnaître à l'acteur une capacité de régulation, de jeux de pouvoirs et de déploiement de stratégie est en quelque sorte une affirmation qui stipule que le lieu de travail est investi de la dimension affective. On rebondissant sur les dimensions de la CIP on remarque que chaque dimension fait appel à une régulation par rapport à une « sensibilité » particulière. Ainsi, la régulation par rapport aux règles prescrites (la formalisation) peut engendrer des sentiments tels que la colère, la frustration ou la satisfaction aussi. L'intériorisation est une régulation de l'acteur par rapport aux ressentis dans une équipe. Donc, cela suggère une dimension affective. La finalisation renvoie à l'atteinte des objectifs et cela peut provoquer un «ressenti » négatif en cas d'échec. Enfin, la dimension de la gouverne renvoie à toutes formes d'émotion ressentie dans un lieu d'action collective.

Toutefois l'émotion à elle seule ne peut pas tout expliquer. D'ailleurs ce qui explique l'interdépendance à travers l'intelligence collective. Il est crucial d'intégrer l'affectif dans l'étude des interdépendances entre les dimensions de la CIP. Mais, il ne convient pas de lui attribuer toutes les implications concernant l'actualisation de la CIP.

Conclusion

La discussion des résultats dans cette présente thèse porte sur trois points essentiels. D'abord, la mise en valeur des dimensions et des sous-dimensions émergentes. Ensuite, une réflexion autour des lieux d'interdépendance entre les dimensions. La dernière partie porte sur une analyse de la CIP à travers le prisme de l'éthique

Les quatre dimensions sont validées par la recherche empirique. Néanmoins, la modélisation empirique a permis de mettre à nu des sous-dimensions qui n'ont pas été souligné dans la littérature. D'autre part, une cinquième dimension a émergé soit : l'activité centrée sur le patient. La CIP se concrétise à travers une régulation cognitive et une régulation émotionnelle. Or, ces deux formes de régulation peuvent aboutir à la déviance selon la terminologie de Reynaud. La mouvance collective ne peut réussir sans une interrogation sur les valeurs qui orientent l'action des gens. Au-delà des régulations, une réussite professionnelle nécessite un passage obligé par une auto-régulation : c'est-à-dire un passage par une réflexion éthique sur la portée de l'action collective. D'ailleurs, les principaux paradoxes de la CIP trouvent des réponses plausibles dans un prisme éthique.

Mots de fin : l'impératif d'une réflexion éthique pour la structuration de la CIP

Tout développement de la collaboration interprofessionnelle se doit d'inclure le patient comme partenaire. Autour de lui et pour l'excellence de la prise en charge des soins. De plus, comme le rapportent D'Amour et al (2003a), les relations professionnelles au sein des organisations de santé sont différentes de celles que l'on retrouve dans les autres milieux de travail. Les intérêts divergents des professionnels, la diffusion et la lutte du pouvoir font en sorte qu'il devient extrêmement difficile de parvenir à un consensus sur l'adoption d'une pratique collaborative (ibid, 2003a). Ce constat met à jour deux éléments essentiels dans la concrétisation de la collaboration interprofessionnelle. D'abord, la présence de cas particuliers, prescrivant certains comportements, apparaît comme une incitation majeure à l'action dans l'immédiat. En effet, certains professionnels sont appelés à agir dans l'immédiat étant donné une situation grave du patient. L'action ainsi entreprise se réalise de suite sans contrôle particulier. Donc elle échappe à l'influence systématique du cadre formel. Ensuite, ces acteurs sont imbriqués dans un ensemble de relations sociales et de normes informelles qui modèlent les comportements, au même titre que les règles formelles (Scott, 1993). Par exemple, dans le cas des organisations de santé, l'allégeance des professionnels à des affinités collégiales représente un facteur pouvant influencer l'action dans l'immédiat (Scott, 1993).

Pour appréhender le questionnement sur les interdépendances professionnelles, la sociologie des organisations présente deux cadres d'analyse. Certains auteurs considèrent l'individu en tant qu'élément d'un corps social commun et que sa prise de décision est modulée par les normes et les valeurs qui sous-tendent ce corps commun. Ce cadre commun sert à canaliser leurs comportements et les orienter vers « les bonnes conduites ». D'autres auteurs suggèrent que les individus suivent des schémas cognitifs plus complexes selon des raisonnements stratégiques pour aboutir à leurs objectifs. Bref, il s'agit d'une approche qui prône l'analyse stratégique et qui concerte les indicateurs d'efficience ou/et d'efficacité pour atteindre les objectifs escomptés. Dans cette logique, l'autre se transforme en un instrument parmi d'autres et non plus une finalité en soi (Boisvert, 2002).

A cet égard, il convient d'examiner les interdépendances interprofessionnelles sous l'angle de la théorie d'éthique organisationnelle (Boisvert, 2002). Elle se concrétise en laissant une marge de liberté aux professionnels. Cette liberté permet aux professionnels de s'auto-contrôler quant à l'accomplissement des tâches. Dans la logique d'une activité centrée sur patient, les intervenants coordonnent leurs activités et tâches pour accomplir une prestation de soin de qualité. C'est l'obligation de soin qui dépeint le caractère impératif de cette coordination et aussi de l'auto-évaluation. Selon Couturier et Chouinard (2009) la coordination engage des interdépendances qui forment un « éthos professionnel » (p.84). Donc, le professionnel s'auto-régule par rapport à ce système professionnel englobant des normes et des représentations de l'action à faire (ibid, p.85). Par ailleurs, cette auto-évaluation interroge la notion de l'engagement envers la profession : D'où la nécessité d'établir une éthique propice à la concrétisation de la CIP.

La pertinence de cette théorie réside dans l'effort d'association entre ces deux approches et le maintien d'un continuum entre les deux. elle nous pousse à réfléchir sur les fondements de ce qu'il convient de faire et de ce qu'il ne convient pas de faire (Boisvert, 2002). D'ailleurs, son point de départ est l'individu qui s'interroge sur la « bonne manière d'agir » et s'autorégule tout en considérant les autres acteurs sociaux (Boisvert, 2002). C'est une façon de construire sa propre réalité tout en transcendant les autres réalités. C'est aussi une mutation dans le sens qu'elle nous intimide et remet en cause nos préalables. Boisvert (2002, p.8) la définit comme une « *Réflexion portée sur la réalité organisationnelle imprégnée par le contexte du travail, la toile normative et les pratiques plurielles.* ». En d'autres termes, elle aboutit à un raisonnement éthique par lequel la personne exerce un effort de réflexivité et mise sur l'autocritique tout en pondérant les éléments fondamentaux à une prise de décision afin d'aboutir à la décision la plus raisonnable (Boisvert, 2002). Par ailleurs, La décision qui découle d'un raisonnement éthique est une décision réfléchie, qui a pris le temps de murir au regard d'une situation complexe (Sen, 2008).

De plus, l'éthique organisationnelle est un instrument central de la « bonne gouvernance » des organisations publiques de santé. Elle oblige les acteurs sociaux à s'interroger sur la portée de leurs actions et de leurs décisions et de les réguler en fonction des attentes des parties prenantes avec lesquelles ils sont en perpétuelle interaction (Boisvert, 2002). Elle est assimilée à un nouveau moyen de combiner liberté et devoir dans le monde économique mais aussi extra-économique (Sen, 2008). C'est dans cet esprit que se construit la réflexion autour de la CIP dans

les organisations publiques de santé. La CIP est alimentée par une réflexion sur l'aspect éthique et enrichie par l'idée selon laquelle la santé est une forme de lien social. La CIP dans ce sens est un projet qui se construit avec la personne concernée s'adaptant à sa situation et tient compte de son importance dans le système des soins. Selon Riceour (1991) « *On risque alors de remettre en question pour les plus pauvres, l'essence même du pari éthique à l'origine du choix d'être soignant : l'homme désire une vie bonne avec et pour les autres et la santé est un des outils majeurs pour cet objectif.* » (p.30).

A la limite, nous proposons l'idée selon laquelle la collaboration n'est pas naturellement construite. Elle s'actualise socialement avec une régulation implicite portant à la fois sur le comportement des acteurs et sur la nature de leurs inter-relation(Nidaye et St-Onge, 2013). Cette réflexion poussée à son extrême permet de stipuler que la CIP peut devenir un instrument au service de l'émergence de nouvelles façons de faire pour le management hospitalier public.

En effet, la CIP est une pratique qui s'inscrit dans une nouvelle forme de « culture d'entreprise » faite de coopérations, de compromis et de partage de responsabilités (Courpasson, 2000). S'inscrire dans une démarche collaborative témoigne d'un optimisme résolu en essayant d'instrumenter le lien social (idem).

C'est un nouveau modèle de normalisation qui prend place dans la pensée managériale (Dupuy, 2011). Ce modèle suggère une normalisation (régulation) par l'engagement des acteurs et leurs comportements (Courpasson, 2000). Cette tendance du management vise à accroître le contrôle social par le contrôle des activités (Courpasson, 2000). Ainsi, des notions telles que : la responsabilisation, la participation et la décentralisation « *réussiraient à créer des règles plus fortes encore que les règles bureaucratiques, mais en laissant les acteurs se convaincre isolément de leur nécessité, de leur légitimité* » (idem, p.6)

Nous estimons que la concrétisation de la collaboration interprofessionnelle repose sur l'incitation à adopter une démarche collaborative. Donc, nous pouvons considérer qu'il s'agit d'une sorte de normalisation par les comportements (Courpasson, 2000).

Cette forme de normalisation suggère le développement d'une modèle professionnel s'articulant autour d' « une professionnalité centrale » (idem, p.13). Elle s'élabore à parti de la constitution

des normes professionnelles et des qualités nécessaires à l'exercice de la profession. La CIP sert dans ce cas d'instrument permettant la congruence vers cette nouvelle forme de « Professionnalité » (D'Amour et al, 1999).

En d'autres termes, le management ne peut pas se définir sous la seule emprise des valeurs et des croyances (la logique de la collaboration). Il ne se construit pas non plus autour d'un ensemble de techniques et d'outils plus au moins standardisés (la logique professionnalisant). Il semble naître d'une rénovation de l'« outillage managérial » à travers la réinvention des règles et l'assouplissement des mécanismes de contrôle (Dupuy, 2011). L'instauration d'une CIP efficace s'inscrit dans cette nouvelle vogue gestionnaire. Une vogue qui invite à la réification des compétences normalisées et des professions diversifiées (Hurreaux, 2006). Au sens de Courpasson(1996) cette conceptualisation du management se définit par : « *Cette interaction entre des effets de système et des effets locaux [...] c'est-à-dire par la production d'une irréversibilité des règles produites par l'interaction entre les acteurs humains, les instruments et les règles de gestion et des principes normalisateurs de management* » (Courpasson, 1996, p.245)

Ainsi, la CIP peut être conçue comme un mécanisme de normalisation par des modèles professionnels et comportementaux. Elle se concrétise dans un croisement des pratiques et des actions. Elle inhibe toutes les formes d'« individualisation » de savoirs en le répandant implicitement c'est-à-dire en le transférant (Kaufmann, 2008). En outre, La collaboration interprofessionnelle n'est pas strictement « formelle » et ne se concrétise qu'à partir d'une régulation implicite portant à la fois sur les comportements des acteurs et sur la nature des interrelations à l'univers des règles. Ce regard posé sur la CIP détonne la conception « humaniste » du travail interdisciplinaire (Lenoir, Rey et Fazenda, 2001). La collaboration interprofessionnelle requiert un management hospitalier qui valorise la réflexion commune et la cohésion des équipes (Reeves et al, 2011). Elle est nécessaire pour la prise en charge globale du patient et la continuité des soins (D'Amour et al, 1999; D'Amour et al, 2003a).

Le travail interprofessionnel est un pilier important pour amener les professionnels de santé à collaborer d'une manière efficace. Il permet de soutenir l'idée d'« un système de soins intégré. ». Selon Contandriopoulos et al (2001), l'amélioration des prestations de soins est contingente à un changement des façons de faire et surtout à un changement dans la perception du travail d'équipe.

Pour ce faire, il est nécessaire de s'inscrire dans une démarche collective de coopération et de reconnaissance des responsabilités professionnelles (Contandriopoulos et al 2001). Cette perspective reconnaît que les prestations de soins revêtent une dimension multi-professionnelle et que les soins apportés au patient sont l'agrégation de plusieurs efforts et activités interdisciplinaires (Bedwell et al, 2012)

La CIP peut devenir un mécanisme d'assujettissement des acteurs à l'action et à la norme collective. Dans ce sens, la CIP peut être considérée comme une forme implicite d'autorité. La CIP devient en quelque sorte une incitation à la régulation par la régulation.

Conclusion Générale

En assistant à une crise de société globale, économique, morale, professionnelle, épidémiologique et scientifique, nous devons réfléchir à des modèles de soins capables de répondre aux défis imposés par ces données (Samuelson et al, 2012, p.1). La collaboration interprofessionnelle est une des réponses intéressantes dans ce mouvement. Elle devrait permettre non seulement de maintenir les valeurs humaines des soins primaires, en se centrant sur le patient, mais aussi de se préoccuper des équipes soignantes et de leur santé. Pour y arriver, nous avons besoin d'une définition claire des tâches des différents professionnels à l'intérieur d'une équipe, d'une collaboration entre les professionnels des différents niveaux de soins, ainsi que d'une reconnaissance mutuelle des expériences et des compétences de chacun et de la promotion d'une communication efficace (Sexton et al, 2006).

Cette présente thèse repose sur le cadre de référence proposé par D'Amour (1997). L'auteure a mis le point de focal sur la pratique de la collaboration en tant que configuration sociale essentiellement structurée autour d'interactions entre les individus et les structures qui soutiennent leurs pratiques professionnelles. La pratique de la collaboration interprofessionnelle caractérise les équipes constituées de disciplines professionnelles différentes. Elle est donc influencée par les relations entre ces professionnels. Dans ce sens, cette dynamique se conçoit certes dans l'équipe mais elle est aussi soumise à des codes qui sortent du cadre de l'équipe. Ces influences proviennent du contexte professionnel et organisationnel (Lemoine, 1995).

Ce travail de recherche a permis de valider les quatre dimensions du modèle de la structuration de la CIP. Il a identifié une cinquième dimension émergente soit : l'activité centrée sur le patient.

Collaborer dans le cas d'un CHU revêt un caractère « spécial ». Il ne s'agit pas de n'importe quelle collaboration. La collaboration interprofessionnelle dans ce cas-là est dimensionnée par le monde du patient. Un monde qui suggère l'obligation et la continuité des soins. Il suggère aussi tel que perçue dans les résultats de la recherche, une unicité de la décision thérapeutique. Fournir une prestation de soin doit revêtir un caractère « anti-morcelant » (Krief, 2012, Paradis et al, 2013). La collaboration interprofessionnelle est comprise selon une approche holistique des soins

de santé, où le professionnel cherche à mieux comprendre le monde du patient - en tenant compte de ses émotions et des circonstances qui influencent son état de santé (Paradis et al, 2013).

Par ailleurs, nous nous sommes inspirés des travaux de Crozier et Friedberg (1977) pour conclure de l'existence d'interdépendance entre les dimensions de la CIP. Les résultats montrent qu'il existe deux explications à l'interdépendance des piliers de la CIP. Nous avons repéré l'intelligence collective comme lien cognitif. Et l'émotion pour expliquer le « ressenti » inhérent au processus de la régulation. Les résultats de cette recherche illustrent l'importance de l'émotion dans l'articulation des activités au sein de l'équipe. Le modèle de la structuration de la CIP met en évidence quatre formes de régulation de l'action collective. Il s'agit à chaque fois d'une forme de régulation particulière qui caractérise l'interaction dans la mise en commun des efforts pour aboutir à une prestation de soin de meilleure qualité. Or, la dimension de l'émotion n'a pas été évoquée par les auteurs. Il convient de souligner l'importance de cette dimension. Nous estimons que la régulation par rapport aux émotions est aussi une dimension de la CIP. La CIP engage une relation multidimensionnelle des acteurs avec la règle, avec les autres, avec la finalité et avec la structure informelle. Mais la CIP s'actualise dans une relation qui ne fait pas abstraction des émotions. D'autant plus qu'étudier la CIP centrée autour du patient est particulière. Un professionnel de santé ne peut pas être dépourvu de sentiments. Le fait que les émotions sont peu extériorisées ne veut pas dire qu'elles n'existent pas.

