



HAL
open science

Etude de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français

Maud Eckenschwiller

► **To cite this version:**

Maud Eckenschwiller. Etude de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français. Gestion et management. Université Bourgogne Franche-Comté, 2023. Français. NNT : 2023UBFCF009 . tel-04550482

HAL Id: tel-04550482

<https://theses.hal.science/tel-04550482>

Submitted on 17 Apr 2024

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.



**THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE
FRANCHE-COMTE
PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

Ecole doctorale n°593
Ecole Doctorale DGEP (Droit, Gestion, Economie et Politique)

Doctorat de sciences de gestion

Par
Madame Maud Eckenschwiller

**ETUDE DE L'EMERGENCE DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE
AU SEIN DU SYSTEME HOSPITALIER FRANÇAIS**

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 18 décembre 2023

Composition du Jury :

Dr Isabelle Franchisteguy-Couloume	Université de Pau et des pays de l'Adour	Examineur
Pr Marc Bollecker	Université de Haute-Alsace	Président
Pr Christophe Baret	Aix-Marseille Université	Rapporteur
Pr Didier Vinot	Université Jean Moulin Lyon 3	Rapporteur
Pr Samuel Mercier	Université de Bourgogne	Directeur de thèse
Dr Sophie Wodociag	Université de Haute-Alsace	Codirecteur de thèse

**ECOLE DOCTORALE
DGEP**

Titre : étude de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français

Mots clés : collaboration, interprofessionnel, états émergents, facteurs organisationnels, hôpital

Résumé :

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est au cœur des pratiques hospitalières en France. En regard d'un environnement complexe et en permanente évolution, elle apporte de nombreux bénéfices concernant les patients (Ben Maaouia, 2018 ; D'Amour & al., 2005), les professionnels (Brunelle, 2009 ; Lemieux-Charles & McGuire, 2006) et l'organisation (Aumais & al., 2012 ; Nielsen, 2004). Toutefois, les mécanismes de sa mise en œuvre nécessitent d'être davantage identifiés, explorés et compris, cela principalement aux niveaux organisationnel et interactionnel (Dumas & al., 2016 ; Gheorghiu & Moatty, 2005 ; Nobre, 2013 ; Vallejo, 2018). Ce travail de recherche s'appuie sur les recommandations de la littérature pour traiter de la CIP. Il s'agit notamment d'aborder la CIP en tant que processus (Humphrey & Aime, 2014 ; Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007), de prendre en compte les interactions (Lemieux & McGuire, 2006 ; Ben Maaouia, 2017) et de traiter prioritairement de ses facteurs organisationnels (Jacob, 2015 ; Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007 ; Sicotte & al., 2002) et de ses états émergents (Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016).

A partir de ces constats, notre travail de recherche, articulé en trois études, repose sur la problématique suivante : « *Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ?* ».

Pour répondre à cette problématique, nous menons d'une part une recension des écrits qui nous permet d'identifier et de mobiliser deux cadres théoriques complémentaires. Il s'agit premièrement du cadre théorique de la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient de Oandasan, D'Amour & al. (2004) qui traite en particulier des facteurs organisationnels. Deuxièmement, il s'agit du cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2008) qui traite des états émergents. D'autre part, nous conduisons une étude qualitative et abductive, auprès d'agents d'un groupe hospitalier français.

Les principaux résultats de notre travail de recherche concernent l'identification des enjeux de la CIP au sein des hôpitaux français, celle des interactions entre les facteurs organisationnels et les principaux états émergents de la CIP (confiance, cohésion, reconnaissance mutuelle, volonté de collaborer et leadership) et la contextualisation de ces différents éléments. L'étude ouvre vers des perspectives managériales inédites reposant sur le développement de modèles mentaux partagés en faveur de l'émergence de la CIP.

Les perspectives futures s'orientent quant à elles vers l'application plus avant de notre cadre théorique et de notre proposition de cadre de réflexion managérial à de nouvelles recherches empiriques.



Université Bourgogne Franche-Comté
32, avenue de l'Observatoire
25000 Besançon



Title: study of the emergence of interprofessional collaboration within the French hospital system

Keywords: collaboration, interprofessional, emergent states, organizational factors, hospital Title :

Abstract :

Interprofessional collaboration (CIP) is at the heart of hospital practices in France. In view of a complex and constantly changing environment, it brings many benefits for patients (Ben Maaouia, 2018; D'Amour & al., 2005), professionals (Brunelle, 2009; Lemieux-Charles & McGuire, 2006) and the organization (Aumais & al., 2012; Nielsen, 2004). However, the mechanisms of its implementation need to be further identified, explored and understood, mainly at the organizational and interactive levels (Dumas & al., 2016; Gheorghiu & Moatty, 2005; Nobre, 2013; Vallejo, 2018). This research work based on the literature's recommendations to address IPC. These include addressing IPC as a process (Humphrey & Aime, 2014; Kosremelli Asmar and Wacheux, 2007), considering interactions (Lemieux & McGuire, 2006; Ben Maaouia, 2017) and prioritizing its organizational factors (Jacob, 2015; Nolte & Tremblay, 2005; Robidoux, 2007; Sicotte & al., 2002) and its emerging states (Marks & al., 2001; Seeber & al., 2014; Waller & al., 2016).

Based on these findings, our research work, articulated in three studies, is based on the following problem: "How to promote the emergence of interprofessional collaboration within the French hospital system?".

To address this problem, we are conducting a literature review that allows us to identify and mobilize two complementary theoretical frameworks. The first is the theoretical framework of the Interdisciplinary Training for Collaborative Practice in Oandasan, D'Amour & al. (2004), which deals in particular with organizational factors. Second, it is the Bedwell & al. (2008) collaborative performance framework dealing with emerging states. On the other hand, we are conducting a qualitative and abductive study with agents of a French hospital group.

The main results of our research work is about the identification of the issues of the CIP within French hospitals, about the interactions between organizational factors and the main emerging states of the CIP (trust, cohesion, mutual recognition, willingness to collaborate and leadership) and the contextualization of these different elements.

The study opens up new managerial perspectives based on the development of shared mental models for the emergence of IPC.

Future perspectives are directed towards the further application of our theoretical framework and our proposal for a framework for managerial reflection to new empirical research.



Université Bourgogne Franche-Comté
32, avenue de l'Observatoire
25000 Besançon

REMERCIEMENTS



« *Après de mon arbre je vivais heureux* »¹

Parce qu'avant tout un engagement en Doctorat doit rester une source d'épanouissement, au moment de conclure mon écrit, cette recherche m'apparaît tel un arbre qui se serait déployé au cours de ces trois années d'immersion dans l'univers universitaire.

« *L'arbre devient solide sous le vent* »²

Parce que cet arbre a dû s'adapter à ce nouveau milieu, le découvrir, s'en approprier les codes et le fonctionnement, le comprendre et traverser les intempéries... mes directeurs de thèse, Sophie Wodociag et Samuel Mercier ont eu un rôle majeur d'accompagnement. Par-dessus tout, je retiens de leur posture leur bienveillance, leur écoute, leur disponibilité et leur attention en regard de mes besoins, attentes et sollicitations.

¹ Paroles de la chanson *Après de mon arbre* de Georges Brassens

² Sénèque, De la providence, IV

Sophie, Samuel, je vous remercie infiniment pour ce soutien profondément humain, à vos côtés j'ai eu le bonheur d'être à la fois autonome et accompagnée !

Sophie, merci pour ton optimisme et ton enthousiasme inébranlables. Tu as su m'aider à transcender les nombreux écueils et difficultés et à les transformer en opportunités d'amélioration.

Samuel, merci pour la confiance que tu m'as accordée, pour la prévenance et la générosité qui m'ont soutenue en tant que chercheuse novice.

Merci à vous d'avoir été présents quand le soleil brillait mais aussi dans la tempête, quand les coups de vent semblaient menaçants pour mon arbre !

Je remercie également Gérard Cohen qui a accompagné mes premiers pas vers un projet doctoral et qui a veillé à m'orienter vers une direction de thèse « qui me conviendrait ». Je suis consciente de l'importance de cette étape qui est un fondement primordial face au défi que représente un engagement doctoral, pour cela merci Gérard.

En tant que membres du jury, je remercie vivement Isabelle Franchisteguy-Couloume et Marc Bollecker pour le temps consacré à ce travail et au moment de partage qu'est la soutenance. Merci aux rapporteurs, Christophe Baret et Didier Vinot, pour leur contribution à l'évaluation de ce travail, pour leurs remarques et commentaires, qui une fois encore seront source d'amélioration.

Je remercie les membres du Centre de Recherche En Gestion des Organisations (CREGO), universités de Bourgogne, de Franche-Comté et de Haute-Alsace et l'école doctorale Droit, Gestion, Economie et Politique (DGEP) ainsi que les personnes rencontrées en congrès pour la richesse de nos échanges, les partages d'expérience et les opportunités de communication que cela a impulsé. Les arbres tissent des réseaux pour communiquer entre eux, il en va de même pour les chercheurs qui s'enrichissent de ces connexions.

Je remercie la Région Grand Est qui m'a permis de m'engager en cursus Doctoral en dédiant un financement à des projets doctoraux pour les formations paramédicales et maïeutiques.

Je remercie toutes les personnes au sein du Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA) qui m'ont soutenue dans ce parcours. En premier lieu, Sandrine Monnet qui met au cœur de sa pratique quotidienne de directrice des soins le développement des compétences de ses collaborateurs, l'innovation et la qualité de la formation pour les étudiants en santé. Merci Sandrine, d'avoir soutenu mon projet et surtout d'avoir veillé à mon équilibre et à ma qualité de vie professionnels pendant ces trois années ! Merci à l'équipe de direction du GHRMSA qui a soutenu mon projet, en particulier le déploiement de l'enquête et

qui s'est elle-même prêtée à l'exercice des interviews. Merci Mme Pfaff d'avoir été ma ressource principale pour « mettre de l'huile » dans les rouages de cette enquête de terrain, sujet sensible et exercice encore rare au sein des hôpitaux. Merci à toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mon enquête, merci pour votre accueil, le temps que vous m'avez consacré et la richesse de nos échanges. Enfin merci à mes collègues passés, présents et futurs, pour votre soutien tout au long de ce parcours, les discussions, les échanges, les pauses café, les relectures, les chemins des écoliers et les marches en forêt du midi... vous êtes l'essence de mon arbre !

« *L'arbre suit sa racine* »³

Merci à mes amis et ma famille pour votre présence, vous êtes le sel de la vie !

Merci Michka, mes racines, pour ta présence, ta force, tes attentions, merci pour ces racines qui sont aussi devenues celles de Tim et Morgan. Merci pour les heures de relecture, tu as corrigé minutieusement toutes les branches de mon arbre tellement de fois, les articles, les révisions, le corps de la thèse... tu as sûrement parcouru une forêt à ce stade !

Merci en particulier à Chantal et Joël, en ces derniers mois chaotiques, pour votre soutien sans faille et qui compte tellement !

« *Chaque goutte de sève contient la plénitude de l'arbre entier* »⁴

Merci mes trois gars, ma sève... pour notre vie tout simplement !

Egalement un clin d'œil particulier et un grand merci à Carine pour cette aquarelle sensible et magnifique comme je l'espérais !

Enfin, parce que « *l'air du paradis est celui qui souffle entre les oreilles d'un cheval* »⁵, au pied de mon arbre il y a trois pottoks qui savourent paisiblement l'herbe fraîche des collines, mon paradis...

Rixheim, le 30 juin 2023

³ Proverbe berbère

⁴ Maharishi Mahesh Yogi

⁵ Proverbe arabe

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABREVIATIONS	9
AVANT PROPOS	10
INTRODUCTION GENERALE	12
1. Genèse de l'objet de recherche	15
1.1. Complexification du domaine de la santé	15
1.1.1 Dépenses de santé	15
1.1.2 Evolution des missions	16
1.2 Recherche de solutions innovantes	20
1.3 Intérêt de la collaboration interprofessionnelle	20
1.4 Difficultés de mise en œuvre.....	23
1.4.1 Difficultés au niveau théorique.....	23
1.4.2 Difficultés au niveau systémique.....	24
1.4.3 Difficultés aux niveaux organisationnel et interactionnel	26
2. Objet de la recherche	30
2.1 Etude n° 1, quels sont les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?	31
2.1.1 La CIP en tant que processus dynamique	32
2.1.2 Prendre en compte les interactions	32
2.1.3 Favoriser la transition de la théorie à la pratique.....	32
2.1.4 Traiter les facteurs organisationnels	33
2.1.5 Aborder l'aspect interprofessionnel.....	33
2.1.6 S'intéresser aux états émergents.....	33
2.2 Etude n° 2, en quoi les facteurs organisationnels influencent-ils les états émergents de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?	34
2.3 Etude n° 3, en quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ?	34
2.4 Synthèse des questions de recherche.....	35
3. Les enjeux de la recherche	36
3.1 Contributions théoriques	36
3.2 Contributions méthodologiques	38
3.3 Contributions managériales.....	38
3.4 Synthèse des contributions	39
4. Cheminement et plan de thèse	43
4.1 Positionnement épistémologique.....	43
4.2 Choix méthodologique	44
4.3 Démarche générale et plan de thèse	45
CHAPITRE 1.....	48
LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AU SEIN DES HOPITAUX.....	48
1. La collaboration interprofessionnelle	50
1.1 Le concept de collaboration	50
1.2 Analyse conceptuelle évolutive.....	50
1.3 Terminologie connexe.....	55
1.4 Définition	58
2 . Contextualisation : la collaboration interprofessionnelle au sein des hôpitaux.....	59

2.1 Construction du cadre conceptuel	60
2.2 Modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004).....	62
2.2.1 Collaboration et sociologie des organisations	62
2.2.2 Les déterminants de la collaboration	63
2.2.3 Les déterminants systémiques ou Macro	65
2.2.3.1 Le système social	65
2.2.3.2 Le système culturel	65
2.2.3.3 Le système professionnel.....	66
2.2.3.4 Le système éducatif.....	66
2.2.4 Les déterminants organisationnels ou Méso (au niveau de l'institution)....	66
2.2.4.1 La structure organisationnelle.....	66
2.2.4.2 La philosophie de l'organisation.....	67
2.2.4.3 Le soutien administratif et les ressources de l'équipe : environnement de la CIP	67
2.2.4.4 La communication, les relations sociales et les mécanismes de coordination	67
2.2.5 Les déterminants interactionnels ou Micro (au niveau du professionnel) ..	67
2.2.5.1 L'individu en interaction.....	68
2.2.5.2 L'individu isolé ou en interaction	68
2.3 Déclinaison hospitalière des déterminants organisationnels.....	69
2.3.1 La structure organisationnelle au sein du système hospitalier français	69
2.3.2 La philosophie de l'organisation hospitalière française	71
2.3.3 L'environnement hospitalier français de la CIP	71
2.3.4 La communication, les relations sociales et mécanismes de coordination au sein des hôpitaux français	73
2.4 Modèle de Bedwell & al. (2012).....	75
2.4.1 Présentation générale du modèle	75
2.4.2 Les états émergents du cadre de performance collaborative	76
2.5 Déclinaison hospitalière des états émergents de la collaboration	79
2.5.1 La confiance	79
2.5.2 La cohésion.....	80
2.5.4 La volonté à collaborer	81
2.5.5 Le leadership.....	81
CHAPITRE 2.....	83
ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE	83
1. Positionnement épistémologique	85
1.1 Les différents paradigmes épistémologiques	85
1.1.1 Le paradigme épistémologique positiviste logique	85
1.1.2 Les paradigmes épistémologiques post-positivistes ou positivistes aménagés	86
1.1.2.1 Le réalisme scientifique	86
1.1.2.2 Le réalisme critique (ou transcendantal)	87
1.1.3 Le paradigme épistémologique constructiviste radical (ou téléologique)	87
1.1.4 Le paradigme épistémologique interprétativiste	88
1.1.5 Le paradigme épistémologique constructiviste au sens de Guba et Lincoln ...	88
1.2 Le positionnement épistémologique fondateur : le réalisme critique	89
1.2.1 Appropriation du cadre épistémologique	89
1.2.2 La justification des connaissances dans le paradigme épistémologique réaliste critique.....	90
2 . Choix méthodologiques.....	92

2.1 Synthèse de la méthodologie d'accès au réel empirique.....	93
La dépendance contextuelle des résultats (secteur hospitalier français) est prise en compte.	95
2.2 Recension des écrits	96
2.3 Du concept de collaboration interprofessionnelle à l'accès au réel empirique	102
2.4 L'étude du cas d'un groupement hospitalier français	103
2.4.1 Nature de l'étude	103
2.4.2 Population de l'étude	105
2.4.3 Spécificités des entretiens.....	107
2.4.4 Analyse des données.....	108
CHAPITRE 3 - ARTICLE 1. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux.....	111
Introduction.....	116
1. Méthodologie	117
2. La collaboration : définition et examen des principaux facteurs	118
2.1 Un cadre conceptuel riche de définitions variées.....	119
2.2 Les facteurs de la collaboration.....	120
2.3 Les états émergents de la collaboration	122
3. La collaboration, une réponse aux transformations organisationnelles du secteur hospitalier	123
3.1 Le domaine hospitalier : au cœur des transformations organisationnelles.....	123
3.2 Pourquoi la collaboration est-elle essentielle dans le secteur hospitalier ?.....	125
4. La collaboration dans le domaine hospitalier, un objet d'étude qui mérite une attention majeure	126
4.1 Application théorique au cas du secteur hospitalier.....	127
4.2 Les questions à approfondir	127
5. Discussion.....	129
Conclusion	132
Bibliographie.....	133
CHAPITRE 4 - ARTICLE 2. Facteurs organisationnels et états émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière	139
INTRODUCTION	146
1. METHODOLOGIE	147
2. LES ETATS EMERGENTS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	148
2.1 La confiance.....	150
2.2 La cohésion	150
2.3. La reconnaissance mutuelle	150
2.4. La volonté de collaborer	151
2.5. Le leadership.....	151
3. LES LEVIERS DE LA CIP: INTERACTIONS ENTRE FACTEURS ORGANISATIONNELS ET ETATS EMERGENTS	152
3.1 La structure organisationnelle et la stratégie.....	153
3.2 La philosophie de l'organisation.....	155
3.3 Les relations sociales et la communication.....	157
3.4 L'environnement de la collaboration	158

4. DISCUSSION.....	159
CONCLUSION	160
Bibliographie	161
CHAPITRE 5 - ARTICLE 3. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : étude de l'émergence de la confiance.....	166
INTRODUCTION	169
1. L'organisation hospitalière entre transformations et confiance.....	171
1.1 L'évolution du cadre hospitalier	171
1.1.1 Le domaine hospitalier au cœur des transformations organisationnelles	171
1.1.2 L'intérêt de la CIP	171
1.1.3 Les difficultés de mise en œuvre	171
1.2 Des facteurs organisationnels à la confiance	172
1.2.1 Une pluralité de facteurs organisationnels hospitaliers	172
1.2.2 La singularité de la collaboration interprofessionnelle hospitalière	172
1.2.3 De l'émergence de la confiance à l'hôpital	173
1.2.4 Des liens entre facteurs organisationnels hospitaliers et émergence de la confiance à préciser	174
2. L'étude du cas d'un groupement hospitalier français	175
2.1 Nature de l'étude	175
2.2 Population de l'étude.....	176
2.3 Analyse des données	176
3. Une analyse de l'émergence de la confiance en lien avec les facteurs organisationnels	177
3.1 Environnement organisationnel, quelle connectivité pour les ressources humaines ?	178
3.2 Philosophie organisationnelle, de l'importance des valeurs	178
3.3 Relations sociales et communication au cœur du questionnement	180
3.4 Structure organisationnelle et stratégie, le management en question.....	181
4. DISCUSSION	182
CONCLUSION.....	184
REFERENCES	185
CHAPITRE 6 - DISCUSSION GENERALE.....	191
1. Synthèse des résultats	193
1.1 Clarification théorique.....	193
1.2 Contextualisation théorique	196
1.3 Etude n°1	197
1.3.1 Principaux résultats et discussion	197
1.3.2 Recommandations managériales.....	201
1.4 Etude n°2	202
1.4.1 Principaux résultats et discussion	202
1.4.2 Recommandations managériales.....	211
1.5 Etude n°3 :.....	211
1.5.1 Principaux résultats et discussion	211
1.5.2 Recommandations managériales	215
2. Discussion des résultats	215
2.1 Les résultats.....	215
2.2 Proposition d'un cadre de réflexion managérial	217

2.2.1	La convergence des Modèles Mentaux	217
2.2.2	Les catégories de MM au sein d'une équipe	219
2.2.2.1	Données de la littérature	219
2.2.2.2	Les MMP de l'organisation	220
2.2.3.	Un cadre de réflexion managérial autour du partage de modèles mentaux ..	221
3.	Apports de la recherche.....	225
3.1	Apports théoriques	225
3.2	Apports méthodologiques	229
3.2.1	Les voies d'exploration	229
3.2.2	Codage des données.....	229
3.2.3	Thèse par articles	230
3.3	Apports managériaux	231
4.	Limites et perspectives de la recherche.....	232
4.1	Aspects théoriques.....	232
4.2	Aspects méthodologiques.....	233
4.2.1	Choix de la méthodologie d'enquête	234
4.2.2	Biais méthodologiques	235
4.3	Aspects managériaux	237
4.4	Pistes de recherche prioritaires.....	238
5.	Conclusion	238
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	241
	TABLE DES TABLEAUX	265
	TABLE DES FIGURES	266
	TABLE DES ANNEXES	267
	ANNEXES.....	268

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CIP : Collaboration Interprofessionnelle

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CS : Cadre de Santé

EE : Etats Emergents

FO : Facteurs Organisationnels

GHRMSA : Groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace

MM : Modèle Mental

MMP : Modèle Mental Partagé

MME : Modèle Mental de l'Equipe

NMP : New Management Public

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

RCPI : Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en santé et services sociaux

WHO: World Health Organization

AVANT PROPOS

Afin de partager notre univers professionnel, également cadre de notre travail de recherche, avec les lecteurs, nous nous appuyons sur deux témoignages de patients hospitalisés.

Le premier témoignage est celui de Sylvain Tesson, écrivain polytraumatisé à la suite d'un accident. Sylvain Tesson décrit dans cette interview le système hospitalier « vu de l'intérieur ».

« Je suis resté à la Pitié Salpêtrière qui est un hôpital parisien du public [...] où il y a une médecine vraiment très difficile parce qu'elle est quotidiennement soumise aux problèmes de l'affluence de la sur population de tous les services et de toutes les unités. Et donc tout s'opère dans une espèce de fièvre où on a l'impression qu'à tout moment le système va exploser et pourtant tout tient [...] et dans cette espèce d'urgence permanente il y a des développements de compétences qui sont assez indéniables dans le service public » (Tesson, 2023).

Le deuxième témoignage est celui de Jean-Dominique Bauby, atteint d'un locked-in syndrome⁶ à la suite d'un accident vasculaire et auteur du livre « Le scaphandre et le papillon ». L'auteur fait état de la diversité des professionnels réunis à son chevet dans le cadre de sa prise en soin à l'hôpital.

« Sept heures trente. L'infirmière de service interrompt le cours de mes pensées. Selon un rituel bien au point, elle ouvre le rideau, vérifie trachéotomie et goutte-à-goutte, et allume la télé en vue des informations. Pour l'instant, un dessin animé raconte l'histoire du crapaud le plus rapide de l'Ouest. Et si je faisais un vœu pour être changé en crapaud ? [...] Je n'avais jamais vu autant de blouses blanches dans ma petite chambre. Les infirmières, les aides-soignants, la kinésithérapeute, la psychologue, l'ergothérapeute, la neurologue, les internes, et même le grand patron du service, tout l'hôpital s'était déplacé pour l'occasion. » (Bauby, 1997)

Ainsi débute l'ouvrage « Le scaphandre et le papillon » que Jean-Dominique Bauby a rédigé en usant du clignement de son œil droit. Il a pour cela composé et mémorisé les pages, puis les a dictées et corrigées. Dans la suite de son ouvrage il relate toutes les étapes de sa rééducation

⁶ Etat neurologique dans lequel le patient est éveillé, totalement conscient et dont les capacités cognitives sont préservées mais qui ne peut réaliser des mouvements que des paupières et parfois des yeux (paralysie motrice).

et les rôles des différents acteurs.

Ces deux témoignages illustrent le contexte de notre recherche en regard de l'environnement complexe qu'est l'hôpital et de la collaboration interprofessionnelle qui s'y déroule.

Nous allons à présent développer ces éléments contextuels.

INTRODUCTION GENERALE

Dans son rapport « Global strategy on human resources for health: Workforce 2030 », l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS ; World Health Organization, WHO) met en exergue la nécessité de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité concernant les ressources humaines pour la santé (WHO, 2016), cela afin de garantir une couverture efficace des besoins en santé mondiaux. Dans ce cadre, le rapport fait état des besoins mais aussi des possibles obstacles à la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans une vision :

- fondée sur les soins en équipe ;
- reconnaissant la nécessité de se saisir d'approches collaboratives ;
- exploitant la contribution potentielle de différentes typologies de travailleurs en santé (WHO, 2016).

Selon Bedwell & al. (2012) la collaboration est un processus évolutif par lequel deux ou plusieurs entités sociales s'engagent activement et réciproquement dans des activités conjointes visant à atteindre au moins un objectif commun. Elle dépend de facteurs organisationnels qui sont identifiés dans différents modèles et peuvent être répertoriés en 4 catégories (Aumais & al. 2012 ; Oandasan & al., 2004) :

- la structure organisationnelle ;
- la philosophie de l'organisation ;
- le soutien administratif et le soutien de l'équipe ;
- la communication, les relations sociales et les mécanismes de coordination.

Au niveau national français, le secteur de la santé et plus particulièrement le secteur hospitalier présentent des spécificités contextuelles en rapport d'une part avec les dépenses en santé et une dette croissantes, d'autre part avec l'évolution de la législation, de la structuration et des missions hospitalières (Holcman, 2019). Au regard des conséquences positives de la CIP pour le patient, l'organisation, le professionnel et le système (Petri, 2010), la littérature souligne, dans ces conditions, de nombreuses difficultés de mise en œuvre. Ces difficultés sont notamment en lien avec :

- un manque général de compréhension du concept de CIP (Bedwell & al., 2012 ; Henneman & al., 1995 ; Thomson & al., 2007) ;
- la complexité du système de santé français et son évolution (Aumais & al. 2012 ; Havard, 2015 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, Krief, 2012 ; Lemieux-Charles & McGuire, 2006 ; Nobre, 2006) ;

- une recherche permanente d'efficience et de qualité des soins (Abord de Chatillon & Desmarais, 2012 ; Gueguen & Campia, 2018 ; Hood, 1995 ; Sebai, 2018).

Dans notre travail de recherche, nous nous concentrons particulièrement sur le contexte hospitalier français et l'émergence de la CIP qui s'y opère. Nous appréhendons ce phénomène complexe en le contextualisant notamment en regard des nombreux facteurs organisationnels hospitaliers en jeu. La dimension dynamique de la CIP est quant à elle abordée au travers de la notion d'émergence et plus précisément des « états émergents ». Les états émergents sont des cognitions, des motivations, des affects ou encore des valeurs qui émergent des processus d'interaction d'équipe (Rosen & al., 2011 ; Saloas & al., 2014) comme la confiance ou encore la cohésion. Ces états émergents retiennent toute notre attention car ils ne peuvent être entièrement contrôlés, ils ne peuvent se « décréter » mais peuvent être influencés dans une certaine mesure (Wachs & al., 2016). Leur émergence et cette influence étant hautement dépendantes des interactions en équipe (Wachs & al., 2016).

La figure ci-après présente notre démarche générale et notre plan de thèse. La figure est reprise à chaque étape clé de notre recherche afin d'indiquer notre positionnement dans le cheminement global.

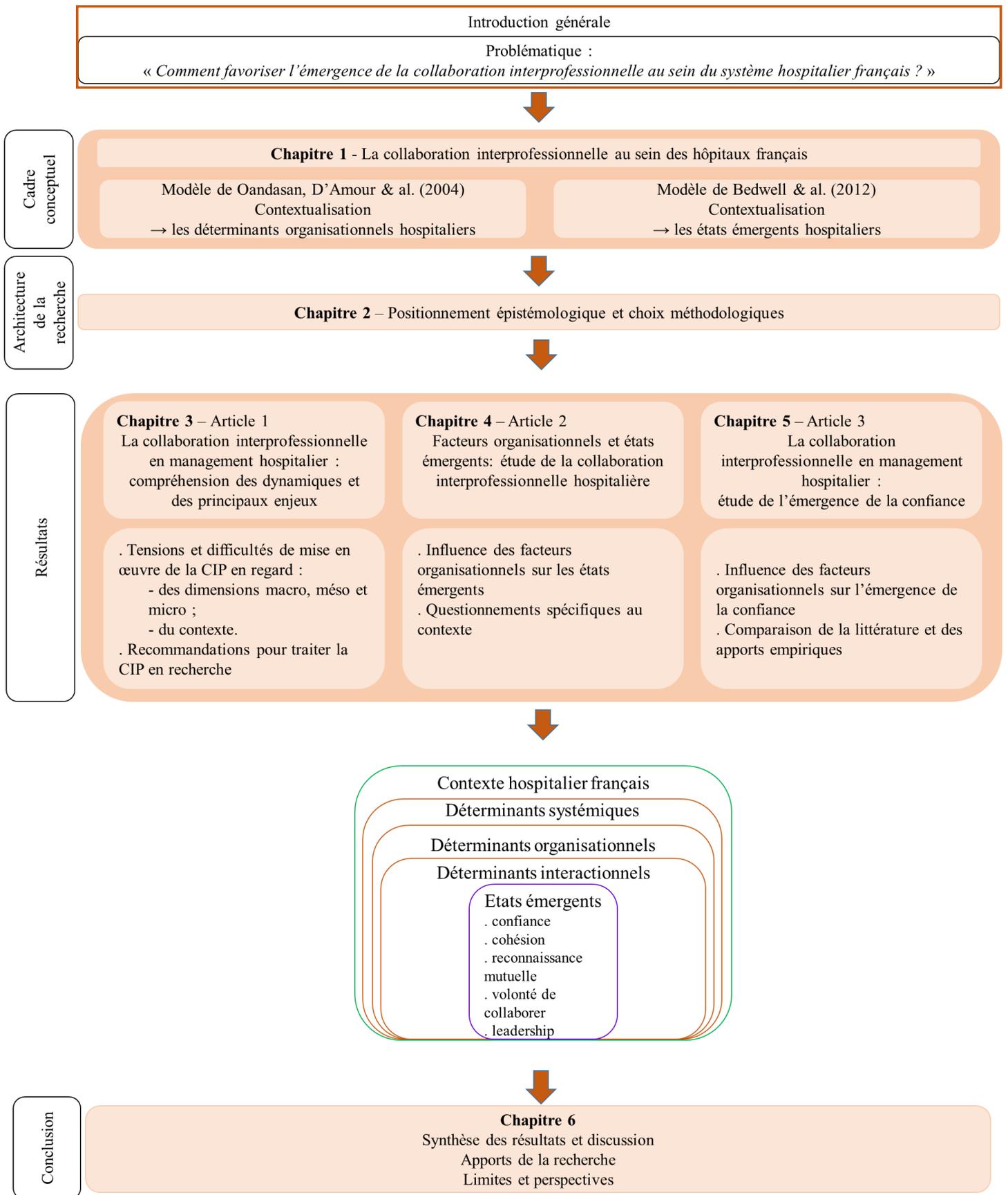


FIGURE 1 : Démarche générale et plan de thèse – introduction

Nous présentons dans la partie ci-après l'origine et la construction de notre objet de recherche qui se fondent sur différents constats fondamentaux.

1. Genèse de l'objet de recherche

L'objet de notre recherche est fondé sur notre cheminement en quatre étapes clés :

- le constat de complexification du domaine de la santé ;
- la recherche de solutions innovantes ;
- l'intérêt de la CIP ;
- les difficultés de mise en œuvre.

1.1. Complexification du domaine de la santé

Dans son rapport « World health report 2006 – working together for health », l'OMS met en exergue la fragmentation de nombreux systèmes de santé dans le monde et une gestion des besoins en santé disparate. Elle expose que le personnel en santé est confronté à des problèmes de santé de plus en plus complexes (WHO, 2006). Le déficit mondial de professionnels de la santé qualifiés serait d'environ 12,9 millions d'ici 2035 (WHO, 2013). Cette complexification repose sur de nombreux facteurs que nous allons développer ci-après.

1.1.1 Dépenses de santé

Les aspects financiers sont une priorité majeure du domaine de la santé en général et des hôpitaux en particulier. En 2017, le total des dépenses du système hospitalier français se montait à 99,3 milliards d'euros, ce qui représente 52% de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) (Holcman, 2019). Comme l'indique le tableau ci-dessous, la dette des hôpitaux a globalement évolué négativement au cours des années (Holcman, 2019, p. 7).

TABLEAU 1 : Evolution de la dette des hôpitaux de 2011 a 2016

	2001	2011	2012	2014	2016
Dette en milliards d'euros	9,8	26,5	30	30,8	29,8

Les déterminants de la croissance des dépenses sont nombreux. Selon le Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022, les pathologies les plus fréquentes et coûteuses sont les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques. Certaines dépenses augmentent lentement mais régulièrement du fait du vieillissement de la population (maladies

cardiovasculaires, diabète, etc.), d'autres augmentent brutalement en raison de l'arrivée de nouveaux traitements coûteux (Assurance Maladie, 2021).

La figure ci-après illustre l'augmentation des dépenses, celle-ci s'explique par :

- l'évolution du nombre de personnes prises en charge ;
- l'évolution de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne prise en charge.

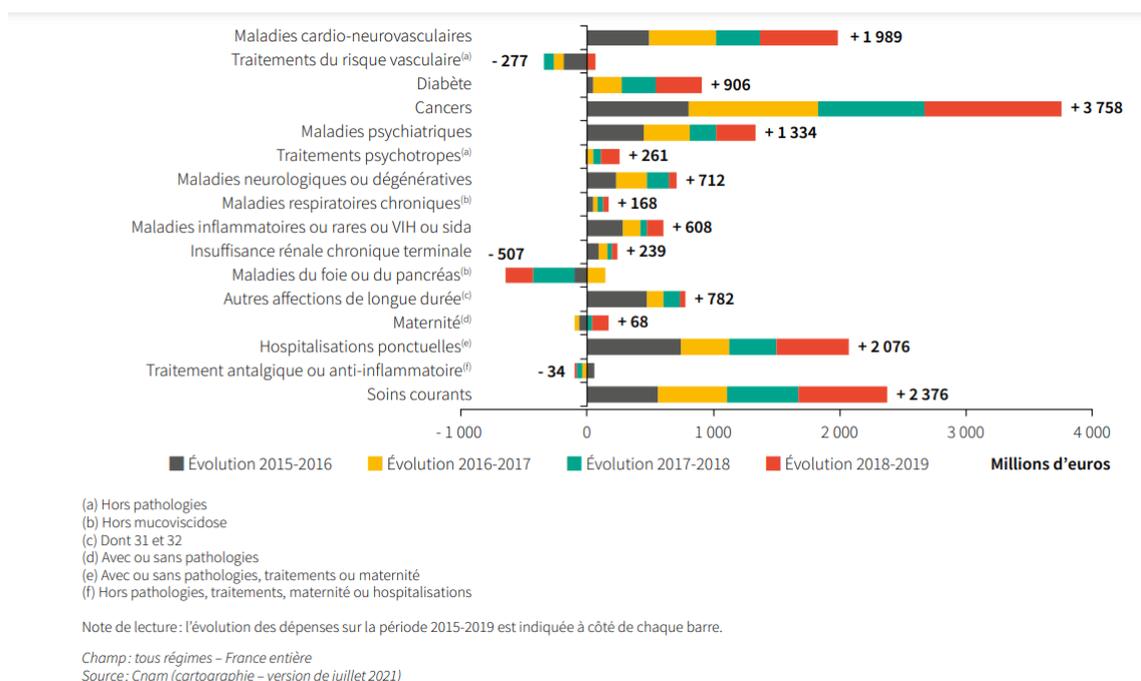


FIGURE 2 : Evolution des dépenses entre 2015 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (Assurance Maladie, 2021, p. 15).

L'assurance maladie annonce par ailleurs un surcoût brut de la crise sanitaire en 2020 de 17,5 milliards d'euros (Assurance Maladie, 2021, p. 61).

1.1.2 Evolution des missions

Au regard de l'évolution de ces dépenses, nous pouvons considérer l'évolution des missions hospitalières. Selon la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière, les missions initiales du service public⁷ hospitalier sont d'assurer les examens de diagnostic, le traitement des patients qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel. Le système hospitalier participe également à l'enseignement universitaire, aux actions de médecine préventive, à la recherche, etc.

⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000874228/>

Selon l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié⁸ (version en vigueur depuis le 19 janvier 2018), les missions se sont étendues et le système hospitalier doit :

- proposer un accueil adapté (situation de handicap, situation de précarité sociale) et un délai de prise en charge adapté ;
- garantir la permanence de l'accueil et de la prise en charge ;
- garantir un accès égal à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- offrir l'absence de facturation de dépassements des tarifs et des honoraires ;
- garantir la participation des représentants des usagers du système de santé ;
- transmettre annuellement à l'Agence Régionale de Santé (ARS) compétente leur compte d'exploitation ;
- participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;
- développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
- développer des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;
- promouvoir des actions en matière de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins.