Par ailleurs, étudier la CIP dans le cadre d'un CHU nécessite une réflexion sur les enjeux éthiques qu'engage une interdépendance professionnelle. Ces enjeux éthiques sont alimentés par la question suivante : « quelles devront être les valeurs priorisées au dépense de quelles autres ? » confrontés quotidiennement à des prises de décision à portée éthique : « *C'est pourquoi, l'éthique en santé publique ne peut se réaliser sans une considération majeure [...] sur les professionnels. Il ne s'agit là que de la position de chacun devant les normes acceptées comme individuelles et organisationnelles adoptées par la société où l'on vit.* » (Sen, 2008, p12). Ainsi l'action médicale se développe selon trois dimensions : actions (les professionnels), interactions (les autres acteurs) et l'institution (l'organisation). Ces lieux interdépendants définissent le lieu complexe du climat éthique des établissements de santé (Ricoeur, 1991).

La réflexion éthique qui caractérise un établissement public de santé explique entre autre la complexité de l'environnement organisationnel dans lequel les soignants opèrent. Ils sont confrontés quotidiennement à des conflits et à des dilemmes éthiques qui parfois sont difficilement réconciliables et produisent des effets néfastes sur les interdépendances professionnelles : D'où la nécessité d'un management hospitalier efficace qui vise à améliorer la performance de ces établissements. Dans ce type singulier de management le management des Hommes tient une place de choix dans la mesure où les acteurs de ces établissements de santé constituent le noyau principal de l'activité médicale et sont directement confrontés aux contradictions entre l'économique, le social et le professionnel. L'analyse d'une éthique du management des Hommes n'est aucunement négligeable et paraît même incontournable.

Les implications de la thèse

Cette partie de la conclusion générale sera consacrée à la mise en relief des apports de la thèse, ses limites et les voies futures de la recherche. Ces points sont élucidés ci-dessous :

Les apports de la thèse

Les apports de la présente thèse se déclinent sur trois plans : 1) l'apport managérial, 2) l'apport empirique et 3) l'apport théorique/conceptuel. Ils sont présentés comme suit :

1- L'apport managérial

Les résultats témoignent d'un besoin en programme de formation interprofessionnelle. Une mise en œuvre d'ateliers en communication interprofessionnelle a été accueillie favorablement par les répondants et par le comité de la direction du CHU. Comment envisager une collaboration entre des professions différentes si à la base il n'existe pas une compréhension de leurs attentes vis-à-vis des échanges interprofessionnels ? Le déploiement de la CIP nécessite l'instauration d'une culture collaborative. Dans un climat où règnent la confiance, le respect et la volonté à collaborer. L'amélioration de la pratique de la collaboration sollicite un réexamen du rôle de chaque intervenant en déterminant la meilleure façon à déployer pour travailler ensemble. La formation interprofessionnelle est considérée comme un des moyens d'améliorer la prise en charge intégrée de patients souffrant de maladies chroniques. Elle doit s'accompagner de mesures concrètes dans

la pratique clinique telles qu'une responsabilité partagée, une claire répartition des tâches et un partage régulier de l'information entre soignants. En admettant qu'une organisation se dote des moyens matériels indispensables et des outils de gestion adéquats, les résultats pourraient être voués à l'échec si un « consensus » n'était pas obtenu. La collaboration des différents acteurs hospitalier (médecins,, infirmiers, techniciens, ouvriers, pharmaciens, gestionnaires, etc) est donc une condition sine qua non à la réussite d'un projet commun. A la lumière de cette contribution une étude est amorcée en continuité des travaux de la thèse au sein du même CHU pour rendre compte de la dimension du patient. Elle suit la logique de la méthode du patient traceur (haute autorité de santé, 2015).

Quelques entretiens ont été conduits auprès des patients. Il s'agit de mise en situation réelle pour appuyer les résultats dégagés lors des entretiens avec les professionnels de santé. Pour ce faire, une catégorie particulière de patients est choisie. En effet, la collaboration interprofessionnelle requière la mise en commun des efforts de plusieurs professions. Donc, il a été question d'interroger des patients ayant séjourné dans le CHU Mongi-Slim au-delà d'une semaine. Ils ont subi une intervention chirurgicale et ils ont été hospitalisés dans le service cardio-vasculaire. Ces cas pratiques permettent de rendre compte de l'actualisation de la collaboration interprofessionnelle. L'interrogation porte essentiellement sur leurs perceptions de la collaboration interprofessionnelle et l'intervention de plusieurs professionnels par rapport à leurs états de santé. Le but de cette intervention auprès de patients est la mise en valeur des résultats dégagés dans ce travail de recherche. Ces cas représentent des vignettes qui illustrent la structuration de la collaboration interprofessionnelle. Sur le plan empirique, cette étape représente un apport important pour les recherches sur la collaboration interprofessionnelle. Peu d'études se sont focalisées sur l'intégration des patients dans les entretiens portant sur l'actualisation de la collaboration interprofessionnelle.

2- L'apport théorique

La présente thèse a mis en relief les dimensions et (les sous-dimensions) essentielles à la concrétisation de la CIP. Les résultats confirment ceux de D'Amour (1997) dans le sens où les quatre dimensions du modèle ont été trouvées. Néanmoins, l'enquête empirique a fait émerger une cinquième dimension. Il s'agit d'une régulation par rapport au patient. Au quatre formes régulières du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle, cette thèse a contribué a une cinquième forme de la régulation. D'autre part, il a été question d'examiner le

lien entre les dimensions. Les résultats montrent qu'il existe deux niveaux d'interdépendance. Le premier niveau est de nature cognitif soit : l'intelligence collective. Le deuxième niveau concerne l'émotion. Ces interdépendances constituent l'apport théorique principal de la présente thèse. En effet, le modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle ne donne pas d'indications sur le lien entre les dimensions (c'est l'écart de connaissance que ce travail de recherche s'est proposé d'analyser.)

De plus, cette thèse a posé un regard théorique peu investigué dans la littérature celui de la TRS pour expliquer la dynamique de la CIP. Ce qui est intéressant dans ce recours c'est que la TRS nous parle en quelque sorte d'un cycle de vie de la règle. Elle nous éclaire sur la manière dont les règles sont construites/déconstruites par l'intervention d'une pluralité d'acteurs. Cette théorie critique la posture déterministe selon laquelle : « *les comportements seraient régis par des contraintes normatives ou des valeurs. De plus, elle refuse la perspective fonctionnaliste qui stipule que : « la décision de l'individu correspondrait aux besoins du système. »* (De Terssac, 2003, p.13).

Par ailleurs, la CIP s'actualisant dans un établissement public de santé est particulière. En effet, le niveau micro-social de cette organisation ne peut pas avoir lieu sans tenir compte des autres variables qui émanent du niveau méso et macro de l'institution. Ici nous pouvons faire appel à une explication par la TRS. En effet, De Terssac (2003) affirme que : « *l'analyse des interactions entre les agents permet de reconstruire le sens de l'action publique. Tout comme l'analyse des instruments et des cognitions mobilisées par eux facilité la compréhension des ajustements aux règles institutionnelles.* » (p.5). L'analyse des variations locales des acteurs peut reconstruire le fonctionnement effectif des services qui : « *repose sur des modes d régulations croisés, des schémas de pensée ou des rapports de force.* » (De Terssac, 2003, p.5). Dans cette perspective Groux (2002, cité dans De Terssac, 2003) indique que la TRS est une théorie ouverte au dialogue avec les sciences de l'action publique.

Par ailleurs, Les résultats de la recherche montrent que l'atteinte des objectifs et la prise des décisions peut varier d'un professionnel à un autre. Ce constat émerge du terrain et constitue un point important à élucider dans la partie discussion des résultats. A noter aussi, que cet élément ne faisait pas partie des objectifs de la recherche. Mais, comme il s'agit d'une recherche

exploratoire nous sommes restés à l'écoute du terrain. Cette variabilité nous paraît intéressante car elle questionne un paradoxe de la CIP. Il s'agit du paradoxe autonomie professionnelle vs responsabilisation. Ce paradoxe rend compte de l'actualisation de la CIP selon la catégorie professionnelle. Il permet aussi de montrer l'importance d'engager une réflexion éthique dans la structuration de la CIP.

3- L'apport empirique

Dans les écrits sur la CIP la partie empirique a souvent misé sur des échantillons concernant deux catégories professionnelles (Supper et al, 2015). La relation médecin-infirmier en particulier a fait couler beaucoup d'encre. Or, penser la CIP c'est penser la diversité des intervenants. La prestation de soin interprofessionnelle fait appel à plusieurs professionnels (Morgan, Pullon et Mckinley 2015 ; Supper et al, 2015). Ce travail de recherche a opté pour un échantillon englobant au-delà de trois profils de professionnels à savoir : les médecins (toutes spécialités confondues), les infirmiers (dont principaux, réguliers et surveillants), les paramédicaux (toutes spécialités confondues), les aides-soignants et les pharmaciens. Nous avons également recensé une « variabilité » au niveau de la dimension de la finalisation selon la catégorie professionnelle. Nous estimons que l'atteinte des objectifs et la prise de décision diffère d'une catégorie professionnelle à une autre. Cette proposition a été mentionnée brièvement dans les résultats car elle ne constitue pas un objectif de la recherche. Elle a été présentée en tant que voie future de la recherche.

2- Les limites de la thèse

Les limites de la présente thèse sont d'ordre théorique et méthodologique. Elles sont présentées comme suit.

2-1 Les limites théoriques

L'examen de la CIP propose une littérature abondante et des soubassements théoriques variés. Il convient de considérer une perspective théorique particulière celle de l'apprentissage organisationnel. Cette « plausibilité » théorique invoque deux points essentiels :

-Voir comment l'apprentissage organisationnel contribue à l'unicité de la pratique médicale et de ce fait participe dans l'amélioration de la pratique de collaboration.

- L'adaptation à des contextes différents à travers le partage d'un apprentissage collectif favorisant la résolution des problèmes (Vicent, Decker et Mumford, 2002).

Dans la même veine, le management des connaissances (KM) invité à une réflexion intéressante pour l'examen de la collaboration interprofessionnelle dans le cas d'un CHU . En effet, le recours à cette théorie coïncide avec l'émergence de la composante de l'intelligence collective. Réfléchir à développer la CIP revient à développer une culture d'apprentissage et le renforcement d'une culture d'organisation apprenante.

La théorie des réseaux sociaux s'apprêtent également au cadre d'analyse de notre recherche. Selon la définition de Hall et Wellman (1985, cité dans Berkman et al, 2000, p.845) : « *Network analysis focuses on the characteristic patterns of ties between actors in a social system rather than on characteristics of the individual actors themselves and use these descriptions to study how these social structures constrain network member's behavior.* »

D'après ces auteurs, la structure du réseau social influence les comportements individuels et l'interdépendance des relations entre les acteurs ainsi que le flux des informations qui circule. Cette manière de voir, considère que la performance d'une organisation n'est plus du ressort d'une seule personne mais de plusieurs acteurs qui s'influencent mutuellement.

2-1 Les limites méthodologiques

Cette présente thèse s'inscrit dans une démarche qualitative. La limite principale réside dans le recours à cette méthodologie. L'objectif de la thèse est de comprendre un phénomène particulier dans son contexte d'actualisation naturelle. D'où la nécessité de recourir à une démarche qualitative. Mais, c'est un recours restreint car il empêche le principe de la généralisation empirique. Ces résultats trouvés sont inhérents à un terrain d'étude particulier. Une autre limite résulte de la nature du terrain de l'étude soit le cas d'un CHU. L'accès à ce terrain n'est pas facile et le déroulement des entretiens fut entrecoupé à plusieurs reprises, chose régulière pour les

professionnels de santé. Ces coupures et reprises biaisent la qualité des données recueillies et n'informent pas sur la structure informelle et implicite des échanges professionnels.

3- Les voies futures de la recherche

Les voies futures de la recherche émanent principalement des limites de la thèse. Ainsi à la limite théorique nous proposons d'examiner la concrétisation de la CIP sous l'angle de gestion des connaissances. La collaboration interprofessionnelle est le produit d'une « configuration sociale » articulée autour de dynamiques structurelles et de trajectoires individuelles (D'Amour, 1999). Elle est formée par les représentations des agents qui construisent du structurel grâce au contrôle réflexif de l'action (Begley, 2009). Elle est aussi un lieu de dialectique entre l'intériorisation du monde vécu, des savoirs pré-réflexifs et l'extériorisation des connaissances ordinaires. Ces connaissances forment un « stock social de connaissances » qui donne la possibilité d'ajuster les actions aux contextes (Hureau, 2006). Cet ajustement se fait au moyen de schémas interprétatifs permettant de construire des repères d'action et de catégoriser le monde vécu. Ainsi, il nous paraît que la collaboration interprofessionnelle est doublement construite : objectivement à travers les expériences et subjectivement à partir des schèmes interprétatifs.

À la limite empirique nous proposons une enquête quantitative pour appuyer les résultats de la recherche qualitative. Aussi, un examen de la variabilité des dimensions selon la catégorie professionnelle pourrait être effectué. Cette variabilité indique que la CIP ne se concrétise pas de la même manière pour tous les professionnels de santé. Elle engage la discussion sur la perception de chacun sur la manière dont la CIP se concrétise. Cette variabilité permet de mettre à nu des « profils de collaboration ». On peut dire qu'il y a autant de CIP que d'acteurs. Au niveau méthodologique, le recours à un logiciel de traitement des données qualitatives sophistiqué (le Shpinx) permis de dresser une typologie de profils de collaboration (une carte cognitive). Cette typologie se construit par un tri-croisé entre les dimensions retrouvées et la catégorie professionnelle. Pour chaque profil, une liste d'attributs de la concrétisation de la CIP sera esquissée.

Pour conclure, la recherche sur la CIP implique plusieurs questions qui doivent être traitées. Par exemple, il convient d'interroger sous quelles formes et dans quels contextes se concrétise efficacement la pratique de la collaboration (Supper et al 2015). Aussi, il est important d'engager

la recherche vers les modalités de la CIP qui doivent être explorées. Ces modalités peuvent être étudiées selon le type des patients (des clients) pour offrir des soins et services de qualité.

La réponse à ces questions requière une attention particulière à la compréhension de la CIP. Notamment, il faut être en mesure de bien scruter comment se concrétise la CIP dans les milieux hospitaliers. Cette compréhension est assujettie à l'examen succinct et profond des déterminants, des processus et des impacts de la CIP. Ainsi, les chercheurs sont invités à établir des devis de recherche plus solides et de documenter plus efficacement tous ses aspects en particulier : Les impacts de la CIP sur les organisations de la santé.

Annexes

Annexe N°1 : Disciplines de la Collaboration

Table 1
Conceptualizations of collaboration by discipline.