Au regard de ces missions, différentes réformes se sont succédées dans le secteur de la santé en France au cours des deux dernières décennies. En particulier, dans le secteur hospitalier Français, différentes lois et mises en application se suivent. Il s'agit notamment du plan « Hôpital 2007 » et de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST). Les figures ci-après mettent en exergue l'évolution de l'architecture institutionnelle des établissements publics de santé et permettent d'introduire l'organisation interne que cela induit. Cette évolution se décompose en trois phases :

- avant la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 », l'organisation hospitalière reposait sur une double ligne hiérarchique partagée entre le chef d'établissement et le conseil d'administration ;

⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690682/2022-10-13/

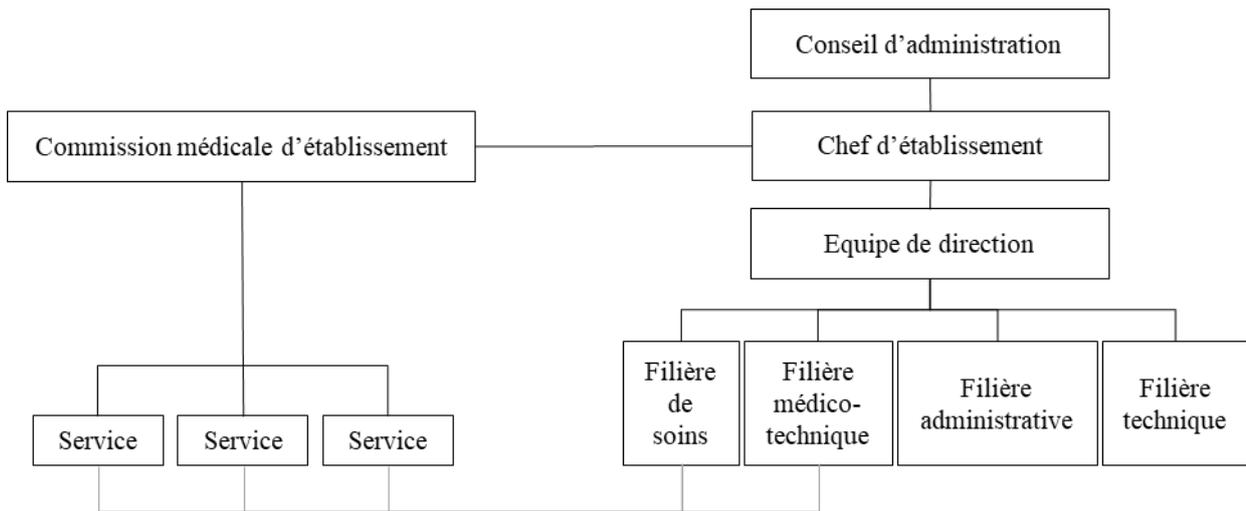


FIGURE 3 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé avant le plan « hôpital 2007 » (Holcman, 2019, p. 224)

- la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 » a entraîné : une modification des missions du conseil d'administration, un regroupement des services autour de pôles d'activité, la création du Conseil exécutif ;

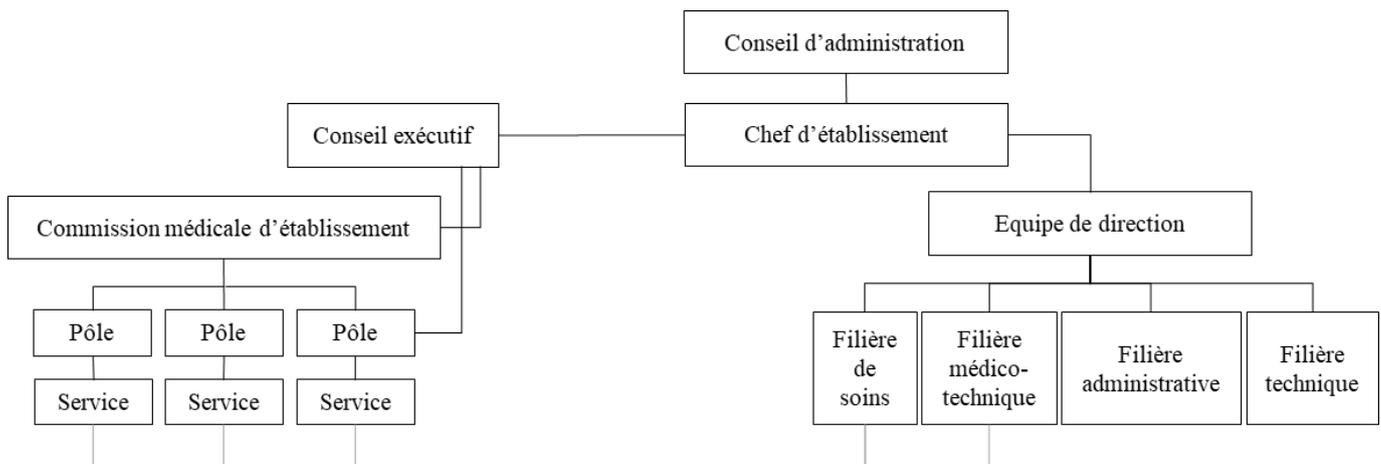


FIGURE 4 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé après le plan « hôpital 2007 » (Holcman, 2019, p. 224)

- la mise en œuvre de la loi « HPST » a quant à elle entraîné le remplacement du Conseil d'administration par le Conseil de surveillance et le remplacement du Conseil exécutif par le Directoire.

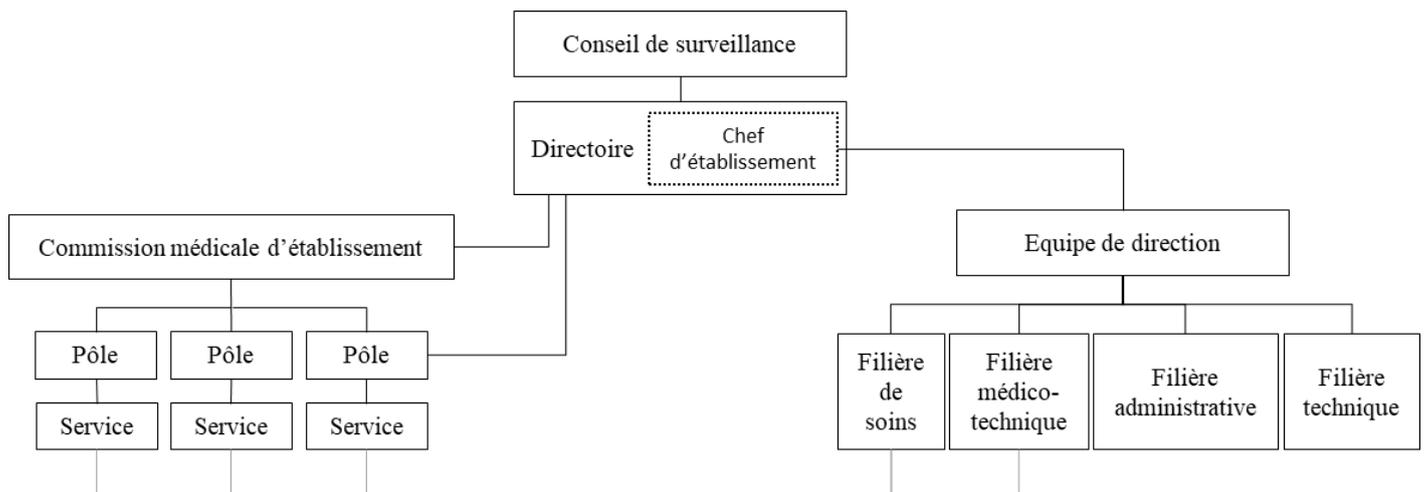


FIGURE 5 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé après la loi « hôpital HPST » (Holcman, 2019, p. 224)

La création des pôles d'activité est primordiale au sein de la nouvelle gouvernance hospitalière. Elle a pour objectif « *la simplification et l'amélioration du fonctionnement des services au quotidien et la diffusion d'une rationalité médico-économique au plus près du terrain, pour améliorer la productivité et l'efficacité des soins* » (Bérard, 2013, p. 189). Cette organisation se veut en faveur d'un pilotage médico économique et de « *l'application d'un principe de subsidiarité, où les décisions doivent être prises au plus près de la production de soins* » (Vallejo, 2020, p. 2).

Cependant certains freins sont soulevés dans la littérature. La délégation de pouvoir et de décision aux chefs de pôle serait insuffisante et les équipes de direction seraient réticentes au changement des processus organisationnels (Bérard, 2013 ; Bréchat et al., 2010 ; Rivière et al., 2019). Bérard met en évidence « *trois lignes de gouvernance et de coordination, qui ne se recoupent pas nécessairement* » (Bérard, 2013, p. 199) (directoire, pôles et services médicaux) et qui sont animées par des principes (surveillance, rationalité, contrôle, contrainte) et des logiques (efficacité, intervention, productivité, efficacité) différentes (Vallejo, 2020). Parmi les principaux obstacles à cette organisation, la littérature fait état de l'hétérogénéité des pôles médicaux et des profils des professionnels (métiers, compétences, cultures professionnelles, etc.), le temps nécessaire à la gestion de tout changement, les contraintes budgétaires, mais aussi la rigidité du service public hospitalier en lien avec ses statuts réglementaires (Bérard, 2013). De plus, les spécificités et, parfois, les incompatibilités des statuts, missions, métiers et rôles de chacun sont particulièrement complexes à gérer (Bréchat & al., 2010). Les professionnels de santé subissent une « hybridation » : double compétence, légitimité et identité (Bérard, 2013 ; Valette & Burellier, 2014) cela notamment concernant les « médecins-

managers ». L’OMS expose également que les ressources humaines pour la santé sont en crise et annonce qu’une pénurie mondiale d’agents de santé a été unanimement reconnue et que cela constitue un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement lié à la santé (WHO, 2006 ; WHO, 2008).

1.2 Recherche de solutions innovantes

Au regard de la complexité des systèmes de santé et des nombreux défis que ceux-ci ont à relever, l’OMS souligne la nécessité de renforcer les systèmes de santé mondiaux, il s’agit selon elle d’un des défis les plus urgents pour les décideurs, les agents de santé, les gestionnaires et les membres des communautés du monde entier (WHO, 2008). Cela nécessite d’identifier de nouvelles approches organisationnelles et humaines (Nobre, 2013 ; Wachs et al., 2016), en effet, « *l’hôpital est soumis à de profondes mutations qui contraignent à innover [...] les établissements se doivent aussi de transformer leurs pratiques managériales* » (Nobre, 2013, p. 113). Les Agences Régionales de Santé mettent ainsi en lien leur politique d’orientation stratégique avec les besoins en innovation, rencontres, échanges et partage d’expérience et avec la nécessité de mixer compétences et acteurs d’horizons différents (ARS grand Est, 2018). La notion de collaboration interprofessionnelle prend alors tout son sens, apparaissant comme un atout majeur, « *une approche novatrice face aux schémas classiques d’organisation du travail* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p. 2). Elle apporte des pistes de réponse face à la quête permanente d’efficacité et de qualité mais présente également de notables avantages concernant le développement de l’innovation (D’Amours et al., 2015 ; Nielsen, 2004), la résolution de problèmes, et la gestion de la complexité (Nielsen, 2004 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Lemieux-Charles et McGuire, 2014 ; Jacob, 2015 ; Jacob et Poitras, 2015).

Nous allons à présent développer les différentes conséquences positives de la CIP.

1.3 Intérêt de la collaboration interprofessionnelle

De manière conceptuelle les « conséquences » sont les événements qui se produisent après ou à la suite du concept (Rodgers, 2000 in Petri, 2010), elles sont le résultat de l’utilisation d’un concept dans une situation pratique (Toftthagen, 2010). Petri note que les conséquences identifiées concernant la collaboration interprofessionnelle sont largement de nature positive dans la littérature (Petri, 2010). Ces conséquences positives ont un impact sur le patient, l’organisation ou le système et le professionnel de santé. Selon l’OMS, la pratique collaborative et les équipes interprofessionnelles contribuent à répondre à certains des plus grands défis sanitaires mondiaux (Careau, 2013 ; WHO, 2010). Cela peut par exemple concerner :

- la détection, le traitement et la prévention de maladies mondiales (VIH, paludisme, etc.) ;
- la sécurité sanitaire (épidémie et pandémies) ;
- la santé mentale.

Le tableau ci-après récapitule la diversité des conséquences positives de la CIP.

TABLEAU 2 : Principales conséquences positives de la CIP selon la littérature

	Auteurs	Effets sur :	Par l'intermédiaire :
Concernant le patient	D'Amour & al., 2005 ; Careau, 2013	Satisfaction, bien-être du patient	- de l'accessibilité et de la continuité des soins.
	Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; WHO, 2010	Résultats de santé positifs du patient (diminution des complications du patient, de la durée du séjour à l'hôpital, des admission à l'hôpital)	- de la communication, de la coordination ; et d'interactions favorables entre les soignants ; - d'une meilleure acceptation du traitement ; - d'une réduction de la durée du traitement.
	Ben Maaouia, 2018 Careau, 2013 Jacob, 2015 Lindeke & Sieckert, 2005 Mizrahi & Abramson, 2000 Vazirani & al., 2005 WHO, 2010 Yeager, 2005	Qualité des soins et sécurité du patient (taux d'erreurs cliniques, taux de mortalité)	- d'une approche centrée sur le patient ; - de l'autonomisation et la responsabilisation des soignants.
Concernant l'organisation	Aumais & al., 2012 Baggs & al., 2004 Careau, 2013 Dechairo-Marino & al., 2001 McCallin, 2001 Vazirani & al., 2005	Productivité, maîtrise et réduction des coûts	- d'une meilleure coordination des services aux patients.

	Zwarenstein & Bryant, 2000		
	WHO, 2010	Coordination des services de santé	- de l'amélioration de l'accès ; - de l'utilisation appropriée des ressources cliniques spécialisées.
	Jacob & Poitras, 2015	Clé de voute des modèles misant sur l'innovation et la complexité	- de concertations entre partenaires ; - d'une mise en commun des connaissances et compétences.
	Richter & al., 2005	Prise de décisions	- du procédé de la résolution de problèmes ; - de correction des erreurs.
	Atwal & Caldwell, 2005 Careau, 2013 Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 Lindeke & Block, 2001	Approche holistique	- d'analyse des problèmes ; - de prévention de la fragmentation des soins.
Concernant le professionnel de santé	Andasan, 2005 Careau, 2013 Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 Lindeke & Block, 2001 Lindeke & Sieckert, 2005 Yeager, 2005	Satisfaction au travail et diminution du stress	- d'un moral amélioré, d'un enthousiasme accru, de la rétention du personnel et d'un épuisement professionnel réduit.
	Robidoux, 2007	Augmentation des connaissances	- de partage entre disciplines ou professions.
	Brunelle, 2009 Careau, 2013 Dechairo Marino & al., 2001	Bien-être des employés et engagement, satisfaction du personnel et efficacité perçue de l'équipe	- d'une participation accrue au processus décisionnel.

Lemieux-Charles & McGuire, 2006		
Brunelle, 2009	Ouverture sur davantage de créativité et d'efficience	
Brunelle, 2009 WHO, 2010	Attraction et rétention du personnel hospitalier, faible roulement dans les services de soin	- d'une diminution des tensions et conflits entre soignants.

Afin d'illustrer les apports de la littérature et de les rendre davantage tangibles, nous ajoutons aux paragraphes suivants des éléments de verbatim.

Ils sont codés comme suit : Participant + n°, Sexe, âge, ES (Equipe Soignant) ou ED (équipe Direction)⁹. Comme le témoigne ce soignant, concrètement la CIP est indispensable au fonctionnement hospitalier.

« Forcément par rapport aux patients, on ne peut pas dire que nous on travaille seuls, [...] On est obligé quand même de se reposer les uns sur les autres. Chacun a quelque chose à apporter pour le projet du patient [...] chacun va travailler dans le même but.

Dans le cadre par exemple d'un retour à domicile je vais forcément aller demander aux thérapeutes où est ce qu'ils en sont, les capacités du patient [...] c'est vraiment pour l'élaboration du projet de vie du patient qu'on va être amené à travailler le plus ensemble. » (P6, F, 34 ans, ES).

1.4 Difficultés de mise en œuvre

Il est souligné dans la littérature que la CIP rencontre de nombreux freins quant à sa mise en place, nous retenons quatre niveaux auxquels ces difficultés peuvent être rencontrées.

1.4.1 Difficultés au niveau théorique

Bedwell & al. (2012) soulignent que le manque général de compréhension du concept de CIP est un obstacle majeur à sa mise en œuvre. La littérature met ainsi en regard une utilisation très variée et parfois inappropriée de ces termes dans le domaine de la recherche et de manière

⁹ Tableau 12

appliquée, cela rendant cette variable inutilisable (Henneman & al., 1995 ; Bedwell & al., 2012). Ces auteurs soulignent que l'absence d'une définition descriptive, précise et unificatrice du concept amène à des incompréhensions et à une utilisation erronée et que cela nuit aux progrès de la recherche et de la pratique. Selon Thomson & al. (2007) l'étendue de la littérature, son approche multidisciplinaire et sa richesse en étude de cas n'amènent pas une cohérence entre les disciplines. Les nombreuses et différentes définitions et compréhensions de la CIP, le manque de consensus et le caractère cumulatif des approches entravent une conceptualisation rigoureuse (Thomson & al. 2007 ; Ben Maaouia, 2017). Ainsi selon la synthèse de la littérature réalisée par Bedwell & al. (2012), les définitions :

- seraient majoritairement trop vagues ou trop spécifiques ;
- expliqueraient le contexte sans fournir de définition explicite ;
- s'appliqueraient à un niveau restreint d'analyse ;
- ne seraient pas conceptualisées comme un processus ;
- décriraient un autre type d'interaction.

De plus, la prise en compte de ce concept peut être mise de côté au regard de problématiques en santé ayant un caractère plus « urgent » telles que des épidémies, des préoccupations économiques, des catastrophes naturelles ou encore le vieillissement de la population (WHO, 2006 ; WHO, 2010). Il est d'ailleurs notable que *« même si la collaboration interprofessionnelle semble renforcer les organisations et améliorer d'autant plus les indicateurs de santé, on constate que bon nombre de systèmes de santé à travers le monde présentent encore une organisation de soins et services fragmentée et connaissent de la difficulté à répondre aux besoins de la population »* (Careau, 2013, chapitre 1, p. 2).

1.4.2 Difficultés au niveau systémique

Comme nous l'avons abordé en amont, le système de santé français a très largement évolué au cours des deux dernières décennies, sa complexité (Aumais & al. 2012 ; Havard, 2015 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, Krief, 2012 ; Lemieux-Charles & McGuire, 2006 ; Nobre, 2006) est principalement en lien avec :

- les enjeux financiers majeurs (Assurance maladie 2021 ; Holcman, 2019) ;
- l'évolution des missions hospitalières ;
- les nombreuses réformes (Bréchat, 2010 ; Bérard, 2013 ; Rivière, 2019 ; Vallejo, 2020) ;
- la pénurie de personnel (WHO, 2006 ; WHO, 2008 ; WHO, 2013).

« Et à l'hôpital on fonctionne beaucoup en silo et ça c'est une vraie difficulté, plus la taille est grande, et nous on a là quelque chose d'assez grand y compris géographiquement, faire fonctionner le groupe est effectivement quelque chose de compliqué » (P31, F, 58 ans, ED).

Le cloisonnement et l'organisation en silos sont en défaveur de la CIP (Bréchat, 2010 ; Gavault, 2014). Krief (2012) décrit les hôpitaux comme « *une organisation problématiquement cloisonnée et dont la gouvernance interne peut être qualifiée de "gouvernance éclatée"* » (Krief, 2012, p. 45). Deux logiques de pouvoir y sont en tension, une logique rationnelle de pilotage et une logique professionnelle fondée davantage sur des éléments d'opérationnalisation. Ce cloisonnement laisse également place à de multiples logiques professionnelles, parfois elles-mêmes en contradiction (Peljak, 2002). La construction de ces logiques professionnelles débute en formation initiale, période d'acquisition de connaissances et compétences mais aussi de développement de valeurs et d'éthique (Ben Maaouia, 2017). En cette période de socialisation, les formations restent également majoritairement en silos et la connaissance des autres professions reste à développer. Les membres des différentes professions connaissent encore très peu les pratiques, l'expertise, les responsabilités, les compétences, les valeurs et les perspectives théoriques des professionnels des autres disciplines (San Martin Rodriguez & al., 2005). Selon ces auteurs, ceci est considéré comme l'un des principaux obstacles à la pratique collaborative dans les équipes de soins de santé (Hanson & al., 2000 ; San Martin Rodriguez & al., 2005). En effet la connaissance, la compréhension et la valorisation des autres professionnels sont indispensables au développement de la CIP (Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012).

« Le pouvoir, "c'est moi la chef, c'est moi qui décide !", voilà clairement c'était son premier truc chez nous : "moi j'ai dit... vous faites !", [...] le manque de com. pour garder le pouvoir, cette attitude... "c'est moi qui décide, c'est moi qui impose" sur un ton infantilisant... » (P25, F, 38 ans, ES).

Il existe des différences de pouvoir entre les professions qui sont délétères pour la CIP (Robidoux, 2007), en effet les hôpitaux ont, de manière traditionnelle, une structure hiérarchique fondée sur le concept de pouvoir (Ben Maaouia, 2017 ; Scott, 1993) et certaines fonctions sont considérées comme supérieures (médicale par exemple) (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Ces différences de pouvoir peuvent également être en lien avec le sexe, des stéréotypes, des statuts sociaux, etc. (San Martin Rodriguez & al., 2005). Selon Josserand & al. (2004) un

contrôle excessif (qui ne permet pas suffisamment d'ajustements autonomes et mutuels) aussi bien qu'un manque de contrôle sont délétères à la CIP.

1.4.3 Difficultés aux niveaux organisationnel et interactionnel

Au niveau organisationnel, les difficultés sont de différents ordres.

« *J'ai de l'autonomie dans la prise de décision de ce que je fais pendant ma séance. On est assez autonomes dans notre gestion de l'emploi du temps [...]. Après, le côté administratif, c'est imposé. Tout ce qui concerne la documentation, c'est imposé, les horaires aussi* » (P2, H, 30 ans, ES).

La recherche d'efficience et de qualité des soins peuvent être difficiles à accorder et équilibrer. Elles sont directement mises en lien avec le New Management Public (NMP) dont les principes soutiennent le pilotage des politiques publiques (Sebai, 2018). Ces principes se veulent en faveur de la « *mise en place d'un management de terrain, direct et pragmatique et d'une évolution des organisations publiques vers plus de souplesse et d'autonomie* » (Hood, 1995 ; Sebai, 2018, p. 521). Selon Abord de Chatillon et Desmarais (2012) on peut identifier trois dimensions majeures du NMP :

- le contrôle des moyens au service d'une meilleure maîtrise des coûts ;
- la responsabilisation des acteurs et notamment l'autonomisation des managers ;
- la prise en compte des parties prenantes » (Rivière, 2019).

Le NMP et notamment la rationalisation des actes et des activités ne trouvent pas toujours un bon accueil auprès des acteurs de terrain qui cherchent avant tout à « *résoudre des problèmes de santé des patients* » (Gueguen & Campia, 2018, p. 201), il reste un élément déstabilisant au quotidien.

« *L'hôpital c'est vitesse et accumulation, c'est un peu ça, c'est-à-dire qu'on n'a pas le temps de clairement amorcer quelque chose que déjà, hop on nous demande un peu autre chose* » (P29, F, 62 ans, ED).

Les tensions temporelles sont également à prendre en considération, en effet les soignants ont le sentiment de devoir travailler vite, d'être chronométrés. L'augmentation de la charge de travail et l'accélération du rythme sont soulignées (Gheorghiu & Moatty, 2005). Le temps de présence du patient est lui aussi réduit afin de répondre à des critères de rentabilité (Gheorghiu & Moatty, 2005). Au regard de ces éléments, la CIP « *peut être perçue comme impossible ou*

difficile dans un [...] contexte où les conditions de travail sont dégradées et en particulier le rythme de travail est accru » (Dumas & al., 2016, p. 55). De plus ces éléments (partage de tâches en effectifs réduits, contraintes de rythme, familles ou patients mécontents, etc.) entraînent des situations conflictuelles (Rossano, 2019).

« Tout cet écosystème qui est quand même très complexe, un hôpital, avec des diversité d'interventions, de profils, de cultures professionnelles qui cohabitent, c'est faire en sorte de créer de la transversalité » (P32, F, 43 ans, ED).

Nous avons abordé la complexité au niveau macro, correspondant ici au système de santé, elle existe également au niveau méso, celui des hôpitaux. L'hôpital est « *par nature, une organisation complexe* » (Kervasdoué, 2005, p. 5 in Krief 2012) et serait même l'un des systèmes sociétaux les plus complexes (Glouberman & Mintzberg, 2001 ; Krief 2012).

Selon Havard (2015), cette complexité tient principalement à trois éléments :

- la densité, la diversité et l'interdépendance des activités hospitalières (cliniques, médicotechniques, logistiques et administratives) et des acteurs en lien (Nobre, 2006) ;
- « *la coexistence en interne de différents corps professionnels hiérarchisés* » (Havard, 2015, p. 94) et leurs relations en terme de pouvoir (Holcman, 2006 ; Nobre, 2006 ; Krief, 2012) ;
- les nombreux aléas (Xiao, 2005 ; Honoré, 2015) et mutations auxquels sont confrontés les hôpitaux (Lavigne, 2009 ; Havard, 2015).

« Les personnels ont très souvent une grande crainte par rapport à ce qu'est leur responsabilité sans avoir une connaissance de l'étendue de cette responsabilité, ni de comment ça fonctionne. Donc c'est très insécurisant [...] jusqu'où va la responsabilité, quand on a les moyens, quand on n'a pas les moyens. [...] il y a cette part de la responsabilité de l'institution aussi, qu'il faut connaître »
(P29, F, 62 ans, ED).

Les gestionnaires et praticiens hospitaliers sont confrontés à cette complexité et « *des études de cas révèlent qu'il peut être difficile [...] de favoriser une collaboration réussie* » (Bedwell & al. 2012 ; Thomson, 2001). Le développement de la CIP reste ainsi un défi pour les décideurs politiques et pour les gestionnaires organisationnels (Robidoux 2007 ; San Martin Rodriguez &

al., 2005). Les cadres managers sont également en première ligne de cette gageure, leur rôle demandant sans cesse de nombreux ajustements (Bedwell & al., 2012). Ils sont en effet pris « *entre le "marteau" de la hiérarchie et "l'enclume" des collaborateurs* » (Mispelblum-Beyer, 2006 ; Dumas & Ruiller, 2013, p. 42). Au-delà de cette perspective leur action se situe au carrefour de nombreux acteurs dont les besoins et exigences sont diverses : professionnels administratifs, soignants, médicaux, patients, familles, etc. Ils sont ainsi soumis à des tensions de rôles, les attentes pouvant être divergentes. Cela peut aussi prendre la forme d'une ambiguïté de rôles (méconnaissance des attentes des collaborateurs, évolution du métier, etc.) (Dumas & Ruiller, 2013 ; Rivière & al., 2019). Ces rôles se complexifient également et passent par la nécessité de :

- « *traduction des décisions,*
- *régulation des relations sociales,*
- *pilotage des performances et*
- *adaptation des ressources* » (Desmarais & Abord de Châtillon, 2008 in Rivière & al., 2019, p. 4).

Les rôles des cadres s'orientent alors vers :

- « *la responsabilisation dans l'objectif d'une gestion publique davantage centrée sur les résultats [...] ;*
- *la logique participative qui renforce le rôle de communication et d'interface du cadre entre supérieurs et collaborateurs, et vis-à-vis de l'utilisateur* » (Fergelot, 2016, p. 67).

Crozet & Desmarais (2005) abordent le fait que les cadres se trouvent dans une « *situation inconfortable, ambiguë, caractérisée par des conflits de rôles* » (Crozet & Desmarais, 2005, p. 3). Ils subissent en effet des « tensions de rôles » liées à de nouvelles attentes de l'organisation. Les soignants peuvent quant à eux être déstabilisés par ces évolutions et expriment leur malaise (Baret, 2002 ; Abord de Chatillon & al., 2016 ; Georgescu & Naro, 2012 ; Grévin, 2011 ; Mas & al., 2011 ; Rivière & al., 2019).

De plus leurs conditions de travail sont bouleversées par l'apparition de nouvelles pathologies, le vieillissement de la population et des problématiques sociales (précarité, exclusion, immigration). La mise en regard de ces problématiques avec des critères de rentabilité est déstabilisante pour le personnel hospitalier (Gheorghiu & Moatty, 2019).

« c'est ça en fait la délégation de gestion, c'est que la décision se prenne là où elle doit être prise, après c'est des arbitrages où effectivement il y a des décisions qui sont institutionnelles » (P31, F, 58 ans, ED).

Enfin cette complexité se retrouve en ce qui concerne le processus décisionnel.

Selon Herminia & Hansen (2011) le leader collaboratif doit pouvoir distribuer le pouvoir décisionnel aux différents membres de l'équipe en fonction des projets et activités. Son contrôle est alors assoupli afin de permettre la CIP. La coercition doit être réduite pour laisser place à davantage de collégialité (Jacob & Poitras, 2015). Celle-ci doit être guidée par une articulation autour du partage des tâches et de l'atteinte des objectifs (Lingard & al, 2004 ; Ben Maaouia, 2017). Compte-tenu de ces injonctions nous notons qu'au sein des hôpitaux le processus décisionnel reste difficile à identifier, cela en lien avec les différentes gouvernances et systèmes hiérarchiques (Nobre, 2013 ; Vallejo, 2018). Au-delà du rôle clé des cadres de santé, les pôles d'activité sont surtout soumis à la gouvernance d'un chef de pôle (médecin), d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif avec un pilotage médico-économique suivant le principe de subsidiarité laissant en théorie plus d'autonomie aux acteurs de terrain (Divay, 2018). Cette dynamique contraint également la mise en œuvre des projets qui « *restent souvent à l'état d'intentions sans concrétisation et donc sans mise en œuvre effective* » (Krief, 2000, p.5). La lenteur du déroulement des projets ou encore leur abandon ont pour conséquence un découragement des acteurs.

Cette déclinaison des difficultés liées à la mise en œuvre de la CIP au sein des hôpitaux (par rapport aux différents niveaux environnementaux) nous mène à mettre en exergue le besoin impératif de contextualisation de ce concept, cela sera détaillé plus après¹⁰. En nous appuyant sur les quatre constats précédents, constitutifs du contexte de notre recherche, nous allons à présent aborder notre problématique ainsi que les enjeux de ce sujet au regard de la manière dont cela a été traité dans la littérature.

¹⁰ Chapitre 1

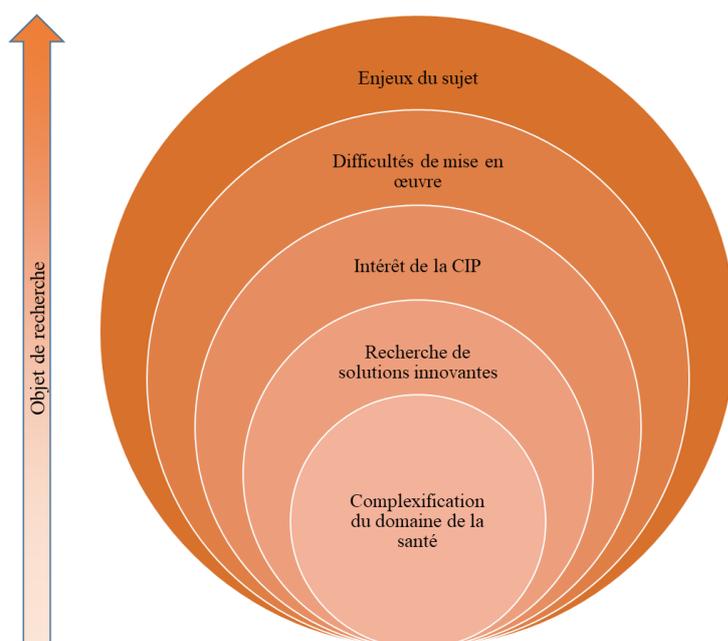


FIGURE 6 : Genèse de l'objet de recherche

Après avoir développé et argumenté la genèse de notre objet de recherche, nous en précisons la nature et le contenu et le déclinons en regard de nos différentes études.

2. Objet de la recherche

Nous nous appuyons ainsi sur le contexte présenté précédemment pour construire notre objet de recherche :

- la complexification du système de santé ;
- la recherche de solutions organisationnelles innovantes ;
- les intérêts de la CIP concernant les patients, les professionnels et l'organisation ;
- les difficultés de mise en œuvre de la CIP.

Différentes étapes ont été nécessaires pour cette construction¹¹.

Il a tout d'abord été nécessaire de clarifier le concept de collaboration interprofessionnelle. En effet celui-ci est utilisé dans de nombreuses disciplines (Bedwell & al., 2012) et cela entraîne une grande diversité d'approches. Cette analyse conceptuelle (Toftagen & Fagerström, 2010) a permis d'identifier les notions d'antécédents (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000), de conséquences (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000 ; Toftagen, 2010), d'attributs (Careau ; 2013) et de déterminants (Careau, 2013). L'identification de ces notions est primordiale pour tout chercheur et a permis une approche ciblée du concept.

¹¹ Chapitre 1

Il a également été nécessaire de préciser la terminologie connexe au concept afin d'éviter les confusions qui pourraient potentiellement être inhérentes à un manque de clarté ou de précision (coopération, coordination, interdisciplinarité, etc.).

Ce cheminement nous a amené à cerner les attributs de la CIP, Celle-ci :

- est considérée comme un processus (D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005; Oandasan & al., 2006 ; Reeves & al., 2010).
- nécessite deux ou plusieurs entités (Kozlowski & Klein, 2000 ; Longoria, 2005) ;
- est réciproque (Bedwell & al., 2012, Longoria, 2005) ;
- implique de participer à des activités conjointes ;
- vise à atteindre un objectif commun (Gallant & al., 2002).

Cette clarification nous conduit à la problématique suivante :

**« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle
au sein du système hospitalier français ? »**

Pour traiter cette problématique, nous avons cherché comment contextualiser le sujet de recherche. Pour cela nous nous sommes appuyés sur deux cadres conceptuels complémentaires :

- le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999) ;
- le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012).

Ces deux cadres, également développés dans le Chapitre 1, nous ont permis de nous appuyer sur les facteurs de la CIP et sur ses états émergents pour aborder le contexte hospitalier français. Afin de traiter les enjeux du sujet nous avons décliné notre problématique au travers des trois questions qui suivent.

2.1 Etude n° 1, quels sont les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?

Nous avons ici proposé une analyse contextualisée des tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP au sein des hôpitaux français. Les différentes dimensions de la CIP (systémique, organisationnelle et interactionnelle) ont été examinées compte-tenu de ces tensions mais aussi des répercussions positives de la CIP concernant les patients, les professionnels et les organisations. Ce questionnement nous a également permis d'identifier

des recommandations émanant des sciences de gestion pour traiter notre problématique selon les enjeux du sujet. Nous en présentons une synthèse ci-après.

2.1.1 La CIP en tant que processus dynamique

La première recommandation concerne le fait d'aborder la collaboration interprofessionnelle comme un processus dynamique, « *celui-ci, en l'occurrence, étant particulièrement complexe à cause de la multitude de facteurs en jeu* » (Robidoux, 2007, p. 20). Jusqu'alors, le sujet a été traité préférentiellement :

- en se centrant sur la notion d'équipe. En effet les cadres proposés dans la littérature traitent davantage de la structure des équipes plutôt que de la collaboration en terme de processus (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007) ;
- en utilisant des modélisations statiques et linéaires plutôt que d'approcher les interactions dynamiques qui tendraient vers de nouvelles structures (Humphrey & Aime, 2014 ; Waller & al., 2016). Ces approches ne correspondent pas à l'aspect dynamique et complexe de la CIP, elles sont restreintes au traitement des relations causales unidirectionnelles et en chaîne (Waller & al., 2016). Pour consolider les pratiques de collaboration en santé, il convient donc de prendre en compte, par une approche dynamique, les processus interpersonnels et les processus internes et externes aux organisations (San Martin-Rodriguez & al., 2005).

2.1.2 Prendre en compte les interactions

La deuxième recommandation concerne les interactions au sein du processus de collaboration interprofessionnelle. Concernant les facteurs et les dimensions de la collaboration, les auteurs se rejoignent pour constater qu'il est primordial d'avancer vers « *une meilleure compréhension des interrelations entre ces facteurs et de leur impact sur la collaboration interprofessionnelle* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 5 ; Schmitt & al., 1988 ; Schofield & Amodeo, 1999) et qu'il convient d'étudier les liens complexes au sein du processus (Ben Maaouia, 2017 ; Lemieux & McGuire, 2006 ; McGrath & al., 2000).

2.1.3 Favoriser la transition de la théorie à la pratique

La troisième recommandation aborde le passage de la théorie à la pratique (D'Amour & al., 2004). En effet « *la mise en œuvre de projets collaboratifs exige que ces principes soient contextualisés et concrètement opérationnalisés* » (Jacob, 2015, p. 73). Les professionnels de terrain, gestionnaires et managers hospitaliers ont besoin de preuves empiriques afin d'être en mesure d'encourager le développement de la collaboration (San Martin-Rodriguez & al. 2005).

2.1.4 Traiter les facteurs organisationnels

La quatrième recommandation concerne le traitement des facteurs organisationnels. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, issu de la sociologie des organisations, structure le processus de collaboration en trois catégories de facteurs : systémiques, organisationnels et interactionnels (D'Amour & al., 2004 ; D'Amour & al., 2005). Selon Nolte & Tremblay, « *les facteurs organisationnels exercent une influence cruciale sur le groupe de collaboration interprofessionnelle et sur ses résultats, particulièrement en termes de ressources adéquates pour soutenir le travail du groupe et la gestion des ressources humaines* » (Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007, p. 16). Ces facteurs pourraient être davantage pris en compte afin d'établir des liens entre une gestion organisationnelle optimale, ses caractéristiques et la structuration de la collaboration interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez & al., 2005). En effet les gestionnaires et les décideurs doivent être en mesure d'intégrer dans leur réflexion les principales caractéristiques des organisations qui favorisent la collaboration (Jacob, 2015 ; Sicotte & al., 2002). Nous pouvons noter que les moyens d'action sur les différentes sphères et ces interactions ne sont pas égaux pour les managers, les gestionnaires de Ressources Humaines et les organisations. Si la sphère organisationnelle est accessible, la sphère systémique l'est beaucoup moins. La sphère interactionnelle quant à elle l'est partiellement selon qu'elle touche davantage les éléments interpersonnels ou personnels (plus intimes et de l'ordre de la sphère privée).

2.1.5 Aborder l'aspect interprofessionnel

La cinquième recommandation interroge l'aspect interprofessionnel du sujet. Selon le travail de San Martin-Rodriguez & al. (2005), les recherches sur la collaboration dans le secteur de la santé et à l'hôpital concernent majoritairement les infirmières et les médecins. Comme l'expose l'ARS Grand Est, le contexte actuel de la santé, sa complexité, nécessitent d'élargir ce cadre collaboratif à tous les acteurs des secteurs sanitaire et social, en prenant en compte leurs cultures et leurs identités professionnelles.

2.1.6 S'intéresser aux états émergents

La sixième et dernière recommandation concerne l'attention particulière à porter aux états émergents, souvent considérés comme une « boîte noire » (Seeber & al., 2014). Une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle passerait par l'examen des états émergents favorisant sa mise en place (Eckenschwiller & al., 2021 ; Humphrey & Aime, 2014 ; Waller & al., 2016).

2.2 Etude n° 2, en quoi les facteurs organisationnels influencent-ils les états émergents de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?

Au travers de cette étude nous avons clarifié la notion d'état émergent et décrit de manière exhaustive leurs attributs (globalité, cohérence, caractéristique ostensive et globalité) (Goldstein, 1999 ; Waller & al., 2016). Nous avons présenté et décrit les cinq principaux états émergents de la CIP :

- la confiance mutuelle (Friedberg & Crozier, 1977 ; Jacob & Poitras, 2015 ; Loilier & Teillier, 2004 ; Mériade & al., 2018) ;
- la cohésion (Avenel, 2015 ; Mucchielli, 2003 ; Robidoux, 2007) ;
- la reconnaissance mutuelle (Jorro & Houot, 2013) ;
- la volonté à collaborer (Aumais & al., 2012) ;
- le leadership (Augustina & Oberlé, 2013 ; Baron, 2015 ; Verzat & al., 2015).

Ce fondement nous a permis d'étudier les interactions entre facteurs organisationnels et états émergents et de contextualiser le propos au sein du secteur hospitalier français.

2.3 Etude n° 3, en quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ?

Au travers de cette troisième étude, et par une approche empirique qualitative, nous avons proposé de porter une attention particulière aux interactions entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance. Les résultats qualitatifs découlant de l'analyse des entretiens ont été articulés autour des quatre rubriques principales identifiées dans notre cadre théorique : l'environnement, la philosophie, les relations sociales et la structure organisationnelle.

2.4 Synthèse des questions de recherche

Le tableau ci-après récapitule les trois questions de recherche et les objectifs en regard.

TABLEAU 3 : Synthèse des questions de recherche et objectifs poursuivis

Article / étude	Questions de recherche	Objectifs poursuivis
<p>Etude n°1</p> <p>La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux</p>	<p>« <i>Quels sont les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?</i> »</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle ; . Examen des principaux enjeux de la collaboration interprofessionnelle en lien avec les transformations organisationnelles au sein des hôpitaux ; . Questionnements émergents et identification des pistes de recherche futures.
<p>Etude n°2</p> <p>Facteurs organisationnels et états émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière</p>	<p>« <i>En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils les états émergents de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?</i> ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Clarification de la notion d'état émergent et identification des principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle (confiance, cohésion, reconnaissance mutuelle, volonté de collaborer et leadership) ; . identification et clarification des facteurs organisationnels en interaction avec les états émergents dans le secteur hospitalier ; . compréhension théorique de leurs effets sur le développement des états émergents de la collaboration au sein de l'hôpital.
<p>Etude n°3</p> <p>La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : étude de l'émergence de la confiance</p>	<p>« <i>En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ?</i> ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> . identification des principaux facteurs organisationnels hospitaliers influençant l'émergence de la confiance ; . mise en exergue des possibles leviers managériaux concernant ces facteurs organisationnels.

Après avoir exposé la genèse de notre objet de recherche et l'objet de recherche en lui-même, nous présentons ci-après une synthèse des enjeux et contributions de nos travaux.

3. Les enjeux de la recherche

L'enjeu principal de cette recherche est d'appréhender la compréhension de l'émergence de la CIP au sein du système hospitalier français.

3.1 Contributions théoriques

Notre travail de recherche contribue à la clarification théorique du cadre conceptuel de la CIP, cela à travers :

- la définition des antécédents (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000), des conséquences (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000 ; Tofthagen, 2010), des attributs (Careau, 2013) et des déterminants Careau, 2013 ;
- l'identification et la définition de la terminologie connexe ;
- le choix d'une définition de la CIP et la distinction de ses attributs.

Notre démarche permet également :

- la mise en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP et un enrichissement des déterminants organisationnels (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012) ;
- l'identification des principaux « états émergents » de la CIP : la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership (Eckenschwiller & al., 2021) ;
- la contextualisation théorique, en lien avec le secteur hospitalier des spécificités des déterminants organisationnels et des états émergents.

Dans **l'étude n°1**, cette contextualisation théorique des spécificités des déterminants organisationnels et des états émergents en lien avec le secteur hospitalier français permet de préciser ce cadre d'analyse et de mettre en œuvre une perspective inédite.

Premièrement, l'étude fait état des tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP ainsi que de ses répercussions positives concernant les patients, les professionnels et les organisations.

Deuxièmement, nous mettons en évidence dans notre étude six recommandations issues de la littérature afin de traiter notre sujet (§2.1.1 à 2.1.6).

Troisièmement, des questionnements spécifiques apparaissent en lien avec :

- d'importants changements organisationnels et de gouvernance ;
- des ressources restreintes (humaines, en temps, financières, etc.) ;
- des statuts et rôles bouleversés au cours de la dernière décennie (Burellier & al., 2019) ;
- une recherche « bicéphale » permanente d'efficience et de qualité ;
- l'application d'un principe de subsidiarité (Nobre, 2013 ; Divay, 2018).

Quatrièmement, les liens identifiés entre facteurs organisationnels et états émergents montrent de nombreuses interactions (Ben Maaouia, 2017). Elles se présentent en termes de relations de cause à effet, avec parfois un amalgame entre cause et effet, des liens qui restent flous ou des relations de causalité à double sens (Josserand & al., 2004 ; Jacob & Poitras, 2015). La principale difficulté reste alors l'enchevêtrement des relations d'interactions, ces interactions existant à de multiples niveaux : entre les sphères macro, méso et micro, au sein des sphères elles-mêmes, entre les facteurs et les états émergents et au sein des états émergents.

Le focus adopté dans l'étude n°2 s'attarde plus particulièrement sur les interactions entre la dimension organisationnelle de la CIP d'une part :

- la structure organisationnelle et la stratégie ;
- la philosophie de l'organisation ;
- les relations sociales et la communication ;
- l'environnement de la collaboration ;

et d'autre part les principaux états émergents de la CIP : la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership, cela toujours dans une perspective hospitalière. Cette étape permet l'identification de nouveaux questionnements soulevés par les particularités du contexte, des pistes d'actions managériales y répondront ci-après.

L'étude n°3 ouvre une voie empirique à notre recherche. Par une mise en perspective de la littérature et des données empiriques, elle examine les principales interactions entre les facteurs organisationnels et l'émergence de la confiance. La démarche comparative de la théorie et de la pratique permet d'appréhender autrement le sujet, de le modéliser, de l'expliquer et d'établir une distanciation (Vigour, 2005). Cette comparaison a pris différentes formes telles que l'identification :

- des facteurs organisationnels similaires (entre la théorie et l'enquête) et enrichis par l'enquête ;

- des facteurs organisationnels similaires entre la théorie et l'enquête mais divergents par leur contenu ;
- des facteurs organisationnels uniquement abordés dans l'enquête.

3.2 Contributions méthodologiques

Notre étude repose sur deux voies d'exploration complémentaires :

- l'exploration théorique, confrontant deux cadres théoriques complémentaires et issus de la sociologie des organisations d'une part (Oandasan, D'Amour & al., 2004), de la psychologie appliquée aux sciences de gestion d'autre part (Bedwell & al., 2012). Il s'agit là d'un cadre théorique inédit et adapté à notre problématique qui permet de construire le socle de notre réflexion ;
- l'exploration empirique qui permet de répondre à la recommandation de passage de la théorie à la pratique.

Le codage des données méthodique à l'aide du logiciel de traitement de données NewNVivo (Saldana, 2013) permet de générer une matrice rigoureuse de réduction et d'analyse des données. Ce codage est répliqué de la méthodologie d'analyse de la recension des écrits à l'analyse empirique puis enrichi et consolidé suivant la méthodologie du codage « élaboratif ».

3.3 Contributions managériales

Au regard de **l'étude n°1** concernant les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier, et pour faire écho à la contextualisation théorique des spécificités des déterminants organisationnels et des états émergents du secteur hospitalier français, nous proposons deux pistes de réflexion managériale majeures.

La première concerne la nécessaire évolution des managers. Nous nous appuyons pour formuler cette proposition sur :

- l'application du principe de « Leader en T » (Dameron, 2004 ; Bedwell, 2012 ; Chanut, 2011 ; Baron, 2015) ;
- le passage d'une posture bureaucratique à une posture adhocratique (Holcman, 2019) ;
- le développement d'un management « Agile » (Kirmi & Chahouati, 2019) ;
- une analyse collective cohérente et structurée des objectifs managériaux soutenue par une démarche projet (Krief, 2000).

La deuxième piste concerne le besoin impératif de décloisonnement et de transversalité qui peut être porté par la possibilité des acteurs de se mobiliser sur des projets ou fonctionnements transversaux (Poochikian-Sarkissian & al., 2008 ; Bréchat & al., 2010 ; Sebai & Yatim, 2010).

Au regard de **l'étude n°2** concernant l'influence des facteurs organisationnels sur les états émergents de la CIP dans le domaine hospitalier et grâce à la mise en perspective des questionnements spécifiques soulevés, nous proposons une nouvelle piste de réflexion managériale. Il s'agit du développement de modèles mentaux partagés au sein des hôpitaux (Michinov & Michinov, 2013). Les modèles mentaux partagés de la tâche et du fonctionnement de l'équipe (Klimoski & Mohammed, 1994) répondent en effet à certains besoins identifiés comme :

- la clarification des rôles et responsabilités (Dumas & al., 2016 ; Robidoux, 2007) ;
- la distribution des fonctions de production, de facilitation, de régulation et d'élucidation (Verzat & al., 2015) ;
- la reconnaissance et la flexibilité des acteurs (Baron, 2015) ;
- la gestion de la diversité des profils des professionnels.

Au regard de **l'étude n°3** concernant l'influence des facteurs organisationnels sur l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier, nous proposons comme recommandation managériale tangible de suivre cette même piste de développement de modèles mentaux partagés puisqu'ils constituent un des résultats inédits de l'enquête.

3.4 Synthèse des contributions

Afin de clarifier la transversalité entre les études, nous proposons ci-après un tableau récapitulatif des contributions. Il permet de mettre en valeur une méthodologie dite « en entonnoir » qui mène la recherche à cheminer du « général » au « spécifique ».

Ces contributions reposent sur un même cadre théorique élaboré en tant que fondement de nos trois études et représenté dans la figure suivante.

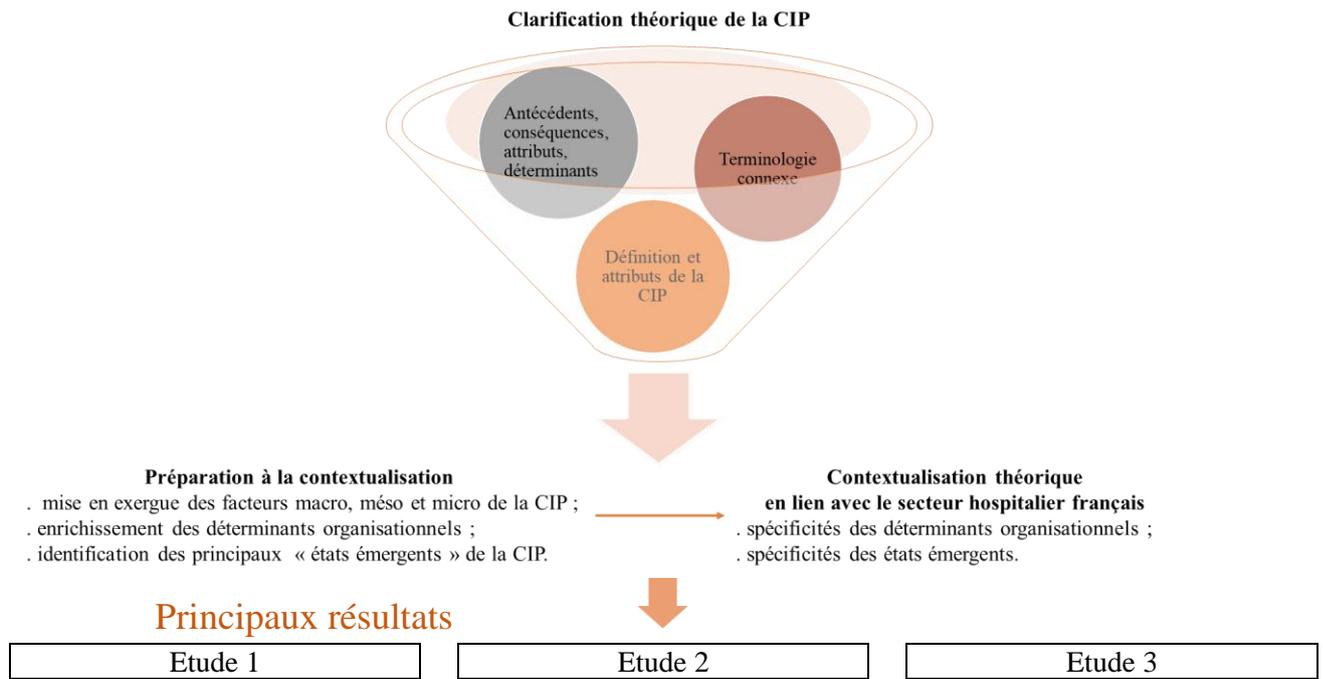


FIGURE 7 : Elaboration du cadre théorique

	Etude n°1	Etude n°2	Etude n°3	Synthèse
Contributions théoriques	<p>. Identification des tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP ainsi que de ses répercussions positives.</p> <p>. Mise en évidence de six recommandations issues de la littérature pour traiter le sujet dans la suite de la recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) aborder la CIP comme un processus dynamique ; (2) mieux comprendre les interactions au sein du processus ; (3) traiter prioritairement les FO ; (4) porter une attention particulière aux EE ; (5) aborder de manière étendue l'interprofessionnalité ; (6) passer de la théorie à la pratique en contextualisant la CIP <p>. Identification de questionnements spécifiques en lien avec la contextualisation hospitalière.</p> <p>. Mise en exergue de la complexité et de l'enchevêtrement des interactions FO/EE.</p>	<p>En s'appuyant sur la contextualisation des FO et des EE ainsi que sur les recommandations 1 à 4 de l'étude n°1, l'étude n°2 permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> . une clarification des principales interactions entre FO et EE ; . l'identification de questionnements contextuels spécifiques. 	<p>En s'appuyant sur la clarification des principales interactions entre FO et EE de l'étude n°2 ainsi que sur les recommandations 5 et 6 de l'étude n°1, l'étude n°3 permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de préciser de manière empirique les interactions entre FO et émergence de la confiance ; . de mettre en perspective les données de la littérature et les données empiriques et ainsi d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> - des FO similaires (entre la théorie et l'enquête) et enrichis par l'enquête ; - des FO similaires mais divergents par leur contenu ; - des FO uniquement abordés par l'enquête. 	<p>Possibilité de reproduire ce cadre d'analyse afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de préciser de manière empirique les interactions entre FO et émergence <ul style="list-style-type: none"> - de la cohésion ; - de la reconnaissance mutuelle ; - de la volonté de collaborer ; - du leadership ; . de mettre en perspective les données de la littérature et les données empiriques.

TABLEAU 4 : Synthèse des contributions

	Etude n°1	Etude n°2	Etude n°3	Synthèse
Contributions méthodologiques	<p>Deux voies d'exploration complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - exploration théorique, confrontant deux cadres théoriques complémentaires - exploration empirique qui permet de répondre à la recommandation de passage de la théorie à la pratique. 			<p>La réalisation d'une thèse par articles permet de jalonner le parcours de recherche par deux types d'apport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - validations intermédiaires lors de l'acceptation de soumissions pour des publications dans des revues spécialisées et reconnues ou des communications en congrès ; - améliorations de la forme et du fond par la prise en compte des demandes de révision des reviewers et des remarques en congrès.
	<p>Codage des données méthodique à l'aide du logiciel de traitement de données NewNVivo (Saldana, 2013), qui permet de générer une matrice rigoureuse de réduction et d'analyse des données.</p>		<p>Codage méticuleux répliqué de la méthodologie d'analyse de la recension des écrits à l'analyse empirique puis enrichi et consolidé suivant la méthodologie du codage « élaboratif ».</p>	
Contributions managériales	<p>. La nécessaire évolution des managers en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'application du principe de « Leader en T » ; - du passage d'une posture bureaucratique à une posture adhocratique ; - du développement d'un management « Agile » ; - des objectifs managériaux soutenus par une démarche projet. <p>. Le besoin impératif de décloisonnement et de transversalité.</p>	<p>Développement de modèles mentaux partagés au sein des hôpitaux.</p> <p>Identification des modèles mentaux partagés de la tâche et du fonctionnement de l'équipe en lien avec l'émergence de la CIP.</p>	<p>Mise en œuvre du phénomène de convergence des modèles mentaux partagés en faveur de l'émergence de la confiance.</p>	<p>Proposition d'un cadre de réflexion managérial autour du développement de MMP.</p>

Nous terminons ce chapitre introductif par la présentation de notre cheminement et du plan de notre recherche : notre positionnement épistémologique, nos choix méthodologiques et notre démarche générale.

4. Cheminement et plan de thèse

Notre travail de recherche porte sur la compréhension de la CIP dans le secteur hospitalier. La démarche générale de recherche et plus précisément sa cohérence interne doivent permettre d'articuler cadre épistémologique et cadre méthodologique, c'est ce que nous précisons dans la partie suivante.

4.1 Positionnement épistémologique

Comme nous le détaillerons plus après¹², il a été nécessaire de nous saisir des différents paradigmes épistémologiques afin d'en appréhender les principes, croyances, techniques et valeurs portées par la communauté scientifique (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al., 2018). Nous avons ainsi procédé à une synthèse des différents référentiels épistémologiques (positiviste logique, post-positivistes et constructivistes) et nous sommes imprégné de leurs hypothèses fondatrices ontologiques et épistémiques. Nous avons fait le choix de nous rattacher au courant du réalisme critique (ou transcendantal) (Avenier & Thomas, 2015, Bhaskar, 1998). Ce choix est porté par l'articulation de ce courant et de notre travail de recherche concernant :

- la nature et les origines de la connaissance ;
- la méthodologie usitée pour construire cette connaissance ;
- la valeur ou la validité de cette connaissance.

Ces aspects ont été analysés¹³ puis argumentés¹⁴ au travers de la justification de la fiabilité de la recherche, de la justification de la validité interne de la recherche (cohérence interne, validité du construit, rigueur du processus de recherche) et de la justification de la validité externe de la recherche. Le cadre épistémologique retenu a également donné lieu à une proposition de schématisation des liens entre les différentes hypothèses fondatrices du paradigme épistémologique réaliste critique¹⁵, cela grâce au recours aux trois dimensions du réel (profond, actualisé et empirique). Des liens ont ainsi pu être clarifiés entre les mécanismes générateurs du réel profond, les actions et événements du réel actualisé, les perceptions

¹² Chapitre 2 - Architecture de la recherche - Positionnement épistémologique

¹³ Chapitre 2 - Architecture de la recherche - Positionnement épistémologique fondateur : le réalisme critique

¹⁴ Chapitre 2 - Architecture de la recherche - Synthèse de la méthodologie d'accès au réel empirique

¹⁵ Figure 20

humaines du réel empirique et les facteurs intrinsèques et extrinsèques activateurs (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018 ; Thiétart & al., 2014).

4.2 Choix méthodologique

Les hypothèses fondatrices liées au réalisme critique mènent, par la connaissance du réel empirique (perceptions humaines de ce réel), à :

- identifier les mécanismes générateurs du réel profond ;
- comprendre l'activation de ces mécanismes par les facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Pour répondre à cette exigence, nous avons fait le choix de construire notre travail de recherche sur une approche abductive (Morfaux, 2011 ; Nadeau, 1999), cela par deux voies d'exploration :

- l'exploration théorique¹⁶ au travers d'une recension des écrits. Les deux cadres théoriques confrontés sont issus de la sociologie des organisations d'une part (Oandasan, D'Amour & al., 2004) et de la psychologie appliquée aux sciences de gestion d'autre part (Bedwell & al., 2012) ;
- l'exploration empirique¹⁷ au travers d'une étude de cas unique menée à partir de deux types d'entretiens.

Ces explorations ont pour objectif l'élaboration de connaissances nouvelles concernant la CIP et plus précisément ont ouvert vers la compréhension :

- des facteurs extrinsèques à la CIP (contexte) ;
- des facteurs intrinsèques à la CIP (règles internes et fonctionnement).

Les données primaires récoltées (empirique) permettent ainsi l'accès aux perceptions des sujets interrogés (réel empirique) sur les mécanismes générateurs (réel profond) d'actions et d'évènements (réel actualisé) concernant la CIP.

¹⁶ Chapitre 2 - Architecture de la recherche - Recension des écrits

¹⁷ Chapitre 2 - Architecture de la recherche - L'étude du cas d'un groupement hospitalier français

4.3 Démarche générale et plan de thèse

Notre travail de recherche se décompose en différents articles. Nous présentons dans cette partie l'enchaînement des différentes parties et leur articulation logique. Le choix d'une thèse par articles présente différents avantages :

- pouvoir appuyer sa réflexion et son cheminement sur des commentaires et questionnements de pairs lors des soumissions et partages en congrès ;
- intégrer les articles dans des revues à comité de lecture reconnues. Les publications permettent de diffuser les travaux de recherche récents mais aussi de se familiariser à la publication de travaux académiques (Aitchison & al., 2010).

Dans cette perspective, il est primordial d'être particulièrement vigilant à la cohésion holistique et à l'articulation du travail de recherche final. En effet il s'agit de garantir la logique de chaque partie mais également du tout et des interdépendances. La pensée et l'écriture s'élaborent en effet à deux niveaux : au sein de chaque article et au sein de la thèse dans sa globalité.

Notre travail de recherche s'organise autour de trois parties principales.

La première partie est constituée du Chapitre 1 et se consacre dans un premier temps au concept de collaboration interprofessionnelle. Cela est tout d'abord traité sous l'angle des notions d'antécédents, d'attributs et de conséquences (Toftagen & Fagerström, 2010). Nous ouvrons ensuite notre réflexion à la terminologie connexe de la CIP (coopération, coordination, etc.) et à toutes les confusions que cela peut entraîner dans la littérature. A partir de ces éléments nous retenons des axes de définition et de cadrage du concept. Dans un deuxième temps nous proposons de contextualiser la CIP au sein des hôpitaux français. Pour cela nous nous appuyons sur deux modèles qui nous paraissent complémentaires et sur leur mise en lien avec l'environnement précité :

- le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999) ;
- le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012).

La deuxième partie est constituée du Chapitre 2 et se consacre à l'architecture et à la méthodologie de recherche. Notre positionnement épistémologique est précisé et justifié au regard du design de notre recherche, les liens sont faits avec la méthodologie mise en œuvre tout au long de notre travail dans les dimensions théoriques et empiriques.

La troisième partie présente :

- les trois articles rédigés (Chapitres 3, 4 et 5). Ceux-ci traitent de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français. Les professionnels étudiés ont pour principal point commun d'être en contact direct avec les patients hospitalisés (Belorgey, 2010), leur prise en soin étant l'objectif central de ces professionnels. Le cheminement retenu est dit « en entonnoir » ;
- les principaux résultats discutés, les limites et pistes de recherche (Chapitre 6).

L'ensemble de ces éléments est repris dans la figure ci-après qui clôt l'introduction de notre sujet, cette figure servira de fil conducteur dans la présentation de chaque chapitre.

Le chapitre suivant permet de tisser un état des lieux autour du concept de collaboration interprofessionnelle, cela par l'intermédiaire d'un cheminement vers un choix de définition et par des éléments de contextualisation.

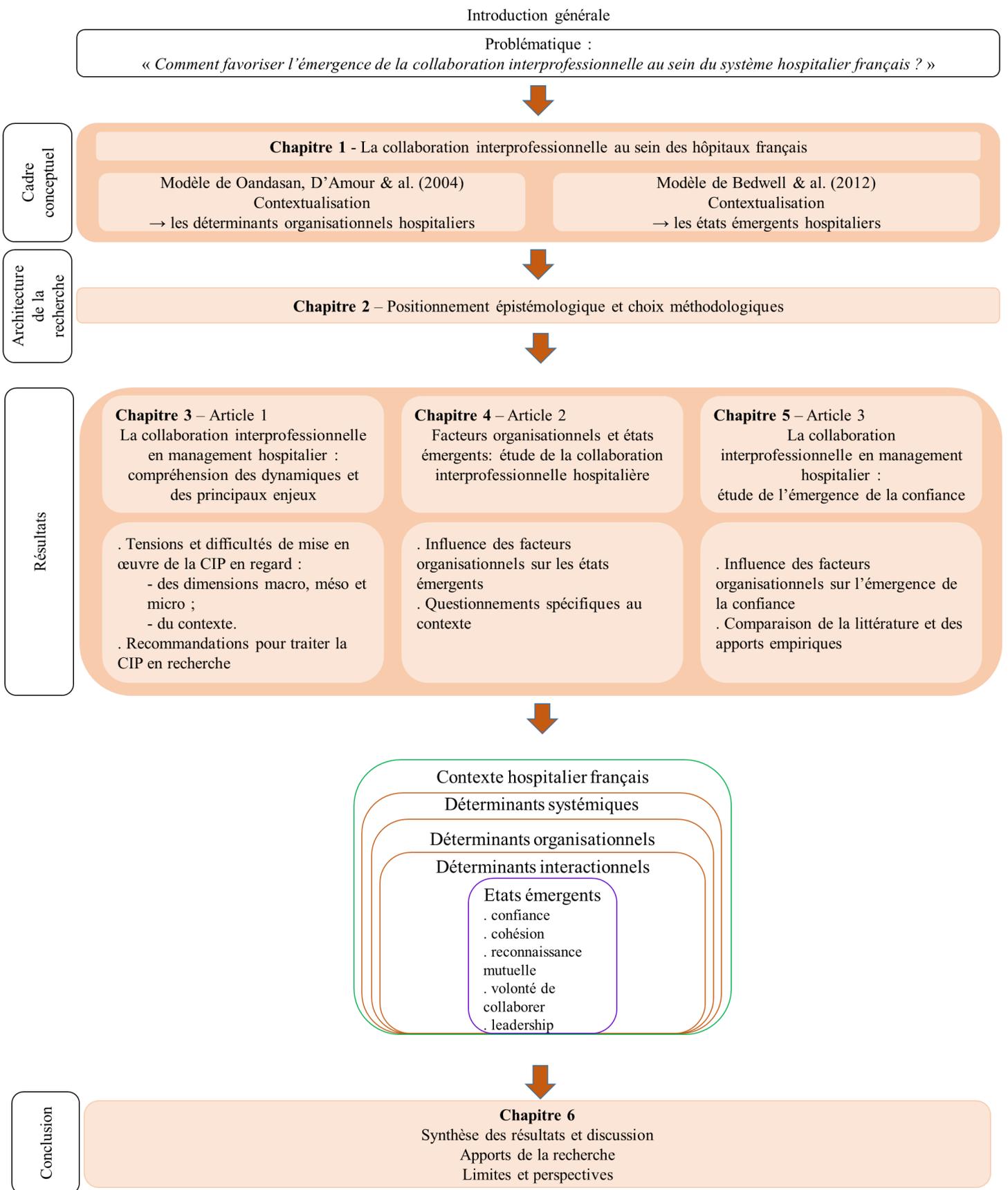


FIGURE 8 : Démarche générale et plan de thèse

CHAPITRE 1

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AU SEIN DES HOPITAUX

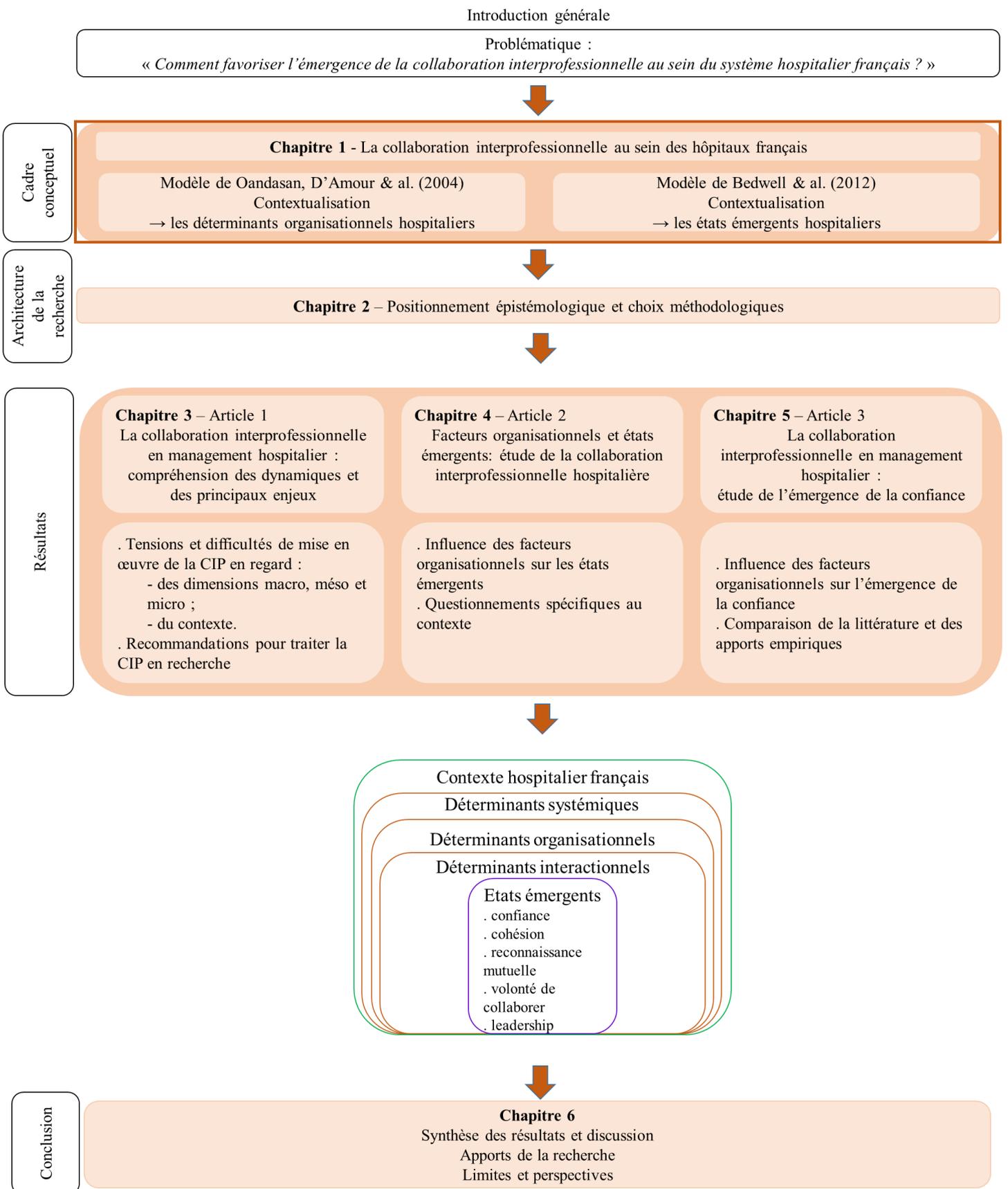


FIGURE 9 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 1

La recension des écrits nous a permis de faire le lien entre différents modèles conceptuels que nous allons décrire ci-après. Elle a également permis d'enrichir ces modèles compte-tenu des particularités du système hospitalier français.

Nous analysons à présent le concept de collaboration, déterminons la terminologie connexe et cheminons vers l'élaboration d'une définition.

1. La collaboration interprofessionnelle

« Je retiens cette capacité qu'a eu l'établissement de réussir dans le combat collectif. C'est ça qui nous a permis de passer les moments les plus difficiles, c'est parce que tout le monde s'y est mis. Si on doit avoir une fierté, c'est celle-là : la réussite d'un système complet » (Témoignage du Dr Marc Noizet¹⁸).

1.1 Le concept de collaboration

La CIP est un concept qui a été discuté dans de nombreuses disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la communication, l'éducation, etc. (Bedwell & al., 2012) et chaque discipline a sa propre vision des interactions en jeu. La notion de collaboration, tout en étant très usitée et rattachée à la notion de « travailler ensemble » par sa racine latine « collaborare » qui signifie « travailler (laborare) ensemble » (Aumais & al., 2012) reste floue (D'Amour & al., 2005 ; Aumais & al., 2012) ou décrite en lien avec un contexte particulier (Aumais & al., 2012 ; Patel & al., 2012). Nous nous attacherons ici à mieux cerner ce concept complexe.

1.2 Analyse conceptuelle évolutive

Selon Rodgers, l'analyse de base d'un concept doit décrypter et présenter ce que sont ses antécédents, ses attributs et ses conséquences (Tofthagen & Fagerström, 2010). Tofthagen & Fagerström (2010) soulignent qu'en analysant ces éléments, le chercheur identifie des similitudes et des dissemblances entre les disciplines et à travers le temps afin de se rapprocher d'un consensus.

Les antécédents sont les éléments nécessaires, événements ou phénomènes, qui doivent être présents avant l'existence du concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000), qui lui ont été précédemment liés. Petri (2010) note que dans la littérature antécédents et attributs prêtent à confusion et sont utilisés l'un pour l'autre par différents auteurs. Comme nous l'avons évoqué plus avant, les conséquences sont quant à elles des événements qui se produisent à la suite du

¹⁸ Dr Marc Noizet, chef du service des Urgences et du samu 68 dans l'ouvrage collectif « Sous les masques », GHRMSA, 2020

concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000) et sont le résultat de l'utilisation d'un concept dans une situation pratique (Tofthagen, 2010).

Les attributs de la CIP retiennent ici toute notre attention car ils participent très largement à une meilleure définition du concept. Selon Tofthagen (2010), les attributs sont des ensembles de caractéristiques qui permettent d'identifier des situations pouvant être catégorisées sous le concept. Ce sont eux qui constituent la véritable définition du concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000). Selon Petri (2010), dans la littérature en lien avec les soins infirmiers, la médecine et le travail social, trois attributs émergent de façon notable. La CIP :

- est abordée comme un processus soit au niveau interpersonnel, soit au niveau interactionnel (Bronstein, 2003 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Petri, 2010). Ce processus est considéré comme une relation complexe évoluant et variant au fil du temps (D'Amour, & al., 2005 ; Lindeke & Sieckert, 2005). Il est axé sur la résolution de problèmes, plus particulièrement centré sur les défis liés aux soins aux patients (Fineberg & al., 2004 ; McCallin, 2001; San Martin Rodriguez & al., 2005) ;
- repose sur le partage d'objectifs, de buts, de visions, de responsabilités, de prises de décisions et du pouvoir (D'Amour 2005 ; Hennemann 2005) ;
- porte le travail en équipe (Baggs, & al., 2004 ; Lindeke & Block, 2001 ; McCallin, 2001). La CIP nécessite aussi que les disciplines soient dépendantes les unes des autres pour atteindre les résultats (Bronstein, 2003 ; Oliver & al., 2006), chaque discipline étant reconnue comme apportant une contribution unique et complémentaire au processus (Lindeke & Sieckert, 2005 ; Mansourimoaied & al., 2000).

Careau (2013) a également utilisé ces attributs pour structurer la collaboration. L'auteur a réalisé une recension d'écrits scientifiques dans le domaine de la santé et du social pour proposer une synthèse des principales définitions et des attributs usités concernant la CIP. La recherche s'est construite avec « *les mots clés interprofessional*, interdisciplin*, multidisciplin*, pluridisciplin*, transdisciplin* en combinaison avec les termes collaboration, team*, interaction, practice et avec les termes definition, concept analysis, clarification, conceptual framework, model* » (Careau, 2013, p. 9). Nous constaterons en effet dans le paragraphe suivant que différents termes connexes sont utilisés autour de la CIP.

TABLEAU 5 : Utilisation des attributs pour structurer la collaboration (Careau, 2013, p. 11-15)

		Attributs											
Auteurs	Termes utilisés	Connaissance des rôles et responsabilités des individus											
		Pratique centrée sur la personne et les proches											
		Interdépendance											
		Communication ouverte et respectueuse											
		Partage de valeurs et visions communes											
		Objectifs d' intervention communs											
		Processus dynamique et évoluant selon les besoins de la personne											
		Processus de résolution de problème							X				
		Pouvoir/leadership partagé selon l' expertise								X			
		Relations de collégialité (non hiérarchiques)									X		
		Responsabilité partagée										X	
Prise de décisions partagée										X			
Partage d' une identité d' équipe											X		
Plus de deux individus travaillant ensemble vers un but commun												X	
Barr & al. (2005)	Collaboration											X	
Henneman & al. (1995)												X	

Canadian Interprofessionnal Health Collaborative (2010)	Collaboration inter-professionnelle	x		x			x					x		x	x
Reeves & al. (2010)		x		x				x							
Oandasan & al. (2006)		x				x	x		x						
D'Amour & al. (2005)		x				x	x		x						
Petri (2010)	Collaboration inter-disciplinaire	x		x	x		x	x		x	x				
Reeves & al. (2010)	Coordination inter-professionnelle	x													
McCallin (2001)	Pratique inter-disciplinaire	x				x	x				x				x
World Health Organization (2010)	Pratique collaborative	x												x	
Xyrichis & Ream (2008)	Travail d'équipe	x		x									x		

Oandasan & al. (2006)		x	x	x							x		x		
Reeves & al. (2010)	Equipe de travail inter- professionnelle	x	x	x				x					x		

Selon Careau (2013), les principaux attributs utilisés dans la littérature sont :

- la mise en jeu d'au moins deux individus travaillant ensemble vers un but commun ;
- une prise de décisions partagée ;
- des relations de collégialité (non hiérarchiques) ;
- un pouvoir et un leadership partagés selon l'expertise des acteurs.