Discipline	Conceptualizations	References
Organizational behavior	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pooling resources: <ul style="list-style-type: none"> • Two or more stakeholders perform this in an effort to solve a set of problems that neither can solve individually. • Creates more superior solution than could be achieved alone. • Occurs in three stages, problem-setting, direction-setting, and structuring including stakeholders at the individual, group, or organizational level. • Interdependence is the key driver. 2. Organizing structure: <ul style="list-style-type: none"> • Occurs when a group of autonomous stakeholders of a problem domain engage in an interactive process, using shared rules, norms, and structures, to act or decide on issues related to that domain. • Autonomy must be retained or else a merger is created. • The reason for collaboration is that stakeholders bring different resources to bear on the issue at hand. 	Gray (1985); Gray (1989); Gray and Wood (1991); Kelly et al. (2002); Logsdon (1991)*; McCann (1983)*; Westley and Vredenburg (1991)*
Management	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflict management: <ul style="list-style-type: none"> • Focused on achieving a mutually beneficial solution for both parties and is characterized by high concern for self and others. • Often compared to accommodating (low concern for self, high concern for others), avoiding (low concern for self, low concern for others), competing (high concern for self, low concern for others), and compromising (moderate concern for self and others) styles of conflict management. • Has been used synonymously with a variety of other terms. For example, the collaborative approach has also been labeled cooperative, integrative and problem solving across several studies. • Focus on achieving win-win solutions for both parties. • Has been found to be positively related to team performance and satisfaction 2. Management approach or structure: <ul style="list-style-type: none"> • View collaboration as the opposite end of a continuum with control that involves greater emphasis on collectivistic and cooperative tendencies, goal alignment and trust. • Others use collaboration to refer to strategic alliances and joint ventures, noting that variables such as communication are critical for "interorganizational collaborative ties" that are the result of calculated gains versus costs • Collaboration in this context is not seen as a process, but rather a relationship structure or effective management strategy. 	Alper, Tjosvold, and Law (2000)*; Beersma and De Dreu (1999, 2002, 2005)*; Chen, Liu, and Tjosvold (2005)*; Chou and Yeh (2007)*; DeChurch and Marks (2001)*; Desivilya and Eizen (2005)*; Desivilya and Yagil (2005)*; Janssen Van De Vliert, and Veenstra (1999)*; Jordan and Troth (2004)*; Kenis and Knoke (2002); Rahim and Magner (1995); Tjosvold, Poon, and Yu (2005)*; Sundaramurthy and Lewis (2003)
Environmental science	<ol style="list-style-type: none"> 1. Understanding resource problems: <ul style="list-style-type: none"> • The majority of the literature uses Gray's (1989) model of collaboration. • The model was modified to include an antecedent stage prior to the problem-setting stage and an outcome stage after the structuring stage. Additionally, feedback arrows were included in the model to emphasize the cyclical nature of collaboration. • Collaboration used as a superordinate term to integrate research on transactive planning, open decision making, partnerships, and co-management. • Collaboration is more of a macro level process that focuses on cooperative actions at the cultural and organizational level, whereas co-management is viewed at a more micro level and concerns itself with the interactions of individuals and small groups. 	Ashor et al. (1986)*; Bentrup (2001), Carlsson and Berkes (2005)*; Plummer and Fennell (2007); Rao and Geisler (1990)*; Selin and Chavez (1993, 1995)*; Sirmon et al. (1993)*
Communication	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolving common problems and exploring new ideas: <ul style="list-style-type: none"> • Seen as both a structure and a process which promotes actions or doing. • Typically viewed as an emergent, informal, and volitional process with a beginning, middle, and end. 	Keyton et al. (2008); Kolb (1996)*; Lewis (2006)

Table 1 (continued)

Discipline	Conceptualizations	References
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • If the collaborative process is good, the outcome will also be good. <ul style="list-style-type: none"> ◦ While this may be true for some forms of collaboration, others that are dependent upon external factors such as resources may have excellent processes but poor outcomes due to uncontrollable circumstances. • The processes are open to all individuals, groups, or organizations that are directly influenced by actions others take to solve the problem. However, this idea is problematic because: <ul style="list-style-type: none"> ◦ It is often impossible to allow everyone engaged in collaboration to provide equal input. ◦ Structure cannot be imposed during collaboration. 	
Education	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborative practice <ul style="list-style-type: none"> • Working jointly and reflectively on a clearly defined primary task in a reflective manner. 2. Collaborative effort <ul style="list-style-type: none"> • The discourse and planning between professionals with a common goal. 3. Collaborative consultation <ul style="list-style-type: none"> • The interactive process by which individuals with differing expertise creatively solve mutually identified issues. 4. Overarching theme <ul style="list-style-type: none"> • An interactive process among groups and/or individuals of differing backgrounds and disciplines directed at solving a common problem or achieving a shared goal 	James, Dunning, Connolly, and Elliott (2007)*; Purcell and Leppien (1998)*; Idol, Paolucci-Whitcomb, and Nevin (1995)*; Paulsen (2008)*
Sociology	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relational system <ul style="list-style-type: none"> • Individuals have a shared understanding of a problem, are concerned about the well being of others in the collaborative relationship, are committed to work with each other over time, are working together because they choose to, and interact with one another in a fair and just manner 2. Meeting mutual goals <ul style="list-style-type: none"> • Defining features of collaboration include having shared goals, resources, power, and authority. • Different from cooperation in that is focused on meeting the goals of an individual stakeholder • An intermediate step occurs between identifying a shared direction and creating an organizing structure 	Appley and Winder (1977); Graham and Barter (1999)
Anthropology	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborative anthropology <ul style="list-style-type: none"> • When scientists work side-by-side with natives from the cultures they are studying to learn about the customs and the traditions of the people • For the most part, anthropologists have not examined the actual phenomenon that is collaboration from a societal perspective, but instead discuss it in a practical manner regarding their field of work. 2. University–community collaboration <ul style="list-style-type: none"> • There are several necessary roles for successful university–community collaboration: the spider, the firesoul, and the little finger <ul style="list-style-type: none"> ◦ The spider is in essence a boundary spanner—they bring together the diverse members of the collaboration by gathering information and coordinating efforts between the different branches of the collaboration. 	Lightfoot (2005)*; Nocon, Nilsson, and Cole (2004)*

Annexe N°2 : La comparaison de la CIP avec d'autres concepts

Table 2
Related constructs and their overlap with collaboration.

Constructs and construct definitions	Evaluation criteria and definition components					
	Level of analysis	Evolving	Process	2 or more social entities	Actively and reciprocally participate	Achieving at least one shared goal
<p><i>Collaboration</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "an evolving process whereby two or more social entities actively and reciprocally engage in joint activities aimed at achieving at least one shared goal" 	Multiple	✓	✓	✓	✓	✓
<p><i>Teamwork:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "Cooperative or coordinated effort on the part of a group of persons acting together as a team or in the interests of a common cause" (Dictionary.com, n.d.) • "... dynamic and multidimensional [construct consisting of] ... eight core dimensions" (Salas et al., 2000, p. 339) • "Teamwork processes describes interdependent team activities that orchestrate taskwork in employees' pursuit of goals" (Marks et al., 2001, p. 358) 	Team only	✓	✓	✓	✓	✓
<p><i>Coordination:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dynamic interaction to "orchestrate the sequence and timing of interdependent actions" (Marks et al., 2001, p. 363) • "Process by which team resources, activities and responses are organized to ensure that tasks are integrated, synchronized and completed within established temporal constraints." (Salas et al., 2000, p. 342) 	Multiple	✓	✓			✓
<p><i>Cooperation:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "...dyadic process, usually through examining the dynamics of interactions between [functional areas]" (Pinto et al., 1993, p. 1282) • "...willful contribution of employee effort to the successful completion of interdependent organizational tasks" (Wegner, 1995, p. 152) • Attitudinal construct describing the extent to which entities are concerned about the overall goal rather than individual goals (Salas et al., 2005) 	Multiple	✓			✓	✓

✓ denotes that descriptor is always a characteristic of the construct, not just under certain circumstances (i.e., coordination can involve 2 or more social entities, but it also can refer to coordination of resources that are non-social in nature, therefore there is no ✓ in that category).

Annexe n°3 : Les principales définitions de la compétence collective

Tableau 1 - Les définitions de la CC (à suivre)

Dupuich-Rabasse (2000)	Une combinatoire de savoirs différenciés mis en œuvre, afin d'atteindre un objectif commun dont les acteurs en entreprise ont des représentations mentales communes et de résoudre ensemble les problèmes.
Guilhon et Trépo (2000)	Ensemble de connaissances (appries et formalisées) et de savoirs (tacites et explicites) engagé dans un processus de production, agissant dans une organisation. La CC est composée des produits de l'interaction des individus de même métier ou de métier différents. Elle est le résultat de la rencontre entre l'organisation et l'environnement au travers de l'interprétation qui crée et définit un langage et un mode de coordination entre les personnes.
Amherdt et al (2000)	Ensemble des savoir-agir qui émergent d'une équipe de travail, combinant des ressources endogènes de chacun des membres, des ressources exogènes de chacun des membres et créant des compétences nouvelles issues de combinaisons synergiques de ressources.
Bataille (2001)	Capacité reconnue à un collectif de travail de faire face à une situation qui ne pourrait être assumée par chacun de ses membres seuls.
Michaux (2003)	Savoirs et savoir-faire tacites (partagés et complémentaires) ou encore d'échanges informels supportés par des solidarités qui participent à la "capacité répétée et reconnue" d'un collectif à se coordonner pour produire un résultat commun ou co-construire des solutions.

Annexe n°4 : Guide d'entretien exploratoire : première intervention

Guide d'entretien exploratoire

Présentation

Bonjour, Merci de m'avoir consacré un peu de votre temps précieux. Je suis doctorante à l'Université du Maine. Je prépare ma thèse qui porte sur la collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital. Pour ce faire, nous allons aborder plusieurs aspects de votre travail. Je vous prie de bien vouloir me répondre. Les données issues de cet entretien sont confidentielles et anonymes. Je m'intéresse à l'analyse de ces entretiens pour répondre aux questions de recherche de mon projet doctoral. Au cours de cet entretien, je me permets de prendre des notes et si vous le permettiez l'enregistrer.

Thèmes/Questions

1- Présenter votre poste à l'hôpital ?

-Durée/expérience

-Service dans lequel vous travaillez

- Intervenez-vous dans plusieurs services ?

2- La collaboration interprofessionnelle selon vous ?

-Mécanismes/moyens...

-Concrétisation sur le terrain (comment ?)

Annexe n° 5 : La grille d'observation

Rubriques	Éléments à considérer	Observations/et commentaires
Modalités pratiques	<ul style="list-style-type: none"> -Structure de la réunion avec repère de temps, -Qui rédige les comptes rendus et à qui ils sont rendus -Quels sont les moyens de communication ? 	
Configuration de la salle des réunions	<ul style="list-style-type: none"> -Dans quelle salle la réunion est organisée 	
Participants	<ul style="list-style-type: none"> -Qui participe à la réunion ? -Fréquence de participation 	
Formes d'interactions	<ul style="list-style-type: none"> -la coordination est-elle possible ? Comment ? 	
Sujets débattus	<ul style="list-style-type: none"> -Quels sont les sujets abordés -Quel est le contenu de l'intervention pour chaque cas présenté ? -Certains point sont-il écartés du débat ? Par qui ? 	
Prise de parole	<ul style="list-style-type: none"> -y a-t-il un monopole de prise de parole ? -Comment les idées sont elles véhiculées ? -Qui corrige les interventions ? 	
Échange d'expertise	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction des interventions certaines propositions sont valorisées ? d'autres rejetées ? -Sur quel support sont elles présentées ? - y a-t-il lieu de divergence d'avis ? 	
Relations entre les acteurs et ambiance générale	<ul style="list-style-type: none"> -L'atmosphère générale est-elle tendue ? Calme ? -Observe-t-on un respect mutuel entre les acteurs ? Les comportements sont ils coopératifs ou conflictuels ? -Les acteurs parviennent ils à se comprendre ? 	

Annexe n°6: guide d'entretien de l'enquête empirique

Guide d'entretien

Présentation

Bonjour, Merci de m'avoir consacré un peu de votre temps précieux. Je suis doctorante à l'Université du Maine. Je prépare ma thèse qui porte sur la collaboration interprofessionnelle dans l'hôpital. Pour ce faire, nous allons aborder plusieurs aspects de votre travail. Je vous prie de bien vouloir me répondre. Les données issues de cet entretien sont confidentielles et anonymes. Je m'intéresse à l'analyse de ces entretiens pour répondre aux questions de recherche de mon projet doctoral. Au cours de cet entretien, je me permets de prendre des notes et si vous le permettez l'enregistrer.

Thèmes/Questions

1- Présenter votre poste à l'hôpital ?

- Durée/expérience
- Service dans lequel vous travaillez
- Intervenez-vous dans plusieurs services ?

2- A votre avis, comment peut-on maintenir ces relations ?

- Confiance
- Respect mutuel
- Engagement à collaborer

3-Dans les activités quotidiennes, comment assurez vous la coordination des différentes tâches à accomplir ?

- Mécanismes de coordination (écrits, conventionnels)
- Difficultés rencontrées

4- Dans le cas d'un manque dans un médicament ou équipement particulier, comment réagissez vous ?

- Partage des ressources

5-Au cours de votre formation (professionnelle, universitaire) avez vous eu des enseignements pour apprendre à gérer l'aspect relationnel de votre métier ?

-Parcours de formation

6-Et dans votre pratique sur le terrain ?

-Parcours sur le terrain

7- Confronter vous des moments où vous avez à trancher entre deux décisions contradictoires ? (Prendre le patient ou pas/ prescrire le médicament ou pas)

- Adhérez-vous aux objectifs/consignes à la lettre

-Pourquoi ?

-Aspect éthique –valeurs

8- Travailler en équipe pour vous

-Avantageux /contraignant

-Pourquoi ?

9- Rencontrez-vous des relations conflictuelles ?

-A quel niveau ? (Coordination, prise de décision, délégation des tâches, partages des ressources...)

-Comment vous réagissez ?

-Faites vous intervenir d'autres personnes ?

Extrait des verbatims

1ère Phase

	Verbatim	Variables émergentes	Variables du cadre	Dimensions	Poste	Expérience
Entretien n°1	« L'entente est primordiales dans toutes les pratiques collaboratives. »	entente	Entente	formalisation	Médecin-Rhumatologue	25 ans
		Obéissance continuité de l'activité	Allégeance	Finalisation		
	« le respect et surtout le respect c'est la base de toutes formes de collaboration. Aucun travail ne peut tenir sans un minimum de respect. J'exige le respect avec mon équipe. Je ne tolère pas les actes irrespectueux. »	Respect mutuel	respect mutuel	Intériorisation		
	« C'est un travail collectif. S'il le faut on remplace son collègue et on collabore. »	Concertation autour d'une action commune	connectivité	Régulation (gouverne)		

		Responsabilité	Finalité	Finalisation		
	« Chacun doit mettre dans la tête les objectifs communs. I y a une activité de tout le monde. Nous allons tous vers le même chemin»					
	« Je n'ai pas eu de problème particulier de collaboration. Mettez vous devant une idée principal. Le patient. Collaborer est avant tout une prise en charge d'un malade. C'est à que tout change à partir du moment que vous pensez aux malades»	Engagement envers le patient		Régulation autour du patient	Médecin	15 ans
	« Reconnaître les compétences d'autrui est primordial. Il faut encourager et motiver son personnel »					
Entretien n°2	« Qu'on revienne à un régime autoritaire [...] moi je suis pour le respect de la hiérarchie [...] et trouver un système de contrôle qui fait que l'erreur ne soit plus noyée dans la masse. L'activité doit être réguler dans un sens commun. l'espace de l'action est défini dans l'agrégation de tous les efforts»			gouverne	Médecin interne des hôpitaux publics	10 ans
Entretien n°3	« J'aimerais bien qu'on expose nos problèmes et qu'on trouve des solutions				Infirmier principal	3 ans

	collectives [...] même des rencontres informelles on s'aime plus lorsqu'on se voit d'une façon régulière »			formalisation		
	« La collaboration repose sur les chefs hiérarchiques par exemple les surveillantes doivent organiser des rencontres régulières. »		leadership	gouverne		
Entretien n°4	« La collaboration se concrétise lorsque le travail se concentre autour du patient. Il nous faut tous avoir une orientation patient. C'est dans ce sens que le travail doit être pratiqué. »	Engagement envers le patient		Régulation autour du patient	Infirmière principale	8 ans
	« la collaboration marche surtout avec le dialogue et la communication. »		Mécanisme d'entente	formalisation		
	« Essayer d'alléger les contraintes mutuellement ça facilite la collaboration et la dynamique de l'équipe est plus agréable. »		Travail d'équipe (mutualité)	intériorisation		
	«A remarquer qu'il y a aussi de moins en moins d'engagement envers le patient. par exemple un malade a besoin de changer son pansement on peut le laisser et ne pas faire la tâche. »			Régulation autour du patient		