Nous pouvons ajouter au cadre théorique de Rodgers (2000) et Tofthagen & Fagerström, (2010) utilisant les termes « antécédents », « attributs » et « conséquences » le terme « déterminants ». Les déterminants de la CIP sont des facteurs, des « variables qui créent un contexte favorable ou défavorable à l'actualisation de la CIP » (Careau, 2013, p. 20). Ils sont catégorisés dans la littérature selon leur niveau d'influence : systémique ou macro, organisationnel ou méso, interactionnel (interpersonnel ou personnel) ou micro (Odegard & Bjorkly, 2008). Dans la suite de cet écrit, ces déterminants seront examinés au regard du secteur hospitalier, cela dans une optique de contextualisation.

1.3 Terminologie connexe

Dans la littérature une grande quantité de synonymes ou concepts est associé à la CIP (Careau, 2013). Nous avons synthétisé l'étendue de la terminologie usitée et la présentons dans la figure ci-dessous.

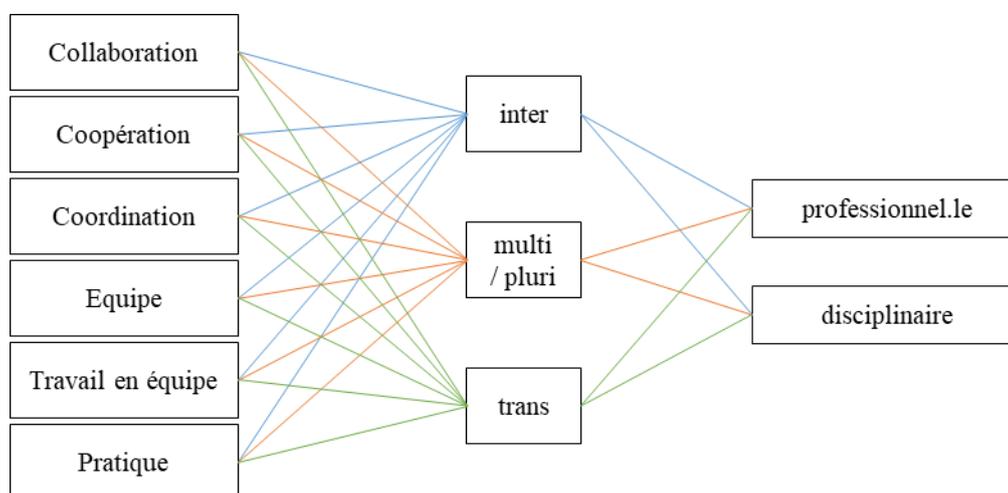


FIGURE 10 : Terminologie connexe à la CIP

Selon Petri (2010), la CIP a de multiples concepts de substitution et de termes connexes qui lui sont associés. Les concepts de substitution sont des moyens alternatifs d'exprimer le concept premier (Rodgers, 2000). Il est primordial d'identifier ces concepts connexes afin d'en affiner le niveau d'analyse, il s'agit principalement concernant la CIP de « coopération », « coordination », « équipe », « travail en équipe » ou encore « pratique ». Ces concepts sont

associés dans la littérature à des suffixes tels que « inter », « trans » ou « multi » puis liés à des éléments d'identification de la population ciblée tels que « professionnel » ou « discipline ».

Selon Bedwell & al (2012) la coopération peut être considérée comme un ensemble d'attitudes qui facilitent le processus de collaboration. Il s'agit d'une prédisposition individuelle orientée vers un objectif global. La coordination vise davantage un séquençage organisé des interdépendances permettant l'accomplissement efficace de différentes tâches (Marks & al., 2001). Il s'agit là d'un séquençage temporel des actions qui n'entraîne pas forcément une réciprocité. Castaner & Oliveira (2020) s'appuient quant à eux sur deux dimensions discriminantes afin de distinguer coopération, coordination et collaboration. La première dimension est l'étape temporelle, elle permet de distinguer la coordination (détermination conjointe d'objectifs communs) de la coopération (mise en œuvre de ces objectifs). La deuxième dimension est le type d'objectif comme marqueur de la collaboration. La collaboration est alors le fait d'aider volontairement d'autres partenaires à atteindre des objectifs communs ou individuels.

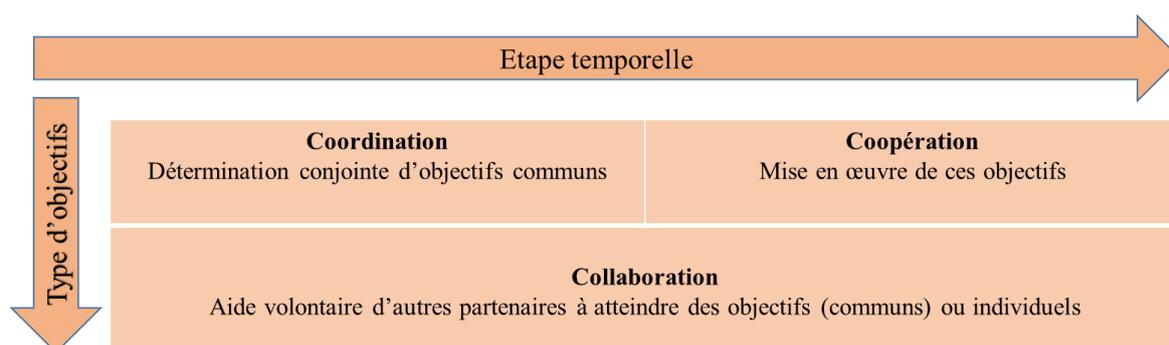


FIGURE 11 : Schématisation des dimensions discriminantes de la CIP selon les écrits de Castaner & Oliveira (2020)

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'équipe est un « *groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune* » (CNRTL, 2022). L'équipe ou le travail en équipe, se distinguent ainsi de la collaboration par leur niveau d'analyse ; ils sont restreints uniquement à l'implication des membres d'une équipe, la CIP englobe quant à elle des individus, des groupes, des unités, des services, des pôles, des organisations, ou toutes interactions inter-niveaux (Marks & al., 2001). De ce fait, au sein d'une équipe et selon les dimensions discriminantes pré-citées, peuvent se jouer coordination, coopération et collaboration. Dans le cadre du soin « *le concept d'équipe décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 4) et la forme des

équipes est très diverse : soin, administration, technique, formation, activité diurne ou nocturne, etc.

Selon l’OMS (2010), la pratique collaborative se produit lorsque plusieurs professionnels de santé travaillent avec les patients, les familles, les soignants et les communautés (WHO, 2010). Le Réseau de Collaboration sur les Pratiques Interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) soutient que la pratique définit le type d’interaction en jeu, il peut s’agir de pratique indépendante, de pratique en parallèle, de pratique de concertation, etc. (Careau & al., 2018).

A l’issue de cet inventaire terminologique, il s’avère que les termes « équipe », « travail en équipe » et « pratique » sont trop restreints par rapport à notre sujet. Ces restrictions sont soit de l’ordre de la dimension (équipe) soit de l’ordre de la portée (pratique). Nous nous appuyons ensuite sur les dimensions discriminantes de Castaner & Oliveira (2020) qui nous permettent d’argumenter le choix du terme « collaboration » en regard de la « coopération » et de la « coordination ». En effet la prise en compte de l’étape temporelle et de l’atteinte des objectifs nous paraît tout à fait appropriée au domaine hospitalier et plus particulièrement à la collaboration autour du patient que nous souhaitons traiter et qui est un élément central de l’élaboration des objectifs.

Concernant l’utilisation des suffixes, « multi » et « pluri » évoquent l’étude d’un objet à partir de deux ou plusieurs entités (discipline ou profession) (Dupuy, 2021 ; Lenoir, 2003), la juxtaposition de ces entités permettant d’aborder l’objet d’étude selon différents points de vue et leur complémentarité. Plusieurs domaines coexistent alors dans une approche par résolution de problème. Chaque spécialité (discipline ou profession) conserve alors la spécificité de ses concepts ou méthodes (Université de Sherbrooke, 2022), son indépendance.

Le suffixe « inter » signifie qu’à partir d’une profession ou discipline, on explore ce que les entités connexes apportent de plus en termes de connaissances, de compétences, de démarche scientifique ou encore d’approche, il en résulte « *une compréhension plus complète, voire systémique, de l’objet étudié* » (Dupuy, 2021, p. 2), cela dans une perspective plus globale et intégrative. L’expertise de chaque partenaire est ajoutée, discutée et évaluée dans une atmosphère de partage et de respect (Oandasan & al., 2004). Cela a pour objectif d’élaborer une conception ou représentation originale d’une problématique (Maingain & al., 2002). Les contenus et méthodes proviennent ici des disciplines et savoirs professionnels en jeu (Université de Sherbrooke, 2022). Robidoux (2017) précise le propos en exposant que l’interdisciplinaire ou l’interprofessionnel sous-entendent une interdépendance dans la poursuite d’un objectif

commun, tandis que le multidisciplinaire envisage que « *les membres fonctionnent en parallèle et de manière indépendante vers l'atteinte de l'objectif* » (Robidoux, 2017, p. 9).

Le suffixe « trans » exprime quant à lui une volonté de traverser et de transcender toutes les approches, leurs résultats, leurs positionnements « *dans la perspective de dégager des éléments transversaux à toutes les disciplines* » (Dupuy, 2021, p. 2) ou professions. Ces éléments se situent à la fois entre, à travers et au-delà des professions et disciplines et constituent le socle de constructions nouvelles (contenus et méthodes).

Nous retenons pour notre travail de recherche le préfixe « inter » pour sa dimension interdépendante, intégrative et applicable de manière empirique aux professionnels de santé.

Enfin l'utilisation du terme discipline se rapporte à une « *branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement* » (Larousse, 2022, consulté en ligne), chaque profession est ainsi fondée sur différentes disciplines. Dans le domaine de la santé, ce peut être l'anatomie, la psychologie, etc. Ces disciplines peuvent être propres à certaines professions ou partagées. D'amour & Oandasan (2005) affirment que le suffixe « discipline » ne devrait pas être utilisé pour décrire des pratiques de CIP, car ce terme fait référence, d'un point de vue étymologique, au champ de savoir uniquement (Careau, 2013). Nous choisissons le terme « professionnel » plutôt que « disciplinaire » afin ici encore de répondre à une application empirique de notre recherche. Il est d'ailleurs souligné dans la littérature qu'un mouvement se réalise vers « professionnel » en raison du besoin de clarté (Oandasan & al., 2004).

1.4 Définition

Comme nous venons de l'aborder la conceptualisation de la CIP n'est pas consensuelle au sein de la communauté scientifique (Careau, 2013). Nous nous appuyons sur les principaux attributs de la CIP, que nous rappelons ici, cela afin de préciser une définition exhaustive du concept.

Premièrement, au-delà d'une structure relationnelle ou d'une organisation prescrite la littérature souligne que la CIP est un processus (D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2006 ; Reeves & al., 2010). Cela lui confère une nature dynamique et évolutive (Robidoux, 2007 ; Salignac & al., 2019). La CIP est alors bel et bien un processus qui nécessite un engagement et non un résultat comme cela est parfois évoqué (Lewis, 2006). La CIP est alors un processus qui peut évoluer, s'améliorer et changer, tout au long de son cycle de vie (Bedwell & al. 2012).

Deuxièmement, la collaboration nécessite deux ou plusieurs entités, qu'il s'agisse d'individus, de groupes, d'organisations ou de sociétés (Longoria, 2005) et implique différents niveaux d'analyse (Kozlowski & Klein, 2000). La collaboration est d'ailleurs définie dans le dictionnaire comme « *travailler en commun* » (Le Robert, 2022). Bedwell & al. (2012) soulignent également que les interactions peuvent se produire à différents niveaux d'analyse : entre deux équipes, entre une équipe et un pôle hospitalier, entre différents pôles, etc.

Troisièmement la collaboration est réciproque, elle ne peut être unilatérale et nécessite un engagement actif des différentes parties (Bedwell & al., 2012, Longoria, 2005).

Quatrièmement la collaboration nécessite de participer à des activités conjointes, prises de décisions, résolution de problèmes, gestion de projets, accompagnement d'un patient, gestion de son parcours de soin, etc.

Cinquièmement la collaboration vise à atteindre un objectif commun, convenu ou défini mutuellement (Gallant & al., 2002).

Nous retenons ici deux définitions globales et exhaustives qui font écho à la complexité du domaine hospitalier (inter professionnalité, objectifs communs d'efficacité et de qualité des soins, complexité des processus en jeu, etc.) :

- la définition de Bedwell & al. (2012) qui décrivent la collaboration comme un processus évolutif par lequel deux ou plusieurs entités sociales s'engagent activement et réciproquement dans des activités conjointes visant à atteindre au moins un objectif commun ;
- et celle de Robidoux, davantage tournée vers la communication. La CIP est « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe* » (Robidoux, 2007, p. 11).

Ces éléments de définition étant posés, nous pouvons poser le socle de notre contextualisation, cela en nous appuyant sur différents modèles et les confrontant au cadre hospitalier.

2. Contextualisation : la collaboration interprofessionnelle au sein des hôpitaux

L'OMS (2010) expose qu'il n'y a pas deux systèmes de santé dans le monde qui soient identiques. Les variants sont par exemple la structure, les processus, les différents problèmes

de santé, le personnel, le contexte culturel, etc. Chaque pays n'a pas développé le même potentiel que ses voisins en matière de collaboration et les défis à relever diffèrent largement (WHO, 2010). Dans ce contexte le déploiement de la CIP nécessite une analyse préalable des facteurs existants, de leurs caractéristiques et des particularités hospitalières.

2.1 Construction du cadre conceptuel

Afin de clarifier le cheminement de notre cadre conceptuel, nous en exposons la stratégie dans la figure ci-après. Chaque partie sera ensuite détaillée dans les paragraphes qui suivent.

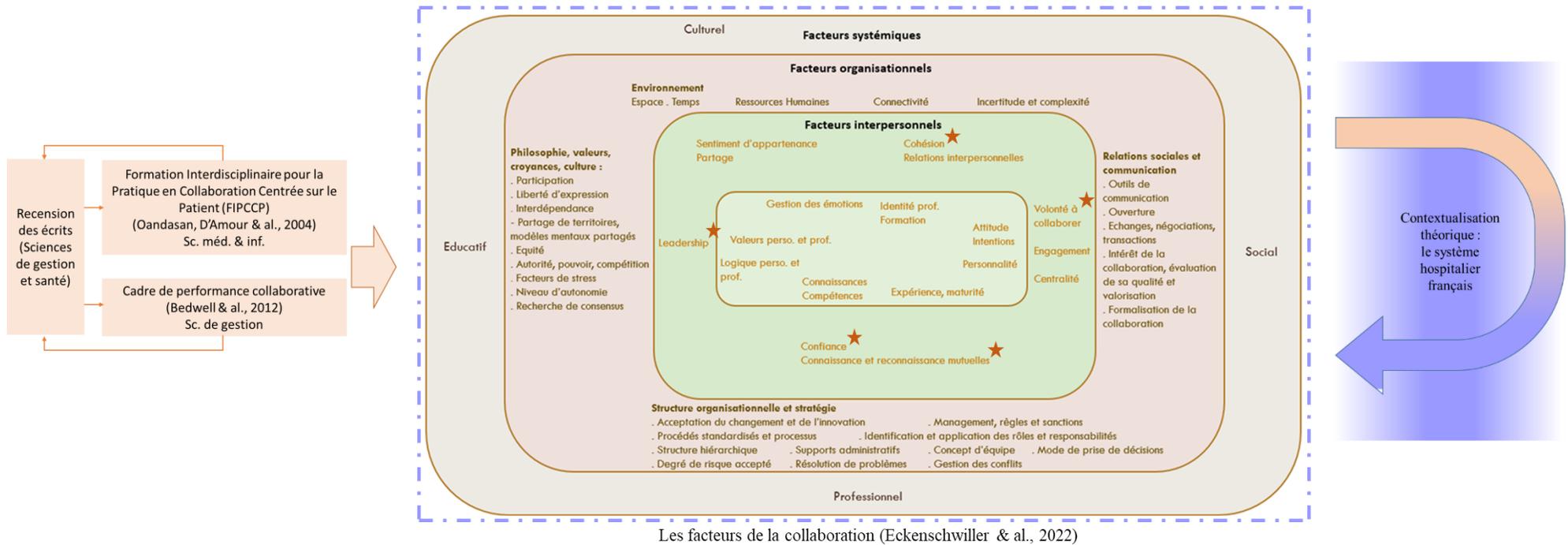


FIGURE 12 : Construction du cadre conceptuel de la recherche

Dans un premier temps, la recension des écrits (dont la méthodologie est décrite dans le Chapitre 2) dans le domaine des sciences de gestion et de la santé nous a permis d'identifier deux modèles sur lesquels nous nous sommes appuyés pour construire notre cadre conceptuel :

- le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999). Ce modèle issu des sciences médicales et infirmières nous a permis de mettre en exergue les différents systèmes en jeu : systémique, organisationnel et interactionnel et les déterminants en lien ;
- le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012). Les auteurs ont identifié certains déterminants comme étant des états émergents, il s'agit notamment de la confiance (Bedwell & al., 2012 ; Waller & al., 2016) et de la cohésion (Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016).

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une boucle rétroactive et confronté ces deux modèles conceptuels à la recension des écrits afin d'en rendre le contenu davantage exhaustif. Cette étape nous a permis trois avancées majeures :

- un enrichissement quantitatif significatif et actualisé des déterminants organisationnels ;
- un enrichissement quantitatif significatif et actualisé des déterminants interactionnels ;
- l'identification d'autres « états émergents » centraux de la CIP : la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership (Eckenschwiller & al., 2021).

Dans un troisième temps, nous avons contextualisé de manière théorique les spécificités des déterminants organisationnels et des états émergents en lien avec le secteur hospitalier français. Cela nous a permis de reprendre l'ensemble des déterminants organisationnels, des principaux états émergents identifiés et de les mettre en perspective avec les hôpitaux français et leurs spécificités.

Nous allons à présent reprendre chaque étape de ce cheminement.

2.2 Modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004)

2.2.1 Collaboration et sociologie des organisations

Les travaux de D'Amour (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 1999 ; D'Amour & al. 2004) découlent de l'analyse stratégique de Crozier & Friedberg (1977) et de l'analyse organisationnelle de Friedberg (1993) et mènent au développement d'un modèle de collaboration interprofessionnelle. Friedberg considère l'organisation comme un système d'action local résultant de l'inter-structuration d'un ensemble de règles (formalisation) avec le monde des relations

humaines (stratégie des acteurs) (Oandasan & al., 2004). Nous allons à présent présenter ce modèle.

2.2.2 Les déterminants de la collaboration

Les éléments issus de la revue de la littérature réalisée par Oandasan, D'Amour & al. (Oandasan & al, 2004) sur la base conceptuelle de la collaboration et en faveur d'une pratique collaborative ont permis d'identifier trois principaux types de déterminants contextuels : macrostructurels, organisationnels et interactionnels. En effet l'environnement dans lequel se déroule la pratique collaborative mène à une influence combinée de facteurs à plusieurs niveaux et fait de la collaboration un phénomène des plus complexes comme cela est représenté sur la figure ci-après. Cette recherche trouve son origine dans une problématique d'abordabilité et de durabilité du système de santé canadien. Une équipe de chercheurs en santé (sciences médicales, sciences infirmières, consultants en politique de santé, etc.) ayant une expertise et une expérience dans le domaine de l'éducation interdisciplinaire et de la pratique en collaboration a été chargée d'examiner cette question. L'équipe a pris en compte les modèles existants de pratique des soins en collaboration centrés sur le patient et en a fourni une analyse. Les conclusions de la revue de la littérature et de l'analyse de l'environnement menées pour ce rapport ont fourni les informations nécessaires pour développer un cadre permettant de définir les caractéristiques et les déterminants essentiels de la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (Oandasan & al, 2004).

Milieu éducatif

Milieu de travail

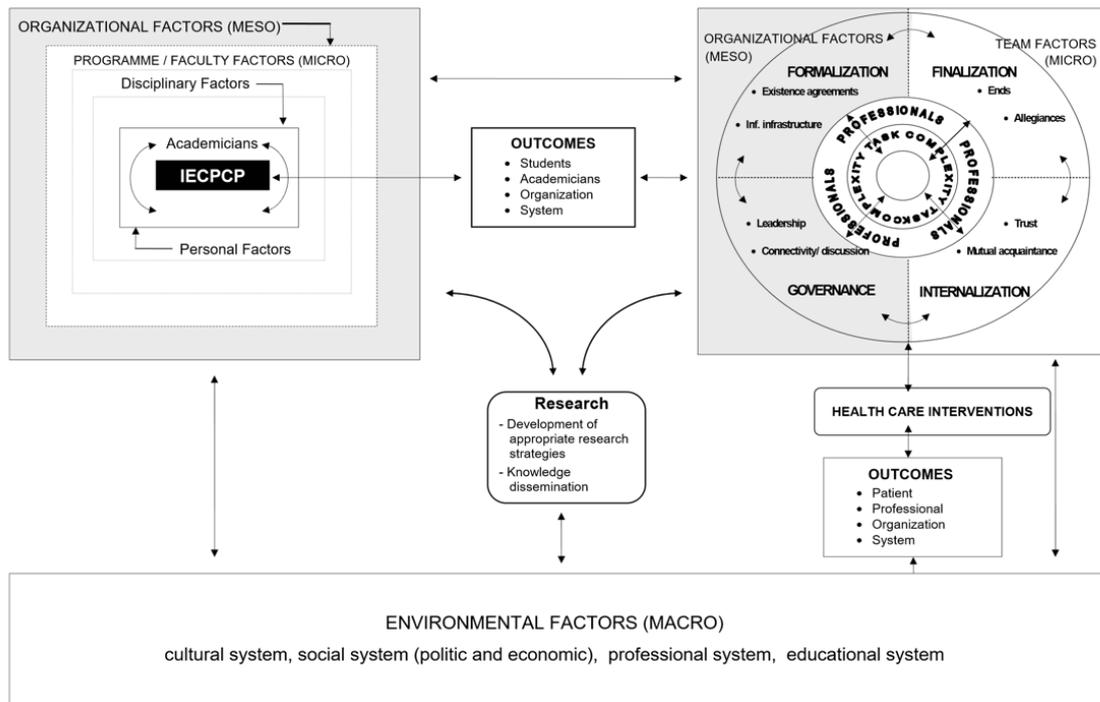


FIGURE 13 : Cadre de Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centree sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour & al., 2003 in Oandasan & al., 2004, p. 64)

A des fins de simplification méthodologique nous nous intéresserons plus particulièrement concernant ce modèle aux éléments en lien avec le « milieu de travail » et considérerons l'influence du « milieu éducatif » faisant partie intégrante des éléments Macro comme cela est stipulé dans la figure ci-dessous.

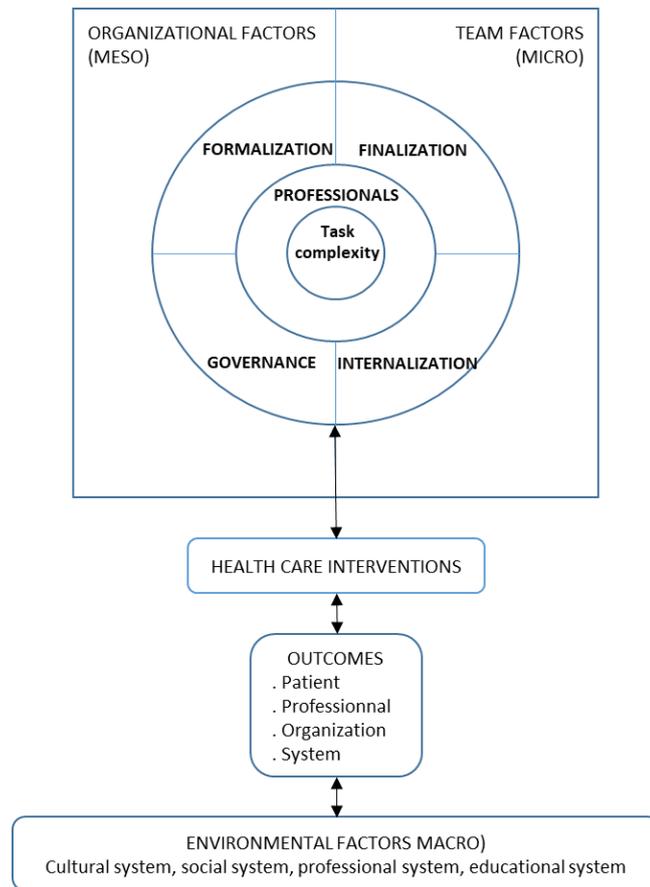


FIGURE 14 : Cadre pour la Pratique en collaboration Centrée sur le Patient (à partir des travaux de D'Amour & al., 2003)

Afin d'identifier les apports de notre recension des écrits au modèle de la FIPCCP, nous marquons d'un astérisque les déterminants apparaissant dans le travail de recherche de Oandasan & al., 2004. Les autres déterminants cités sont ceux que nous avons pu identifier dans notre recension des écrits.

2.2.3 Les déterminants systémiques ou Macro

Les Déterminants systémiques de la collaboration sont les « *éléments situés à l'extérieur de l'organisation qui ont des effets sur [...] les pratiques de la collaboration interprofessionnelle* » (Ben Maaouia, 2018, p. 20). Il peut s'agir de facteurs sociaux, culturels, professionnels et éducatifs (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Oandasan & al. 2004).

2.2.3.1 Le système social

Il est souligné dans la littérature que les différences de pouvoir* sont délétères à la collaboration (Bedwell & al., 2012 ; Dameron, 2004 ; Josserand & al., 2004 ; Henneman & al., 1995 ; Lockhart-Wood, 2000 ; Pitsis, 2004), leur origine sur le plan social est en lien avec des stéréotypes du genre, ou des différences d'origine sociale entre professionnels.

2.2.3.2 Le système culturel

Chaque culture est portée par des valeurs* qui lui sont propres et celles-ci peuvent soutenir ou s'opposer au développement de la CIP. On peut par exemple penser à des valeurs telles que l'individualisme ou l'encore l'indépendance (Gheorghiu & Moatty, 2005 ; Kosremelli Asmar, & Wacheux, 2007 ; Sebai & Yatim, 2018) dont l'influence est notable.

2.2.3.3 Le système professionnel

Selon D'Amour, le système professionnel influence fortement le développement de la CIP car il favorise une perspective professionnelle* à l'opposé de la logique de collaboration (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 1999 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Oandasan & al., 2004). Selon ces auteurs le processus de professionnalisation* se caractérise par la domination, l'autonomie et le contrôle plutôt que par la collégialité et la confiance (Freidson, 1986 in Oandasan & al., 2004). Dans une optique de professionnalisation, l'approche se fait par la différenciation et des comportements territoriaux quant aux activités réalisées (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 1999). Au travers de la CIP, la reconnaissance mutuelle de l'interdépendance* est indispensable ainsi que l'acceptation de zones de chevauchement dans les activités et compétences (D'Amour, 2001 ; Henneman & al., 1995). De plus chaque individu se professionnalise au sein de philosophies, de valeurs, de perspectives théoriques différentes et cela peut être source de conflit (Chédotel, 2004 ; Oandasan & al., 2004 ; San-Martin Rodriguez & al., 2005).

2.2.3.4 Le système éducatif

Selon D'Amour (D'Amour & al., 1999 ; Oandasan & al., 2004), le système éducatif est un déterminant majeur de la CIP en tant que vecteur de valeurs professionnelles*. Toutefois une forte socialisation professionnelle peut freiner la connaissance des autres professions.

2.2.4 Les déterminants organisationnels ou Méso (au niveau de l'institution)

Les déterminants organisationnels de la collaboration identifiés dans différents modèles peuvent être répertoriés en 4 catégories (Aumais & al. 2012 ; Oandasan & al., 2004) présentées ci-après.

2.2.4.1 La structure organisationnelle

Concernant la structure organisationnelle et la stratégie (Jacob, 2015), une CIP réussie nécessiterait le passage de structures traditionnelles hiérarchiques* à des structures plus horizontales (Henneman & al., 1995 ; Josserand & al., 2004 ; King, 1990 ; Oandasan & al., 2004 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). Ces dernières soutiennent davantage les prises de décision partagées* (Robidoux, 2007 ; Baron, 2015 ; Vallejo, 2018) et la résolution de problèmes (Poitras, 2015). Il est également question de l'identification et de l'application des rôles et responsabilités de chacun (Robidoux, 2007 ; Schott & al., 2020), des protocoles*, des procédés standardisés et des processus, du degré de risque* accepté (Bedwell & al., 2011). Cette structure organisationnelle

concerne également la conception de l'équipe, le style de management, les règles* et sanctions ou encore l'utilisation de supports administratifs*, l'acceptation du changement et de l'innovation (D'Amours & al., 2015 ; Loilier & Tellier, 2004) et la gestion des conflits (Poitras, 2015).

2.2.4.2 La philosophie de l'organisation

Pour soutenir la CIP, la philosophie de l'organisation devrait valoriser la participation*, l'équité*, la liberté d'expression* et l'interdépendance* (D'Amour & al., 1999 ; Henneman & al., 1995, Oandasan & al., 2004). Cela comprend également le traitement de notions telles que le partage des territoires, les modèles mentaux partagés (Dameron, 2004 ; San Martin-Rodriguez & al. 2005 ; D'Amours & al., 2015), l'autorité et le pouvoir (Tyrrell, 2004), la compétition (Josserand, 2004 ; Pitsis, 2004), les facteurs de stress (Bedwell & al., 2012), la recherche de consensus (Havard, 2015) et le niveau d'autonomie (Gheorghiu & Moatty, 2005 ; Kosremelli & Wacheux, 2007).

2.2.4.3 Le soutien administratif et les ressources de l'équipe : environnement de la CIP

L'environnement de la collaboration se décline aux niveaux spatial* (pour se rencontrer) (D'Amour & al., 1999 ; Lindeke & Block, 1998 ; Schott & al., 2020), temporel* (pour interagir, partager des informations, développer des relations interpersonnelles) (Castaner & Oliveira, 2020 ; D'Amour & al., 1999), des ressources humaines, de l'incertitude, de la complexité (Bedwell & al., 2012 ; Chédotel, 2004 ; D'Amours & al., 2015 ; Dumas & al., 2016 ; Rossano, 2019 ; Seeber, 2014) et de la connectivité (Chédotel, 2004 ; Bedwell et al., 2012 ; Seeber, 2014 ; D'Amours & al., 2015) (possibilités de créer des liens, de se rencontrer). Un soutien administratif structurant est nécessaire afin de rendre disponibles des leaders* en mesure de véhiculer des pratiques collaboratives, et de soutenir un cadre permettant cette collaboration (D'Amour & al., 1999 ; Henneman & al., 1995 ; Oandasan & al., 2004).

2.2.4.4 La communication, les relations sociales et les mécanismes de coordination

Les relations sociales (Tyrrell, 2004) et la communication (Nielsen, 2004 ; Jacob, 2015 ; Gardère & al., 2019) doivent être adaptées à la CIP et comprendre des outils de communication* permettant une ouverture*, des échanges*, des négociations* et transactions. Cela englobe également, d'une part, la perception de l'intérêt de la collaboration*, l'évaluation de sa qualité et sa valorisation* (Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012 ; Bedwell, 2012), et, d'autre part, la formalisation de la collaboration (en lien avec des objectifs* et une vision* partagés, un but commun) (Dameron 2004 ; Kosremelli & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012).

2.2.5 Les déterminants interactionnels ou Micro (au niveau du professionnel)

Les facteurs interactionnels peuvent se situer à deux niveaux.

2.2.5.1 L'individu en interaction

Le premier niveau concerne les éléments qui s'étudient au niveau d'un individu qui est lui-même en contact avec au moins un autre individu. Il peut s'agir du leadership (Pitsis & al., 2004 ; Baron, 2015 ; Jacob & Poitras, 2015), du sentiment d'appartenance (San Martin-Rodriguez & al., 2005), des relations interpersonnelles, du partage, de l'engagement, de la centralité (Pitsis, 2004), de la connaissance* et de la reconnaissance mutuelles* (D'Amours & al., 2015). La volonté à collaborer* est également primordiale, en effet, selon D'Amour, la collaboration est, par nature, volontaire (D'Amour & al., 1999) et nécessite de ce fait un engagement dans la démarche collaborative (Ben Maouia, 2017 ; Henneman & al., 1995 ; Oandasan & al., 2004). Cela est mis en lien dans la littérature avec la cohésion*, clé de voûte de la volonté des individus à faire partie d'une équipe (Aumais & al., 2012 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). La confiance* est également considérée comme l'un des éléments clés du développement des pratiques collaboratives (Aumais & al., 2012 ; Bedwell & al., 2012 ; D'Amour, 2002 ; Henneman & al., 1995 ; Jossierand, & al., 2004 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007). Selon D'Amour (Oandasan & al., 2004) elle nécessite du temps, des efforts, de la patience et des expériences positives antérieures (Ben Maouia, 2017 ; Henneman & al., 1995 ; Oandasan & al., 2004). Elle peut être de l'ordre de la confiance « en soi » ou tournée vers l'autre ou vers une institution (Ghertman, 2003 ; Loilier & Tellier, 2004 ; Nielsen, 2004). Les compétences* en communication en jeu dans les relations interpersonnelles sont primordiales concernant la CIP (Bedwell & al., 2012 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). Selon D'Amour (D'Amour & al., 1999 ; Oandasan & al., 2004), les relations interpersonnelles* sont considérées comme un déterminant clé de la CIP car :

- les professionnels doivent être en mesure de comprendre comment leur travail contribue aux objectifs* et aux résultats de l'équipe et comment ils peuvent transmettre cette contribution (Dumas & al., 2016 ; Havard, 2015 ; Miremont & Valax, 2017) ;
- une communication efficace permet des négociations* constructives (Dumas & al., 2016 ; Gueguen & Campia, 2018 ; Havard, 2015) ;
- ces relations sont un vecteur d'autres déterminants tels que le respect* (D'Amours & al., 2015), le partage, etc. (Ben Maouia, 2017 ; Henneman & al., 1995).

2.2.5.2 L'individu isolé ou en interaction

Le deuxième niveau concerne les éléments qui s'étudient à partir d'un individu dans ou en dehors du groupe ou de l'interaction. Il touche la gestion des émotions, la formation*, l'attitude*, les intentions, la personnalité, le mode de raisonnement, les connaissances* et compétences* mais aussi l'identité et la culture personnelles et professionnelles (Chédotel, 2004 ; Pitsis & al., 2004 ; Tyrrell, 2004 ; Bedwell & al., 2012 ; Jacob & Poitras, 2015). Concernant les valeurs personnelles,

le respect* est abordé dans la littérature et est lui-même en lien avec la connaissance et la reconnaissance de la complémentarité* et de l'interdépendance* des différents professionnels (D'Amour & al., 1999 ; Oandasan & al., 2004).

D'Amour (Oandasan & al., 2004) souligne par ailleurs que la littérature ne fournit pas beaucoup de preuves de l'influence des déterminants sur la collaboration et que les déterminants interactionnels ont reçu plus d'attention. L'auteur souligne qu'il est nécessaire de mieux comprendre la relation entre les facteurs macro, méso et micro affectant la collaboration et, qu'en particulier au niveau organisationnel, il est indispensable de comprendre les composantes de l'organisation qui sont susceptibles de favoriser le développement de la CIP.

Les facteurs décrits ci-dessus, issus de la recension des écrits sont synthétisés dans la figure ci-après. Les étoiles correspondent aux principaux états émergents qui seront traités plus après.

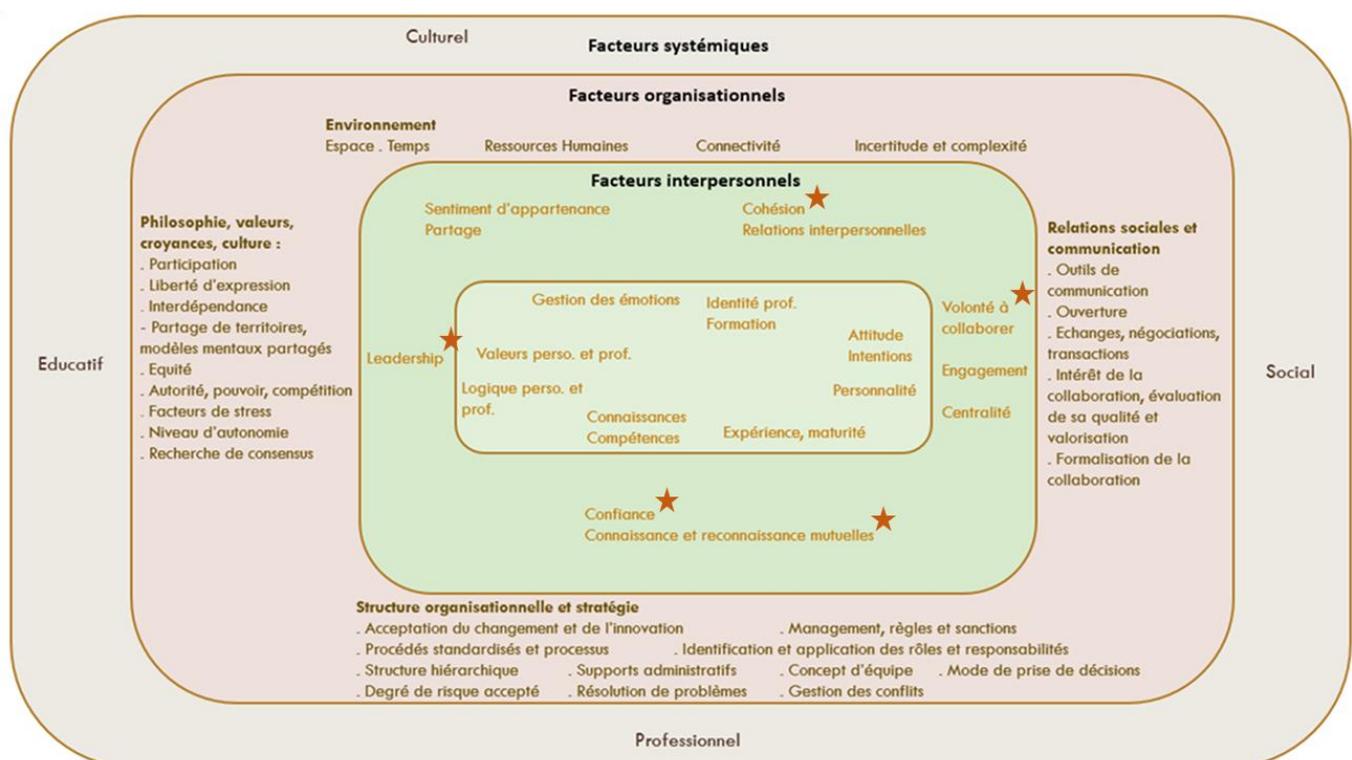


FIGURE 15 : Les facteurs de la collaboration (Eckenschwiller & al., 2022)

2.3 Déclinaison hospitalière des déterminants organisationnels

Afin de répondre à la nécessité de contextualiser les déterminants organisationnels hospitaliers nous allons à présent, compte-tenu de ces déterminants, reprendre des éléments clés qui caractérisent le système hospitalier français.

2.3.1 La structure organisationnelle au sein du système hospitalier français

Le New Public Management apparaît comme une modalité de gestion selon laquelle les professionnels hospitaliers (soin, management, administration et gestion) sont amenés « à assurer

une plus grande efficacité en termes d'activités et une plus grande efficience en termes d'usage des moyens » (Sebai & Yatim, 2018, p. 517). De manière paradoxale, ils doivent répondre à une double injonction : réduire les coûts et rendre un service de qualité. Ils sont ainsi soumis à une évaluation à la fois par les usagers (satisfaction des patients) et par les pouvoirs publics et financeurs (performance) (Rivière & al., 2019). Selon Abord de Chatillon & Desmarais (2012), trois dimensions majeures du Nouveau Management Public peuvent être identifiées :

- le contrôle des moyens ;
- la responsabilisation des acteurs ;
- la prise en compte des parties prenantes (en termes d'action publique et de réseau élargi) (Rivière & al., 2019).

La question de la gestion des équipes se pose dans ce contexte, cela d'autant plus que certains auteurs soulignent la nécessité de développement des compétences managériales des acteurs hospitaliers (organisation, délégation, etc.) (Krief, 2012). Cela apparaît également concernant le management de projets (Miremont & Valax, 2017) en termes de difficultés « *d'animation et de mobilisation autour d'un projet mobilisateur par le pilote du projet en raison des logiques différentes, voire divergentes* » (Krief, 2000, p. 5) des différents acteurs hospitaliers. Les cadres de santé et cadres supérieurs de santé sont des acteurs clés de ce management de par leur proximité avec les professionnels de santé, de formation initiale paramédicale, ils sont chargés d'encadrer les équipes au sein de services variés (médicaux, médicotechniques ou de rééducation) (Rivière & al., 2019). Or, ces cadres managers sont soumis en première ligne aux diminutions de moyens, contraintes budgétaires, surcharge quantitative de travail, stress et nécessité permanente d'adaptation. Ils subissent également des « tensions de rôles » liées à de nouvelles attentes de l'organisation. Celles-ci peuvent se présenter sous forme de conflits de rôles : les cadres managers sont en effet à l'interface de différents acteurs (équipes, hiérarchie, patients, familles, etc.) ayant des intérêts parfois divergents ; les attentes de rôles peuvent alors être incompatibles entre elles. Elles peuvent aussi prendre la forme d'une ambiguïté de rôles (méconnaissance des attentes des collaborateurs, évolution du métier, etc.) (Dumas & Ruiller, 2013 ; Rivière & al., 2019).

L'inertie hospitalière est soulignée dans la littérature, certains soignants ayant le sentiment de ne plus être porteurs de projets (Miremont & Valax, 2017), les projets restant souvent « *à l'état d'intentions sans concrétisation et donc sans mise en œuvre effective* » (Krief, 2000, p. 5). En lien avec ces éléments, le processus décisionnel reste bien souvent difficile à identifier et le pouvoir de décision très relatif. En effet, le système hospitalier se structure autour d'une hiérarchie diversifiée : direction, médecins, personnel soignant, personnel administratif, tutelles extérieures, etc. (Nobre, 2013).

2.3.2 La philosophie de l'organisation hospitalière française

Les facteurs de stress sont nombreux au sein des hôpitaux, l'insuffisance de moyens peut créer des tensions aussi bien avec les usagers qu'entre membres du personnel (indisponibilité du personnel, baisse de la qualité) (Gheorghiu & Moatty, 2005). Le niveau élevé de stress est ainsi mis en lien avec une surcharge de travail mais également avec « *des horaires difficiles et un contact avec la souffrance et la mort* » (Rossano, 2019, p. 139).

Selon la littérature, pour soutenir la CIP, la philosophie hospitalière et ses valeurs devraient être tournées vers la participation, l'équité, la liberté d'expression et l'interdépendance (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007). Il peut exister également des conflits de valeurs. Certaines valeurs plus particulièrement tournées vers la prise en soin des patients comme l'hospitalité, l'accueil bienveillant, etc. (Gueguen & Campia, 2018) pouvant être mises en porte-à-faux par des injonctions de rentabilité et logiques financières (Rossano, 2019). D'amour & al. (1999) mettent en avant que dans le cadre de la reconnaissance de leur interdépendance, les professionnels « *doivent dépasser la notion de complémentarité, une action à plusieurs, pour atteindre une action davantage commune* » (D'Amour & al., 1999, p. 82). Ils reprennent la proposition de Friedberg (1993) qui souligne la dimension de la conscience des interdépendances et la nécessité de régulation. L'interdépendance et sa reconnaissance sont alors mises en lien avec le processus d'interconnaissance, le partage de territoires professionnels communs et l'établissement d'une relation de confiance (D'Amour & al., 1999). Les liens d'interdépendance sont prévus institutionnellement amenant les acteurs hospitaliers à travailler ensemble de fait (Harvard, 2015). Comme le notent Dumas & al. (2016) « *l'interdépendance des tâches induit la dépendance des membres* » (Dumas & al., 2016, p. 49). Cela est notamment en lien avec les spécialisations et les délégations de tâches. Cette dimension d'interdépendance est rejointe par celles de soutien et de transversalité.

Le comportement de soutien est une composante socio-émotionnelle forte et peut exister au niveau professionnel et au niveau de la sphère personnelle (Dumas & al., 2016). Le soutien et l'entraide contribuent également à l'affirmation identitaire du groupe et tendent à permettre une distribution équitable des tâches (Gheorghiu & Moatty, 2005). Ces auteurs exposent différents obstacles à l'entraide : surcharge de travail, inégalité, différences de statuts (intérimaires), discordances générationnelles, etc. (Gheorghiu & Moatty, 2005). Concernant la transversalité, elle s'oppose à la logique de cloisonnement (Krief, 2000 ; Peljak, 2002).

2.3.3 L'environnement hospitalier français de la CIP

Selon Gheorghiu & Moatty (2015), une amélioration globale des conditions matérielles au travail est à noter notamment concernant les tâches physiques (acquisition de matériel adapté,

réglable et ergonomique) mais mise en face d'une pénurie majeure de personnel. Concernant la connectivité, elle peut prendre la forme de groupes de travail (Havard, 2015), de groupes de parole, de réunions d'équipe, de transmissions, etc. (Dumas & al., 2016) qui sont institutionnalisés. Les rencontres peuvent également être davantage informelles selon la disposition et la disponibilité de chacun (Dumas & al., 2016). La grande complexité du système hospitalier rend coordination et CIP indispensables. Les établissements hospitaliers sont en effet décrits comme « *des organisations complexes et le plus souvent compartimentées voire balkanisées* » (Havard, 2015, p. 93). L'auteur met cette complexité en lien avec trois éléments majeurs :

- le nombre, la diversité et l'interdépendance des activités (cliniques, médico-techniques, logistiques, administratives) et la grande variété des métiers et compétences en lien ;
- la coexistence de différentes professions dont les hiérarchies s'entrecroisent (personnel médical, soignant, administratif, technique) et qui génèrent différents rapports de pouvoir (Holcman, 2006 ; Krief, 2012) ;
- les situations imprévues et mutations déstabilisantes (Honoré, 2015), cela en lien avec la diversité et la spécificité des maladies, les comportements des patients, etc. (Havard, 2015).

Selon Havard (2015), le cloisonnement quant à lui est en lien avec des catégories professionnelles développant des logiques de métiers propres (Sainsaulieu, 2006). Ces logiques de métier sont elles-mêmes liées aux formations initiales, aux identités professionnelles, aux positions hiérarchiques et à la gestion des carrières. Selon Glouberman & Mintzberg (2001), il existe quatre « mondes hospitaliers » (renvoyant à quatre ensembles d'activité, manières d'organiser et mentalités) dont les logiques diffèrent (Havard, 2015) et qui nécessitent de la connectivité afin d'assurer une intégration et une cohérence institutionnelle. Il est ainsi nécessaire que les managers aient un rôle de facilitateurs pour tisser des liens entre les acteurs et les secteurs et ainsi permettre le développement du travail collaboratif et un certain décroisonnement (Havard, 2015).

TABLEAU 6 : Les mondes de l'univers hospitalier selon Glouberman & Mintzberg (2001) in Havard (2015)

Monde	Acteurs du monde	Logique de ...
du médical (<i>cure</i>)	médecins (<i>doctors</i>)	coordination des activités et des parcours des patients (<i>operating workflow in care</i>)
du soin (<i>care</i>)	personnels soignants (<i>nurses</i>)	intervention ou acte médical
du contrôle (<i>control</i>)	gestionnaires (<i>managers</i>)	contrainte budgétaire ou réglementaire
de la communauté (<i>community</i>)	administrateurs (<i>trustees</i>)	Surveillance (oversize)

La pénurie mondiale en ressources humaines dans le domaine de la santé (WHO, 2006 ; WHO, 2008) a déjà été abordée plus avant¹⁹, celle-ci se décline également au niveau des hôpitaux français. Les effectifs réduits entraînent des formes de coopérations contraintes telles que les remplacements imprévisibles, les heures supplémentaires et parfois des situations de tensions ou de conflits (Gheorghiu & Moatty, 2005).

Concernant les éléments spatiaux, il est démontré que l'organisation spatiale influence les échanges interpersonnels (Dumas & al., 2016 ; Xiao, 2005) et que plus la distance augmente plus il est nécessaire de « *formaliser les activités d'articulation et de créer des espaces formels d'interaction* » (Havard, 2015, p. 98). De même, « *plus la taille d'un service augmente [...] et plus la cohésion est affaiblie* » (Dumas & al., 2016 ; West & al., 2002).

Au niveau de la temporalité, la CIP est rendue difficile par le sentiment de devoir travailler vite (Dumas & al., 2016). Il existe aussi des contraintes concernant la réduction du temps de présence des patients, les sorties accélérées, une augmentation de la charge de travail et une accélération du rythme de travail (Gheorghiu & Moatty, 2005 ; Rossano, 2019). Celui-ci consiste en une intensification des tâches qui « *fait déjà son œuvre en accélérant la réalisation de plus en plus d'actes dans un même espace-temps* » (Gueguen & Campia, 2018, p. 204).

2.3.4 La communication, les relations sociales et mécanismes de coordination au sein des hôpitaux français

Concernant les objectifs et la vision partagés, Miremont & Valax (2017) soulignent que les évolutions et mutations du système « Hôpital » ont entraîné une transformation des objectifs. Ceux-ci sont passés de valeurs du service public comme l'accueil pour tous et l'accessibilité à des

¹⁹ Introduction

objectifs d'équilibre financier, au retour à l'équilibre recettes/dépenses (Miremont & Valax, 2017). La question se pose alors du partage de ces objectifs qui ont subi des mutations. Ce questionnement est également soutenu par la théorie de la rationalité limitée (Simon, 1984 ; Tran, 2018). En effet si « *les individus sont rationnels, c'est-à-dire qu'ils ont des buts et agissent en fonction de leur réalisation* » (Chanut & al., 2011, p. 98), cette rationalité :

- n'est pas absolue, les comportements et stratégies sont ainsi plus influencés par des objectifs concrets à court terme que des objectifs abstraits à long terme ;
- est limitée. Elle est ainsi plus sensible à une approche séquentielle orientée vers la satisfaction que globale orientée vers l'optimisation (Chanut & al., 2011).

Nobre (2013) rejoint cette pensée, en soulignant qu'à l'hôpital « *les stratégies individuelles sont fortement prégnantes et les objectifs découlent davantage d'une agrégation de démarches individuelles que d'une approche collective structurée* » (Nobre, 2013, p. 122).

Ainsi, « *la connaissance des situations complexes est presque toujours fragmentaire et incomplète* » (Chanut & al., 2011, p. 98) et entraîne d'inévitables distorsions quant aux objectifs priorisés individuellement, cela d'autant plus au sein d'un environnement complexe.

Selon Havard (2015), les échanges sont « *les occasions de discussion, de négociation et d'arbitrage qui se créent dans les instances de gouvernance des pôles (bureau de pôle, conseil de pôle) facilitent la combinaison des logiques plurielles* » (Havard, 2015, p. 119). Cela est complété par la fonction intégrative des cadres de santé de la part de qui il est attendu un rôle de facilitateur (Dumas & al., 2016, Gheorghiu & Moatty, 2005) et d'arbitrage (Gueguen & Campia, 2018).

Havard (2015) traite de la formalisation de la collaboration et de la coordination en termes d'« articulation » et souligne l'invisibilité et la disqualification de ce travail qui est pourtant indispensable compte-tenu de :

- la diversité des acteurs ;
- du caractère imprévu des activités ;
- de la forme hiérarchisée et segmentée de l'organisation.

Cela concerne d'une part une articulation structurante, d'autre part une articulation opérationnelle et enfin une articulation de trajectoires. Ces différentes formes d'articulation sont fortement en lien avec la nécessité d'intense communication entre les acteurs. De plus la fonction de « traduction » est primordiale car elle permet de « *problématiser les situations et d'amener les acteurs en présence à envisager une coopération et la recherche d'une solution notamment via la négociation* » (Havard, 2015, p. 97).

Gheorghiu & Moatty (2005) exposent que la collaboration nécessite « *une forme de croyance dans le collectif* » (Gheorghiu & Moatty, 2005, p. 59), une perception de son intérêt et que cela ne doit pas se limiter à une stratégie de façade mais être considéré comme une véritable ressource. Cette perception de l'intérêt de la collaboration se construit autour des trajectoires individuelles des membres de l'équipe, des possibilités d'évolution de carrière, de la reconnaissance escomptée, des possibilités de formation, de promotion, de reconversion, etc. ainsi la bonne volonté n'exclut pas le calcul de l'intérêt à collaborer (Gheorghiu & Moatty, 2005).

Les outils de communication sont divers au sein des hôpitaux (formulaire, dossier patient, informatisation, etc.) et Dumas & al. (2016) soulignent que « *c'est moins l'écrit que la communication qui se noue autour de l'écrit qui est important* » (Detchessahar, 2013 ; Dumas & al., 2016, p. 62). Selon Rossano (2019), les incivilités croissantes peuvent engendrer un sentiment d'isolement et d'injustice et nécessitent un soutien institutionnel (Rossano, 2019 ; Vickers, 2006).

2.4 Modèle de Bedwell & al. (2012)

2.4.1 Présentation générale du modèle

Bedwell & al (2012) proposent une conceptualisation multidisciplinaire de la collaboration et discutent des implications de cette théorie intégrative sur la gestion des ressources humaines. Les auteurs comparent les conceptualisations de la collaboration qui sont réalisées par différentes disciplines : sciences de gestion, communication, anthropologie, médecine, etc. A l'issue de leurs travaux les auteurs proposent une approche théorique fondée sur le cadre Input-Mediator-Output-Input (IMOI) (Ilgen & al., 2005).

Les entrées (Input) sont constituées de manière intégrative des caractéristiques, individuelles, d'équipes, de service qui s'influencent entre elles (Mathieu & al., 2008). La figure ci après illustre la volonté de permettre n'importe quel niveau d'analyse, individu / équipe, équipe / plusieurs équipes, etc. Le processus collaboratif aboutit à des résultats collaboratifs individuels (Output) et/ou collectifs tels qu'un produit, une idée, une compréhension partagée, la satisfaction des entités, etc. Le processus (Mediator) entre les entrées et les sorties se compose d'états émergents et de comportements qui sont en interaction. Les comportements collaboratifs décrits sont au nombre de six tels que les comportements :

- adaptatifs qui contribuent à l'efficacité dans des contextes dynamiques, complexes et incertains (Bedwell & al., 2012 ; Griffin & al., 2007) ;
- de rôles supplémentaires. Ceux-ci ne sont pas définis à l'avance, ne sont pas reconnus formellement (aide apportée, développement personnel) (Podsakoff & al., 2000 ; Van Dyne & LePine , 1998) ;

- de traitement de l'information (perception, encodage, stockage, traitement et récupération de l'information) (Bedwell & al., 2012 ; Hinsz & al., 1997) ;
- de leadership qui a pour objectif la compréhension et l'entente sur ce qui doit être fait d'une part, la coordination des efforts pour atteindre les objectifs d'autre part (Yukl, 2006) ;
- qui donnent du sens ;
- d'exécution de la tâche (comportements directement axés sur l'exécution des tâches et l'atteinte des objectifs).

Les caractéristiques contextuelles influencent le cadre de performance. Il peut s'agir :

- des caractéristiques de la tâche (le travail réel effectué et non la manière dont cela est fait) (McGrath, 1984) ;
- de l'environnement : degré de risque, niveau d'autonomie des membres dans leur travail, facteurs de stress (conditions de travail dangereuses ou incertitude), (Bell & Kozlowski, 2002) ;
- de données temporelles : durée de vie de l'équipe, pérennisation des membres (Marks et al., 2001) ;
- de données structurelles : structure du leadership, structure de la communication entre les membres, division du travail et des rôles entre les membres, etc. (Dyer, 1984).

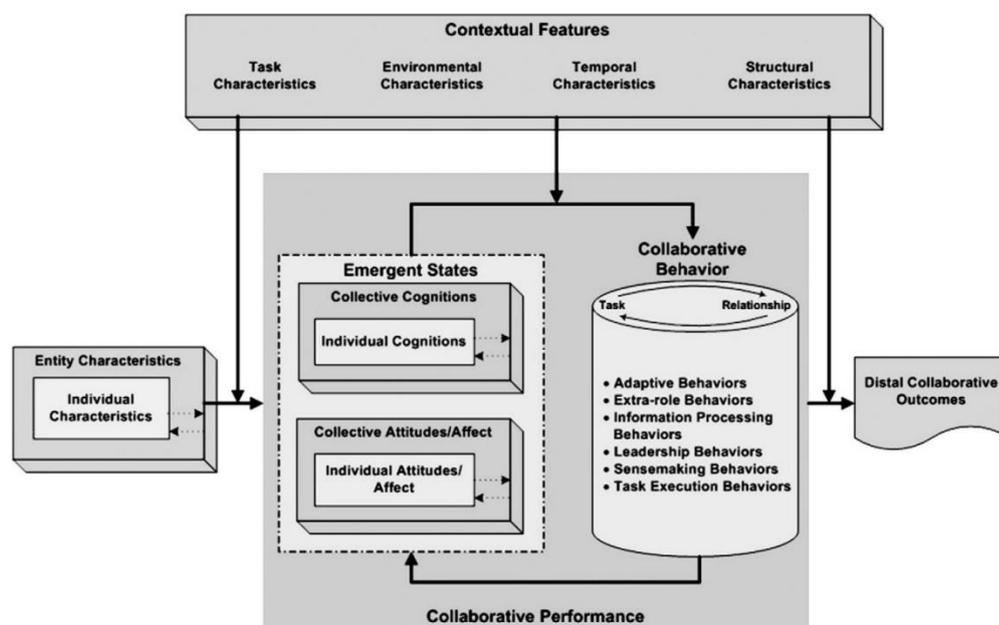


FIGURE 16 : Cadre de performance collaborative (Bedwell & al., 2012, p. 137)

2.4.2 Les états émergents du cadre de performance collaborative

Selon Bedwell & al., les états émergents sont des cognitions, des motivations, des affects ou encore des valeurs qui émergent des processus d'interaction d'équipe (Rosen & al., 2011 ; Saloas & al., 2014).

Selon Goldstein (1999), le concept d'émergence est mobilisé lorsque la dynamique d'un système s'appréhende mieux à travers son organisation qu'à travers les propriétés isolées des parties du système. Pour autant le concept n'exclut pas la prise en compte du fonctionnement de ces parties (Lewin, 1992). Les états émergents de la CIP sont souvent considérés comme une « boîte noire » (Seeber & al. 2014). Ces derniers sont définis comme des constructions, généralement de nature dynamique, qui caractérisent les propriétés de l'équipe et qui varient en fonction des différents phénomènes ayant lieu au sein de l'équipe (intrants, processus, résultats) (Marks & al. 2001 ; Waller & al. 2016). Ils sont le résultat d'une expérience en équipe et interagissent avec les processus au sein de l'équipe tels que la coordination, la gestion des conflits, etc. Ils peuvent être d'ordre cognitif, affectif, motivationnel ou être relatifs aux valeurs (Waller & al. 2016 ; Bedwell & al. 2012) et varient en fonction de la dynamique de l'équipe (Seeber & al. 2014). De nombreuses recherches ont soutenu des corrélations significatives entre divers processus d'équipe et états émergents (Mathieu & al., 2008). Marks & al. (2001) soulignent la nécessité de différencier précisément les variables de l'ordre du processus de celles de l'ordre des états émergents. Ils exposent que des variables telles que l'efficacité collective, la puissance, la cohésion et la conscience de la situation ont été fréquemment appariées au processus d'interaction alors qu'elles sont de l'ordre de l'émergence, se rapportant à des attitudes, des valeurs, des cognitions et des états rationnels et affectifs de l'équipe et motivations des membres. Marks & al. (2001) opposent alors :

- des états rationnels et affectifs des équipes (états émergents) ;
- la nature de l'interaction de leurs membres, des interactions d'équipe ou des actions d'équipe qui mènent à des résultats (processus).

En lien avec la complexité, les phénomènes émergents ne peuvent être entièrement contrôlés mais peuvent être influencés dans une certaine mesure (Wachs & al., 2016). Les auteurs notent en ce sens que l'accent doit être mis sur les interactions entre les parties plutôt que les parties elles-mêmes (Wachs & al., 2016). Ils se caractérisent par différents attributs :

- ils sont « globaux » puisqu'ils concernent des phénomènes individuels qui sont agrégés au groupe. Ainsi, les états émergents existent à différents niveaux conceptuels : individuel, interactionnel et de groupe. Cela est également appelé « survenance », tout en ayant une existence distincte, les états émergents dépendent de phénomènes plus fondamentaux (Goldstein, 1999 ; Waller & al., 2016). Dans le contexte hospitalier ces

niveaux peuvent correspondre aux individus, aux services, aux pôles, aux différentes filières (de soins, médicotechnique, administrative, technique) ou encore à la direction²⁰.

- ils sont « cohérents » car ils présentent une certaine persistance de leurs caractéristiques dans le temps (Waller & al. 2016). Pour examiner le processus d'émergence, les chercheurs se centrent alors sur la durée et la variabilité des états émergents dans le temps. Ces changements d'intensité dans le temps confèrent ainsi aux états émergents une dimension dynamique (Waller & al., 2016). Au sein des hôpitaux cette dimension temporelle s'inscrit en regard d'un sentiment de devoir travailler vite avec un rythme de travail accru (Dumas & Ruiller, 2013), de la réduction du temps de présence des patients (Gheorghiu & Moatty, 2005), d'un manque de disponibilité du personnel (Gheorghiu & Moatty, 2005), d'un minutage rationnel de l'action de chacun (Gueguen & Campia, 2018) ;
- ils sont « ostensifs » (Goldstein, 1999), c'est à dire qu'ils sont vécus et perceptibles. Dans les systèmes sociaux, la perception d'un état émergent est ainsi sujette à l'observation, le ressenti et l'interprétation des observateurs et des membres (Waller & al., 2016). Dans le domaine hospitalier cela se rapporte aux capacités d'observation, de ressenti et d'interprétation de chaque agent ;
- ils sont « radicalement nouveaux » (Goldstein, 1999), cela dans le sens où ils ne sont ni prévisibles ni déductibles à partir des composants d'un niveau différent (macro, méso, micro). Leur niveau de développement ne peut ainsi pas être anticipé ou prédit à partir d'autres éléments du système avant sa manifestation réelle. C'est bien l'impossibilité à établir parfaitement la relation entre le niveau inférieur et le niveau supérieur qui rend les phénomènes émergents radicalement nouveaux (Waller & al., 2016). Cela renforce également leur dimension dynamique. Au sein des hôpitaux cela pose par exemple le fait que le degré de développement d'un état émergent au niveau d'un individu n'est pas prédictif de son degré de développement au niveau de l'équipe.

A partir de ces éléments, nous retenons des états émergents que :

- leur nature doit être d'ordre cognitif, affectif, motivationnel ou concerner les valeurs ;
- leurs attributs doivent être radicalement nouveaux, ostensifs (vécus et perceptibles), globaux (phénomènes ressentis à titre individuel et agrégés au groupe) et cohérents (temporellement) ;

²⁰ Figure 5

- ils n’englobent pas la nature des interactions d’équipe ou des actions d’équipe (qui mènent à des résultats).

TABLEAU 7 : Principaux états émergents de la CIP (Bedwell & al., 2012 ; Eckenschwiller & al. , 2021 ; Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016)

	Nature	Radicalement nouveau	Ostensif	Global	Cohérent temporellement	Processus d’équipe
Confiance	d’ordre affectif	x	x	x	X	non
Cohésion	d’ordre affectif	x	x	x	X	non
Reconnaissance mutuelle	d’ordre cognitif	x	x	x	X	non
Volonté à collaborer	d’ordre motivationnel	x	x	x	X	non
Leadership	d’ordre cognitif	x	x	x	X	non

2.5 Déclinaison hospitalière des états émergents de la collaboration

Afin de répondre à la nécessité de contextualiser les états émergents hospitaliers nous allons à présent préciser et décrire quels sont les principaux états émergents identifiés dans notre recension des écrits : la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership.

2.5.1 La confiance

La confiance mutuelle peut se définir comme « *un construit social qui se réfère à l’expérience et au passé commun de l’interdépendance entre les membres d’une équipe* » (Friedberg & Crozier 1977, p. 19 ; Ben Maaouia 2017, p. 30). Différents modèles complètent cette définition. Selon Loilier & Tellier (2004), la confiance « personnelle » serait fondée soit sur les normes (en partant du postulat que l’autre respectera les normes, qu’il sera fiable en cela), soit sur le calcul et l’intérêt (chacun maximise alors « l’utilité » de la confiance). On peut également noter que la confiance « interpersonnelle », comprend une dimension intentionnelle (croyance que l’individu respectera ses engagements en l’absence d’opportunisme) et une dimension qui touche les compétences (formation et expérience). Jacob & Poitras (2015) proposent une approche complémentaire ; ils distinguent trois niveaux de prise en compte de la confiance : interpersonnel (au niveau de l’individu), interprofessionnel (concernant l’expertise) et interorganisationnel. Dans ce dernier cas la confiance devient alors institutionnelle, contextuelle, elle concerne un système (Loilier & Tellier

2004). Mériade & al. (2018) ont quant à eux traité la confiance interpersonnelle hospitalière sous l'angle de la « proximité » et plus particulièrement de la proximité géographique, de la proximité organisée (organisationnelle, cognitive, sociale, etc.) et de la proximité articulée (la manière dont les différentes proximités peuvent s'entremêler). Ils soulignent que c'est le plus souvent cette proximité articulée qui va permettre de créer de la confiance (Mériade & al., 2018). Enfin, notons que la confiance est souvent associée à une dichotomie, soit qu'une personne est digne de confiance soit qu'elle ne l'est pas. La recherche expose, qu'au contraire, il existe différents niveaux et degrés de confiance (Nielsen, 2004) avec un aspect capitalisable et un « effet retard ».

2.5.2 La cohésion

Selon Avenel (2015) « *la cohésion sociale est une formule générique qui englobe un grand nombre de représentations, d'évolutions, de tendances et d'acteurs* » (Avenel, 2015, p. 121). Elle se réfère à des éléments en lien avec une certaine harmonie, une pacification et une absence de conflit mais aussi « *à l'idée de solidarité entre les membres d'un groupe ou d'une société donnée et à l'idée d'une certaine interdépendance* » (Avenel, 2015, p. 131) ainsi que d'une complémentarité. Sont alors impliquées des notions telles que des valeurs communes, un sentiment d'appartenance, de participation et un sentiment d'engagement. Selon Robidoux, la cohésion peut être définie comme « *le degré d'affinité entre les membres du groupe et la motivation des membres à demeurer dans le groupe* » (Robidoux 2007 p. 16). Elle repose également sur le partage de caractéristiques communes, un fonctionnement unificateur ou encore des objectifs communs et faisant sens (Mucchielli, 2003 ; Ben Maaouia, 2017).

2.5.3 La reconnaissance mutuelle

La recherche a déterminé que la collaboration interpersonnelle « *nécessite un rapport d'échange entre les individus et de reconnaissance des compétences respectives* » (Robidoux, 2007, p. 14), les individus doivent éprouver un sentiment de compétence et de productivité collectives. Dans la littérature, deux types de reconnaissances sont identifiés : le premier sur le plan personnel (valeurs et compétences), le deuxième sur le plan professionnel (règles, éthique, déontologie, procédures) (Ben Maaouia, 2017).

Selon l'approche philosophique d'Axel Honneth « *l'attente normative que les sujets adressent à la société s'oriente en fonction de la visée de voir reconnaître leurs capacités par l'autrui généralisé* » (Honneth, 2004, p.134). L'auteur expose trois principes de reconnaissance qui conditionnent les attentes de chacun. Il s'agit de l'amour (sphère intime), de l'égalité (sphère politique et juridique) et du sentiment d'utilité (sphère collective). Ce dernier principe entend que l'on prenne en compte la contribution de chacun à la collectivité (Halpern, 2013). En lien avec cette sphère collective, selon Jorro & Houot (2013), la reconnaissance professionnelle repose sur

des situations d'appréciation ou de considération de l'agir professionnel et sur un processus d'évaluation de la part :

- de ses pairs ;
- de sa hiérarchie ;
- d'instances.

Il s'agit d'une rétribution symbolique qui provoque un sentiment positif (Jorro & Houot, 2013). Selon ces auteurs, la reconnaissance professionnelle peut s'entendre comme « reconnaissance du travail réalisé » (atteinte des objectifs, résultats obtenus) ou comme « reconnaissance du professionnel » (concernant la manière d'exercer). Face à cette approche, selon Brun & Dugas (2005) quatre formes de reconnaissance peuvent être distinguées, à savoir la reconnaissance :

- existentielle (d'un acteur social en lien avec d'autres acteurs) ;
- de la pratique (réalisation de la tâche) ;
- de l'investissement ;
- des résultats.

2.5.4 La volonté à collaborer

Selon D'Amour & al. (1999) la collaboration est, de par sa nature même, volontaire (D'Amour & al. 1999, in San Martin-Rodriguez & al. 2005). La volonté à collaborer « *représente le fait que les individus qui s'engagent dans la collaboration sont prêts et volontaires dans leur démarche* » (Mintzberg 1997, cité par Ellinger 2000, in Aumais & al. 2012, p. 10) et différentes perspectives expliquent cette volonté à s'engager. La volonté est considérée comme une faculté de l'être humain de se déterminer à réaliser ou non quelque chose et cela en toute liberté et selon des motifs rationnels (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2022). Dans le domaine de la psychologie, cela s'accompagne d'une représentation consciente et d'une intention préalable d'accomplir ses actes (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2022).

2.5.5 Le leadership

Le leadership peut se définir comme un processus intervenant sur ce qui doit être fait et comment cela doit l'être pour atteindre les objectifs mais aussi sur la diminution des obstacles (Bedwell & al. 2012). Le statut de leader fait l'objet de nombreux questionnements et différentes approches tendent à en préciser les contours. Certaines sont plus particulièrement appropriées au cadre de la collaboration. Le leadership « distribué » ou « partagé », consiste en une « *collection de rôles et de comportements qui peuvent être distribués, partagés, inter changés séquentiellement ou simultanément* » (Barry in Verzat & al. 2015, p. 5). Le leader peut orienter son action soit au niveau de la tâche, soit au niveau du groupe. Ces deux niveaux d'action sont complémentaires et doivent être articulés (Augustinova & Oberlé, 2013 ; Oberlé & Drozda-Senkowska, 2006). Au

niveau de la tâche, il peut s'agir de fonction de production (fournir les idées, partager des informations, proposer des solutions, etc.) ou de fonction de facilitation (exposer clairement l'objectif, définir clairement les étapes, etc.) (Augustinova & Oberlé, 2013). Au niveau du groupe, il peut s'agir de fonction de régulation (rechercher une participation équilibrée des différents membres, soulager les tensions, etc.) ou de fonction d'élucidation (faire émerger le non-dit, expliciter les conflits latents, etc.) (Augustinova & Oberlé, 2013). On parle également de « leader flexible », cela suppose pour les leaders « *d'une part, de posséder un large répertoire comportemental et, d'autre part, d'être aptes à alterner entre des comportements opposés en réponse à ce qui est requis par chaque situation* » (Baron, 2015, p. 28), cette posture serait favorisée par le coaching. Enfin le « leadership en T », c'est-à-dire le « *croisement de l'expertise reconnue et attribuée (la verticale du T) avec une connaissance fine des enjeux de l'organisation qui dépasse les frontières de l'unité d'appartenance (l'horizontale du T)* » (Jacob, 2015, p. 76) s'impose dans le domaine de la collaboration et apporte crédibilité et compréhension des logiques d'autrui (Jacob & Poitras 2015).

Le chapitre 1 de notre recherche s'achève ici, il permet de poser les bases solides de ce qu'est la collaboration interprofessionnelle. La première partie traite des aspects conceptuels, de l'identification de la terminologie connexe et de la définition de la CIP. La deuxième partie, en s'appuyant sur deux modèles complémentaires, permet de mettre en perspective la CIP et le contexte hospitalier français.

CHAPITRE 2

ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE

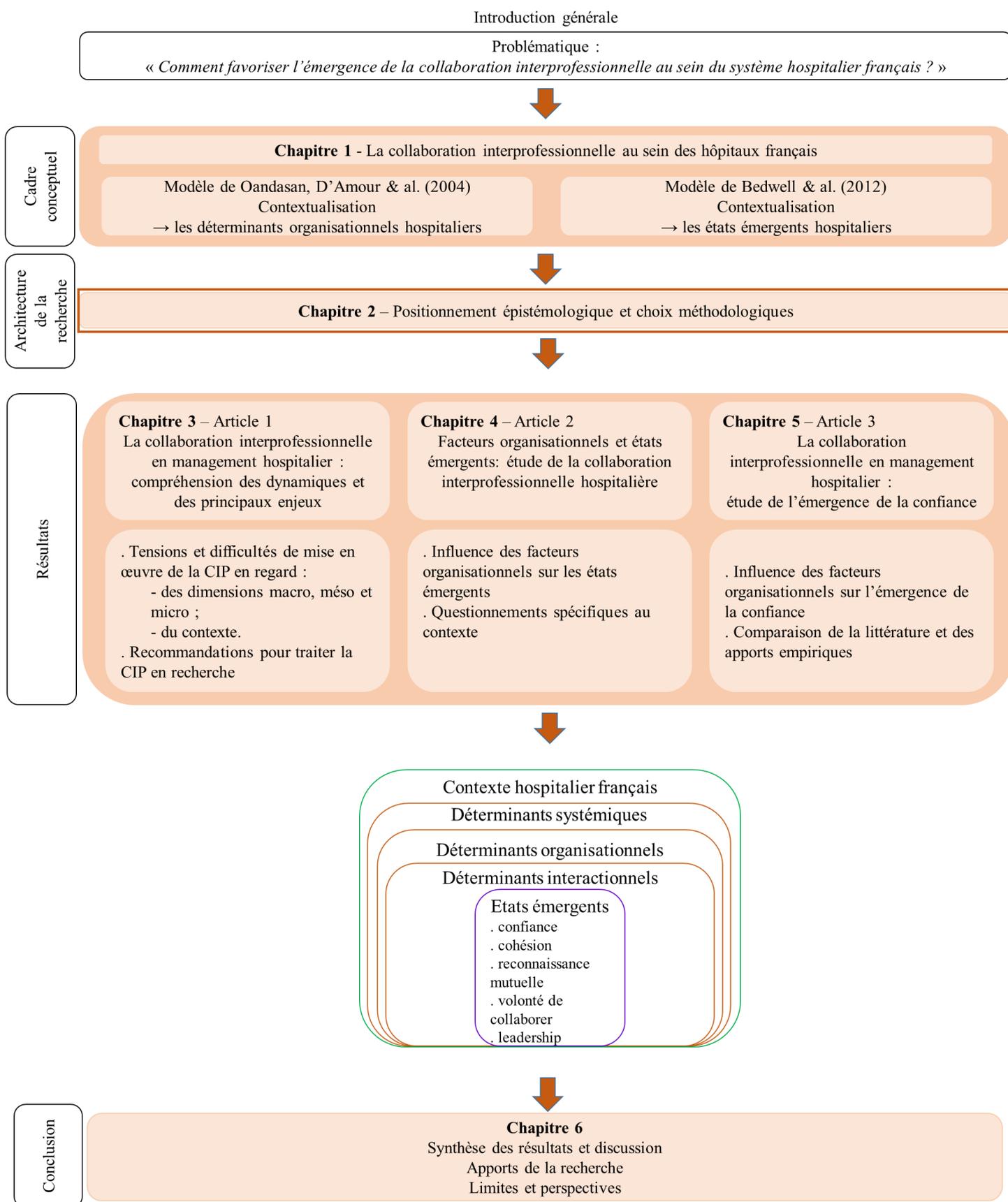


FIGURE 17 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 2

L'architecture de la recherche est « *la trame qui permet d'articuler les différents éléments d'une recherche : problématique, littérature, données, analyse et résultat* » (Royer & Zarlowski in Thiétart & al., 2007, p. 169) et d'en assurer la cohérence. Nous présentons ainsi dans cette partie la logique globale de notre démarche de recherche mais aussi l'articulation de ses éléments constitutifs.