	« Aussi si le chef immédiat manque de rigueur il aura une mauvaise influence sur les membres de l'équipe. Le chef doit enseigner et doit montrer quelles sont les tâches à accomplir. Il doit insister à ce que la nouvelle recrue acquière les ABC de la profession. »			leadership		
Entretien n°5	« Il faut s'entraider. Les relations amicales c'est essentiel. On est une équipe et on aime travailler ensemble. l'essentiel de notre travail c'est un esprit de travailler tous ensemble.»		Travail d'équipe	intériorisation	Infirmière	7 ans
	« La bonne entente nous permet de travailler ensemble. Et puis c'est quoi le but de notre travail ? c'est fournir des soins n'est-ce-pas ? Fournir des soins à des personnes qui souffrent. Notre objectif c'est de leur fournir le soin qu'il faut. Moi je considère le malade un membre de la famille. Il faut tout faire pour l'aider »			Intériorisation Régulation autour du patient		
Entretien n°6	« Pour la collaboration c'est l'entente dans une équipe. »			Intériorisation	Aide-soignante	17 ans

	« Je n'accepte pas que certains travaillent. D'autres ne font rien ! Il faut que les tâches soient bien définies. Mettre au point tous les détails pour partager les tâches. Sincèrement je ne peux pas travailler autrement. Moi le flou et la mal-organisation me bloquent. »		Mécanismes d'entente	formalisation		
	« la collaboration se construit autour du malade [...] Tout le monde concentre son activité autour du patient. »					
	« Je suis là pour le patient. Je collabore parce que c'est lui qui compte pour moi. Lorsqu'il rentre dans l'hôpital il est censé être pris en charge jusqu'à sa sortie. Notre travail se façonne selon leurs aspirations. »					
	« C'est vrai qu'après un moment c'est des liens amicaux qui s'établissent entre nous et cela nous aide beaucoup à collaborer et à établir une entente. »				Technicienne stérilisation	15ans
	« Parfois il nous arrive de partager les tâches pour favoriser les collègues qui ont besoin de plus de repos. Par exemple une collègue enceinte. »					
Entretien n°7	« La collaboration c'est une coordination orale. Il faut surtout faire face à des situations d'urgence. À n'importe quel				Paramédical(anesthésiste)	10 ans

	moment tu peux tomber sur un cas d'urgence c'est là où les défauts de la coordination surgissent. »					
	«Chacun doit respecter le travail de l'autre pour qu'on puisse collaborer. c'est aussi une question de degré de familiarité avec qui tu collabore. À vrai dire je collabore mieux avec ceux que je connais mieux. Cette connaissance mutuelle est importante pour bâtir un lien de confiance »		Processus d'interconnaissance	Intériorisation		
Entretien n° 13	« Bon moi j'ai suggéré qu'il faut qu'il ait une forme de «bizutage ». Ce n'est pas admissible que j'arrive un matin et que je trouve quatre collègues que je ne connais même pas qui viennent juste d'arriver »				Psychologue de travail (médecin)	12 ans
	« Pour que la collaboration marche il faut une remise à jour des connaissances capitalisées. C'est une mise en commun des compétences en quelque sorte... »					
	« il n'y a pas de réunions de rencontres ...Il faut s'asseoir au moins une fois par quinzaine/par mois autour d'une même table pour parler et communiquer ...tout se passe dans les couloirs »					

Entretien n°14	« c'est au niveau de la disponibilité du matériel...par exemple il y a une soudeuse et elle est très sollicitée dans plusieurs postes (coupure) donc il arrive un cas urgent et on n'arrive pas à la trouver ! »				Technicienne en soins	5 ans
	« le personnel doit avoir tout le matériel...lorsque tout est disponible le personnel pourra collaborer en toute circonstance »					
	« il faut qu'on se comprenne et qu'on se respecte mutuellement. »					
	« Bon avec les médecins parfois c'est un peu problématique car parfois il y a des tâches qui sont délaissées par les médecins...dans ce cas il y a des tensions qui se créent... »					
Entretien n° 15	« Cela commence du médecin c'est lui qui connaît tout le travail et connaît tout ce qu'il faut faire c'est lui qui indique tout ce qu'il faut faire »				ouvrière	26 ans
	« en tout cas il faut être compassion et que chacun fait son travail comme il le se doit ...de plus c'est un salaire et nous devons le mériter »					

	« Nous sommes une famille on s'aime et on s'entraide il y a beaucoup de chose à faire. »					
Entretien n°16	« faire participer tout le staff qu'ils se sentent concernés qu'ils se sentent responsables.il faut encourager les paramédicaux à participer au staff quotidien. »				Résidente médecine (médecin)	6mois service/ 4ans générale
	« C'est une équipe n'est-ce pas ? Donc du moment où tu fais partie de l'équipe tu as envie de faire partie de la prise de décision qui concerne le patient. »					
	« C'est vraiment le travail en équipe : tu ne peux pas avancer tout cela dans un service jamais ...à certains moment tu seras fatigué. Ou sinon s'occuper parfaitement bien d'un patient au détriment de tous les autres. »					
	« Par exemple s'il y a eu un problème avec tel infirmier tel médecin et tel paramédical il ne convient pas parler avec chacun de côté. Bon normalement ils sont convoqués chacun de son côté pour parler du problème à part. Je pense que c'est mieux de faire une réunion et de les confronter. »					

	« C'est aussi une question de mentalités, de notre éducation. Je pense qu'une thérapie comportementale sera la bienvenue pour certains cas. »					
Entretien n°17	« Pour moi il faut dialoguer ! Il faut parler surtout à travers l'activation des staffs interservices : l'équipe cardio parle avec l'équipe de l'urgence avec l'équipe réa etc »				Résidente médecin	1an/ 4 ans générale
	« Parler autour des décisions concernant les patients ensemble la communication c'est la solution.il faut qu'on parle des problèmes en équipe. La solution doit être envisagée d'une façon collective pour avancer.					
	« Lors des staffs communs pourquoi pas ils donnent leurs avis ? Même dans les comptes rendus ils ne sont pas là ! Pourquoi se limiter à leur indiquer à retirer le bilan passer ce traitement même dans les conduites ils peuvent donner leur avis ...ils ont aussi des idées innovantes »					
	« Il faut baser la relation sur l'écoute active ...la relation doit se baser sur des échanges amicaux, sur une bonne attitude »					

	« Par exemple pour diminuer la tension ça aurait été mieux si le matériel existe sur place directement. Ce n'est pas la peine que le paramédical se déplace ! Il se fatigue pour des tâches simples. »					
Entretien n°18	« C'est une question de mentalité ! Par exemple à l'étranger au Canada les infirmiers ont même le droit de prescrire des médicaments...il y a tjrs la mentalité de la différence entre les médecins et les infirmiers »				Infirmière principale	4 ans
	« Chacun doit accepter l'idée de l'autre et on doit dialoguer. Chacun doit s'ouvrir à l'autre ce n'est pas parce que tu es interne et que l'autre est infirmier. Il peut avoir une expérience de 15 ans donc il faut apprendre »					
	« Le dispatching doit être organisé ! Chaque service doit prendre les patients qui lui reviennent ...pour nous après 48 le malade est stable il doit être orienté vers le service spécialisé... »					

	« Mais c'est une question entre les chefs-service et ils nous disent que l'on parle. Mais malheureusement personne n'écoute et au niveau du ministère cela traîne aussi »					
Entretien n°19	« Nous avons un profil de poste bien déterminé comme techniciens urgentistes et c'est une définition de poste qui n'est pas suivie car la spécialité n'est pas reconnue. Nous avons un problème avec le chef service pour préciser la définition du poste. Il n'écoute pas cette réclamation. Pour lui si on travaille dans un service d'urgence il n'y a pas de différence entre les paramédicaux ! On doit accomplir toutes les tâches profils de poste confondus »				Technicienne d'urgence	6 ans
	« Un autre point c'est que nous les techniciens on travaille à l'extérieur surtout le déchoquage. Lorsqu'il y a une crise on se trouve à remplir plusieurs postes à la fois. On fait notre travail et le travail des autres. »					

	<p>« La chose la plus important c'est de se comporter avec le personnel avec une certaine manière. Par exemple un médecin ne doit pas dénigrer la compétence d'un technicien et critique systématiquement ce qu'il fait »</p>					
	<p>« Première erreur c'est qu'on n'assiste pas au staff ! Comment on s'occupe des malades et on ne connaît rien d'eux ! Cela dégrade nos compétences et diminue notre implication par rapport à la prise de charge du malade ! À chaque moment on doit revenir au médecin pour demander quoi faire ! Cela nous fait perdre de l'énergie et du temps »</p>					
	<p>« Notre service est tjrs débordé ! On fait notre travail et le travail des autres services et même des dispensaires. On a eu beaucoup de problèmes avec le directeur de l'hôpital et on lui a demandé de mettre les patients là où il faut les mettre. Cela nous cause beaucoup de problèmes on travaille beaucoup la charge est énorme et cela crée beaucoup de conflits »</p>					

Entretien n°20	« Les hommes sont plus aptes à gérer les équipes et à faire maintenir la collaboration. Les femmes sont généralement sensibles et elles ont beaucoup de chose à gérer et aussi la réconciliation mère de famille- professionnel de santé est très dure »				Infirmier	5 ans
	« on peut faire mieux aussi au niveau du nombre du personnel cela permet d'alléger les tâches et de rendre la collaboration plus facile »					
Entretien n° 21	« : c'est lorsque chacun fait sa part du boulot. Si chacun joue bien son rôle et fait ses tâches cela facilite les tâches qui viennent après. Par exemple, moi je m'occupe de l'hygiène d'un malade lorsque le médecin vient le malade est prêt et donc cela nous aide à avoir une ambiance agréable. »				Ouvrière	32 ans
	« Le manque de matériel peut aussi compliquer l'enchaînement des tâches et cela peut créer des tensions. Surtout pour des médicaments très vitaux c'est une question de vie ou de mort cela nous est arrivé de fournir le médicament par nos propres moyens »					

Entretien n°22	« le manque de compétence est une réelle problématique. Cela rend les relations très difficiles »				Infirmière principale	25 ans
	« Généralement on ne peut pas faire confiance à un collègue qui manque de compétence et qui fait beaucoup d'erreurs. »					
	« Aussi, la motivation est importante. Les personnes qui sont engagées envers leurs professions sont plus faciles à aborder et la collaboration est plus facile à mettre en œuvre »					
Entretien n°23	« Pour moi le « patient est roi ». Même si je ne suis pas en contact direct avec les patients. Mais toute l'activité à l'hôpital tourne autour des prestations des soins. Pour moi-même s'il y a un problème il faut toujours le moyen de le résoudre »				Secrétaire médicale	20 ans
	« Par exemple vous avez un conflit ou un petit problème avec un collègue. Dans ce cas, collaborez d'abord, ensuite résoudre le problème. Il faut à tout moment être prêt à intervenir pour atteindre les objectifs. «					

	« Aussi le partage de l'information est crucial. Ne travaillez pas dans votre petit coin coupé du monde. CELA PEUT être le cas d'autres professions peut être mais ici c'est un autre monde »					
	« Ce qui primordial aussi c'est de mettre chacun à sa place. La distribution des tâches incombe aux supérieurs. Une compétence collective permet de mieux collaborer dans ce sens. L'incompétence peut réellement nuire à l'ensemble de l'équipe. »					
Entretien n°24	« moi je pense que nous avons besoin l'un de l'autre nous avons besoin de toutes les professions du chauffeur jusqu'au médecin professeur nous sommes une équipe qui se complète »				Pharmacienne Chef service	15 ans
	« Il y a une diversité des tâches et chacun a un rôle à accomplir. »					

	« et généralement c'est au chef de maintenir de bonnes relations et il doit encourager tous les membres et organiser des déjeuners ensemble des petites réceptions pour saluer leurs efforts et c'est une façon de se rencontrer d'une manière informelle et de parler du boulot autrement. »					
Entretien n°25	« La collaboration est avant tout autre chose une question de communication. Plus on communique et plus on obtient de bonnes relations. Les choses qui s'accumulent sont mauvaises et bloquent la bonne marche du travail »				pharmacienne	5 ans
Entretien n°26	« De plus, nous avons un problème de statuts mais essentiellement le problème se situe avec les infirmiers. Avec les médecins la relation est plus agréable ils préfèrent collaborer avec nous »				Technicienne (kiné)	15 ans
	«Par exemple lorsqu'on propose ou on suggère une indication médicale cela dépend de l'attitude. Moi je n'aime pas qu'on m'impose ce que je dois faire. On me suggère avec douceur c'est ça la collaboration ! »					

2^{ème} phase : identification empirique du modèle de la structuration de la CIP (dimensions et sous-dimensions)

dimensions	Sous-dimensions théoriques	Sous-dimensions empiriques	Verbatim
Formalisation	Mécanismes d'entente	-Répartition des tâches -Définition des statuts	<p>« c'est par la non définition des postes que la collaboration devient difficile. Personne ne sait ce qu'il doit faire. Tout répartir moi je ne vois pas comment faire autrement. Chacun a ses tâches et le travail marchera. » n°11</p> <p>« Pour les paramédicaux ils ne connaissent pas ce qui régit leur profession. Même dans la répartition horaire ils ne connaissent pas comment ça marche . Rien n'est clairement défini. Personne ne peut travailler ainsi. Tu entres dans ton lieu de travail et tu ne comprends pas ce que tu dois faire ?!» n°13</p> <p>« Nous avons un problème de statut nous sommes des paramédicaux urgentistes et c'est un statut non reconnu » n°19</p> <p>« Par exemple moi je prends le box ce qui ne</p>

			<p>correspond pas à mon profil de poste » n°19</p> <p>« De plus nous avons le problème de statut qui n'est pas encore réglé » n°23</p>
Gouverne	connectivité	Echange interservice	<p>« La connexion interservice est un problème qui existe depuis longtemps [...] il n'y a pas de collaboration normalement nous avons des staffs interservices mais il n'y pas ! c'est une façon cruciale de mise en commun des efforts. » n°17</p> <p>« Les chefs services ne sont pas d'accord souvent c'est le cas et ils ne s'entraident pas. Il y a comme une sorte de coupure entre eux. C'est un manque pour nous on aimerait bien qu'il y ait un lien entre tout ceux qui travaillent dans l'hôpital. » n°18</p> <p>« [...] ceci est très difficile car chaque service a sa propre manière d'être organisé » n°18</p> <p>« Les chefs service ne sont pas en entente. On n'arrive pas à partager des ressources physiques que dire humaines » n°19</p> <p>« Nos surveillants se débrouillent et cela dépend de notre réseautage dans les autres services » n°20</p>

		<p>-Partage des ressources</p>	<p>« Essayer de trouver une solution et partager les ressources d'un autre service » n°1</p> <p>« Le relationnel est important dans le partage des ressources. » n°2</p>
		<p>Disponibilité des équipements /</p>	<p>« Aussi il faut fournir le matériel nécessaire pour que le travail marche » n°3</p> <p>« Il y a le cas de l'arthrolyse ! ces malades ont besoin d'un appareil spécifique. Cette machine est en panne. Donc on essaie de faire avec d'autres équipements et ce n'est pas évident » n° 12</p> <p>« Le personnel doit avoir tout le matériel nécessaire. Lorsque tout est disponible le personnel peut collaborer » n°14</p> <p>« [...] c'est là qu'il y a un problème [...]parfois dans la garde nuit nous avons besoin de lits ou de scanner dans l'immédiat » n°17</p>

		TIC /utilisation du matériel	<p>« on a bien les TIC. Donc on coordonne les tâches par les systèmes informatisés. » n°2</p> <p>« L'exemple de l'informatisation de la prescription médicale a bien facilité le travail » n°5</p> <p>« J'ai zéro contact avec le matériel. Je ne le connais pas et il ne me connaît pas. N°6 »</p> <p>« Nous utilisons nos téléphones portables pour rester en contact » n°22</p> <p>« C'est clair que dans certains cas j'utilise le téléphone pour joindre un collègue dans un autre service mais ce n'est pas suffisamment c'est souvent interrompu. Appeler ne veut pas dire résoudre un problème» n° 24</p>
Finalisation	Allégeance	Unicité de la décision thérapeutique	<p>« C'est contraignant pour que cela marche il faut convaincre tout le monde pour que tout le monde adhère et que le travail avance ;un travail morcelé est dur à gérer. DE plus c'est un patient : la décision qui le concerne doit être cohérente. On parle de la santé des autres ici vous</p>