Nous abordons en premier lieu les éléments épistémologiques en rappelant les grands paradigmes d'une part et en justifiant notre positionnement d'autre part.

1. Positionnement épistémologique

1.1 Les différents paradigmes épistémologiques

Les paradigmes épistémologiques renvoient aux principes, croyances, techniques et valeurs d'une communauté scientifique (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018). La littérature présente différents référentiels épistémologiques :

- le paradigme épistémologique positiviste logique ;
- les paradigmes épistémologiques post-positivistes ;
- les paradigmes épistémologiques constructivistes.

Afin d'éclairer notre positionnement, nous allons en présenter une brève synthèse.

1.1.1 Le paradigme épistémologique positiviste logique

Le courant positiviste logique (ou néo-positivisme) se situe au cœur de la notion de positivisme fondée par Auguste Comte. Ce courant repose sur trois hypothèses principales.

La première hypothèse est celle de l'ontologie réaliste qui postule « *d'un réel existentiel tel qu'il est en lui-même, indépendant de l'intérêt et de l'attention que peut lui porter le chercheur* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 19). Cela repose sur l'idée :

- d'un réel objectif, unique et indépendant ;
- d'un réel connaissable, étudiable en toute neutralité (Halleux, 1894).

Cette ontologie réaliste est également empirique dans le sens où « *le seul réel considéré par les positivistes est le réel observable* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 19).

La deuxième hypothèse est dite de détermination naturelle signifiant qu'il « *existe une certaine forme de détermination interne propre au réel existentiel* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 19). A travers une approche empirique, cette détermination naturelle repose sur :

- la description de relations immuables entre des faits observables et mesurables ;
- la recherche de lois invariables.

La troisième hypothèse est dite d'épistémologie objectiviste dualiste et postule « *que le chercheur doit se placer en position d'extériorité par rapport au phénomène étudié* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 20). En ce sens il doit :

- être détaché et distant de son objet d'étude ;
- faire preuve d'objectivité et de neutralité (conditions d'observation et d'expérimentation contrôlées) ;
- par un postulat d'indépendance, ne pas influencer l'objet d'étude.

Outre ces fondements hypothétiques le paradigme épistémologique positiviste logique s'appuie sur deux grands principes méthodologiques. Le premier est le principe cartésien de division ou décomposition analytique. Il s'agit de décomposer le réel en sous parties elles-mêmes connaissables et étudiables. Le deuxième est le principe de raison suffisante « *rien n'arrive jamais sans qu'il y ait une cause ou du moins une raison déterminante* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 20). De plus l'objet d'étude doit être isolé de son contexte, cela afin :

- d'exclure les perturbations ;
- de converger vers la vérité ;
- de décrire, contrôler et prédire le réel.

Cette approche pose des limites en excluant les études dont l'intérêt et la valeur reposent :

- sur la contextualisation de l'objet de recherche ;
- sur la prise en compte des relations entre le chercheur et l'objet de recherche.

Ces limites sont le point de départ de l'ouverture à d'autres approches dont les paradigmes épistémologiques post-positivistes que nous abordons ci-après.

1.1.2 Les paradigmes épistémologiques post-positivistes ou positivistes aménagés

Deux courants s'y inscrivent : le réalisme scientifique et le réalisme critique. Ils sont imbriqués et présentent des limites qui peuvent varier selon les approches des différents auteurs. Nous en présentons ci-après les principes fondamentaux.

1.1.2.1 Le réalisme scientifique

Selon Hunt & Hansen (2008) ce courant répond aux quatre principes fondamentaux suivants :

- il existe un monde indépendant de ce qui est perçu et de ses représentations ;
- la connaissance n'est pas certaine et correspond à une vision réaliste « faillibiliste » ;
- les dispositifs de test étant faillibles, les connaissances peuvent être remises en cause par des résultats contradictoires ;
- l'explication de phénomènes observables peut s'appuyer sur des concepts non observables (réalisme inductif selon Hunt) (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018 ; Hunt & Hansen, 2008).

1.1.2.2 Le réalisme critique (ou transcendantal)

Ce courant est classiquement présenté comme une alternative au positivisme et au constructivisme (Riopel, 2009 ; Smith, 2006) et repose sur deux hypothèses principales.

La première hypothèse fondatrice, d'ordre ontologique (Avenier & Thomas, 2015), pose une stratification du réel en trois domaines (Bhaskar, 1998) :

- le réel profond, « *domaine où résident les mécanismes générateurs, les structures et les règles, qui gouvernent la survenue d'actions et d'événements* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 25) ;
- le réel actualisé dans lequel prennent place ces mêmes actions et événements ;
- le réel empirique constitué des perceptions humaines de ce réel actualisé (Thiétart & al., 2014).

La deuxième hypothèse fondatrice, d'ordre épistémique postule que ce qui est connaissable (le réel empirique) au travers de l'ensemble des perceptions humaines du réel actualisé a pour objectif :

- l'identification des mécanismes générateurs sous-jacents au réel actualisé étudié ;
- la compréhension de la mise en œuvre de ces mécanismes générateurs.

Deux propriétés concernant les mécanismes générateurs s'ajoutent à ces hypothèses : l'intransitivité et la transfactualité. Selon la propriété d'intransitivité, les mécanismes générateurs existent et vivent en dehors de leur identification par les humains, de la connaissance qu'ils en ont. Selon la propriété de transfactualité, ils existent même si leur manifestation n'apparaît pas dans le réel empirique. L'activation des mécanismes générateurs dépend de circonstances :

- intrinsèques (en rapport avec les règles internes de fonctionnement) ;
- extrinsèques (en rapport avec leur contexte).

Dans ce cadre, l'objet de la science est « *de révéler le "réel" qui n'est pas directement observable [...] mais qui pourtant existe, et qui gouverne les événements effectifs (le réel actualisé) et ce que nous ressentons (le réel empirique)* » (Thiétart & al., 2014, p. 24).

1.1.3 Le paradigme épistémologique constructiviste radical (ou téléologique)

Le paradigme épistémologique constructiviste radical développé par Piaget (Le Moigne, 2001) est aussi qualifié de « pragmatique ». La première hypothèse fondatrice postule que le réel expérimenté repose sur « *la résistance perçue par l'humain aux actions qu'il mène* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 27). Ce courant accepte l'existence possible d'un réel extérieur et indépendant du sujet mais conteste la connaissance de ce réel indépendamment des perceptions du sujet.

La deuxième hypothèse fondatrice postule de l'interdépendance entre le sujet et l'objet d'étude pour générer la connaissance.

La troisième hypothèse fondatrice, l'hypothèse téléologique, postule que « *le projet de connaître un certain réel influence la manière dont on en fait l'expérience, et donc la connaissance que l'on en développe* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 28).

1.1.4 Le paradigme épistémologique interprétativiste

En lien avec la phénoménologie le paradigme épistémologique interprétativiste partage les trois hypothèses fondatrices du paradigme constructiviste pragmatique présenté dans le paragraphe précédent :

- « *ce qui est connaissable est l'expérience vécue [...]* ;
- *la connaissance qu'un sujet développe d'une situation est liée inséparablement à la fois à la situation et au sujet qui en fait l'expérience [...]* ;
- *le pouvoir constitutif de l'intention dans l'expérience du monde, et donc dans la construction de connaissances* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 30).

La quatrième hypothèse fondatrice diffère en réfutant l'hypothèse de l'existence d'un réel objectif qui soit indépendant de l'observateur (Sandberg, 2005 ; Yanow & Schwartz-Shea, 2006).

1.1.5 Le paradigme épistémologique constructiviste au sens de Guba et Lincoln

Le paradigme constructiviste au sens de Guba et Lincoln (1989) postule deux hypothèses fondatrices épistémiques proches de celles des paradigmes épistémologiques interprétativiste et constructiviste pragmatique :

- « *l'inséparabilité dans le processus de connaissance entre le sujet connaissant et ce qu'il cherche à connaître [...]* ;
- *le sujet connaissant ne peut pas échapper à son humanité* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 30).

La troisième hypothèse diverge notamment du paradigme épistémologique constructiviste pragmatique en postulant que « *la réalité est relative, multiple, socialement construite, et n'est pas gouvernée par des lois naturelles, causales ou d'autres sortes* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 30).

Les différents paradigmes et leurs hypothèses fondatrices sont synthétisés dans la figure suivante.

	P.E. réaliste scientifique (Hunt, 1990, 1991, 1992, 1994, 2008 ; Bunge, 1993)	P.E. réaliste critique* (PERC) (Bhaskar, 1988)	P.E. constructiviste pragmatique (PECP) (von Glasersfeld, 1988, 2001 ; Le Moigne, 1995, 2001)	P.E. interprétativiste (Heidegger, 1962 ; Sandberg, 2005 ; Yanow, 2006)	P.E. constructiviste au sens de Guba et Lincoln (PECGL) (Guba et Lincoln, 1989, 1998)
Hypothèses d'ordre ontologique	Il existe un réel en soi (LE réel) indépendant de ce qui est perçu et des représentations qu'on peut en avoir.	Il existe un réel en soi indépendant de, et antérieur à, l'attention que peut lui porter un humain qui l'observe. Le réel est organisé en trois domaines stratifiés : le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique.	Aucune hypothèse fondatrice. Il existe des flux d'expériences humaines	L'activité humaine est structurée (<i>patterned</i>). La signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation à laquelle ils participent est considérée comme la réalité objective de cette situation.	Le réel est relatif : il existe de multiples réalités socialement construites, qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte.
Hypothèses d'ordre épistémologique	LE réel (en soi) n'est pas forcément connaissable (fiabilité possible des dispositifs de mesure).	Le réel profond n'est pas observable. L'explication scientifique consiste à imaginer le fonctionnement des mécanismes générateurs (MG) qui sont à l'origine des événements perçus.	Est connaissable l'expérience humaine active. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie, lequel peut néanmoins exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. L'intention de connaître influence l'expérience que l'on a de ce que l'on étudie.	Est connaissable l'expérience vécue. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie. L'intention du sujet connaissant influence son expérience vécue de ce qu'il étudie.	Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie.
But de la connaissance	Connaître et expliquer des phénomènes observables (<i>via</i> éventuellement des concepts inobservables). Conception représentationnelle de la connaissance. Énoncés sous forme réfutable.	Mettre au jour les mécanismes générateurs et leurs modes d'activation. Conception représentationnelle des mécanismes générateurs.	Construire de l'intelligibilité dans le flux de l'expérience à fin d'action intentionnelle. Conception pragmatique de la connaissance.	Comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations. Conception pragmatique de la connaissance.	Comprendre les constructions de sens impliquées dans le phénomène étudié. Conception pragmatique de la connaissance.
Modes de justification spécifiques	Neutralité. Objectivité. Justification de la validité externe et de la validité interne (voir chapitres 2 et 3). Tests statistiques d'hypothèses. Réplication.	Pouvoir explicatif des MG identifiés. Justification de la validité des MG <i>via</i> des mises à l'épreuve successives dans des recherches quantitatives ou qualitatives.	Adaptation fonctionnelle et viabilité de la connaissance pour agir intentionnellement. Justification de la validité des connaissances génériques <i>via</i> des mises à l'épreuve dans l'action (recherches qualitatives).	Méthodes herméneutiques et ethnographiques. Justification des validités communicationnelle, pragmatique et transgressive.	Méthodes herméneutiques mobilisées de manière dialectique. Fiabilité (<i>trustworthiness</i>) et authenticité. Pas de généralisation.

* Au sens du réalisme critique transcendantal.

FIGURE 18 : Synthèse comparative de cinq paradigmes épistémologiques principaux (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 18 & 19).

1.2 Le positionnement épistémologique fondateur : le réalisme critique

Lemoigne (1993) (in Pesqueux, 2022) expose trois questionnements liés à une épistémologie :

- la question gnoséologique en lien avec la connaissance et plus particulièrement « *les origines, la nature, la valeur et les limites de la faculté de connaître* » (Nadeau, 1999, p. 286) ;
- la question méthodologique en lien avec la manière dont cette connaissance s'est constituée ;
- la question de la valeur ou de la validité de cette connaissance.

1.2.1 Appropriation du cadre épistémologique

Tous en considérant l'épistémologie comme un sujet sensible nourrissant de nombreux débats au sein de la communauté des chercheurs (Avenier 2011 ; Dumez, 2010 ; Dumez, 2011), nous proposons ci-après une schématisation du paradigme retenu, cela afin de clarifier les trois questionnements précités, de nous approprier cette conceptualisation et de pouvoir la transposer à notre étude.

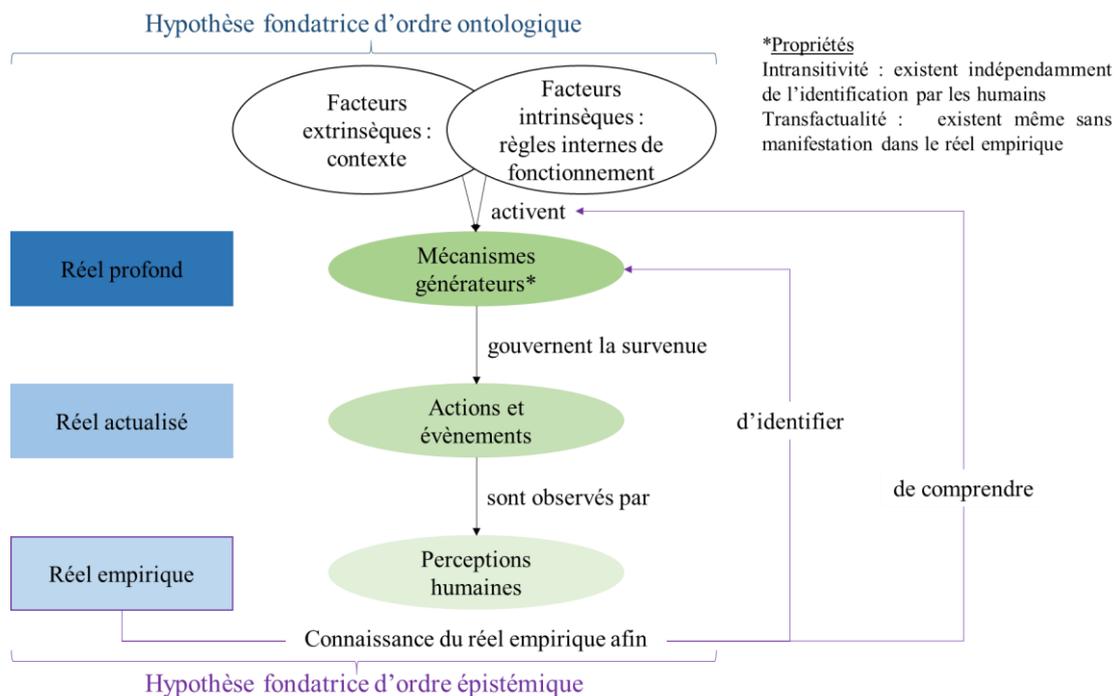


FIGURE 19 : Proposition de lecture des liens entre les différentes hypothèses fondatrices du paradigme épistémologique réaliste critique

1.2.2 La justification des connaissances dans le paradigme épistémologique réaliste critique

Premièrement, la notion de justification de la fiabilité s'entend comme le fait que « si l'on mesure plusieurs fois le même phénomène avec le même instrument, on doit obtenir les mêmes résultats » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 32). Selon la littérature, cette justification n'est pas possible dans ce paradigme face à un positionnement épistémologique critique qui considère qu'au sein des systèmes sociaux les circonstances extrinsèques font varier le contenu de recueils de données répétées.

Deuxièmement, la justification de la validité interne de la recherche dépend :

- de la cohérence interne de la recherche ;
- de la validité du construit ;
- de la rigueur du processus de recherche.

Quel que soit le paradigme retenu, la cohérence interne de la recherche repose sur les liens logiques entre :

- le cadre épistémologique ;
- l'objet de la recherche ;
- le but principal (élaboration de connaissances nouvelles ou test de connaissances préexistantes) ;
- la question de recherche ;
- les références théoriques centrales ;

- les méthodes d'investigation et de traitement.

Dans le paradigme retenu, le « construit » s'entend comme « *un ensemble cohérent d'énoncés relatifs à un plausible mécanisme générateur qui permettrait d'expliquer les observations effectuées à propos du phénomène étudié* » (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 34). Il s'agit ainsi d'explorer « des raisons plausibles » aux actions et événements perçus. La justification de la validité du construit dépend alors de l'identification d'explications plausibles aux différentes observations du chercheur.

La rigueur du processus de recherche dépend quant à elle de la capacité lors de la mise en lien avec le matériau empirique à expliquer l'ensemble des observations et perceptions effectuées.

La validité externe d'une recherche est en lien avec la validité des connaissances au-delà de l'échantillon considéré empiriquement. La justification de la validité externe d'une recherche nécessite une mise à l'épreuve de ces connaissances. Ces éléments comparatifs peuvent entraîner un enrichissement ou une adaptation du modèle initial. La validité externe se construit en deux temps :

- « *examiner dans quelle mesure les résultats mis en évidence sur un échantillon peuvent être généralisés à l'ensemble de la population mère (supposée avoir été étudiée à travers l'échantillon constitué pour la recherche ainsi menée) [...] ;*
- *évaluer dans quelle mesure ces résultats pourront être transférés ou réappropriés pour la connaissance d'autres terrains, parfois appelés "univers parents" »* (Thiétart & al., 2014, p. 314).

Afin d'éclairer notre propos nous proposons ci-après, sous forme de tableau, notre synthèse des écrits d'Avenier & Gavard-Perret (2018) concernant la justification des connaissances au regard du paradigme épistémologique réaliste critique.

TABLEAU 8 : Justification des connaissances en lien avec le paradigme épistémologique réaliste critique

Paradigme épistémologique réaliste critique		
	Caractéristiques	Justification des connaissances
Justification de la fiabilité	Elle est en lien avec la survenue des mécanismes générateurs dépendant du contexte.	Sans objet
Justification de la validité interne, dépendance entre : . la cohérence interne de la recherche . la validité du construit . la rigueur du processus de recherche	Elle est indépendante du paradigme et dépend de l'articulation logique entre : - le cadre épistémologique ; - l'objet de la recherche ; - le but principal (élaboration de connaissances nouvelles ou test de connaissances préexistantes) ; - la question de recherche ; - les références théoriques centrales ; - les méthodes d'investigation et de traitement.	
	Elle dépend de l'identification des raisons plausibles aux événements observés.	Elle est en lien avec la capacité à apporter des explications possibles aux observations.
	Elle se joue lors de la mise en lien avec le matériau empirique.	
Justification de la validité externe	Elle dépend de la justification des connaissances sur les mécanismes générateurs.	Elle nécessite une mise à l'épreuve du pouvoir explicatif du modèle.

Dans la suite de ces données d'ordre épistémologique, nous présentons notre méthodologie, tout d'abord de manière globale puis précisément concernant les aspects théoriques et empiriques.

2. Choix méthodologiques

Partant du cadre épistémologique retenu, nous présentons ici notre démarche de recherche qui mobilise un raisonnement abductif. Celui-ci repose sur le principe qu'un « *ensemble donné de faits, mène éventuellement à une hypothèse explicative de cet ensemble* » (Nadeau, 1999, p. 1). Selon Morfaux (2011) le mode de raisonnement par abduction permet ainsi de conclure :

- « *de la régularité observée de certains faits à leur constance ;*

- de la constatation de certains faits à l'existence d'autres faits non donnés mais qui ont été liés régulièrement aux premiers dans l'expérience antérieure » (Morfaux & Lefranc, 2011, p. 265).

Pour s'inscrire dans ce raisonnement nous utilisons différentes voies d'exploration :

- l'exploration théorique qui consiste à opérer un lien entre deux champs théoriques de manière inédite (Thiétart, 2014) et sur laquelle nous avons construit notre cadre conceptuel. Les deux cadres théoriques confrontés sont issus de la sociologie des organisations d'une part (Oandasan, D'Amour & al., 2004) et de la psychologie appliquée aux sciences de gestion d'autre part (Bedwell & al., 2012) ;
- l'exploration empirique qui permet de donner du sens aux observations.

Nous proposons à présent de reprendre le tableau précédant qui fait le lien entre la justification des connaissances et le paradigme épistémologique réaliste critique et de le mettre en perspective avec notre travail de recherche.

2.1 Synthèse de la méthodologie d'accès au réel empirique

TABLEAU 9 : Mise en perspective du paradigme épistémologique réaliste critique avec la méthodologie de recherche mise en œuvre

	Paradigme épistémologique réaliste critique		Méthodologie de recherche mise en œuvre
	Caractéristiques	Justification des connaissances	
Justification de la fiabilité	Elle est en lien avec la survenue des mécanismes générateurs dépendant du contexte.	La justification des connaissances est sans objet selon la littérature	Le chercheur présente une attitude neutre, en dehors de tout jugement. Le codage des données est méthodique (Saldana, 2013), la matrice de réduction et d'analyse des données qualitatives récoltées de manière empirique est rigoureuse. Les modalités de construction sont décrites plus après.
Les principaux risques de biais sont pris en compte dans notre méthodologie afin de consolider la justification de la fiabilité de la recherche. Ils sont présentés dans le tableau qui suit.			
Justification de la validité interne, dépendance entre :			
. la cohérence interne de la recherche	Elle est elle-même indépendante du paradigme et repose sur l'articulation logique entre :		
	- le cadre épistémologique ;		Réalisme critique

	- l'objet de la recherche ;		Compréhension de l'émergence de la CIP au sein du secteur hospitalier français
	- le but principal (élaboration de connaissances nouvelles ou test de connaissances préexistantes) ;		Elaboration de connaissances nouvelles
	- la question de recherche ;		« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ? »
	- les références théoriques centrales ;		Mise en perspective : - du modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999) ; - du cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012).
	- les méthodes d'investigation et de traitement.		Démarche abductive : exploration théorique et empirique.
. la validité du construit	Elle dépend de l'identification des raisons plausibles aux évènements observés.	La justification des connaissances est en lien avec la capacité à apporter des explications possibles aux observations.	La recension des écrits (théorique) permet l'identification et la compréhension : - des facteurs extrinsèques à la CIP (contexte) ; - des facteurs intrinsèques à la CIP (règles internes et fonctionnement). Les données primaires récoltées (empirique) permettent l'accès aux perceptions des sujets interrogés (réel empirique) sur les mécanismes générateurs (réel profond) d'actions et d'évènements (réel actualisé) concernant la CIP.
. la rigueur du processus de recherche	Elle se joue lors de la mise en lien avec le matériau empirique.		
Les principaux risques de biais sont pris en compte dans notre méthodologie afin de consolider la validité interne de la recherche.			
Ils sont présentés dans le tableau suivant.			

<u>Justification de la validité externe</u>	Elle dépend de la justification des connaissances sur les mécanismes générateurs.	La justification des connaissances nécessite une mise à l'épreuve du pouvoir explicatif du modèle.	Les profils des agents (professions, âge) sont diversifiés. Les niveaux d'analyse (professionnels en lien avec le patient ou en situation d'exercice managérial) et de ce fait les expertises sont diversifiés. La dépendance contextuelle des résultats (secteur hospitalier français) est prise en compte.
<p>Le principal risque de biais est pris en compte dans notre méthodologie afin de consolider la validité externe de la recherche.</p> <p>Il est présenté dans le tableau ci-après.</p>			

TABLEAU 10 : Principaux risques de biais et actions préventives mises en œuvre lors de l'enquête

	Signification	Approche préventive lors de la méthodologie mise en œuvre
Biais limitant la fiabilité		
. Influence du chercheur sur le site	« <i>le chercheur perturbe le comportement du site [...]</i> »	La mission d'étude est clairement perçue par le site enquêté afin que les personnes interrogées puissent répondre sans crainte de représailles ou conséquences personnelles négatives. Le chercheur s'appuie sur son réseau afin « <i>d'établir des relations claires avec les personnes à interroger</i> » (Drucker-Godard & al. in Thiétart & al., 2014, p. 320).
. Influence du site sur le chercheur	<i>le site perturbe les capacités du chercheur en matière de collecte et d'analyse des données</i> » Drucker-Godard & al. in Thiétart & al., 2014, p. 320).	Les personnes interrogées sont issues de différents pôles médicaux et occupent des fonctions variées.
Biais limitant la validité interne		
. « <i>Effet d'histoire</i> »	<i>Se demander si des événements extérieurs à l'étude et survenus pendant</i>	Influence sur les résultats d'une enquête intégralement menée en période de crise sanitaire Covid-19 ²¹ .

²¹ Chapitre 6 – Discussion générale – Limites et perspectives de la recherche

	<i>la période d'étude n'ont pas faussé les résultats [...]</i>	
<i>. Effet d'instrumentation</i>	<i>Les questions utilisées pour recueillir les données sont mal formulées [...]</i>	Le recueil de données est formalisé. Les questions ont fait l'objet d'un test non pris en compte dans l'enquête. Un seul chercheur mène l'enquête. Le chercheur connaît le secteur hospitalier.
<i>. Effet de sélection</i>	<i>L'échantillon étudié doit être représentatif de la population pertinente pour l'étude [...]</i>	Le panel interrogé est sélectionné en fonction de la représentativité des professions et de la posture professionnelle.
<i>. Effet de contamination</i>	<i>Un individu interrogé apprend par d'autres individus l'objet de l'étude, ce qui fausse les résultats » Drucker-Godard & al. in Thiétart & al., 2014, p. 314).</i>	La confidentialité des travaux et du recrutement est respectée.
Biais limitant la validité externe		
<i>Biais de représentativité</i>	<i>« Sélectionner des cas "similaires" pour que les résultats convergent entre eux » Drucker-Godard & al. in Thiétart & al., 2014, p. 328).</i>	Le panel est diversifié à plusieurs niveaux

A partir de ce cadre méthodologique, nous abordons ci-après la construction de la recension des écrits et du recueil de données.

2.2 Recension des écrits

Dans un premier temps, une recherche documentaire large a été menée à partir des mots clés « collaboration interprofessionnelle », « santé », « hôpital » dans les bases de recherche suivantes en Sciences de Gestion : ScienceDirect, PubMedCentral, HAL, Persée, Cairn. Les écrits théoriques et empiriques en anglais et français ont été recensés entre 2001 et 2021. Cette première étape a permis d'identifier 25 textes en lien avec notre objet d'étude. Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné les articles présentant des données mirées sur les facteurs organisationnels de la collaboration interprofessionnelle, les états émergents de cette collaboration et l'évolution du secteur hospitalier dans la dernière décennie. Les mots clés utilisés ont été « facteurs organisationnels », « états émergents », « hôpital », « management ».

Un total de 40 articles a été retenu. Les principaux critères d'inclusion qui ont été retenus sont les suivants : utilité de la source au regard des objectifs de la recherche, date de publication, affiliation des auteurs, révision des documents par l'éditeur.

TABLEAU 11 : Articles intégrés dans la recension des écrits

Auteurs	Année	Titre	Type	Domaine	Classement et comité de relecture (CR)
Aumais N., Laflamme S., Venne C.	2012	Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes	Synthèse de recherche	Sciences de l'éducation	CR
Baron, L.	2015	Éloge de la flexibilité des leaders	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
Bedwell W. L., Wildman J. L., Diazgranados D., Salazar M., Kramer W. S., Salas E.	2012	Collaboration at Work: An Integrative Multilevel Conceptualization	Revue : Human Resource Management Review	Gestion	Rang 2 FNEGE
Ben Maaouia M.	2017	Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance: cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim	Thèse	Santé	
Brechat P., Leenhardt A., Mathieu-Grenouilleau M.-C., Rymer R., Matisse F., Baraille D., Beaufils P.	2010	Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique	Revue : Santé publique	Santé	CR
Brunelle Y.	2009	Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner	Revue : Pratiques et Organisation des Soins	Santé	CR

Chedotel F.	2004	Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Dameron S.	2004	Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
D'amours L., Ferland M., Jacob R., Poitras J.	2015	Collaborer pour faire le bien	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
D'amour D., Sicotte C., Levy R.	1999	L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé	Revue : Sciences Sociales et Santé	Santé	CR
Divay S.	2018	La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation	Revue : Sciences sociales et santé	Santé	CR
Dumas M., Ruiller C.	2013	Etre cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ?	Revue : Revue de gestion des ressources humaines	Gestion	Rang 2 FNEGE
Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M.	2017	Job Satisfaction among Mental Healthcare Professionals: The Respective Contributions of Professional Characteristics, Team Attributes, Team Processes, and Team Emergent States	Revue : SAGE Open Medicine	Santé	CR
Gardere E., Bouillon J.-L., Loneux C.	2019	Le « collaboratif » dans les organisations : une question de communication	Revue : Communication et organisation	Communication	CR
Gavault S., Laude L.,	2014	L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir	Revue : Journal de gestion et	Gestion Santé	Rang 4 FNEGE

Baret C.		stratégique et agir projectif	d'économie médicales		
Ghertman M.	2006	Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction	Revue : Revue française de gestion	Gestion	Rang 2 FNEGE
Havard, C.	2015	L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ?	Revue : @GRH	Gestion Santé	Rang 3 FNEGE
Humphrey S. E., Aime F.	2014	Team microdynamics: Toward an organizing approach to teamwork	Revue : The Academy of Management Annals	Gestion	Rang 1 FNEGE
Jacob R.	2015	La mise en œuvre de la collaboration organisationnelle	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
Jacob R., Poitras J.	2015	Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
Josserand E., Clegg S., Kornberger M., Pitsis T. S.	2004	Friends or Foes? Practicing Collaboration? An Introduction	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Kosremelli Asmar M., Wacheux F	2007	Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire	Conférence Internationale en Management Beyrouth	Gestion Santé	
Lemieux-Charles L., Mcguire W. L.,	2006	What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature	Revue : Medical Care Research and Review	Santé	CR
Loilier T., Tellier A	2004	Comment peut-on se faire confiance sans se voir ? Le cas du développement des logiciels libres	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Marks M. A., Mathieu J. E., Zaccaro S. I.	2001	A temporally based framework and taxonomy of team processes	Revue : Academy of Management Review	Gestion	Rang 1 FNEGE

Nielsen B. B.	2004	The Role of Trust in Collaborative Relationships: A Multi-Dimensional Approach	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Nobre T.	2013	L'innovation managériale à l'hôpital	Revue : Revue française de gestion	Gestion	Rang 2 FNEGE
Patel H., Pettit M., Wilson J.	2012	Factors of Collaborative Working : A Framework for a Collaboration Model	Revue : Applied Ergonomics	Ergonomie	CR
Pitsis T. S., Kornberger M., Clegg S.	2004	The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Poissant C.	2015	Etes-vous un leader collaboratif?	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
Postras J.,	2015	La gestion des conflits	Revue : Gestion	Gestion	Rang 4 FNEGE
Poochikian-Sarkissian S., Hunter J., Tully S., Lazar N. M., Sabo K., Cursio C.	2018	La conception d'un modèle novateur de prestation des soins: Les équipes de pratique interprofessionnelle	Healthcare Management Forum	Santé	CR
Regragui, S. ; Lacasse, A. ; Gallagher, F.	2020	La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une étude qualitative	Revue : Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière	Santé	CR
Robidoux M.	2007	Cadre de référence collaboration interprofessionnelle	Ecole en chantier Université de Sherbrook	Santé	
San Martin-Rodriguez L., Beaulieu M.-D., D'amour D., Ferrada-Videla M.	2005	The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies	Revue : Journal of Interprofessiona l Care	Santé	CR

Sebai J., Yatim F.	2018	Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe	Revue : Santé publique	Santé	CR
Seeber I., Maier R., Weber B.	2014	Opening the Black Box of Team Processes and Emergent States: A Literature Review and Agenda for Research on Team Facilitation	47th Hawaii International Conference on System Sciences	Gestion	
Staffoni, L. ; Schoeb V. ; Pichonnaz, D. ; Bécherraz, C. ; Knutti, I. ; Bianchi, M.	2017	Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnel de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ?	Revue : Kinésithérapie, la Revue	Santé	CR
Tyrrell M. W. D.	2004	Communicating the Right Relationship? For Now	Revue : M@n@gement	Gestion	Rang 2 FNEGE
Waller M. J., Okhuysen G. A., Saghafian M.	2016	Conceptualizing Emergent States: A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics	Revue : The Academy of Management Annals	Gestion	Rang 1FNEGE

Les articles sélectionnés ont ensuite été traités avec le logiciel d'analyse qualitative de données NewNVivo. Le codage a été réalisé en trois étapes. Lors de la première étape, un codage exploratoire et holistique a permis d'approcher le contenu global des articles avant d'aller plus avant dans la catégorisation. Lors de la deuxième étape, des codages et sous codages ciblés ont permis d'identifier les catégories les plus saillantes des données selon les thématiques, concepts et mots clés mis en évidence. Lors de la troisième étape, plusieurs codages ont été réalisés. Un codage axial a permis d'analyser les propriétés et dimensions des catégories abordées (comme par exemple celles des « concepts voisins de la collaboration ») mais aussi d'explorer leurs interactions. Un codage de processus a ensuite permis de coder des éléments tels que les « états émergents » en prenant en compte leur dimension dynamique et leur temporalité (Saldana, 2013). Le tableau ci-dessous présente la méthodologie d'analyse de recension des écrits.

TABLEAU 12 : Analyse de la recension des écrits

Collaboration interprofessionnelle dans le secteur hospitalier	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 3
Type de codage	Codage exploratoire et holistique	Codage et sous-codage	Codage axial	Codage de processus
Description	Approche préparatoire à un codage plus détaillé permettant de déterminer les grands domaines à explorer	Attribution de codes principaux définitifs et de sous codes afin d'enrichir les entrées	Assemblage stratégique des données en déterminant les codes les plus représentatifs, fusion des codes redondants, etc.	Mise en évidence des phénomènes évolutifs ou d'émergence
Application	Identification de thématiques, concepts et mots clés	Classification en nœuds et sous-nœuds afin d'orienter une analyse qualitative de contenu nuancée (à l'aide de sous thèmes émergents)	Analyse des interactions Dimension dynamique	
Trame NewNvivo, Exemples	<p><u>Thématique n° 1 :</u> Collaboration</p> <p><u>Mots clés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Facteurs · Risques et freins · Définition · ... <p><u>Thématique n° 2 :</u> Etats émergents</p> <p><u>Mots clés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Attributs · ... 	<p><u>Organisation en nœuds et sous nœuds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Facteurs <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisationnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Philosophie ▪ Valeurs <ul style="list-style-type: none"> ● Liberté d'expression ● Equité ● ... ▪ Autorité ▪ ... ○ Interactionnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confiance ▪ ... ○ ... · Risques et freins · ... 	<p><u>Recherche d'interaction entre les différents sous-nœuds :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Interactions philosophie / émergence de la confiance · Interactions équité / émergence de la confiance · ... 	

2.3 Du concept de collaboration interprofessionnelle à l'accès au réel empirique

Comme nous l'avons exposé plus avant²² notre cheminement passe par différentes étapes qui permettent le passage du réel profond au réel empirique :

- l'identification de deux modèles sur lesquels nous nous sommes appuyés pour construire notre cadre conceptuel : le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) et le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012) ;
- la confrontation de ces deux modèles conceptuels à la recension des écrits afin d'en rendre le contenu davantage exhaustif ;
- la contextualisation de manière théorique des spécificités du secteur hospitalier français.

Ces différentes étapes ont permis de mettre en exergue et de préciser, en lien avec le secteur hospitalier :

- les déterminants systémiques, interactionnels et organisationnels de la CIP ;
- les états émergents de la CIP.

Le codage méticuleux présenté dans la partie ci-avant a permis de répliquer la méthodologie d'analyse de la recension des écrits à l'analyse empirique et d'enrichir et consolider ce codage. Cela sera détaillé dans la suite de cette partie méthodologique.

2.4 L'étude du cas d'un groupement hospitalier français

Les données primaires récoltées sont d'ordre qualitatif (Miles & Huberman, 2010), cela par l'intermédiaire de l'accès aux expériences, perceptions et représentations des sujets interrogés. Les recommandations issues de la littérature (Eckenschwiller & al., 2021, b) nous ont menés à choisir une étude abductive afin de répondre à différentes directives. Il s'agit tout d'abord de s'appuyer sur la pratique, en effet « *la mise en œuvre de projets collaboratifs exige que ces principes soient contextualisés et concrètement opérationnalisés* » (Jacob, 2015, p. 73). Il convient ensuite, selon le contexte actuel de la santé, de sa complexité, d'élargir le cadre collaboratif à tous les acteurs des secteurs sanitaire et social, en prenant en compte leurs cultures et leurs identités professionnelles. Enfin, il est nécessaire d'ouvrir la recherche sur l'interdisciplinarité au-delà des collaborations entre infirmières et médecins (San Martin-Rodriguez & al., 2005).

2.4.1 Nature de l'étude

Nous recourons dans cette recherche à une étude de cas unique (Langley & Royer, 2006 ; Royer & Zarlowski in Thiétart & al., 2007), en effet notre recherche empirique « *étudie un phénomène contemporain dans un contexte réel, lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement, et dans laquelle on mobilise des sources empiriques multiples* »

²² Chapitre 1 – La CIP au sein des hôpitaux – Construction du cadre conceptuel

(Yin, 1990 in David, 2004). Cette approche se prête particulièrement à « *l'examen des faits et des perceptions que les acteurs attachent aux actions* » (Hlady Rispal, 2015, p 256), cela dans un contexte complexe tel que le management hospitalier. L'utilisation de multiples entretiens favorise « *l'émergence puis la saturation, des concepts, catégories et relations qui constituent le cadre théorique de la recherche* » (Royer & Zarlowski in Thiétart & al., 2007, p. 176) selon la théorie enracinée (Glaser & Strauss, 1967 ; 2010).

Cette recherche repose ainsi sur l'étude d'un groupe hospitalier français, établissement public de santé, comprenant 9 sites, 14 pôles médicaux et médicotechniques, 2591 lits et places et 5910 agents. Elle est fondée sur des données empiriques nombreuses et variées, incluant 25 entretiens semi-structurés (Equipe soignante) et 7 entretiens libres (Equipe direction). La stratégie de sélection de l'enquête a été itérative (Velmuradova, 2017), en effet 2 séquences « choix d'une unité d'observation / collecte et analyse des données » se sont succédées afin d'aboutir à la sélection de la population et à la saturation théorique des données. Chaque groupe (que nous nommerons équipe soignante, « ES » et équipe direction, « ED ») présente par la similarité de ses composants une homogénéité favorisant « *la mise en évidence de relations et la construction d'une théorie* » (Royer & Zarlowski in Thiétart & al., 2014, p. 235). L'agrégation des 2 groupes, amène par son hétérogénéité à une augmentation de la validité de la recherche.

Les **entretiens semi-structurés** individuels ont été menés auprès de 25 agents en lien direct avec les patients, ceux-ci ont été sélectionnés au sein de 12 professions différentes dans les pôles médicaux Imagerie (90 Equivalent Temps Plein (ETP), 7 professions) et Motricité (230 ETP, 26 professions). Nous avons été guidés dans ce choix méthodologique par l'enquête de Belorgey (2010) « *L'hôpital sous pression* » qui pose concernant les agents hospitaliers que « *le contact direct du matériau humain crée une communauté de condition qui les distingue d'autres agents* » (Belorgey, 2010, p. 31), (administration, direction, services supports, etc.). Cette particularité permet aussi de prendre en compte les dimensions discriminantes (étape temporelle, atteinte des objectifs) de Castaner & Oliveira (2020) et leurs particularités en lien avec l'accompagnement des patients. Un guide constitué de 63 questions (Thiétart & al., 2014) principales (introduction aux échanges), d'investigation (afin de compléter ou clarifier les réponses le cas échéant) et d'implication (afin d'élaborer précisément une idée ou un concept) a porté les entretiens. Il a été construit à partir des objectifs de la recherche, de la revue de la littérature, des facteurs organisationnels et des états émergents identifiés (Eckenschwiller et al., 2022). Il a été pré-testé auprès d'un manager, cet entretien a été exclu de la population. Le choix d'entretiens semi-structurés a été retenu afin de favoriser l'ordonnancement des questions « *de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant* » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 223).

Les **entretiens libres** individuels ont été menés auprès de 7 agents composant le noyau de direction du groupe hospitalier. Ce choix visait à apporter un angle nouveau au recueil de données, davantage holistique, concernant les facteurs organisationnels hospitaliers et la collaboration mais aussi spécifique des différentes fonctions exercées. La population a été recrutée par la technique « boule de neige », un premier répondant vérifiant les critères de sélection de la recherche en a suggéré d'autres et le panel s'est ainsi constitué par l'intermédiaire d'une désignation successive des agents entre eux. La technique d'entretien libre a été retenue afin de faciliter les ajustements nécessaires au cours des entretiens. Ils portaient sur une question globale et d'éventuelles questions de relance.

L'intégralité des entretiens a été enregistrée et retranscrite. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 90 minutes avec une moyenne de 65 minutes. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel d'analyse qualitative de données NewNVivo. Les différentes fonctionnalités du logiciel nous ont permis de coder, classer, condenser, comparer et interpréter les données collectées.

2.4.2 Population de l'étude

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques des participants et la méthodologie d'enquête employée.

TABLEAU 13 : Eléments descriptifs de la population

	Equipe soignante (ES)	Equipe direction (ED)
Caractéristiques des participants (P)	Professionnels de santé en interction directe avec les patients et travaillant en interdisciplinarité	Management et direction en interction avec les professionnels de santé et travaillant en interdisciplinarité
Répartition H / F	72% femmes, 28% hommes	100% femmes
Age moyen	36 ans	52 ans
Professions	3 aide-soignants 1 assistant social 4 cadres de santé (CS) de proximité 2 ergothérapeutes 2 infirmiers 2 kinésithérapeutes 6 Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale 1 neuropsychologue 1 psychologue 1 orthophoniste 1 enseignant en Activité Physique Adaptée 1 secrétaire d'accueil	1 cadre supérieur de santé 1 chef de service médical 2 directeurs des soins 2 directeurs des ressources humaines 1 directeur général
Pôles	Imagerie et Motricité	Gériatrie et direction
Période d'enquête	Janvier à décembre 2021	Novembre 2021 à janvier 2022
Méthodologie	Entretiens semi-structurés individuels Guide de 63 questions principales, d'investigation et d'implication	Entretiens libres individuels
	Retranscription et codage des données	

Tous les participants étaient volontaires pour réaliser un entretien d'au minimum 45 minutes. La sélection de la population s'est faite par une technique non probabiliste par choix raisonné

(Thiéart & al., 2014), le caractère typique repose sur les éléments suivants : quantité de temps de travail comprise entre 50 et 100% et contrat de travail « stable » (CDI ou titulaire).

2.4.3 Spécificités des entretiens

L'entretien consiste en « *une rencontre interpersonnelle qui donne lieu à une interaction essentiellement verbale : les données collectées sont donc coproduites* » (Gavard-Perret & al., 2018, p. 86). L'entretien permet ainsi d'accéder à des représentations du réel empirique :

- mémorisées par le sujet interrogé ;
- reconstruites lors de la verbalisation.

TABLEAU 14 : Justification du choix de la forme de l'enquête

	Choix retenus	Justification
Entretiens individuels ou de groupe	Entretiens individuels	Car ils sont adaptés à : - l'exploration de processus complexes ; - des sujets sensibles sur le plan humain.
Forme	Entretiens semi-directifs (niveau moyen de structuration)	Favorisent davantage d'intervention de l'enquêteur (par rapport aux entretiens libres) et de flexibilité (par rapport aux entretiens directifs) : - recommandés pour mieux appréhender la logique des répondants ; - permettent des stratégies d'analyse comparative ; - permettent de s'adapter aux contraintes de terrain (disponibilité, interruptions, etc.).
	Entretiens libres (niveau faible de structuration)	Favorisent une introspection plus importante : - recommandés pour appréhender des « <i>éléments souvent latents, [...] logiques subjectives, cadre de référence, valeurs sous-jacentes [...] (prises de décision, style de management [...])</i> » Gavard-Perret & al., 2018, p. 88) ; - doivent permettre au répondant de se « livrer », de « <i>dévoiler ses raisonnements inconscients tout en clarifiant ses sentiments, opinions, attitudes relativement à un sujet</i> » (Gavard-Perret & al., 2018, p. 88).
	Complémentarité	Lors de notre recherche, des entretiens semi-directifs et des entretiens libres ont été utilisés successivement à des fins de complémentarité et « <i>afin de renforcer sa validité, en raison de la triangulation</i> : - <i>des données (variété des points de vue)</i> - <i>et des méthodes (formes d'expression et discours variés)</i> » (Gavard-Perret & al., 2018, p. 100).

		De plus, les entretiens libres pouvant défavoriser l'analyse des données (parfois partielles, déstructurées ou peu comparables), les entretiens semi directifs, en tant qu'approche complémentaire, ont pallié ce risque.
Qui ?	Cf. tableau suivant	Panel favorisant : - la diversité des profils sociodémographiques (classe socio-professionnelle, âge, sexe, etc.) ; - la diversité des profils d'expertise par rapport à l'objet d'étude (formation, expérience, environnement professionnel, supérieur / subordonné, etc.).
Combien ?	20 à 30 personnes sont recommandées dans le cadre de la théorie enracinée	Les 32 entretiens ont permis : - d'atteindre la saturation sémantique des données ; - de varier les profils de répondants ; - de permettre une analyse en profondeur sans se perdre dans une masse excessive de données.
Où ?	Multi sites	L'enquête a été réalisée autant que possible dans des lieux calmes. Toutefois afin de favoriser la disponibilité des répondants le choix de l'endroit leur a été systématiquement laissé : salles de réunion, services de soins, bureaux, etc. Ont été pris en compte : - le risque de distance entre chercheur et répondant (mise en valeur du statut scientifique) ; - le risque de distraction ; - la nécessité de mise en confiance ; - la nécessaire implication des répondants.
Transparence quant à l'objet de la recherche	Objet de la recherche affiché (non masqué)	Notre démarche était transparente et sous-tendue par la philosophie de Carl Rogers qui repose sur la qualité de la relation et plus particulièrement sur : - l'empathie (reconnaissance et compréhension des émotions de l'autre) (Daval, 2008) ; - la congruence. Celle-ci met en jeu la relation harmonieuse entre expérience, prise de conscience et comportement (Temaner-Brodley, B. (2013) ; - une considération positive inconditionnelle (acceptation dans le « ici et maintenant ») (Daval, 2008).

2.4.4 Analyse des données

Selon Bardin (2003), l'analyse de contenu vise « *par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances* » (Bardin, 2003 in Gavard-Perret & al., 2018, p. 246). La préparation du corpus a fait l'objet de différentes étapes, les données qualitatives textuelles ont tout d'abord été intégralement retranscrites. Elles ont ensuite été corrigées (orthographe, grammaire, etc.). Les données n'ont pas fait l'objet d'une réduction ni d'une organisation préalable au codage. Les documents ont été indexés afin de faciliter leur traitement. Le codage qui consiste en une transformation des données brut du texte selon une méthodologie précise s'est appuyé sur le codage réalisé lors de la recension des écrits et sur le découpage en nœuds et sous nœuds. Le logiciel NewNVivo a été à nouveau utilisé dans cette perspective. Différentes catégories de codage ont ainsi été utilisées en s'appuyant sur la méthodologie du codage « élaboratif ». Ce dernier s'appuie sur des codes, des catégories et des thèmes d'une étude précédente (ici notre recension des écrits) alors qu'une étude actuelle et connexe est en cours (étude empirique). Cela pour soutenir ou modifier les observations du chercheur développées dans un projet antérieur. Le codage élaboratif s'est ainsi construit autour :

- du précédent codage axial qui détermine un assemblage stratégique de données et les codes les plus représentatifs ainsi que la fusion des codes redondants, etc. ;
- du précédent codage de processus permettant la mise en évidence des phénomènes évolutifs ou d'émergence.

Dans cette étude empirique réalisée, le codage a été particulièrement méticuleux concernant les interactions entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance.

Les trois premières parties de notre travail de recherche que nous venons de présenter permettent d'introduire le cœur de notre travail constitué par trois études (ci-après). Ce socle préalable reprend d'une part les éléments fondamentaux de nos recherches et les complète d'autre part. En effet chaque étude, qui correspond à un article, est rédigée en regard de contraintes éditoriales, notamment en terme de taille. Cela amène à synthétiser le propos dans les articles et les contenus sont de ce fait limités. La rédaction de chapitres préalables aux articles permet d'équilibrer cette restriction et de davantage développer et argumenter le cadre théorique. Cela peut parfois renvoyer à une impression de redondance du propos. Cela se justifie par le fait que nous tenons à ce que le cadre théorique de notre recherche soit présenté de manière exhaustive en dehors des trois articles, cela afin de mettre en valeur sa cohérence globale.

Dans la suite de notre écrit, chaque étude correspond à un chapitre. Comme nous l'avons explicité plus avant²³, le raisonnement et le cheminement entre les trois études sont dits « en entonnoir » et mènent vers une précision du cadre analytique.

²³ Introduction générale – Les enjeux de la recherche – Synthèse des contributions

CHAPITRE 3 - ARTICLE 1. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux

MOTIVATION

Au commencement de ce travail de recherche, nos premières lectures nous ont amené à appréhender la nécessité de clarifier le cadre conceptuel de la CIP et son utilisation dans la littérature, cela afin d'en rendre l'utilisation davantage fiable. Il nous est également apparu que le secteur hospitalier français présente un contexte organisationnel unique qui n'avait jamais été mis en perspective des apports de la CIP, de ses tensions et de ses difficultés de mise en œuvre.

POSITIONNEMENT DE L'ARTICLE DANS LE CADRE CONCEPTUEL GENERAL

La problématique globale de ce travail de recherche est :

« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ? »

Cet article traite plus précisément de la question :

« Quels sont les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ? »

Les objectifs poursuivis sont :

- (1) la clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle ;
- (2) l'examen des principaux enjeux de la collaboration interprofessionnelle en lien avec les transformations organisationnelles au sein des hôpitaux ;
- (3) les questionnements émergents et l'identification des pistes de recherche futures.

DESIGN / METHODOLOGIE

Cette étude est de nature théorique et repose sur une recension des écrits et deux modèles en particulier :

- le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999). Ce modèle issu des sciences médicales et infirmières nous a permis de mettre en exergue les différents systèmes en jeu : systémique, organisationnel et interactionnel et les déterminants en lien ;
- le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012). Les auteurs ont identifié certains déterminants comme étant des états émergents, il s'agit notamment de la

confiance (Bedwell & al., 2012 ; Waller & al., 2016) et de la cohésion (Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016).

Ces déterminants organisationnels et ces états émergents ont été précisés en regard des particularités du secteur hospitalier français.

PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a permis de mettre en exergue les différentes dimensions de la CIP (systémique, organisationnelle et interactionnelle) et de les examiner d'une part en regard des tensions de mise en œuvre et d'autre part en regard des répercussions positives concernant les patients, les professionnels et les organisations au sein des hôpitaux français. Ce questionnement nous a également permis d'identifier différentes recommandations émanant des sciences de gestion pour traiter notre problématique en regard des enjeux du sujet. Cela nous a donné une ligne directrice concernant la suite des études en considérant qu'il est nécessaire de :

- (1) traiter la CIP en tant que processus ;
- (2) prendre en compte les interactions au sein du processus concernant les facteurs et les dimensions de la collaboration ;
- (3) traiter préférentiellement les facteurs organisationnels ;
- (4) s'intéresser aux états émergents de la CIP ;
- (5) renforcer l'aspect interprofessionnel dans sa diversité ;
- (6) favoriser la transition de la théorie à la pratique.

L'étude permet également d'aborder des questionnements spécifiques liés à la contextualisation hospitalière et de mettre en exergue la complexité des interactions entre facteurs organisationnels et états émergents de la CIP.

VALORISATION

- Communication

Novembre 2021 « *La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques en jeu et des principales interactions* » (M. Eckenschwiller ; S. Wodociag ; S. Mercier), ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé).

- Publication

ECKENSCHWILLER M., WODOCIAG S., MERCIER S., 2022. « La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux ». *Management et Avenir*, 131(5), 15-38, rang 3 FNEGE.

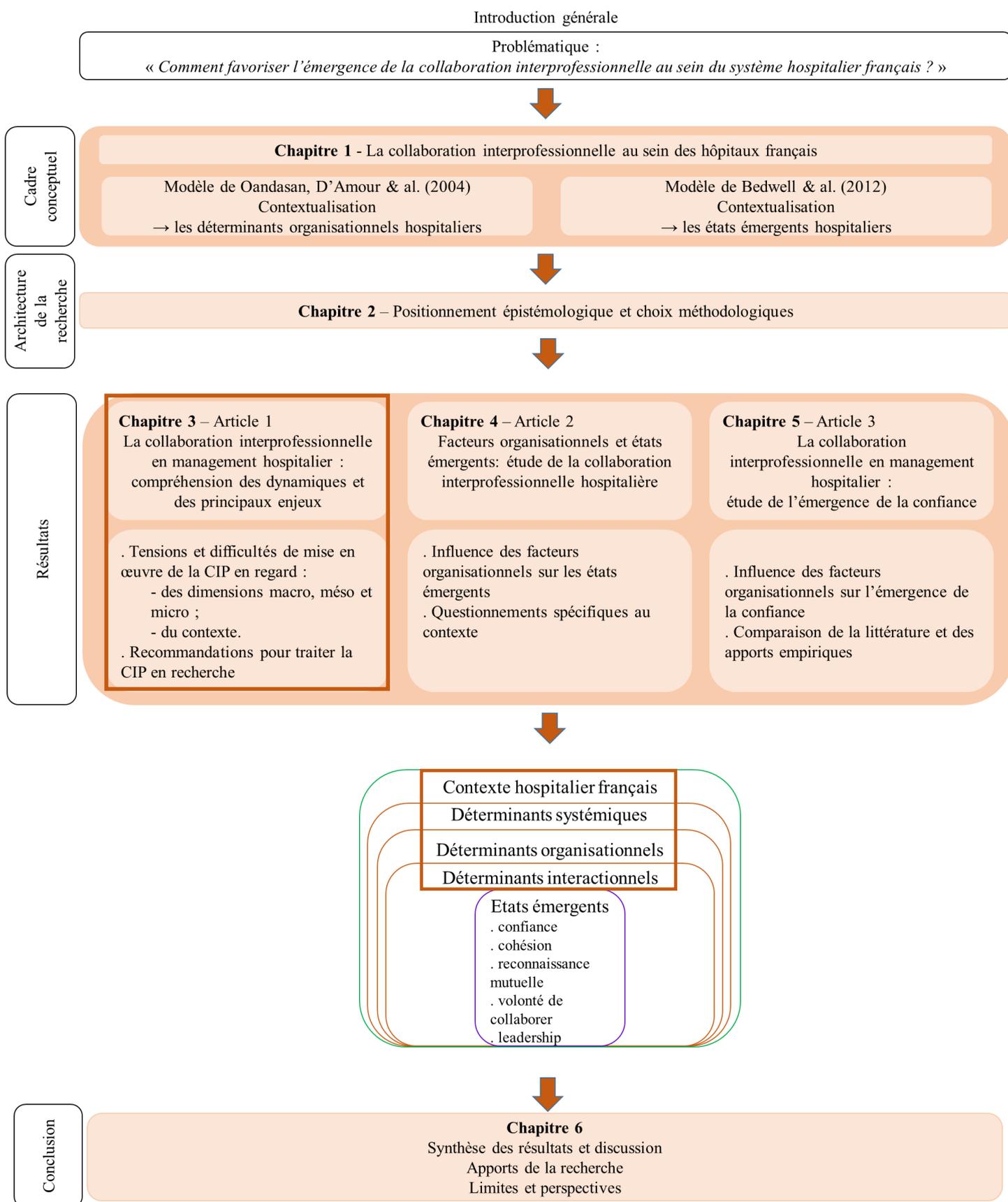


FIGURE 20 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 3

Maud ECKENSCHWILLER, Sophie WODOCIAG et Samuel MERCIER

Résumé

Philosophie ou injonction ? La collaboration interprofessionnelle est omniprésente dans les organisations et représente un défi quotidien. Dès lors, dans un environnement complexe, exigeant, en permanente évolution, quelle peut être sa plus-value face aux nombreux challenges d'aujourd'hui et de demain ? Nous proposons dans cet article fondé sur une revue de la littérature de préciser ce concept, ses enjeux dans le secteur hospitalier et les questionnements émergents quant à sa mise en œuvre.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, santé, états émergents, organisation, management

Introduction

Le système de santé se complexifie aujourd'hui face au vieillissement de la population, à l'accroissement de profils poly-pathologiques et de maladies chroniques, aux tensions financières majeures et au cloisonnement « *entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre les différents professionnels de santé* » (ARS grand Est, 2018, p.3).

En permanente recherche d'équilibre entre qualité des soins et efficacité, l'organisation du système de santé nécessite de nouvelles approches organisationnelles et humaines (Nobre, 2013 ; Wachs et al., 2016). Les Agences Régionales de Santé (ARS) mettent ainsi en lien leur politique d'orientation stratégique avec les besoins en innovation, rencontres, échanges et partage d'expérience et avec la nécessité de mixer compétences et acteurs d'horizons différents (ARS grand Est, 2018).

La notion de collaboration interprofessionnelle prend alors tout son sens, apparaissant comme un atout majeur, « *une approche novatrice face aux schémas classiques d'organisation du travail* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p.2). Elle devient essentielle en regard de la « remodélisation » du fonctionnement du domaine de la santé en général et du système hospitalier en particulier (D'amour et al., 1999). Elle se pose comme un atout majeur face à la quête permanente d'efficacité et de qualité mais présente également de notables avantages concernant le développement de l'innovation (D'Amours et al., 2015), la résolution de problèmes, et la gestion de la complexité (Nielsen, 2004 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Lemieux-Charles et McGuire, 2014 ; Jacob, 2015 ; Jacob et Poitras, 2015). Bien que recherchée, la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle reste complexe et parfois énigmatique (Chédotel, 2004 ; Bedwell et al., 2011 ; Baret et al., 2014 ; Jacob, 2015). En étudiant les processus organisationnels indispensables au sein du domaine hospitalier et potentiellement vecteurs de la collaboration, les sciences de gestion apportent une contribution notable aux démarches adaptatives engagées par les différentes parties prenantes (Baret et al. 2014).

L'émergence de la collaboration s'appuie sur divers facteurs organisationnels du système hospitalier (San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007) dont les soignants se plaignent pourtant. Ils mettent en avant la dégradation de leur qualité de vie au travail, soulignent le manque de satisfaction, la recherche de sens dans le travail, le contexte difficile (travail de nuit, rigidité des horaires de travail, pression, sentiment d'injustice, etc.) (Randon, et al., 2011 ; Rivière et al., 2019). Selon ces constats, et en lien avec la collaboration interprofessionnelle, de nombreux questionnements émergent quant aux leviers et freins existants au sein des hôpitaux face à la nécessité de transversalité, de fonctionnements innovants, de fluidification de l'information et de prises de décision (Peljak, 2002 ; Poochikian-Sarkissian et al.,

2008 ; Bréchat et al., 2010). En particulier, la nécessité permanente d'adaptation face à ces défis pose la question des moyens mis à disposition des managers hospitaliers. Ainsi, cette étude traite de la question suivante : **Quels sont les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?**

Cet article théorique vise à produire un état des lieux des connaissances par rapport à cette problématique. En particulier, trois objectifs sont poursuivis : (1) La clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle, (2) L'examen des principaux enjeux de la collaboration interprofessionnelle en lien avec les transformations organisationnelles au sein des hôpitaux, (3) Les questionnements émergents et l'identification de pistes de recherche futures.

Après avoir précisé la méthodologie adoptée pour recenser et analyser les écrits examinés, nous clarifions les fondements conceptuels mobilisés par l'étude. Tout d'abord, nous abordons le concept de collaboration interprofessionnelle et identifions ses principaux déterminants ; puis, nous examinons en quoi la collaboration est essentielle pour répondre aux récentes transformations organisationnelles du secteur hospitalier. Enfin, nous mettons en exergue les questionnements restés ouverts dans la mise en place de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur hospitalier.

1. Méthodologie

Dans un premier temps, une recherche documentaire large a été menée à partir des mots clés « collaboration interprofessionnelle », « santé », « hôpital » dans les bases de recherche suivantes en Sciences de Gestion : ScienceDirect, PubMedCentral, HAL, Persée, Cairn. Les écrits théoriques et empiriques en anglais et français ont été recensés entre 2001 et 2021. Cette première étape a permis d'identifier 25 textes en lien avec notre objet d'étude. Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné les articles présentant des données mirées sur les facteurs organisationnels de la collaboration interprofessionnelle, les états émergents de cette collaboration et l'évolution du secteur hospitalier dans la dernière décennie (mots clés : facteurs organisationnels, états émergents, hôpital, management). Un total de 40 articles a été sélectionné. Les principaux critères d'inclusion qui ont été retenus sont les suivants : utilité de la source en regard des objectifs de la recherche, date de publication, affiliation des auteurs, révision des documents par l'éditeur.

Les articles sélectionnés ont ensuite été traités avec le logiciel d'analyse qualitative de données NewNVivo. Le codage a été réalisé en trois étapes. Lors de la première étape, un codage exploratoire et holistique a permis d'approcher le contenu global des articles avant d'aller plus avant dans la catégorisation. Lors de la deuxième étape, des codages et sous codages ciblés ont permis d'identifier les catégories les plus saillantes des données selon les thématiques, concepts et mots clés mis en évidence. Lors de la troisième étape, plusieurs codages ont été réalisés. Un codage

axial a permis d'analyser les propriétés et dimensions des catégories abordées (comme par exemple celles des « concepts voisins de la collaboration ») mais aussi d'explorer leurs interactions. Un codage de processus a ensuite permis de coder des éléments tels que les « états émergents » en prenant en compte leur dimension dynamique et leur temporalité (Saldana, 2013). Le tableau ci-dessous présente la méthodologie d'analyse de recension des écrits.

Figure 1- Analyse de la recension des écrits

Collaboration interprofessionnelle dans le secteur hospitalier	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 3
Type de codage	Codage exploratoire et holistique	Codage et sous-codage	Codage axial	Codage de processus
Description	Approche préparatoire à un codage plus détaillé permettant de déterminer les grands domaines à explorer	Attribution de codes principaux définitifs et de sous codes afin d'enrichir les entrées	Assemblage stratégique des données en déterminant les codes les plus représentatifs, fusion des codes redondants, etc.	Mise en évidence des phénomènes évolutifs ou d'émergence
Application	Identification de thématiques, concepts et mots clés	Classification en nœuds et sous-nœuds afin d'orienter une analyse qualitative de contenu nuancée (à l'aide de sous thèmes émergents)	Analyser des interactions Dimension dynamique	
Trame NewNvivo	<u>Ex. :</u> Collaboration · Facteurs · Risques et freins · Définition · ...	<u>Ex.</u> Collaboration · Facteurs ○ Organisationnels ▪ Philosophie ▪ Valeurs • Liberté d'expression • Equité • ... ▪ Autorité ▪ ... ○ Interpersonnels ○ ...	<u>Ex.</u> Recherche d'interaction entre les différents sous-nœuds « états émergents » et sous-nœuds « facteurs organisationnels » : Confiance / valeurs / connectivité / ressources humaines / etc.	

2. La collaboration : définition et examen des principaux facteurs

La notion de collaboration, tout en étant très usitée et rattachée à la notion de « travailler ensemble » par sa racine latine « collaborare » qui signifie « travailler (laborare) ensemble »

(Aumais & al., 2012) reste floue (D'Amour et al., 2005 ; Aumais & al., 2012) ou décrite en lien avec un contexte particulier (Aumais & al., 2012 ; Patel et al., 2012). Nous nous attacherons ici à mieux cerner ce concept complexe.

2.1 Un cadre conceptuel riche de définitions variées

De nombreuses définitions existent autour de la collaboration interprofessionnelle. Elles englobent les notions clés suivantes : processus évolutif, dynamisme, aspect tacite, relations interpersonnelles, interdépendance, objectifs communs, temporalité, volonté, affects, partage et ressources (Aumais et al. 2012). Nous retenons ici une définition globale et exhaustive qui fait écho à la complexité du domaine hospitalier (inter professionnalité, objectifs communs d'efficience et de qualité des soins, complexité des processus en jeu, etc.) : la collaboration est « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe* » (Robidoux, 2007, p. 11). En ce sens, Richter et collaborateurs (2007) proposent quatre critères de mesurabilité d'une collaboration efficace : l'utilisation et l'échange des ressources, les coûts transactionnels, la viabilité des relations intergroupes (en rapport avec la perception d'équité) et la réponse au système (réponses aux difficultés et opportunités) (Aumais et al., 2012). Dans le cadre du soin « *le concept d'équipe décrit le contexte humain dans lequel la collaboration se développe* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p. 4) et la forme des équipes est très diverse : soin, administration, technique, formation, activité diurne ou nocturne, etc. Ainsi, le concept de collaboration est à différencier des notions de coopération et de travail d'équipe. La coopération peut être considérée comme un ensemble d'attitudes qui facilitent le processus de collaboration (Bedwell et al., 2012). La coordination vise un séquençage organisé des interdépendances permettant l'accomplissement efficace de différentes tâches (Marks et al., 2001). Il s'agit là d'un séquençage temporel des actions qui n'entraîne pas forcément une réciprocité. Castaner et Oliveira (2020) s'appuient sur deux dimensions discriminantes afin de distinguer coopération, coordination et collaboration. La première est l'étape temporelle, elle permet de distinguer la coordination (détermination conjointe d'objectifs communs) de la coopération (mise en œuvre de ces objectifs). La deuxième est le type d'objectif comme marqueur de la collaboration. La collaboration est alors le fait d'aider volontairement d'autres partenaires à atteindre des objectifs (communs) ou individuels. Le travail en équipe, quant à lui, se distingue de la collaboration par son niveau d'analyse ; le premier est restreint uniquement à l'implication des membres d'une équipe, la deuxième englobe des individus, des groupes, des unités, des services, des pôles, des organisations, ou toutes interactions inter-niveaux (Marks et al., 2001).

Les dimensions discriminantes de Castaner et Oliveira (2020) nous permettent d'argumenter le choix du terme « collaboration » en regard des autres mots clés cités (coopération, etc.). La prise en compte de l'étape temporelle et de l'atteinte des objectifs nous paraît tout à fait appropriée au domaine hospitalier et plus particulièrement à la collaboration autour du patient que nous souhaitons traiter et qui est un élément central de l'élaboration des objectifs. De plus l'enquête de Belorgey (2010) « L'hôpital sous pression » nous mène à éclaircir le cadre de la collaboration interprofessionnelle que nous traitons, celui-ci étant ciblé sur le personnel hospitalier en lien direct avec les patients, en effet « *le contact direct du matériau humain crée une communauté de condition qui les distingue d'autres agents* » (Belorgey, 2010, p. 31) (administration, services supports, etc.).

2.2 Les facteurs de la collaboration

Le phénomène de collaboration se construit à partir de différents facteurs, d'ordre systémiques, organisationnels ou interpersonnels :

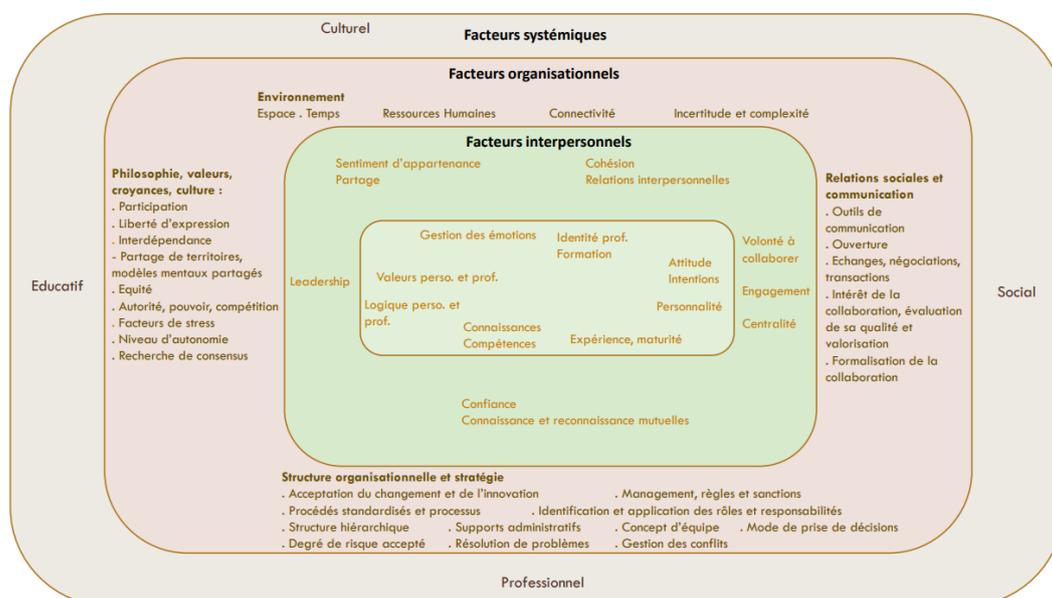
- Les facteurs systémiques de la collaboration sont les « *éléments situés à l'extérieur de l'organisation qui ont des effets sur [...] les pratiques de la collaboration interprofessionnelle* » (Ben Maaouia, 2018, p.20). Il peut s'agir de facteurs sociaux, culturels, professionnels et éducatifs (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007). Concernant les professionnels hospitaliers, ce niveau interroge notamment l'organisation en « silo » des pôles hospitaliers et l'éducation interprofessionnelle. Plusieurs auteurs affirment également que le système social est à l'origine des différences de pouvoir entre les différentes professions et qu'un système professionnel qui serait fondé sur l'autorité, le pouvoir ou la compétition est néfaste à une dynamique orientée vers la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997 ; Robidoux, 2007). Au contraire d'une philosophie (Pitsis et al., 2004 ; Aumais et al., 2012 ; Jacob et Poitras, 2015) qui valoriserait la participation, l'équité, une communication libre et ouverte et l'interdépendance (San Martin-Rodriguez et al. 2005) qui lui serait bénéfique.
- Les facteurs organisationnels de la collaboration identifiés dans différents modèles (Aumais et al. 2012) peuvent être répertoriés en 4 catégories. En premier lieu, il peut s'agir d'éléments concernant la structure organisationnelle et la stratégie (Jacob, 2015), tels que l'identification et l'application des rôles et responsabilités de chacun (Robidoux, 2007, Schot et al., 2020), les procédés standardisés et les processus, le degré de risque accepté (Bedwell et al., 2011), le mode de prise de décisions (plus ou moins partagé) (Robidoux, 2007 ; Baron, 2015 ; Vallejo, 2018) et de résolution de problèmes (Poitras, 2015). Cette structure organisationnelle concerne également le choix et la mise en œuvre de la structure

hiérarchique (traditionnelle ou décentralisée) (Josserand et al., 2004 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Ben Maaouia, 2018) de la conception de l'équipe, du style de management ou encore de l'utilisation de supports administratifs, de l'acceptation du changement et de l'innovation (Loilier et Tellier, 2004 ; D'Amours et al., 2015) et de la gestion des conflits (Poitras, 2015). Le second aspect de cette sphère organisationnelle aborde la philosophie de l'organisation, ses valeurs, ses croyances, sa culture. Ceci comprend le traitement de notions telles que la participation de chacun, la liberté d'expression, l'interdépendance, le partage des territoires, les modèles mentaux partagés (Dameron, 2004 ; San Martin-Rodriguez et al. 2005 ; D'Amours et al., 2015), l'équité, l'autorité (Tyrrell, 2004), le pouvoir, la compétition (Josserand, 2004 ; Pitsis, 2004), les facteurs de stress, le niveau d'autonomie (Bedwell, 2012) et la recherche de consensus. Le troisième aspect concerne les relations sociales (Tyrrell, 2004) et la communication (Nielsen, 2004 ; Jacob, 2015 ; Gardère et al., 2019 ; Schot et al., 2020) et comprend les outils de communication et son ouverture, les échanges, négociations et transactions. Cela englobe également, d'une part, l'intérêt de la collaboration, l'évaluation de sa qualité et sa valorisation (Robidoux, 2007 ; Aumais et al., 2012 ; Bedwell, 2012), et, d'autre part, la formalisation de la collaboration (en lien avec des objectifs et une vision partagés, un but commun) (Dameron 2004 ; Kosremelli et Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Aumais et al., 2012, Castaner et Oliveira, 2020). Le quatrième et dernier aspect est l'environnement de la collaboration : spatial (Schot et al., 2020), temporel (Castaner et Oliveira, 2020), ressources humaines, incertitude, complexité (Havard, 2015 ; Dumas et al., 2016 ; Rossano, 2019) et connectivité (possibilités de créer des liens, de se rencontrer) (Chédotel, 2004 ; Bedwell et al., 2012 ; Seeber, 2014 ; D'Amours et al., 2015 ;).

- Les facteurs interactionnels peuvent se situer à deux niveaux. Le premier concerne les éléments qui s'étudient au niveau d'un individu qui est lui-même en contact avec au moins un autre individu. Il peut s'agir du leadership (Pitsis et al., 2004 ; Baron, 2015 ; Jacob et Poitras, 2015), du sentiment d'appartenance, de la cohésion d'équipe (San Martin-Rodriguez et al., 2005), des relations interpersonnelles, du partage, de la volonté à collaborer, de l'engagement, de la centralité (Pitsis, 2004), mais aussi de la confiance (Ghertman, 2003 ; Loilier et Tellier, 2004 ; Nielsen, 2004), connaissance et reconnaissance mutuelles (D'Amours et al., 2015). Le deuxième niveau concerne les éléments qui s'étudient à partir d'un individu dans ou en dehors du groupe ou de l'interaction. Il touche la gestion des émotions, la formation, l'attitude, les intentions, la personnalité, le mode de raisonnement, les connaissances et compétences mais aussi l'identité et la culture

personnelles et professionnelles (Chédotel, 2004 ; Ptsis et al., 2004 ; Tyrrell, 2004 ; Bedwell et al., 2012 ; Jacob et Poitras, 2015).

Figure 2 – Les facteurs de la collaboration



Bien que hautement nécessaire et souhaitée par tous, la collaboration reste donc un concept multidimensionnel complexe dont les mécanismes sont difficiles à identifier et analyser. Kosremelli Asmar et Wacheux expliquent que « *Si l'hypothèse est que, la collaboration interprofessionnelle est nécessaire comme pratique, alors il devient impératif d'avoir une compréhension approfondie de ce phénomène* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p.2). Ils précisent qu'il convient de dissiper le flou qui persiste autour de sa compréhension et qui est délétère à une compréhension adéquate du concept ainsi qu'à sa mise en œuvre. Par ailleurs, la collaboration est complexe à mettre en œuvre car elle « *représente des changements radicaux et implique des coûts de transaction et des risques élevés ainsi qu'un investissement en temps, énergie et attention* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p.4). Comment la collaboration interprofessionnelle se déploie-t-elle dans un environnement complexe tel que le secteur hospitalier ?

Afin d'éclairer notre propos, dans la section suivante, nous reviendrons sur les récentes transformations de ce secteur en France. Puis nous nous demanderons en quoi la collaboration interprofessionnelle se présente comme une réponse appropriée.

2.3 Les états émergents de la collaboration

Les états émergents de la collaboration interprofessionnelle caractérisent des propriétés de l'équipe, ils sont de nature dynamique et subissent une variation en fonction des autres phénomènes d'équipe (intrants, processus, résultats) (Marks et al., 2001 ; Waller et al., 2016). Ils sont de différents ordres : cognitif, affectif, motivationnel ou relatifs aux valeurs (Waller et al.,

2016 ; Bedwell et al., 2012). Les principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle identifiés dans la littérature sont les suivants : la confiance mutuelle, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté de collaborer et le leadership (Waller et al., 2016 ; Bedwell et al., 2012 ; Eckenschwiller et al. 2021). Le premier attribut les caractérisant est leur « globalité », c'est-à-dire qu'ils émergent de niveaux inférieurs, tout en ayant une existence distincte, ils dépendent de phénomènes fondamentaux inférieurs. Le deuxième attribut est la « cohérence », ils ont une identité durable sur un certain laps de temps. Ils peuvent être temporaires mais pas éphémères. Le troisième attribut est le fait qu'ils soient « ostensifs », ils peuvent être vécus et reconnus, ils sont de nature expérientielle. Le quatrième et dernier attribut est la « nouveauté », ils sont imprévisibles à partir des niveaux inférieurs (Marks et al., 2001, Waller et al., 2016).