			<p>comprenez ?! » n°4</p> <p>« Avec mon supérieur je discute si quelque chose ne convient pas ..s'il n'est pas convaincu par mon avis de toute les manières il a une meilleure expertise et le travail doit marcher » n°7</p> <p>« je prends l'avis de mes collègues et l'avis des médecins et je m'assure que c'est la bonne décision à prendre. » n°8</p> <p>« Parfois en terme de vérification de certaines mesures c'est bien de demander l'avis de plusieurs collègues. Je ne peux pas tout décider et aussi il faut qu'il ait une certaine cohérence pour être certain des résultats » n°12</p> <p>« Bien sur si vous prenez un patient et qu'ensuite vous partez pour quelque chose plus urgente donc celui qui va prendre la passation par la suite va être difficile à cause du cumul. Si chacun s'amuse à faire ce qu'il veut ç'est très grave pour le patient. Si je pars et je laisse le patient à un collègue il faut</p>
--	--	--	--

			<p>que le soin soit continu » n°16</p> <p>« La conduite peut être changée ou par exemple le diagnostic peut être erroné et on corrige avec les seigneurs » n°16</p> <p>« on demande toujours avis à nos supérieurs et nous discutons entre nous » n°20</p>
	Modalités d'interaction	<p>Atteinte des objectifs</p> <p>la communication / la passation</p>	<p>« J'essaie d'appliquer au max les objectifs. On me donne des tâches je les accomplit. » n°2</p> <p>« Demander toujours l'avis de son chef hiérarchique et appliquer les objectifs » n°3</p> <p>« Oui biensure pas de prise risque ! il faut suivre les objectifs. Les ordres c'est les ordres. Il est essentiel d'accomplir son travail » n°4</p> <p>« on fait des passations écrites via la feuille de réa » n°6</p> <p>« Je rapporte les détails par passation à l'aide-soignante qui prend la relève » n°14</p>

			« [...] on fait la passation entre nous chose très importante pour que l'information passe » n°25
	Engagement envers le patient	Valeurs déontologiques	<p>« Parfois il y a des conflits de valeur surtout en cas de fin de vie. » n°4</p> <p>« Je joue le rôle de la commerciale, elles jouent le rôle des pharmaciennes. Elles veulent acheter tel et tel médicament et puis moi je leur dit non pour une question de budget! Ce n'est pas évident » n°5</p> <p>« dernièrement il y a eu un accrochage. Elles ont insisté pour l'achat d'un médicament. J'ai dit on n'a pas le droit. Moi je dois faire respecter la loi. »</p>

		Obligation de soin	<p>« il faut prendre cette profession au sérieux. On joue pas avec la santé des autres. Une erreur dans notre domaine peut être fatale et c'est une vie humaine que tu perds. » n°4</p> <p>« dans ton esprit c'est le patient et c'est tout » n°6</p> <p>« moi j'insiste dès l'arrivée d'un médecin si jamais il y a un patient qui souffre il faut qu'il soit examiné » n°6</p> <p>« dans notre profession on fait appel à notre devoir on n'attend pas un ordre » n°9</p> <p>« on doit être honnête puisqu'il y a une responsabilité entre nos mains ce sont les patients » n°11</p> <p>« Je sais que certains patients ont passé dans la souffrance Donc je suis là pour eux je continue toujours à collaborer quelque soit les conditions» n°9</p> <p>« on a contact avec la salle donc tu penses au ²⁰⁶ malade qui est là-bas donc on fait notre travail » n°10</p>
--	--	--------------------	---

gouverne	Leadership	Leadership	<p>« Lorsqu'il ne s'agit pas de mes tâches : je demande à mon chef service. » n°2</p> <p>« il faut impliquer le personnel et le motiver » n°4</p> <p>« cela dépend de la personnalité du médecin s'il est dynamique tout le monde va s'encourager à travailler » n°12</p> <p>« Notre chef hiérarchique est ouvert et compréhensif. Il nous incite à travailler en équipe » n°13</p> <p>« Cela commence du médecin c'est lui qui connaît tout le travail et connaît tout ce qu'il faut faire c'est lui qui indique tout ce qu'il faut faire » n°15</p> <p>« Je pense que les supérieurs jouent un grand rôle » n°19</p>
----------	------------	------------	--

Niveau micro		Exigences émotionnelles	<p>« Ceux qui s'impliquent réellement sont en train de se massacrer la santé car ils ont encore la conscience professionnelle ; » n° 5</p> <p>« Nous sommes tous fatigués [...] cela t'épargne le sentiment de solitude cela t'évite de « te cogner la tête contre le mur [...] au moins moralement tu ressens que tu n'es pas seul » n°18</p>
		Nature de la charge	<p>« il y a parfois des moments difficiles. Par exemple la prise de décision est très difficile en cas d'acharnement thérapeutique » n°3</p> <p>« Par exemple lorsqu'on travaille avec des personnes agitées cela a un effet négatif sur nous tous cela nous affecte et fatigue nos nerfs » n°8</p> <p>« nous avons beaucoup de matériel et une énorme charge de travail » n°10</p> <p>« Par exemple poste où on rencontre les patients et leurs familles il est très fatiguant » n°18</p>

l'intériorisation	Le travail d'équipe	Respect et confiance	<p>« Confiance et surtout respecter le décalage générationnel ; » n°2</p> <p>« La confiance est très importante pour maintenir et s'entraider mutuellement. » n°3</p> <p>« la confiance est primordiale pour avancer ensemble » n°4</p> <p>« le respect est très important il faut le maintenir ; » n°10</p>
	Modalité d'interaction	La communication	<p>« l'équipe est solide. Il y a une belle entente entre tous. » n°4</p> <p>« La communication c'est la solution pour maintenir des relations professionnelles efficaces » n°4</p> <p>« il faut dialoguer et parler avec ses collègues et bien travailler » n°6</p>

	Travail d'équipe	processus d'interconnaissance	<p>« Il y a des collègues qui retiennent l'information et ne veulent pas la passer » n°10</p> <p>« Ce n'est pas admissible que j'arrive un matin et que je trouve quatre collègues que je ne connais même pas qui viennent juste d'arriver. Je ne peux rien faire avec eux , je ne connais pas leurs noms et je ne connais même pas leurs spécialités. » n°13</p> <p>« Pour moi ceux avec qui je m'entends sont ceux avec qui je collabore » n°14</p> <p>« Pour que l'information passe et qu'elle soit traitée cela prend du temps » n°16</p> <p>« Il nous manque un espace de dialogue commun » n°17</p>
--	------------------	----------------------------------	--

			<p>« une collègue veut une tâche bien précise et refuse de collaborer pour accomplir les autres tâches » n°10</p> <p>« Par exemple lorsqu'un collègue choisit la tâche la moins fatigante et fait ce qu'il lui convient » n°12</p> <p>« les médecins refusent de faire les tâches des paramédicaux » n°13</p> <p>« Par exemple pour la stérilisation ils n'utilisent pas comme ils le faut le produit stérilisant. Leur manière d'accomplir les tâches est bâclée » n°15</p> <p>« C'est plus au moins le fait que le travail soit entrecoupé [...] ce n'est pas continu dans l'accomplissement des tâches » n°16</p>
--	--	--	--

« Le conflit est juste avec ma collègue de coté car nous occupons toutes les deux le poste de responsable... Donc il y a un certain conflit qui se forme dans le sens où moi je prends un décision sans lui demander son avis » n°5

« Au niveau du service il y a des engrenages tout le temps ..le chef d'unité créé des conflits et il veut que les relations professionnelles soient perturbées. » n°8

« Je pense que ce problème de collaboration est lié à la différence des statuts et du pouvoir » n°13

« Mais il y a aussi le problème entre le médecin et le paramédical » n°16

« Il y a toujours ce conflit médecin-infirmier et avec les paramédicaux et je ne comprends pas pourquoi » n°17

« Nous avons toujours des petits malentendus avec les médecins » n°18

212
« il y a toujours la mentalité de la différence entre le médecin et l'infirmier » n°18

		Intelligence collective	<p>« S'il le faut remplacer ses collègues et travailler en collaboration pour que le travail marche » n°2</p> <p>« Avant de finaliser une décision on consulte des collègues et notamment le chef service. »</p> <p>« reconnaître l'expertise du personnel et la développer » n°4</p> <p>« C'est le résultat compte : que ce soit fait par A, B ou C ; » n°5</p> <p>« on collabore tous ensemble on travaille ensemble. Nous sommes complémentaires : il n'y a pas une personne qui refuse d'accomplir son travail » n°9</p> <p>« Nous sommes une équipe d'infirmières polyvalentes il n'y a pas de tâches que ne l'on sait pas faire » n°9</p> <p>« voilà on apprend par l'observation mais surtout par un cumul d'apprentissage collectif » n°10</p>
--	--	-------------------------	--

			<p>« Il n'y a pas de différence entre l'aide-soignante, l'infirmier, la surveillante, le technicien etc. Le travail est complémentaire quelque soit la profession. » n°14</p> <p>« ce n'est pas parce que je suis ouvrière que je ne connais pas les aspects du métier. Il m'arrive de faire les tâches de l'infirmière » n°15</p> <p>« Par exemple si vous trouvez un infirlier qui bloque dans une tâche et si je connais une personne qui maitrise mieux je l'appelle » n°17</p> <p>« Nous sommes mutlidisciplinaires dans le sens où il y a un problème on se remplace » n°24</p>
		Le travail d'équipe	<p>« Il s'est installé un véritable manque de responsabilité » n°5</p> <p>« bon c'est bien de collaborer mais travailler en équipe je n'aime pas beaucoup car la responsabilité n'est pas claire » n° 7</p> <p>« moi je préfère exceller dans mes tâches que de dépenser de l'effort dans un travail qui ne</p>

			<p>concerne pas. » n°6</p> <p>« ici dans l'hôpital les tâches manque de rigueur et ne sont pas cohérentes » n°6</p> <p>« Il faut diviser complètement le travail et chacun doit connaitre ce qu'il doit faire. Les tâches doivent être bien délimitée. » n°7</p> <p>« par exemple moi ce que j fais car je suis la surveillante c'est la rotation par tour de rôle donc personne ne ressent qu'il est défavorisé par rapport aux autres ; » n°7</p> <p>« Sincèrement en équipe c'est reposant mais en terme de responsabilité c'est mieux de travailler tout seul » n° 9</p> <p>« si tu n'es pas responsable tu n'es pas apte à accomplir un boulot c'est la vie des autres qui est en jeux ! » n°16</p>
--	--	--	--

			<p>« C'est très bien de le faire. On s'entraide dans tout » n°18</p> <p>« le travail d'équipe est avantageux » n°19</p> <p>« C'est une famille on partage des moments de détresse ensemble on se serre les coudes » n°20</p> <p>c'est comme une chaine : il faut que chacun fait son travail et son rôle » n°12</p> <p>« chacun connaît ses rôles et ses limites » n°13</p> <p>« Nous faisons notre travail [...] chacun accompli son rôle » n°21</p> <p>« il y a une diversité des tâches et chacun a son rôle à accomplir</p>
--	--	--	---

			<p>« Le relationnel c'est inné pour moi. Tu es bon avec les autres ou pas voilà. » n°1</p> <p>« la franchise , l'honnêteté c'est primordial » n°4</p> <p>« Cela dépend du caractère de la personne : il y a des personnes qui sont sociables donc ça marche et d'autres qui ne le sont pas donc c'est difficile de travailler avec eux » n°6</p> <p>« Bon en ce qui me concerne j'aime les autres » n°10</p> <p>« il y a des personnes avec qui il est impossible d'établir quoi que ce soit alors que dire de collaborer » n°13</p> <p>« Il faut être clair et transparent » n°15</p>
--	--	--	--

		Le niveau de l'Expérience	<p>« Cela dépend du niveau de l'expérience. Elle intervient dans la qualification de la relation. » n°1</p> <p>« C'est avec l'expérience et l'ancienneté que j'ai réussi à apprendre des choses et maîtriser l'aspect relationnel de mon métier » n°9</p> <p>« C'est par l'expérience qu'on apprend. Vous observez ce que font les autres surtout les plus anciens » n° 14</p> <p>« peu à peu avec l'expérience vous apprenez comment gérez les relations avec les collègues » n°20</p>
--	--	---------------------------	---

Références bibliographiques

ABBOTT Andrew (1988). *the System of Profession. An Essay on the Division of Expert Labour*, Chicago and London, University of Chicago Press, 452 pages.

ADAMS, Ann et BOND, Senga (2000): « Hospital nurses's job satisfaction, individual and organizational characteristics. », *Journal of Advanced Nursing*, vol.32, n° 3, pp. 536-543.

AIKEN et AL (1994): « Lower Medicare mortality among a Set of hospitals known for good Nursing Care. », *Medical Care*, vol.32, n°8, pp. 771-787.

ALLEN, Davina (1997): « The nursing-medical boundary: a negotiated order? », *Sociology of Health & Illness*, vol. 19, n°4, pp. 498-520.

ALLISON. J et AL (1998): « The Association of Physician Attitudes about Uncertainty and Risk Taking with Resource Use in a Medicare HMO », *Medical Decision Making*, vol 18, n°3, pp. 320-329.

ALLOUCHE, José et HUAULT, Isabelle(1998). « Contrôle, coordination et régulation : les nouvelles formes organisationnelles. », *Finance Contrôle Stratégie*, vol.1, n° 2, pp. 5-31.

ALMOST, J. (2006): « Conflict within nursing work environments: Concept analysis. », *Journal of Advanced Nursing*, vol 53, n°4, pp. 444-454.

ALMOST et AL. (2010): « Antecedents and consequences of intragroup conflict among Nurses. », *Journal of Nursing Management*, vol 18, n°8, pp.981-992.

ANITA, A. and Kay CALDWELL (2002): « Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; vol16, pp. 360-367.

APKER et al (2006): « Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions.», *Journal of Professional Nursing*, vol 22, n°3, pp.180-189.

ASMAR, M. (2007). « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. », Communication présentée au congrès international en management, Liban, 3 février.

A. ATEAH, C. et al (2011): « Stereotyping as a barrier to collaboration : Does interprofessional education make a difference », *Nurse Education Today* , vol 31, pp. 208-213.

AUBÉ et al (2006). « Les interventions régulatrices groupales et le rendement des équipes de travail : un modèle théorique », *Le travail humain* vol. 69. n°3, pp.269-294.

B

BAGSS, G.J et M., H.SCHMIT (1988): « Collaboration between nurses and physicians », *Journal of Nursing Scholarship*, vol 20, n°3, pp. 145-149.

BALLY, B., STEIB, A., CABARROT, P. , MARTY, J. ET DUREUIL,B. (2006) « Évaluation des pratiques professionnelles (EPP) : nouvelle obligation législative ou démarche d'amélioration continue de la qualité des soins ? », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, vol 25, n°3, pp.356–361.

BANDURA (1976). *L'apprentissage social* . Bruxelles, Ed Pierre Mardaga, 204 pages.

BARTHE.B ET QUEINNEC.Y (1999) : « Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. », *L'année psychologique*, vol 99, n°4, pp.663-686.

BASZANGER, I. (1986) : « Les modalités chroniques et leur ordre négocié. », *Revue française de sociologie*, vol 27, n°1, pp.3-27.

BATIFOULIER, Philippe (1999). « Éthique professionnelle et activité médicale : une analyse en terme de conventions. », *Finance, contrôle et stratégie*, vol. 2, n°2, pp. 5-24.

BATTAILLE, F. (2001) : « Compétence collective et performance. », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, pp.66-81.

BEATRICE CALINON-MELENEC (1994) « Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ? », *Communication et organisation* [En ligne], HS N°1 | 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 22 février 2015. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/2998>

BEAULIEU et al (2006). « L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : ÉTUDE DE CAS DANS CINQ GMF DE LA PREMIÈRE VAGUE AU QUÉBEC », projet de recherche. Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, Montréal avril 2006, 27 pages.

BEAUDRY, B. (1994) : « De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance », *Sociologie du travail*, vol 36, n°1, pp.43-61.

BEDWELL, W., JESSICA, L., DEBORAH, D.G, ET WILLIAM, S.(2012) : « Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization », *Human Resource Management Review*, vol 22, n°2, pp.128–145.

BEGLEY CECILY M (2009): « Developing inter-professional learning: Tactics, teamwork and talk », *Nurse Education Today*, vol 29, n°3, pp.276–283.

BEILLEROT J. (1991): “Les compétences et la question des savoirs.”, *cahiers pédagogiques*, n°297, PARIS, pp.40-41.

BERKMAN, L.F, GLASS, T., BRISSETTE, I. ET SEEMAN, T. (2000): « From Social Integration to health: Durkheim in the millennium Social Science Medecine. », *Social Science and Medecine*, vol 51, n°6, pp.843-857.

BERTRAND GUEGANO (1998): Fiche de lecture sur l'ouvrage « LE POUVOIR ET LA REGLE Dynamiques de l'action organisée » Erhard Friedberg Editions du Seuil, Collection Points/Repères, Année 1997. *IAE DE NANTES DESS CONTROLE DE GESTION*

BEZES, Philippe (2005). « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, vol 6, n° 126, pp.26-37.

BILLUPS (1987) : « Interprofessional team process. », *Theory into practice*, vol 26, n°2, pp.146-152.

BOLTON, S. (2009): «Getting to the heart of the emotional labour process: a reply to Brook » *Work, employment & society*, vol 23, n°3, pp.549-560.

BONE, D. (2002) : «Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. » *International Journal of Public Sector Management*, vol 15, n°2, pp.140-150.

BONICCO, Céline (2007): «Goffman et l'ordre de l'interaction. Un exemple de sociologie compréhensive», *Revue de l'école doctorale de Philosophie de l'Université Paris*, n°1, pp.31-48.

BONNETERRE, V., EHLINGER, V., BALDUCCI, F., ET CAROLY, S. (2011): « Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire», *International Journal of Nursing Studies*, vol 48, n°5, pp.557-567.

BOISVERT, Y. (2002): « Crise de confiance et crise de légitimité: de l'éthique gouvernementale à l'éthique publique. », *Ethique publique*, vol 4, n°1

BOREHAM, A. et N.CHARLES (2007). « Interprofessionalism and the collective dimensions of professional practice.» Second-Professional Life Long Learning Conference: critical devates about professionalism. University of Leeds, Scotland, July, 2007.

BORRILL, C., WEST, M., SHAPIRO, D. ET REES, A. (2013) : «Team working and effectiveness in health care. », *British Journal of Healthcare Management*, vol 6, n°8, pp. 364 – 371.

BOUTIGNY E. (2004): « Coopération dans l'entreprise et compétence collective », Congrès 2004 de l'AGRH à Montréal : la GRH mesurée ! Tome 3 La gestion des compétences.

BRAITHWAITE et al (2012). «A four-year, systems-wide intervention promoting interprofessional collaboration. », *BMC Health Services Research*, vol12, n°9, pp.59-86.

BRECHET JEAN-PIERRE (2008) « Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud », *Revue française de gestion*, vol 4, n° 184, pp. 13-34.

BRILL, N. (1976). *Teamwork : Working together in the human service*. Philadelphia : J.B Lippincott Company, 155 pages.

BRINKERT, R. (2010): «A literature review of conflict communication, causes, costs, benefits and interventions in nursing», *Journal of Nursing Management*, vol 18, pp.145-156.

BRONSTEIN LAURA (2003): « A model for interdisciplinary collaboration », *Social Work*, vol 48, n°3, pp.297-307.

BROOTEN ET AL (2012) « The Impact of Interprofessional Collaboration on the Effectiveness, Significance, and Future of Advanced Practice Registered Nurses », *The Nursing Clinics of North America*, vol, 47, n°2, pp.283–294.

BUCHET-MOLFESSIS CHRISTINE (2008) : « Glissements de tâches de l'infirmier vers l'aide-soignant : le lien entre la formation initiale et le positionnement des nouveaux diplômés », *Recherche en soins infirmiers*, vol, 1, n° 92, pp.68-94.

BULJAC-SAMARDZIC MARTINA ET AL (2010) « Interventions to improve team effectiveness : A systematic review », *Health Policy*, vol 94, pp.183–191

C

CAMIRE, F (2005). L'analyse de la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe interdisciplinaire dans un contexte de soin de longue durée gériatrique. Canada, Université de Montréal, 294 pages.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CPIS-CIHC) (2010). A national interprofessional competency framework Vancouver : Canadian Interprofessional Health Collaborative.

CAREAU, E., VINCENT, C. ET SWAINE , B.R (2011) : « Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. » *Journal of Interprofessional Care*, vol 25, n°4, pp.299-301.

CAROLL et al (2004): « Redirecting traditional professional values to support safety: changing organizational culture in Health Care », *Quality, Safety and Health Care*, vol.13, pp ii16-ii21.

CASH, D.W, CLARK, F. ALCOCK, N.M, DISCKSON, N., ECKLEY, D.H, GUSTON, J.JAGER et R.B, MITCHELL (2003) : « Knowledge systems for sustainable development. », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol 100, n°14 , pp.8086–8091.

CATTONAR, B., MAROY, C. (2000). « Rhétorique du changement du métier d'enseignant et stratégie de transformation de l'institution scolaire », dans *Education et Sociétés*, n° 6, pp.44-62

CAUVIN, Pierre (2007). *La cohésion des équipes: pratiques du Team building*. Edition: Broché, 220 pages.

CHABOYER. WENDY P. AND ELIZABETH PATTERSON (2001) « Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor–nurse collaboration », *Nursing and Health Sciences*, vol 3, pp.73–79.

CHAMPY, Florent (2009). *La sociologie des professions*. Presses universitaires de France, coll. “Quadrige Manuels”, 230 pages.

CHANLAT Jean-François (2003)« Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle », *Travailler*, vol 1, n° 9, pp. 113-132.

CHAPOULIE, J.M (1973): “ sur l’analyse sociologie de groupes professionnels” , *REVUE FRANCAISE DE GESTION*, Vol xiv , pp.86-114.

CHETTY ET AL (2013): « Collaboration Between Health Professionals in the Era of Antiretroviral Therapy », *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE*, vol 24, n° 2, pp.166-175

CHOI, M. et Anita PAK (2006): « Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy : 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness », *Clinical and Investigative Medicine*, vol. 29, n° 6, pp. 351-364.

CHUNG.H et al (2012). « Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies», *Plos one*, vol.7, n°11, pp1-9

CLARK et al (1991). « Bringing Social Structure Back into clinical Decision Making », *Social Science Medecine*, Vol.32, n°8, pp 853-866.

CLARK, P.G . (1994) : « Social, professional and educational values on interdisciplinary team : implications for gerontological and geriatric education.” *Educational Gerontology*, vol 20, n°1, pp.35-52.

COHEN, S., ET BAILEY, D. (1997) : « What makes teams work : Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. », *Journal of Management*, vol, 23, n°3 , pp.239-290.

COLLINS, R. (1990) : « Changing conceptions in the sociology of the professions. », Chapitre 2, pp 11-23 dans, TORSTENDALHL, R. ET BURRAGE, M. (1990). *The formation of professions*. London : Sage Publications, 215 pages.

COLUCCIO, M. ET MAGUIRE, P. (1983) : « Collaborative practice : becoming a reality through primary nursing. », *Nursing Administration Quaterly*, vol 7, n°4, pp.59-63.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique*, vol. 20, n°2, pp. 191-199.

CONTANDRIOPOULOS ET AL (2001) « Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol 8, n°2, pp. 38-52.

CORSER W. (1998). « A conceptual model of collaborative nurse-physician interactions: the management of traditional influences and personal tendencies. », *Scholar Inquiry for Nursing Practice*, vol,12, n°4, pp. 325-341.

COURPASSON, David (1996) : « Les normalisations managériales entre l'individu et le modèle professionnel. », *Revue d'économie industrielle*, vol 75, n°1, pp.239-256,

COURPASSON, David (2000). *L'action contrainte: Organisations libérales et domination*.

COUTURIER, Y. et CHOUNARD, I. (2009): "Interactions furtives et continuités interprofessionnelles de l'intervention éducative et socio éducative au secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*. Numéro thématique : L'intervention éducative, un cadre conceptuel pertinent pour construire une théorie de la pratique enseignante?, vol 12, n°1, pp.83-94.

CROZIER, M. ET FRIEDBERG, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Editions du Seuil, 436 pages.

D

DAHL, R. (1957): "The concept of power", *Systems Research and Behavioral Sciences*, vol 2, n°3, pp.201-215,

D'AMOUR, D. (1997) : « Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. », thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.

D'AMOUR, D. (2001) : « Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions ? », *Ruptures*, vol 8, n°1, pp.136-145.

D'AMOUR, D., GOUDREAU, J.HUDON , E. BEAULIEU, M.D, LAMOTHE, L. ET JOBIN, G. (2008) : « L'essor des soins infirmiers en GMF », *Perspective Infirmière*, vol 5, n°7, pp.4-11.

D'AMOUR ET AL (2003a) : « Etude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité. » , *Projet de recherche de la fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé*.

D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J.F, BERNIER, L., ET PINEAULT, R. (2003b). « Accessibility, continuity and appropriateness: key elements in assessing Integration of perinatal services.», *Health and Social Care in the Community*, vol.11, n°5, pp.397-404

D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J.F, SAN MARTIN RODRIGUEZ, I. ET PINEAULT, R. (2008) : « A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. » *BMC Health Service Research*, vol 8, n°188, pp.1-14.

D'AMOUR, D. ET OANDASAN, I. (2005) : « Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. », *Journal of Interprofessional Care*, vol 19, n°2, pp.8-20.

D'AMOUR, D., SICOTTE, C. ET LEVY, R.(1999). « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. », *Sciences sociales et santé*, vol.17, n°3, pp. 67-94

DAYTON, Elizabeth et HENRIKSEN, Kerm (2006) « Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety. » *Health Service Research*, vol.41, n°4, pp.1539-1554.

DELEON, P. H. (1995). « Toward achieving multidisciplinary professional collaboration.», *Professional Psychology : Research and Practice*, vol. 26, n° 2, pp.115-116.

DENIS et al (2012). « Modèles et enjeux du partenariat médico-administratif: état des connaissances. », Association québécoise d'établissement de santé et de service-sociaux.

Lien:http://www.aqesss.qc.ca/docs/dossiers/partenariat-medico-administratif/revue_de_litterature-Partenariat_medico-administratif-Fevrier-2012.pdf

DE POUVOURVILLE GERARD (2010) « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'école de Paris du management*, vol 6, n°86, pp. 22-29.

DETCHESSAHAR et al (2010) « Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management », *Finance Contrôle Stratégie*, vol 13, n° 4, pp. 39-74.

DE TERSSAC GILBERT (sous la direction de) (2003) « La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud : débats et prolongements », Edition La découverte, Paris, 448 pages.

F. DHUME (2006). *La coopération dans l'action publique. De l'injonction de faire ensemble à l'exigence de commun*, L'Harmattan.

DILLENBOURG ET AL (2007) « The evolution of research on collaborative learning », In E. Spada & P. Reiman (Eds) *Learning in Humans and Machine: Towards an interdisciplinary learning science*. (Pp. 189-211). Oxford: Elsevier

DINU GHEORGHIU et al (2005). « LES CONDITIONS DE TRAVAIL EN ÉQUIPE », Document de travail N° 43 , Centre de l'étude et de l'emploi

DIVAY SOPHIE ET GADEA CHARLES (2008) « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, vol 4, n°128, p. 677-687.

DOLAN. JAMES G. (1999) «A Method for Evaluating Health Care Providers' Decision Making: The Provider Decision Process: Assessment Instrument », *Medical Decision Making*, vol 19, n°1, pp.38-41.

DONNADIEU, G. et LAYOLE.G (1995). « Essai d'interprétation systémique de la régulation sociale dans une organisations. », <http://www.gregoriae.com/dmdocuments/1995-04.pdf>.

DOUGLAS, T. (1983). *Groups: Understanding people gathered*. London and New York Tavistock Publications, 252 pages.

DUPUY, F (2011) . La Faillite de la pensée managériale. *Lost in Management*, vol. 2: *Lost in management*, Le Seuil, 238 pages.

E

EMERSON. RICHARD M (1976): «Social Exchange Theory », *Annual Review of Sociology*, Vol. 2 , pp. 335-362.

ERICKSON, R., & GROVE, W. (2008): “Emotional Labor and Health Care”. *Sociology Compass*, vol 2, n°2, pp.704-733.

EWASHEN et al (2013) : « Interprofessional collaboration-in-practice: The contested place of ethics. », *Nursing Ethics*, vol. 20, n°3, pp. 325-335.

F

FARIA, C. (2009). « Nurse practitioner perceptions and experiences of interprofessional collaboration with physicians in primary health care settings. » Mémoire de maîtrise. Queen's University.

FAULKNER SCHOFIELD ROSALIE ET AMODEO MARYANN (1999): « Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? », *Health and Social Work*, vol 24, n°3, pp.210-219.

FERNANDEZ CASTELAO ET AL (2013): « Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: A systematic review of the literature », *Journal of Critical Care* , vol 28, pp.504–521.

FERONI ISABELLE , ANÉMONE KOBER-SMITH (2005) : « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, vol. 46, n°3, pp. 469-494.

FINN ET AL (2010): « Some unintended effects of teamwork in healthcare », *Social Science & Medicine*, vol 70, pp.1148–1154.

FLEISSIG ET AL (2006): « Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK? », *Lancet Oncology*, vol 7, pp.935–943.

FORTIN, M.F (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2ème édition). Montréal, Chenelière-Education,

FORTIN SYLVIE (2013) : « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique: les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, n° 3, pp.179-200.

FOUREZ, G. (1998): « Se représenter et mettre en oeuvre l'interdisciplinarité à l'école. » *Revue des sciences de l'éducation*, vol.1, pp. 31-50.

FRANCFORT ISABELLE ET AL (1996) « Les mondes sociaux de l'entreprise », Ed Desclée de Brouwer, Paris, 612 pages.

FRAY, anne-marie ET PICOULEAU sterem (2010): « le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. », *revue management et avenir*, vol.8, n°.38, pp.72-88

FRIEDBERG, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*. Paris : Le Seuil, 405 pages.

FRIEDBERG, Erhard (1992). « Les quatre dimensions de l'action organisée. » *Revue française de sociologie*, vol. 33, n°. 4, pp. 531-557.

FRIEDSON, E. (1986). *Professional Power : A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press, 241 pages.

G

GALLAGHER ET AL (2011) « Recognition and understanding of goals and roles: The key internal features of mental health court teams », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol 34, pp.406–413

GALLANT ET AL (2011) « Apprendre ensemble pour travailler ensemble : L'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? », *RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS N° 106*

GAVARD et AL (2008) : « Méthodologie de la recherche : réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion. » disponible au lien : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00355220>

GENTIL et al (2013). « Les « agencements organisationnels » des situations perturbées : la coordination d'un bloc opératoire à la pointe de la rationalisation industrielle. », *Revue Internationale Communication sociale et publique*, vol. 8, pp. 65-80.

GERARD KENNY (2002): « Children's nursing and interprofessional collaboration: challenges and opportunities », *Journal of Clinical Nursing*, vol 11, pp.306–313.

GIBSON CRISTINA AND MARY E. ZELLMER-Bruhn (2001) « Metaphors and Meaning: An Intercultural Analysis of the Concept of Teamwork », *Administrative Science Quarterly*, vol. 46, n° 2, pp. 274-303

GIDDENS, Anthony (1984). *The Constitution of Society: Outline of the theory of structuration*. University of California Press, 402 pages.

GILLAM S. & IRVINE S. (2000). «Collaboration in the NHS». *Journal of Interprofessional Care*, vol. 14, n°1, pp.5-7

GITLIN, L. N., LYONS, K. J., & KOLODNER, E. (1994). A model to build collaborative research educational teams of health professionals in gerontology. *Educational Gerontology*, vol 20, n°1, pp.15-34.

GIORDANO, Yvonne (2003). *Conduire un projet de recherche: Une perspective qualitative.*, Edition: Management et Société (EMS), 318 pages.

GLENN S. (1999). «Education for interprofessional collaboration: teaching about values. », *Nursing Ethics*, vol. 6, n°3, pp.202-213.

GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (2001a). « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation », Aspen Publishers, Inc., p. 58-71.

GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (2001b). « Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration », Aspen Publishers, Inc., pp. 72-86.

GNYAWALI et al (2001). «Cooperative Networks and Competitive Dynamics: A Structural Embeddedness. », *The Academy of Management Review*, vol. 26, n°. 3, pp. 431-445.

GODELIER, Éric (2006). *La culture d'entreprise*, La Découverte, Paris, 121.p

E. GOFFMAN (1974). *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit,

GOMEZ, Fernando and CARMEN Lucia carcio (2013). «Interdisciplinary Collaboration in Gerontology and Geriatrics in Latin America: Conceptual Approaches and Health Care Teams», *Gerontology & Geriatrics Education*, vol.34, pp.161–175

GOTLIB et al (2009). « Communication Channels in General Internal Medicine: A Description of Baseline Patterns for Improved Interprofessional Collaboration», *Qualitative Health Research*, vol.19, n°94

GRANOVETTER, Mark (1985). «Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. », *American Journal of Sociology*, vol. 91, n°. 3, pp. 481-510

GRAY, B., & SMITH, P. (2009).” Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London.”, *Nurse Education in Practice*, vol 9, n°4, pp.253-261.

GRONN, Peter (2002). « Distributed leadership as a unit of analysis. », *Leadership Quarterly*, vol. 13, n°4, pp. 423-451.

GROSJEAN et al (2004). « Leaders, values and organizational climate: Examining leadership strategies for establishing an organizational climate regarding ethics. », *Journal of Business Ethics*, vol. 55, n°. 3, p. 223-243.

GROSJEAN ET M. LACOSTE (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Ed Puf, Paris, 240 pages

H

HAGBAGHERY ET AL (2004) « The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study », *BMC Nursing*, vol 3; n°2

HALPERN, Sydney (2010). « Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries. », *American Journal of Sociology*, vol. 97, n° 4

HAMEL, G. Et C.K.PRAHALAD (1990) « The Core Competence of the Corporation », *Harvard Business Review*, vol. 68, n° 3, pp.79-93.

HART J., et MUCCHIELLI A. (1994). *Soigner l'hôpital. Diagnostics de crise et traitement de choc*. Edition: Lamarre, 189 pages.

HASSENTEUFEL PATRICK (1991) « Pratiques représentatives et construction identitaire. Une approche des coordinations. », *Revue française de science politique*, vol 41, n°1, pp. 5-27.

HATCHUEL, Arnaud (2001). « Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective. » Cet article est paru dans « *Les nouvelles fondations des sciences de gestion* », A.David, A.Hatchuel, R.Laufer (eds.), Vuibert, Fnege 2001. Deuxième édition 2008.

HINDMARSH, JON ET ALISON PILNICK (2002) « The tacit order of team work: Collaboration and Embodied Conduct in Anesthesia », *The Sociological Quarterly*, vol 43, n° 2, pp. 139-164.

HENNEMAN et al (1995). « Collaboration: a concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol.21, pp.103-109

HENRI FRANCE ET CAYROL-LUNDGREN KARIN (2003) « Apprentissage collaboratif à distance: pour comprendre et concevoir les environnements d'apprentissage virtuels », Presses de l'Université du Québec, Québec, 184 pages.

HEUTTE, Jean (2011) : « La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être comme médiateur de la réussite des étudiants : complémentarités et contributions entre l'autodétermination, l'auto-efficacité et l'autotélisme. » ,Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation Jean HEUTTE sous la direction de Fabien FENOUILLET 18 mars 2011

HOFF et al (2004). « A Review of the Literature Examining Linkages between Organizational Factors, Medical Errors and Patient Safety. », *Health Service Research*, vol.61, n°1, pp3-37.

HOMANS (1958) « Social Behavior as Exchange », *American Journal of Sociology*, vol. 63, n° 6, pp. 597-606.

HUBERMAN, A.M ET MILES, M.B (2003). *Analyses des données qualitatives : Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck. 480 pages.

HUDON et al (2009) « LE POUVOIR MEDICAL ET LE DEFI DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE. TROIS CAS DE FIGURE », *Recherches sociographiques*, vol 2, pp.321-344.

HUYNH, T., ALDERSON, M., & THOMPSON, M.(2008). « Emotional labor underlying caring: an evolutionary concept analysis. » *Journal of Advanced Nursing*, vol 64, n°2, pp.195-208.

HUSSER JOCELYN (2011) « Le pilotage des équipes hospitalières par le management quotidien d'articulation », *Vie & sciences de l'entreprise*, vol 3, n° 189, pp.23-45.

HUREAUX, N (2006) : « La compétence interactionnelle dans l'activité du soin. », *Recherches en Soins infirmiers*, vol 4, n°87, pp.66-74.

J

JENKINS, M. (1994) - Creating and Comparing Strategic Causal Maps : Issues in Mapping Across Multiple Organisations. 2nd International Workshop on Managerial and Organizational Cognition, Brussels, May 26-27 1994, European Institut for Advanced Studies in Management, pp.299-328

K

KATZ, Robert (1974): “Skills of an effective administrator.” ,*Harvard Business Review Classics*,

KAUFMANN LAURENCE,(2008): « La société de déférence: Médias, médiations et communication », *Réseaux*, n°148-149, pp. 79-116.

KENASZCHUK ET AL (2010) “Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration », *BMC Health Services Research*, vol 10, n°83, pp.1-15

KENNY,Gérard (2002). «Children’s nursing and interprofessional collaboration (2002): challenges and opportunities», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, pp.306–313

KEROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F. ET MAJOR, F. (2003). *La pensée infirmière*. 2ème édition Laval : Québec, 205 pages.

KORNER ET AL (2012) « Interprofessional SDM train-the-trainer program “Fit for SDM”:Provider satisfaction and impact on participation », *Patient Education and Counseling*, vol 89, pp.122–128

KRIEF NATHALIE (2012)« Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective », @*GRH*, vol 2, n°3, pp.43-67.

KROGSTAD et al (2004) « Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. », *International Journal for Quality in Health Care*, vol 16, n° 6, pp. 491-497.

KROHMER, C (2005): “Vers le management des compétences collectives: propositions pour le repérage et la mise en oeuvre: le cas d'une entreprise du setceur de la Chimie.” Thèse de sciences de gestion, Grenoble

L

LAFON, R (1962): “ Les mécanismes des relations humaines dans le travail en équipe.” . XVIII^o congrès de l'ANAS, 1962.

LAJEUNESSE, J. (2009). La collaboration interprofessionnelle vers une transformation des pratiques au sein d'un GMF de deuxième vague. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.

LAMOTHE, L. (1996). *La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultra-spécialisés*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.

LAMOTHE LISE (1999) « La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel », *Ruptures, revues transdisciplinaires en santé*, vol 6, n^o2, pp.132-148.

LANDMAN, ET AL (2013) «Hospital Collaboration with Emergency Medical Services in theCare of Patients With Acute Myocardial Infarction: Perspectives From Key Hospital Staff », *Annals of Emergency Medicine*, vol 61, n^o2, pp.185-195.

LAPKIN ET AL (2013) « A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs », *Nurse Education Today*, vol, 33, n^o4, pp.90–102

LARGIER, A Catherine DELGOULET et Cécilia DE LA GARZA (2008): “Quelle prise en compte des compétences collectives et distribuées dans la gestion des compétences professionnelles ?” vol 10, n^o1, lien électronique: <https://pistes.revues.org/2167>

LE BOTERF , G (1994). *De la compétence* . Paris, Les Editions d'Organisation.

LEGENDRE, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin

LEMOINE, C.(1995) : « Les tribunes d'une notion : du groupe à l'équipe du travail. », *Revue québécoise de psychologie*, vol 16, n^o1, pp.97-110.

LEMIEUX-CHARLES, L. ET McGUIRE, W.L (2006) : « What do we know about health care team effectiveness ? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, vol 63, n^o3, pp.263-300.

LEONARD FAGIN & ANTONY GARELICK (2004) « The doctor–nurse relationship », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, pp. 277–286.

LENOIR Y., REY B.& FAZENDA I. (2001). *Les fondements de l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement*, Ed. du CRP, Sherbrooke, 2001

LEPAGE KARINE (2008) « Impact de la collaboration entre médecins et infirmières sur la communication entre professionnels/patient et famille », Université du Montréal, Mémoire

présenté à la faculté des études supérieures en vue l'obtention du grade de Maîtrise ès en sciences (M.Sc.) en administration des services de la santé Volet analyse du système de la santé

LEPLAT J. 2000. « Compétences individuelles, compétences collectives », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol 6, n° 3-4, pp. 47-73.

LICHTENSTEIN ET AL (2004) «Status Differences in Cross-Functional Teams: Effects on Individual Member Participation, Job Satisfaction, and Intent to QuitAuthor », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, n° 3, pp. 322-335

LINGARD ET AL (2004) « The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team », *Critical Care*, vol, 8, n°6, pp.403-408.

LINGARD, ET AL (2013) « Understanding Palliative Care on the Heart Failure Care Team: An Innovative Research Methodology », *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 45, n°5, pp.901-911.

LIPIANSKY E.M (1998) : Chapitre VI. Identité subjective et interaction, p173-211 in Carmel Camilleri, Joseph Kastersztein, Edmond-Marc Lipiansky, Hanna Malewska-Peyre, Isabelle Taboada-Leonetti, Ana Vasquez-Bronfman (1998). *Stratégies identitaires*, Paris, Presses Universitaires de France, « Psychologie d'aujourd'hui », 240 pages.

LUPTON, C., & KHAN, P. (1998). The role of health professionals in the UK child protection system: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, vol12, n°2, pp.209- 221.

M

MacKENZIE, C.F, ET XIAO, Y. (2003) : « Video techniques and data compared with observation in emergency trauma care. » *Qualitative Safety Health Care Journal*, vol 12, n°1, pp.ii51-ii57.

MacINTOSH, J. ET McCORMACK, D. (2001) : « Parterships identified within primary health care literature. » *International Journal of Nursing Studies*, vol 38, pp.547-555.

MANNING, M.L (2006) : « Improving clinical communication through sturctured conversation. » , *Nursing Econimics*, vol 24, n°5, pp.268-271.

MANOJLOVICH, M. ET ANTONAKOS, C. (2008) : « Satisfaction of intensive care unit nurses with nurse-physician communication. », *Journal of Nursing Administration*, vol 38 , n°5, pp.237-243.

MANSER (2009) « Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature », *Acta Anaesthesiol Scand*, vol 53, pp.143-151

MAROY CHRISTIAN, BRANKA CATTONAR (2002): « Professionnalisation ou d'éprofessionnalisation des enseignants ? Le cas de la Communauté française de Belgique. », CAHIER DE RECHERCHE DU GIRSEF, n°18

MARTIN, Dominique (2012): "L'analyse stratégique en perspective", *Revue Européenne des sciences sociales*, vol 50, n°2, pp.93-114,

Martuccelli Danilo, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, 3/2004 (Vol. 45), p. 469-497.

MASSARO, T. A. (1993): « Introducing Physician Order Entry at a Major Academic Medical Center .1. Impact on Organizational Culture and Behavior. », *Academic Medicine*, vol 68, n°1, pp. 20-25.

McCAFREY, R., HAYES, R.M, CASSEL, A., MILLER-REYES, S., DONALDSON, A. ET FERRELL, C. (2012) : « The effect of an educational program on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. » *Journal of Advanced Nursing*, vol, 68, n°2, pp.293-301

McCALLIN, A. (2001) : « Interdisciplinary practice-a matter of teamwork : An integrated literature review . » *Journal of Clinical Nursing*, vol, 10, n°4, pp.419-428.

MEAD. H, G. (2011). *L'esprit, le soi et la société*, 2è tirage, Le lien social, Paris : PUF

MENGER , PIERRE-MICHEL (2003). *Portrait de l'artiste en travailleur. Métamorphoses du capitalisme*. Paris, Le Seuil, , 96 p.

MILLER, T. et SWARTZ, L. (1990). «Clinical psychology in general hospital settings: issues in interprofessional relationships. », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol.21, n°1

MINTZBERG, Henry (1982). *Structures et dynamiques des organisations*, Édition d'Organisation, Paris, 440 pages.

MIYAKE, N. (1986). Constructive interaction and the iterative process of understanding. *Cognitive Science*, vol 10, pp.151-177.

MONTMOLLIN, M (1986). La compétence in L'intelligence de la tâche, éléments d'ergonomie cognitive, Peter Lang, 2ème éditions, pp.121-149.

MORGAN, S; PULLON, S.; MCKINLEY, E. (2015) : « Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. », *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, vol 52, n°7, pp.1217-1230.

MORIN, D. (2012) : « Et si une collaboration interprofessionnelle accrue faisait partie de la solution ? », Swiss Family Docs Conference : Du diagnostic au traitement :What's in-What's out. », Université de Lausanne, 2012 .

MORIN E. (1994). « Sur l'interdisciplinarité ». *Bulletin interactif du centre international de recherches et études transdisciplinaires*, n° 2.

- MORIN, E. (1996) : *Psychologie au travail*. Boucherville. QC :Editions Gaétan Morin.
- MORSE et autres (2002) : « Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research », *International Journal of Qualitative Methods*, vol.1, n°2, pp.13- 22.
- MOUSQUES et al (2003) « Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotique dans la rhinopharyngite aigue. », CREDES, n°1494.
- MUCCHIELLI R. (2003), *Le travail en équipe*, 9ème édition, Issy-les-moulineaux, Ed. ESF - 173 pages.
- MUCCHIELLI R. (2008), *La dynamique des groupes : Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes*, Ed. ESF éditeur -
- MUCCHIELLI R. (2009), *Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective*, Ed. ESF -
- MULVEY.P ET HOWARD J. K (1998) « The Impact of Perceived Loafing and Collective Efficacy on Group Goal Processes and Group Performance», *ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND HUMAN DECISION PROCESSES*, vol 74, N°1, pp. 62–87.
- MUNDUTÉGUY C., DARSEES F. (2000). Facteurs de transgression d'un mode de coopération prescrit pour un mode de coopération adapté au problème à résoudre. In *Le travail collectif*, T.H. Benchekroun et A. Weill-Fassina (Eds.), p. 165-192. Octarès éditions, Toulouse.
- MURPHY SHEILA E. (1995) : « Collaboration and Human performance. », *Performance Improvement*, vol 34, n°7, pp. 20–25
- MUSEUX ANNE-CLAIRE (2014) « Étude sur la contribution de la communication consciente à l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle centrée sur la personne » mémoire Québec, Canada, Université Laval
- N**
- NAVILLE Pierre (1961). *Division du travail et répartition des tâches*, in Georges Friedmann et Pierre Naville, *Traité de sociologie du travail*, tome 1, Paris, Armand Colin, pp.371-386
- NIDAYE, DL et ST-ONGE (2013) : « Les pratiques collaboratives : nouveau fétichisme ou « praxis » renouvelée dans le champ de la santé mentale des enfants? De la nécessité d'une halte dans l'instant des sens . », *Revue Internationale : Enfance, Famille, génération*, n°18, pp.138-158.
- NOBRE T. (2001). « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 7, vol. 2, pp. 125-146.

NOLAN, M. (1995). « Towards an ethos of interdisciplinary practice. », *British Journal of Medicine*, vol.3, n°11, pp.305-307

O

OANDASAN, I. ET REEVES, S. (2005 a) : « Key elements for interprofessional education. Part 1 : the learner, the educator and the learning context . », *Journal Of Interprofessional Care*, vol 1, n°3, pp.21-38.

OANDASAN, I. ET REEVES, S. (2005 b) : « Key elements for interprofessional education. Part 2 : factors, processes and outcomes. », *Journal Of Interprofessional Care*, vol 1, n°3, pp.39-48.

OANDASAN, I. ROSS BAKER, G. BAKER, K., BOSCO, C. D'AMOUR, D. ; JONES, I. ET WAY, D. (2006) : « Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au CANADA : Recommandations et synthèse pour politiques. », Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

OCDE (2015): «Rapport sur le développement économique en Tunisie », <http://www.oecd.org/fr/pays/tunisie/>

O'DANIEL, M. ET ROSENSTEIN, A.H (2008). *Professional communication and team collaboration*. Dans R.G HUGHES(dir.). *Patient safety and quality : An evidence-based handbook for nurses*, pp.271-284. ROCKVILLE, MD : Agency, for healthcare Research Quality.

OANH J. MARTIN, ET AL (2007) « Diabetes: A Pilot Study Multidisciplinary Group Behavioral and Pharmacologic Intervention for Cardiac Risk Reduction in », *The Diabetes Educator*, vol 33, n°1, pp.118-127.

P

PAILLÉ PIERRE ET MUCCHIELLI ALEX (2008) « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales », Ed Armand Colin, Paris, 315 pages.

PARADIS ET AL (2013) « Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it: Results from a scoping review of ethnographic studies », *Journal of Critical Care*, vol 28, pp.1062–1067

PATEL ET AL (2012) « Factors of collaborative working: A framework for a collaboration model », *Applied Ergonomics*, vol 43, pp.1-26.

PELAYO S.ET AL., (2010): « Proposition méthodologique pour l'Analyse de la coopération dans une planification distribuée des actions », *Le travail humain*, vol. 73, n°4 pp.361-383.

PFEFFER, J. AND G. R. SALANCIK (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York, NY, Harper and Row

PETRI LAURA (2010) « *Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration* », *Nursing Forum*, vol 45, n°2, pp.73-83.

POUVOURVILLE DE G. (2010). « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le Journal de l'École de Paris du Management*, n°86, novembre-décembre, p. 22-29.

PROCTER, S. et al.(2014) : « A case study of asthma care in school age children using nurse-coordinated multidisciplinary collaborative practices. » *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Auckland, vol 8, pp.181-188.

PRONOVOST, P. , ET VOHR, E. (2010). *Safe patients, smart hospitals*. New York : Hudson Street Press, 213 pages.

Q

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L., (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 4 e éd., Paris.

R

RAFFERTY A, J BALL, L H AIKEN (2001) : « Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?. », *Quality in Health Care*, vol 10(Suppl II):ii32–ii37

RAMOGNINO (2007). « NORMES SOCIALES, NORMATIVITÉS INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE, NORMATIVITÉ DE L'ACTION », *Langage et société*, vol.1, n°.119, pp.13-41

READER ET AL (2007) « Interdisciplinary communication in the intensive care unit », *British Journal of Anaesthesia*, vol 98, n°3, pp.347-352

REYNAUD, J.D (1988) : « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol 29, n°1, pp.5-18.

REYNAUD, JEAN DANIEL, (1991) « Pour une sociologie de la régulation sociale », *Sociologie et sociétés*, vol. 23, n° 2, 1991, p. 13-26.

REYNAUD,J.D (1997) « Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale. », Ed Armond Colli, Paris, 348, pages.

REYNAUD J.-D. (2001). *Le management par les compétences : un essai d'analyse*, *Sociologie du travail*, vol 43, n°1, pp. 7-31.

REEVES , Scott (2012). « The rise and rise of Interprofessionnal competence. », *Editorial, Journal of Interprofessionnal care*, n°26, pp.253-255.

REEVES ET AL (2008) «THE DOCTOR–NURSE GAME IN THE AGE OF INTERPROFESSIONAL CARE:A VIEW FROM CANADA », Editoriale , *Nursing Inquiry* 2008; , vol 15, n°1, pp.1-2

REEVES et al (2010). « Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. », *BMC Health Services Research*, vol.10, n°83

REEVES ET AL (2011) « A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional Interventions », *Journal of Interprofessional Care*, vol 25, pp.167–174

REEVES, S. RUSSEL, A., ZWARENSTEIN, M., KENASZCHUK, C., GOTLIB CONN, L., ET DORAN, D. (2003) : « Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT) : A canadian initiative aimed at improving patient-centred care. », *Journal of interprofessionnal care*, vol 21, n°1, pp.111-114.

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et service sociaux. (2010) : « Etude des besoins de formation continue en lien avec la collaboration interprofessionnelle dans les établissements du RUIS-UL : Rapport d'analyse. (58 pages. Québec. Canada.

RICOEUR, Paul (1991). *A Ricoeur Reader: Reflection and Imagination*, Mario Valdes. Toronto: University of Toronto Press.

RISPAL, H. (2002). *La méthode des cas: application à la recherche en gestion*. De Boeck Supérieur, 256 pages.

RODRIGUEZ et al (2005) « The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies », *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, pp.132-147

RONDEAUX (2008) « L'identité : frein ou levier du changement organisationnel ? », *Relieure*, n°20, p26-28.

ROSSI, I. (2014). *Penser la diversité par les transitions de la santé mentale*. Alterstice, vol 4, n°2, pp.39-48

ROUSSEAU, ET AL (2006) « Teamwork Behaviors: A Review and an Integration of Frameworks », *Small Group Research*, vol 37, n° 5, pp.540-570.

S

SAINSAULIEU, IVAN (2006) « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol 48, pp.72–87.

SAINSAULIEU IVAN (2012) « La mobilisation collective à l'hôpital: contestataire ou consensuelle? », *Revue française de sociologie*, vol.53, n°3 pp. 461-492.

SAINT-HILAIRE, W.G (2011). *L'adaptation organisationnelle dans les théories managériales et sociales*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, 167 pages.

SAINSAULIEU REYNAUD (1977) « L'identité au travail », Presses de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 487 pages.

SAINT-MARTIN MONIQUE (2012) « Construction d'une échelle décrivant les niveaux de compétence de collaboration, à partir d'indicateurs validés par des enseignants cliniciens en médecine » Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et post doctorales en vue de l'obtention du grade de maîtrise es arts en Sciences de l'éducation option pédagogie universitaire des sciences médicales, Université de Montréal

SAMUELSON ET AL (2012) : « L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. », Rev Med Suisse, n°364, pp.2254-2259

SATIN, D.G (1994) : « Conceptual framework for workin relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice : clarifying muddy waters. » *Gerontological Geriatry Education*, vol 14, n°3, pp.3-24.

SAYER, A. (1999). Realism and social science. SAGE Publications Inc, 224 pages.

Segrestin D. (2004). *Les chantiers du manager*. Armand Colin, Paris.

SEN (2008). *Ethique et Economie*, Paris, PUF.

SETBON MICHEL (2000) « La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective », *Sociologie du travail*, vol 42, pp.51-68.

SEXTON, ET AL (2006) « *Teamwork in the Operating Room* », *Anesthesiology*, vol 105, n°5, pp.877-884

SCHEIN, Edager (2004). *Organizational Culture and Leadership*, Jossey-Bass, A wiley Imprint, USA, p. 437.

SCHMALENBERG ET AL (2005) « Excellence through Evidence: Securing Collegial/Collaborative Nurse-Physician Relationships, Part 1 », *JONA*, vol 35, n°10, pp 450-458

SCHMALENBERG, Claudia et Marlene KRAMER (2009) « Nurse-Physician Relationship in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story », *CRITICAL CARE NURSE*, vol 29, n°1.

SCHMUTZ, Jan et Thomas Manser (2013). « Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. », *British Journal of Anaesthesia*, vol.110, n°4, pp. 529-44

SCHOLES JULIE ; BARBARA VAUGHAN (2002) « Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team », *Journal of Clinical Nursing*, vol 11, pp.399-408

SCHOLL ET AL (2011) « Measurement of shared decision making – a review of instruments », *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*, 105, p 313-324.

SCOTT W. R., (1993) “The Organization of Medical Care Services : Toward an Integrated Theoretical Model”, *Medical Care Review*, vol. 50, pp. 271-303.

SCOTT A. ENGUM, ET AL (2012) « Interdisciplinary collisions: Bringing healthcare professionals together », *Collegian*, vol 19, pp.145-151

SICOTTE, C, D'AMOUR, D. ET MOREAULT, M.-P. (2002): “ Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers;”, *Social Science and Medicine*, vol 55,pp. 991-1003.

SHORTELL SM, ROUSSEAU DM, GILLIES RR, DEVERS KJ, SIMONS TL (1991) : « Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability, and validity of the ICU nurse-physician questionnaire. », *Medical Care*, vol 29, n°8, pp.709–726

G. SMITH, STEPHEN J. CARROLL, SUSAN J. ASHFORD (1995) : « Intra- and Interorganizational Cooperation: Toward a Research Agenda », *The Academy of Management Journal*, vol. 38, n° 1 pp. 7-23

STEIN ET AL (2005) « Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study », *Patient Education and Counseling*, vol, 58 n°, pp.4–12

STERCHI, L.S (2007) : « Perceptions that affect physician-nurse collaboration in the perioperative setting. », *AORN journal*, vol 86, n°1, pp.45-57.

STUIT ET AL (2011) « Multi-View Interaction Modelling of human collaboration processes: A business process study of head and neck cancer care in a Dutch academic hospital », *Journal of Biomedical Informatics* 44 (2011) 1039–1055

STRAUSS ANSELM (1992) . La trame de la négociation. Editions : Le Harmattan : collection “Logiques sociales”, Paris. Pages

SUPPER, O. et al (2015) : « Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. », *Journal of Public Health, Oxford*, vol 37, n° 4, pp.716-727.

T

THANNHAUSER, et al (2010) « Measures of interprofessional education and collaboration », *Journal of Interprofessional Care*, vol, 24, n°4, pp. 336-349

THEVENOT, L (1993): « A quoi convient la théorie des conventions? », *Réseaux*, vol11, n°62, pp.137-142.

THIEART ET al (2003). *Méthodes de recherche en managment*, Paris, Dunod, 535 pages,

THOMAS, Michelle (2012). « The Interprofessional Collaborative Practice: Clergypersons and Mental Health Professionals. », *Pastoral Psychology*, vol.61, pp.99-112

THOMPSON et al (1996) « Stress and Organizational Culture », *British Association of Social Workers*, 26, 647-665

TJOSVOLD, D, et TJOSVOLD, M. M. (1995). *Psychology for leaders: using motivation, conflict, and power to manage more effectively*. New York, NY : Wiley & Sons.

TORBERT, W. R. (1991). *The Power of Balance: transforming Self, Society, and Scientific Inquiry*. Newbury Park, Ca: Sage.

TREMBLAY et al (2010). « Interprofessional collaborative practice within cancer teams: Translating evidence into action. A mixed methods study protocol », *Implementation Science*, vol.5, n°53

TRAMONI A-V, REYNAUD M-H(2000): « Etre cadre en l'an 2000 », *Revue Soins cadres*, n°35, 3ème trimestre, p18.

U

ULRICH, D. ET SMALLWOOD, N. (2003). *Why the bottom line is not! How to build value through people and organisation*. Indianapolis, IN: Wiley.

USHIRO.R (2009) « Nurse–Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing », *Journal of Advanced Nursing*, vol 65, n°7, pp.1497-1508

V

VALETTE ANNICK (1999) « La collaboration: Ce que nous dit l'étude des processus », *Sciences sociales et santé*. vol17, n°3 pp. 95-100

VAN ET AL (2012) « Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model », *BMC Health Services Research*, vol 12, n° 32, pp.1-10.

VICENT , A.S , B.P DECKER, ET M.D, MUMFORD. (2002) : « Divergent thinking, intelligence, and expertise: a test of alternative models.” *Creativity Research Journal*, vol 14, n°2 pp.163–178.

VEZINAT, NADEGE (2010) : « Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009). », *Sociologie* [En ligne], vol. 1, n°3 , 2010, mis en ligne le 28 octobre 2010

VOYER, P. (2000). « L'interdisciplinarité, un défi à relever pour les professionnelles de la santé. », *The Canadian Nurse /L'infirmière canadienne*, vol 96, n°5 , pp.39-44

VION. A (2008) : « Situations d'action publique et légitimités professionnelles : esquisse d'un cadre d'analyse. » in Thomas Le Bianic, Antoine Vion. *Action publique et légitimités professionnelles*, LGDJ, pp.297-320, Droit et société - Série Politique. <halshs-00493963>

W

WACHEUX F., 1996, Méthodes Qualitatives et Recherche en Gestion, Collection « Gestion », Série : Politique générale, Finance et Marketing, Economica, Paris, 290 p

WATERS MALCOLM (1989) « Collegiality, Bureaucratization, and Professionalization: A Weberian Analysis », *American Journal of Sociology*, vol. 94, n°5, pp. 945-972.

WAY, D., JONES, L. et BUSING, N. (2000). « *Collaboration in primary Care –family doctors and nurse practioners delivering shared care* ». Discussion paper written for the Ontario College of Family Physicians, 18 mai. Document télé accessible à l'adresse <<http://www.eicp-acis.ca/en/toolkit/management-leadership/ocfp-paper-handout.pdf>>.

WEICK K. (1993). The Collapse of Sensemaking in Organizations : The Mann Gulch Disaster. *Administrative Science Quarterly*, vol 38, n°4, pp.628-652.

WEICK, E.Karl (2000). Making Sense of the Organization. Wiley, 496 pages.

WEICK, E. Karl et ROBERTS, Karlene (1993). « Collective mind in Organization: Heedful Interrelating on Flight Decks », *Administrative Science Quarterly*, vol.38, pp.357-381.

West, M. A., Borril, C. S., & Unsworth, K. L. (1998). «Team effectiveness in organizations. » *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, vol 13, pp.1-48.

WHITE ET AL (1992) « Les pratiques de concertation en santé mentale: trois modèles », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 5, n° 1, 1992, p. 77-93.

WILLUMSEN, E .AHGREN, B. ET ODEGARD, A. (2012) : « A conceptuel framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. » *Journal of Interporfessional Care*, vol 26, n°3, pp.198-204.

WITTORSKI Richard(2007) « La professionnalisation », *Savoirs*, vol 2, n° 17, pp.9-36.

X

XYRICHIS, A. ET LOWTON, K. (2008) : « What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review. », *International Journal of Nursing Studies*, vol 45, n°1, pp.140-153

Y

YIN, R.K. (1989). *Case Study Research, Design and Methods*. London : Sage. 166 pages.

YIN, R.K. (1993). *Applications of case study research*. London : Sage, 131 pages.

Z

ZERIBI, Olfa (1991) : « Analyse des processus de décision et proposition pour un système d'information dans les établissements hospitaliers tunisiens », Thèse de doctorat en sciences de gestion soutenue à l'université de Rennes I

ZARA, Olivier (2008). Le management de l'intelligence collective : vers une nouvelle gouvernance. M21 Editions , 236 pages.

ZWARENSTEIN, AND REEVES (2006) « Knowledge Translation and Interprofessional Collaboration: Where the Rubber of Evidence-Based Care Hits the Road of Teamwork », *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 26 n°1, pp.46-54

ZWARENTSEIN et al (2007). «Structuring communication relationships for interprofessional Teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. », *Trials*, vol.8, n°.23

Thèse de Doctorat

Maroua BEN MAAOUIA

Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle : cas des équipes de soin du CHU Mongi-Slim

Qualitative research on Interprofessionnel collaboration dimensions and
interdependence : The case of Primary healthcare team within Mongi Slim University
Health Center

Résumé

Le travail collectif est un défi considérable pour les organisations de santé, en particulier les hôpitaux publics. La complexité des structures, la pluralité des mains qui agissent et la variabilité des pratiques médicales suggestionnent la pratique collaborative. Dans un tel contexte, il convient de se pencher sur les dimensions de la collaboration interprofessionnelle permettant l'unicité de l'activité médicale. Ce concept prend une importance particulière si l'on considère que la dispensation des services de santé appelle de plus en plus à un haut degré de coordination entre les différents professionnels. Ce travail de recherche analyse la concrétisation de la collaboration interprofessionnelle dans le cas d'un CHU moyennant une méthodologie qualitative. En se basant sur les travaux précurseurs de D'Amour (1997), cette présente thèse identifie les principales dimensions de la collaboration interprofessionnelle ainsi que leur lien d'interdépendance.

Mots clés

1. Travail collectif
2. Organisation de santé
3. Collaboration interprofessionnelle
4. Structuration de l'action collective
5. Méthodologie qualitative

Abstract

As the delivery of healthcare evolves to become more interconnected, coordinating care between nurses, pharmacists, physicians, social workers and other disciplines has become increasingly important. In its simplest form, inter professional collaboration is the practice of approaching patient care from a team-based perspective. Improved healthcare collaboration has been cited as a key strategy for health care reform. Collaboration in health care has been shown to improve patient outcomes. In a such area it's interesting to examine the interprofessional collaborations' dimensions. This work aims to highlight the construction of interprofessional collaboration using a qualitative research design based on the model of D'Amour (1997).

Key Words

1. Healthcare work
2. Interprofessionnel collaboration
3. Construction of collective action
4. Qualitative research