3. La collaboration, une réponse aux transformations organisationnelles du secteur hospitalier

Les réformes se succèdent au sein des hôpitaux depuis une vingtaine d'année ; elles nécessitent de la part du personnel de grandes capacités d'adaptation face à des changements récurrents et particulièrement déstabilisants pour le système. Dans cet environnement complexe, quel rôle peut jouer la collaboration interprofessionnelle et quels sont ses atouts ?

3.1 Le domaine hospitalier : au cœur des transformations organisationnelles

En 2019, les dépenses de santé représentent 11.2% du PIB français (en troisième place derrière la Suisse et l'Allemagne) (OCDE, 2019). L'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale (en proportion de l'emploi total) en 2017 était de 14,1% et la fonction publique hospitalière emploie actuellement 1,178 million d'agents (OCDE, 2019 ; Colin, 2020). La capacité d'accueil est de 5.91 lits d'hôpitaux pour 1000 habitants, ce qui positionne la France en dixième position sur 45 pays.

Porté par de nombreuses réformes (Miremont et Valax, 2017), le secteur de la santé en France a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. En particulier, dans le secteur hospitalier Français, différentes lois et mises en application se sont succédées : la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A), la création des pôles hospitaliers d'activité, le déploiement de la nouvelle gouvernance et la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) (Ministère de la santé et des solidarités, 2007 ; Bréchat et al., 2010 ; Rivière et al., 2019). La littérature met en évidence « *trois lignes de gouvernance et de coordination, qui ne se recoupent pas nécessairement* » (Bérard, 2013, p.199) (directoire, pôles et services médicaux) et qui sont animées par des principes (surveillance, rationalité, contrôle, contrainte) et des logiques (efficacité, intervention, productivité, efficience) différentes (Vallejo, 2020). Divers freins à cette réorganisation sont décrits dans la littérature et mettent en difficulté

les établissements hospitaliers. Ils trouvent notamment leur origine dans l'hétérogénéité des pôles médicaux et des profils des professionnels (métiers, compétences, cultures professionnelles, etc.), le temps nécessaire à la gestion de tout changement, les contraintes budgétaires, mais aussi la rigidité du service public hospitalier en lien avec ses statuts réglementaires (Bérard, 2013). Sont également en cause les spécificités et, parfois, les incompatibilités des statuts, missions, métiers et rôles de chacun (Bréchat et al., 2010). Bérard (2013), Valette et Burellier (2014) évoquent en ce sens « l'hybridation » des professionnels (double compétence, légitimité et identité), notamment des médecins-managers.

En regard de ces contraintes législatives et organisationnelles, l'efficacité des agents et la satisfaction des patients restent centrales. Elles se déclinent notamment à travers le New Public Management, modalité de gestion selon laquelle les professionnels hospitaliers (soin, management, administration et gestion) sont amenés « à assurer une plus grande efficacité en termes d'activités et une plus grande efficacité en termes d'usage des moyens » (Sebai et Yatim, 2018, p.517). De manière paradoxale, ils doivent répondre à une double injonction : réduire les coûts et rendre un service de qualité. Ils sont ainsi soumis à une évaluation à la fois par les usagers (satisfaction des patients) et par les pouvoirs publics et financeurs (performance) (Rivière et al., 2019).

Ces mutations ne sont pas sans effet sur le personnel de santé dans les hôpitaux : on relève notamment l'intensification de la charge de travail, la nécessité d'adaptation permanente, les injonctions contradictoires en termes d'économies et amélioration de la qualité de la prise en charge (Dumas et Ruiller, 2013). Se pose donc la question de la gestion des équipes. Les cadres de santé et cadres supérieurs de santé sont des acteurs clés de ce management de par leur proximité avec les professionnels de santé, de formation initiale paramédicale, ils sont chargés d'encadrer des équipes au sein de services variés (médicaux, médicotechniques ou de rééducation) (Rivière et al., 2019). Leur place centrale dans la collaboration interprofessionnelle est fondée sur leurs missions d'organisation et de coordination des soins, de management des équipes, de gestion de projets et de transmission de l'information. Or, ces cadres managers sont soumis en première ligne aux diminutions de moyens, contraintes budgétaires, surcharge quantitative de travail, stress et nécessité permanente d'adaptation. Ils subissent également des « tensions de rôles » liées à de nouvelles attentes de l'organisation. Celles-ci peuvent se présenter sous forme de conflits de rôles : les cadres managers sont en effet à l'interface de différents acteurs (équipes, hiérarchie, patients, familles, etc.) ayant des intérêts parfois divergents ; les attentes de rôles peuvent alors être incompatibles entre elles. Elles peuvent aussi prendre la forme d'une ambiguïté de rôles (méconnaissance des attentes des collaborateurs, évolution du métier, etc.) (Dumas et Ruiller, 2013 ; Rivière et al., 2019).

Par ailleurs, le processus décisionnel reste bien souvent difficile à identifier et le pouvoir de décision très relatif. En effet, le système hospitalier se structure autour d'une hiérarchie diversifiée : direction, médecins, personnel soignant, personnel administratif, tutelles extérieures, etc. (Nobre, 2013, Vallejo, 2018). Au-delà du rôle clé des cadres de santé, les pôles d'activité sont surtout soumis à la gouvernance d'un chef de pôle (médecin), d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif avec un pilotage médico-économique suivant le principe de subsidiarité laissant en théorie plus d'autonomie aux acteurs de terrain (Divay, 2018). Dès lors, ce principe est questionnable quant à la réalité de sa mise en œuvre.

3.2 Pourquoi la collaboration est-elle essentielle dans le secteur hospitalier ?

Dans ce contexte contrasté, la question de la collaboration devient centrale pour les organisations en santé (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Bedwell, 2012). Posée dans la littérature comme clé de voute des modèles misant sur l'innovation dans les domaines technologique, des connaissances et des relations humaines (Jacob & Poitras, 2015), la collaboration permet des concertations entre partenaires, une mise en commun des connaissances et compétences pour créer des pratiques novatrices. Ces éléments se retrouvent dans le secteur hospitalier car « *les hôpitaux sont appelés à s'adapter à l'interne et surtout à accorder une plus grande place à l'innovation* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p2.) afin de réduire la fragmentation interpoles et interservices et d'améliorer la qualité de soins. La délégation de gestion aux pôles d'activité médicale (Plan hôpital 2007) a constitué un véritable choc transitionnel en France. Il est ainsi primordial que les travaux de recherche favorisent la compréhension par les acteurs hospitaliers des processus mis en œuvre et accompagnent l'émergence de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques managériales (Gavault et al., 2014).

La collaboration se pose comme un levier pour répondre aux défis auxquels sont confrontés les hôpitaux, elle permet de gérer la complexité générée. En effet, les structures hospitalières « *constatent actuellement qu'elles perdent beaucoup de valeur ajoutée à travailler en silo* » (Jacob et Poitras, 2015, p.59). Les hôpitaux s'articulent majoritairement autour d'activités humaines qui sont rarement individuelles et solitaires, elles nécessitent au contraire, très majoritairement, concertation et coordination. La collaboration constitue alors un impératif pour les acteurs hospitaliers ayant l'obligation de gérer les dynamiques intergroupes et intra-groupes (Aumais et al. 2012).

La littérature scientifique met en évidence les répercussions favorables de la collaboration sur différents aspects organisationnels. La collaboration permet à un groupe de prendre des décisions suivant le procédé de la résolution de problèmes (Richter et al., 2005). Pour le groupe, cette résolution de problèmes permet de corriger les erreurs et de trouver des solutions. De plus la

collaboration interprofessionnelle propose une approche holistique des situations, ce qui permet de mieux cerner les problèmes à résoudre et amène à des résultats positifs (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007). Les conséquences positives de la collaboration s'exercent à plusieurs niveaux :

- Celui des patients : différents auteurs se rejoignent pour établir que la collaboration favorise une qualité des soins, centrée sur le patient par l'intermédiaire d'une autonomisation et d'une responsabilisation des soignants (Ben Maaouia, 2018), et des résultats de santé positifs du patient par l'intermédiaire de communication, coordination et d'interactions favorables entre les soignants (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007). Les recherches font également état de l'amélioration de la satisfaction, du bien-être du patient et de « *la qualité du service et plus précisément en termes d'accessibilité et de continuité des soins* » (D'Amour et al., 2005).
- Celui des professionnels hospitaliers : la collaboration favorise leur satisfaction au travail et la diminution du stress (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007) ainsi qu'une « *augmentation des connaissances en raison du partage entre disciplines ou professions* » (Robidoux, 2007, p.17). Elle influence donc le bien-être des employés et leur engagement (Brunelle, 2009) ainsi que la satisfaction du personnel et l'efficacité perçue de l'équipe (Lemieux-Charles et McGuire, 2006) ; cela par son ouverture sur davantage de créativité et d'efficience (Brunelle, 2009). La collaboration fait partie des conditions essentielles identifiées comme favorisant l'attraction et la rétention du personnel hospitalier, un faible roulement dans les services de soin et une forte satisfaction au travail.
- Celui de l'organisation hospitalière : divers auteurs se rejoignent sur l'effet bénéfique de la collaboration interprofessionnelle sur la productivité et la réduction des coûts (Aumais et al., 2012). Ce constat entraîne des répercussions managériales puisque « *le mode de pensée collaboratif serait désormais la première caractéristique recherchée chez les cadres* » (Jacob et Poitras, 2015, p.55). Les répercussions sont également stratégiques : la collaboration est désormais un choix tactique plébiscité dans un environnement de concurrence et de compétition (Nielsen, 2004). Les équipes qualifiées de « haut niveau » présentent des degrés avancés de collaboration, de coordination, de coopération et de participation (Lemieux-Charles et McGuire, 2006).

La section suivante vise à identifier les pistes d'amélioration de la compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle dans le secteur hospitalier.

4. La collaboration dans le domaine hospitalier, un objet d'étude qui mérite une attention majeure

La complexité du domaine hospitalier nécessite le développement de nouvelles dynamiques, la collaboration interprofessionnelle en est une clé. En regard des dimensions systémique,

organisationnelle et interactionnelle de cette collaboration, et afin de poursuivre notre analyse il est nécessaire d'établir des liens entre l'évolution des hôpitaux et ces différentes dimensions.

4.1 Application théorique au cas du secteur hospitalier

Nous proposons ici une lecture sous forme de tableau des tensions et difficultés de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle mais aussi de ses potentiels apports au sein des hôpitaux français et en regard des différentes dimensions.

Figure 3 – La collaboration interprofessionnelle appliquée au secteur hospitalier

Collaboration interprofessionnelle	Tensions et difficultés de mise en œuvre	Répercussions positives de la collaboration au niveau de l'organisation hospitalière :		
		Patients	Professionnels	Organisation
Dimension systémique	Complexification du système de santé Tensions financières Cloisonnement, organisation en « silo » des pôles hospitaliers et hétérogénéité Education interprofessionnelle Différences de pouvoir entre les différentes professions	Qualité des soins, centrée sur le patient Amélioration de la satisfaction, du bien-être du patient	Efficiences Autonomisation et responsabilisation des soignants Prise de décisions suivant le procédé de la résolution de problèmes	Attraction et fidélisation du personnel hospitalier Productivité et réduction des coûts Innovation
Dimension organisationnelle	Recherche d'efficacité et de qualité des soins Hétérogénéité des profils des professionnels Tensions temporelles Cadres managers en difficulté Processus décisionnel complexe Application du principe de subsidiarité		Satisfaction au travail, bien-être, engagement et diminution du stress Amélioration de l'efficacité perçue Partage d'expérience, de connaissances et de compétences	
Dimension interactionnelle	Intensification de la charge de travail, manque de sens, mal-être professionnel Nécessité d'adaptation permanente Injonctions contradictoires			

4.2 Les questions à approfondir

Les apports de la collaboration interprofessionnelle étant établis, il reste aux organisations à en identifier les leviers. En effet, bien que hautement nécessaire, la collaboration dépend des habitudes des acteurs hospitaliers, de leurs objectifs propres, elle n'est donc pas une évidence

(Baret et al., 2014). Les chercheurs se confrontent à cette question et sont amenés à améliorer la compréhension du phénomène de collaboration en lien avec la performance collaborative (Bedwell et al. 2012).

Différentes recommandations concernant les pistes de recherches futures émergent ainsi de la littérature en Sciences de Gestion afin de faire progresser les connaissances sur le sujet.

La première recommandation concerne le fait d'aborder la collaboration interprofessionnelle comme un processus dynamique, « *celui-ci, en l'occurrence, étant particulièrement complexe à cause de la multitude de facteurs en jeu* » (Robidoux, 2007, p. 20). Jusqu'alors, le sujet a été traité préférentiellement :

- En se centrant sur la notion d'équipe. En effet les cadres proposés dans la littérature traitent préférentiellement de la structure des équipes plutôt que de la collaboration en terme de processus (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007).
- En utilisant des modélisations statiques et linéaires plutôt que d'approcher les interactions dynamiques qui tendraient vers de nouvelles structures (Humphrey et Aime, 2014 ; Waller et al., 2016). Ces approches ne correspondent pas à l'aspect dynamique et complexe de la collaboration interprofessionnelle, elles sont restreintes au traitement des relations causales unidirectionnelles et en chaîne (Waller et al., 2016). Pour consolider les pratiques de collaboration en santé, il convient donc de prendre en compte, par une approche dynamique, les processus interpersonnels et les processus internes et externes aux organisations (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

La deuxième recommandation concerne les interactions au sein du processus de collaboration interprofessionnelle. Concernant les facteurs et les dimensions de la collaboration, les auteurs se rejoignent pour constater qu'il est primordial d'avancer vers « *une meilleure compréhension des interrelations entre ces facteurs et de leur impact sur la collaboration interprofessionnelle* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p. 5) et qu'il convient d'étudier les liens complexes au sein du processus (Lemieux et McGuire, 2006 ; Ben Maaouia, 2017).

La troisième recommandation aborde le passage de la théorie à la pratique. En effet « *la mise en œuvre de projets collaboratifs exige que ces principes soient contextualisés et concrètement opérationnalisés* » (Jacob, 2015, p. 73). Les professionnels de terrain, gestionnaires et managers hospitaliers ont besoin de preuves empiriques afin d'être en mesure d'encourager le développement de la collaboration (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

La quatrième recommandation concerne le traitement des facteurs organisationnels. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle, issu de la sociologie des organisations,

structure le processus de collaboration en trois catégories de facteurs : systémiques, organisationnels et interactionnels (D'Amour et al., 2004). Selon Nolte et Tremblay, « *les facteurs organisationnels exercent une influence cruciale sur le groupe de collaboration interprofessionnelle et sur ses résultats, particulièrement en termes de ressources adéquates pour soutenir le travail du groupe et la gestion des ressources humaines* » (Nolte et Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007, p.16). Ces facteurs pourraient être davantage pris en compte afin d'établir des liens entre une gestion organisationnelle optimale, ses caractéristiques et la structuration de la collaboration interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez et al. 2005). En effet les gestionnaires et les décideurs doivent être en mesure d'intégrer dans leur réflexion les principales caractéristiques des organisations qui favorisent la collaboration. Nous pouvons noter que les moyens d'action sur les différentes sphères et ces interactions ne sont pas égaux pour les managers, les gestionnaires de Ressources Humaines et les organisations. En effet si la sphère organisationnelle est accessible, la sphère systémique l'est beaucoup moins. La sphère interactionnelle quant à elle l'est partiellement selon qu'elle touche davantage les éléments interpersonnels ou personnels (plus intimes et de l'ordre de la sphère privée).

La cinquième recommandation interroge l'aspect interprofessionnel du sujet. Selon le travail de San Martin-Rodriguez et al. (2005), les recherches sur la collaboration dans le secteur de la santé et à l'hôpital concernent majoritairement les infirmières et les médecins. Comme l'expose l'ARS Grand Est, le contexte actuel de la santé, sa complexité, nécessitent d'élargir ce cadre collaboratif à tous les acteurs des secteurs sanitaire et social, en prenant en compte leurs cultures et leurs identités professionnelles.

La sixième et dernière recommandation concerne l'attention particulière à porter aux états émergents, souvent considérés comme une « boîte noire » (Seeber et al., 2014). Une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle passerait par l'examen des états émergents favorisant sa mise en place (Eckenschwiller et al., 2021).

5. Discussion

Cette étude théorique a permis de clarifier le concept de collaboration interprofessionnelle. En particulier, les éléments organisationnels favorisant le développement de cette dernière ont été mis en évidence. Cet examen a mis en exergue la complexité de la collaboration interprofessionnelle. En effet, les facteurs de la collaboration sont nombreux et appartiennent à des sphères qui peuvent être parfois éloignées et qui renvoient à trois niveaux d'analyse différents, macro, méso et micro (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Aumais et al., 2012). Dans la littérature, de très nombreuses interactions sont par ailleurs citées entre les différents facteurs de la collaboration (Ben Maaouia, 2017). Elles sont présentées en termes de relations de cause à effet,

avec parfois un amalgame entre cause et effet, des liens qui restent flous ou des relations de causalité à double sens ; par exemple, à la fois cause et effet comme entre les « valeurs portées » et la « confiance mutuelle » qui s'influencent réciproquement (Josserand et al., 2004 ; Jacob et Poitras, 2015). Mais la principale difficulté reste l'enchevêtrement des relations d'interactions, ces interactions existant à de multiples niveaux : entre les sphères macro, méso et micro, au sein des sphères elles-mêmes, entre les facteurs et les états émergents et au sein des états émergents.

D'autre part, l'étude théorique a permis d'identifier les questionnements spécifiques liés à l'hôpital. La contextualisation du secteur hospitalier fait apparaître des paramètres qui lui sont spécifiques tels que : d'importants changements organisationnels et de gouvernance, des ressources restreintes (humaines, temporelles, financières, etc.), des statuts et rôles bouleversés au cours de la dernière décennie (Burellier et al., 2019), une recherche « bicéphale » permanente d'efficacité et de qualité et l'application d'un principe de subsidiarité (Nobre, 2013 ; Divay, 2018). La mise en regard des facteurs organisationnels favorisant le développement de la collaboration interprofessionnelle et des spécificités hospitalières met en évidence de nombreux questionnements. Ils concernent l'influence du manque de ressources matérielles et humaines, l'adaptation des formations initiale et continue des professionnels à l'évolution du système, la place des particularités individuelles des professionnels, la prise en compte des expertises et complémentarités, l'évolution des statuts, missions et rôles, la prise en compte du besoin de connectivité, la formation spécifique des managers hospitaliers, la gestion de l'hétérogénéité des services et pôles, la recherche simultanée de qualité et d'efficacité, les valeurs socles de l'organisation, la place et le rôle des leaders et la mise en œuvre du principe de subsidiarité (Peljak, 2002, Miremont et Valax, 2017).

Ces éléments impliquent diverses pistes de réflexion managériale propres au domaine hospitalier. La première concerne la nécessité d'évolution des managers. Leur légitimité, reposant jusqu'alors sur une expertise de terrain (ancrage dans la profession d'origine) et une formation complémentaire assez généraliste (en Institut de Formation des Cadres de Santé), doit évoluer vers une véritable posture managériale. Cette posture doit s'appuyer sur une connaissance des besoins, des enjeux et une appropriation des questionnements cités précédemment, rejoignant le principe de « Leader en T » et atténuant les méfaits de la rationalité limitée des acteurs (Dameron, 2004 ; Bedwell, 2012 ; Chanut, 2011 ; Baron 2015). Ces managers doivent également être en mesure de passer d'une posture bureaucratique (formalisation, rigidité, hiérarchie, inertie) à une posture adhocratique (mise en jeu des compétences interdisciplinaires et transversales face aux situations complexes) (Holcman, 2019). Cette approche permet d'introduire davantage de possibilités d'adaptation et de souplesse par des ajustements réciproques et réactifs. Cette nécessaire réactivité peut être mise en lien avec la mise en place d'un management « Agile », approche « *appropriée*

aux hôpitaux publics pour s'ajuster continuellement à un environnement turbulent, complexe et imprévisible » (Kirmi Et Chahouati, 2019, p.337). L'idée est également de pouvoir créer du lien entre acteurs, services, pôles médicaux, etc. et de fluidifier les prises de décisions. Une réflexion est également à mener concernant les objectifs managériaux qui devraient davantage s'extraire des logiques individuelles et émerger d'une analyse collective cohérente et structurée. La démarche projet peut en être un support, affichant clairement ses objectifs stratégiques (Krief, 2000).

La deuxième piste, dans le même esprit que la première, concerne le besoin impératif de décloisonnement et de transversalité. La question se pose, d'autant plus dans une période de transition et de tensions, de la possibilité des acteurs de se mobiliser sur des projets ou fonctionnements transversaux (Poochikian-Sarkissian et al., 2008 ; Bréchat et al., 2010 ; Sebai, et Yatim, 2010). Grenier et Bernardini-Perinciolo (2015) évoquent les conditions nécessaires à cet exercice pour des « acteurs aux frontières comme facilitateurs de l'hybridité » (Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015, p. 128) : compréhension des logiques institutionnelles, adhésion à ces logiques, intérêt à agir et présence dans de nombreux réseaux. Pour que cette transversalité soit réelle et viable, il paraît par ailleurs indispensable de lui consacrer des moyens humains, de constituer des entités spécifiques, qui seraient des facilitateurs, des accélérateurs, des vecteurs de cohésion dans la transversalité. Ils seraient des « propulseurs » de projets et en faciliteraient l'émergence, la formalisation et la mise en œuvre. Il pourrait s'agir d'unités de l'ordre de « *task-force* » réunissant des acteurs clés du système hospitalier (Nobre, 2013) et qui auraient un véritable pouvoir décisionnel opérationnel. Ce décloisonnement passe également par un dépassement des tâches, rôles et fonctions vers des co-constructions d'activité, on parle déjà de co-thérapie dans le domaine de la santé, on peut imaginer l'étendre et formaliser du « co-management », de la « co-gestion » afin de nourrir les aspects transversaux des missions. Cette transversalité va également dans le sens de recherche de solutions innovantes faisant face aux restrictions de temps et de finances (Sebai, 2015 ; Sebai et Yatim, 2018 ; Rivière et al., 2019). La standardisation en termes de procédures, processus, hiérarchie pourrait également tendre vers davantage de transversalité, elle est actuellement « verticale » ou très ciblée (équipe, unités, soignants, administratifs). Plus en amont, cette transversalité doit aussi faire l'objet d'une réflexion dans le secteur de la formation et prendre toute sa place dans les projets pédagogiques qui sont encore très cloisonnés malgré quelques initiatives interprofessionnelles (De Singly, 2009).

Ces deux pistes de réflexion managériale devraient être confrontées à une étude empirique qui permettrait de confronter la théorie et la pratique. En ce sens une enquête est en cours auprès de vingt-cinq professionnels de santé (en interaction directe avec les usagers). Ils ont été interviewés dans le cadre d'entretiens semi-directifs au sein de deux pôles médicaux à propos des facteurs organisationnels (plus ou moins transversaux) et des comportements managériaux qui, selon leur

ressenti et leurs représentations, influencent les états émergents de la collaboration. Cette enquête a été complétée par sept récits de vie d'agents ayant une autre vision, un autre point de vue, davantage holistique, des facteurs organisationnels hospitaliers : Cadre supérieur de pôle, Direction des soins, Direction des Ressources Humaines, Direction de pôle et Direction générale.

Conclusion

Les résultats de cette étude constituent une base pour guider les professionnels hospitaliers vers une meilleure compréhension de la notion de collaboration interprofessionnelle, de ses enjeux et des questionnements quant à sa mise en œuvre. En nous appuyant sur une revue de la littérature (Figure 1), nous avons pu préciser le concept de collaboration interprofessionnelle, définir ses facteurs et identifier que la complexité de sa mise en œuvre, de son contexte situationnel, notamment au sein des hôpitaux, nécessite en effet de fournir aux managers et gestionnaires des Ressources Humaines une compréhension plus complète de ce phénomène. La précision de ce concept a été mise en regard des spécificités du secteur hospitalier et de sa complexité (Figure 3) et a permis de fournir des recommandations significatives afin d'améliorer les pratiques dans ce domaine. Cette recherche ne constitue toutefois qu'un premier pas dans la compréhension de la collaboration interprofessionnelle au sein des hôpitaux. A cet égard les futures recherches devraient s'appuyer sur les modèles existants et développer des niveaux d'analyse ancrés sur une pratique de terrain. Une conceptualisation commune flexible permettrait de mener des enquêtes de terrain dans le domaine hospitalier et de faire avancer la recherche en s'appuyant sur différents niveaux d'analyse et en explorant des contextes interprofessionnels variés (Bedwell et al., 2011). De plus, il paraîtrait pertinent de réaliser une étude empirique longitudinale afin de pouvoir étudier les phénomènes décrits au cours du temps, sur une cohorte cible pluriprofessionnelle. Cela ouvrirait la voie à l'analyse de la dimension dynamique et interactionnelle de la collaboration interprofessionnelle. La prise en compte de ces apports pourrait compléter les pistes d'amélioration managériales que nous avons pu identifier.

Bibliographie

* Articles recensés dans la revue de la littérature

*AUMAIS N., LAFLAMME S., VENNE C., (2012), « Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes, *Université de Sherbrooke_Séminaire international Maîtrise en gestion de la formation*, p. 1-25, septembre.

BARET C., GRENIER C., NOBRE T., (2014) « Élaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32, n° 7, p. 427-429.

* BARON, L. (2015), « Éloge de la flexibilité des leaders », *Gestion*, Vol. 40, n° 3, p. 28-31.

*BEDWELL W. L., WILDMAN J. L., DIAZGRANADOS D., SALAZAR M., KRAMER W. S., SALAS E., (2012), « Collaboration at Work: An Integrative Multilevel Conceptualization », *Human Resource Management Review*, Vol. 22, n° 2, p. 128-145, juin.

BELORGEY, N. (2012), « L'hôpital sous pression ». Paris, La Découverte, 2010, 330p.

*BEN MAAOUIA M., (2017), « Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance: cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim », *Université du Maine*, Le Mans, 242 p.

BERARD E., (2013), « Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion », *Journal de gestion et d'économie sociale*, Vol. 31, p. 187-205.

*BRECHAT P., LEENHARDT A., MATHIEU-GRENOUILLEAU M.-C., RYMER R., MATISSE F., BARAILLE D., BEAUFILS P., (2010), « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé publique*, n°5, Vol. 22, p. 571-580.

*BRUNELLE Y., (2009), « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, Vol. 40, n° 1, p. 39-48.

BURELLIER F., GAVAUT S., LAUDE L., ANGELE-HALGAND N., BARET C., LOUAZEL M., ORVAIN J., RUIILLER C., (2019), « Qui veut laver ma blouse ? La légitimation collective d'activités teintées. Le cas des équipes de gestion de pôles », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, Vol. 2, n° 2, p. 177-195.

CASTANER X., OLIVEIRA N., (2020), « Collaboration, Coordination, and Cooperation Among Organizations: Establishing the Distinctive Meanings of These Terms Through a Systematic Literature Review », *Journal of management*, Vol. 46, n°6, p. 965-1001.

*CHEDOTEL F., (2004), « Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération », *M@n@gement*, Vol. 7, n°3, p.161-193.

*DAMERON S., (2004), « Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, p. 137-160.

*D'AMOURS L., FERLAND M., JACOB R., POITRAS J., (2015), « Collaborer pour faire le bien », *Gestion*, Vol. 40, n° 3, p. 64-71.

*D'AMOUR D., SICOTTE C., LEVY R., (1999), « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 17, n°3, p. 67-94, septembre.

DE SINGLY M., (2009), « Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers », Paris,124 p.

*DIVAY S., (2018), « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », *Sciences sociales et santé*, Vol. 36, n°1, p. 39-64.

*DUMAS M., RUIILLER C., (2013), « « Etre cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? », *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 1, n°87, p. 42-58.

ECKENSCHWILLER M., WODOCIAG S., MERCIER S. (2021), « La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels », *Colloque AIRMAP*, Clermont-Ferrand, mai.

* FLEURY, M.-J.; GRENIER, G.; BAMVITA, J.-M. (2017), « Job Satisfaction among Mental Healthcare Professionals: The Respective Contributions of Professional Characteristics, Team Attributes, Team Processes, and Team Emergent States », *SAGE Open Medicine*, Vol. 5, décembre, p. 1-12.

*GARDERE E., BOUILLON J.-L., LONEUX C., (2019), « Le « collaboratif » dans les organisations : une question de communication », *Communication et organisation*, n° 55, p. 9-22, juin.

*GAVAULT S., LAUDE L., BARET C., (2014), « L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 32, n° 7, 463-480.

*GHERTMAN M., (2003), « Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction », *Revue française de gestion*, Vol. 1, no 142, 43-63, janvier.

GRENIER C., BERNARDINI-PERINCILOLO J. (2015), « Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles », *Revue française de gestion*, Vol. 5, n°250, p. 125-138.

*HAVARD, C. (2015), « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? », *@GRH*, Vol. 3, n°16, p. 91-125.

*HUMPHREY S. E., AIME F. (2014). «Team microdynamics: Toward an organizing approach to teamwork», *The Academy of Management Annals*, Vol. 8, n°1 p., 443–503.

*JACOB R., (2015), « La mise en œuvre de la collaboration organisationnelle », *Gestion*, Vol. 40, n° 3, 72-77.

*JACOB R., POITRAS J., (2015), « Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin », *Gestion*, Vol. 40, n° 3, p. 52-59.

*JOSSERAND E., CLEGG S., KORNBERGER M., PITSIS T. S., (2004), « Friends or Foes? Practicing Collaboration? An Introduction », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, p. 37-45.

KIRMI B. & CHAHOUATI W., (2019), « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité », *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit*, N°10, Septembre 2019, Vol. 4, n°2, p : 321-347.

*KOSREMELLI ASMAR M., WACHEUX F., (2007), « Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire », *Conférence Internationale en Management Beyrouth, Liban*, p.57-75, février.

KRIEF N., (2000), « Démarches de projet et apprentissage du changement, le cas d'un hôpital public », *IXème Conférence Internationale de Management stratégique_Montpellier*, p. 1-12, mai.

*LEMIEUX-CHARLES L., 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° 3, p. 263-300.

*LOILIER T., TELLIER A., (2004), « Comment peut-on se faire confiance sans se voir ? Le cas du développement des logiciels libres », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, 275-306.

*MARKS M. A., MATHIEU J. E., ZACCARO S. I., (2001), « A temporally based framework and taxonomy of team processes », *Academy of Management Review*, 2001, p. 356-376.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, (2006), « Ensemble modernisons l'hôpital », Paris, 243 p.

MIREMONT M.-C., VALAX M., (2017), « Le partage du leadership à l'hôpital, une voie prometteuse pour les managers cadres de santé », *Académie des sciences de management de Paris* », p. 440-452.

*NIELSEN B. B. (2004), « The Role of Trust in Collaborative Relationships: A Multi-Dimensional Approach », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, p. 239-256.

*NOBRE T., (2013), « L'innovation managériale à l'hôpital », *Revue française de gestion*, Vol. 6, n°235, p. 113-127.

OCDE, (2019), *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris.
<https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.
<https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>, consulté le 22/02/2021.

*PATEL H., PETTITT M., WILSON J. (2012). "Factors of Collaborative Working : A Framework for a Collaboration Model, *Applied Ergonomics*, n°43, p. 1-26.

PELJAK D., (2002), « La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXème SIECLE », *Gestion*, Vol. 27, n°3, p.134-141.

*PITSIS T. S., KORNBERGER M., CLEGG S., (2004) « The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, p. 47-67.

*POISSANT C., (2015), « Etes-vous un leader collaboratif? », *Gestion*, Vol. 40, p. 88-89.

*POITRAS J., (2015), « La gestion des conflits », *Gestion*, Vol. 40, n° 3, p. 78-82.

*POOCHIKIAN-SARKISSIAN S., HUNTER J., TULLY S., LAZAR N. M., SABO K., CURSIO C., (2018), « La conception d'un modèle novateur de prestation des soins: Les équipes de pratique interprofessionnelle », *Healthcare Management Forum*, Vol. 21, n° 1, p. 12-18, avril.

PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028. Consulté le 29 septembre 2018. URL : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-du-projet-regional-de-sante-grand-est>

RANDON S., BARET C., PRIOUL C., (2011), « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, Vol. 9, n°49, p.133-149.

*REGRAGUI, S. ; LACASSE, A. ; GALLAGHER, F. (2020), « La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une étude qualitative », *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, Vol. 6, n° 4, novembre.

RIVIERE A., COMMEIRAS N., LOUBES A., (2019), « Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé », *Revue de gestion des ressources humaines*, Vol. 2, n°112, p. 3-20.

*ROBIDOUX M., (2007), « Cadre de référence collaboration interprofessionnelle », *Ecole en chantier_Université de Sherbrooke*, p. 1-25, septembre.

SALDAÑA J., (2013), *The Coding Manual for Qualitative Researchers* (2013), SAGE, Los Angeles.

*SAN MARTIN-RODRIGUEZ L., BEAULIEU M.-D., D'AMOUR D., FERRADA-VIDELA M.,(2005), « The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies », *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19, n° sup1, p. 132-147, mai.

SCHOT E., TUMMERS L., NOORDEGRAAF M., (2020), « Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration », *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 34, n° 3, p. 332-342.

*SEBAI J., YATIM F., (2018), « Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence et paradoxe », *Santé publique*, Vol. 30, n°4, p. 517-526.

*SEEBER I., MAIER R., Weber B., (2014), « Opening the Black Box of Team Processes and Emergent States: A Literature Review and Agenda for Research on Team Facilitation », *2014 47th Hawaii International Conference on System Sciences*, p. 473-482.

* STAFFONI, L. ; SCHOEB V. ; PICHONNAZ, D. ; BÉCHERRAZ, C. ; KNUTTI, I. ; BIANCHI, M. (2017), « Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? », *Kinésithérapie, la Revue*, Vol. 17, n° 184, avril, p. 18.

TETREAULT S., GUILLEZ P., (2014), « Guide pratique de recherche en réadaptation ». Louvain-la-Neuve, 2014, 555 p.

*TYRRELL M. W. D., (2004), « Communicating the Right Relationship? For Now », *M@n@gement*, Vol. 7, n° 3, p. 69-83

VALLEJO J. (2018), « La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision », *Congrès ARAMOS*, mai.

VALLEJO J. (2020), « Pôles d'activité médicale et coopération médico-économique : une nouvelle structure organisationnelle à l'épreuve de l'incertitude des préférences », *Recherches en sciences e gestion*, Vol. 4, n°139, p. 395-414.

VALETTE A. (2014), « Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides « malgré tout » ? », *Annales des mines – Gérer et comprendre*, Vol. 2, n°116, p. 4-13.

WACHS P., ABREU SAURIN T., WEBER RIGHI A., LEWIS WEARS R., (2016), « Resilience Skills as Emergent Phenomena: A Study of Emergency Departments in Brazil and the United States », *Applied Ergonomics*, Vol. 56, p. 227-237, septembre.

*WALLER M. J., OKHUYSEN G. A., SAGHAFIAN M., (2016), « Conceptualizing Emergent States: A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics », *Academy of Management Annals*, Vol. 10, n° 1, p. 561-598, janvier.

CHAPITRE 4 - ARTICLE 2. Facteurs organisationnels et états émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière

MOTIVATION

Cette étude nous a permis de cibler certaines recommandations précitées dans l'étude n°1, plus particulièrement, grâce à la notion d'émergence et à l'examen des états émergents, nous avons pu :

- respecter l'aspect dynamique et complexe de la CIP en tant que processus, en s'extrayant de relations causales unidirectionnelles et en chaîne (recommandation 1) ;
- prendre en compte les interactions concernant les facteurs et les dimensions de la collaboration de la CIP (recommandation 2).

Cette étude a également permis de traiter plus particulièrement des facteurs organisationnels hospitaliers, des états émergents et de leurs spécificités (recommandation 3 et 4).

POSITIONNEMENT DE L'ARTICLE DANS LE CADRE CONCEPTUEL GENERAL

La problématique globale de ce travail de recherche est :

« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ? ».

Cet article traite plus précisément de la question :

« En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils les états émergents de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ».

Les objectifs poursuivis sont :

- (1) la clarification de la notion d'état émergent et l'identification des principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle (confiance, cohésion, reconnaissance mutuelle, volonté de collaborer et leadership) ;
- (2) l'identification et la clarification des facteurs organisationnels en interaction avec les états émergents dans le secteur hospitalier ;
- (3) la compréhension théorique de leurs effets sur le développement des états émergents de la collaboration au sein de l'hôpital.

DESIGN / METHODOLOGIE

Cette étude est de nature théorique et repose sur une recension des écrits et deux modèles en particulier :

- le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999). Ce modèle issu des sciences médicales et infirmières nous a permis de mettre en exergue les différents systèmes en jeu : systémique, organisationnel et interactionnel et les déterminants en lien ;
- le cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012). Les auteurs ont identifié certains déterminants comme étant des états émergents, il s'agit notamment de la confiance (Bedwell & al., 2012 ; Waller & al., 2016) et de la cohésion (Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016). Ils ont également identifié six « comportements collaboratifs ».

Ces déterminants organisationnels et ces états émergents ont été précisés vis-à-vis des particularités du secteur hospitalier français.

PRINCIPAUX RESULTATS

Au travers de cette étude nous avons clarifié la notion d'état émergent et décrit de manière exhaustive leurs attributs (globalité, cohérence, caractéristique ostensive et globalité) (Goldstein, 1999 ; Waller & al., 2016). Nous avons identifié, présenté et décrit les cinq principaux états émergents de la CIP :

- la confiance mutuelle (Friedberg & Crozier, 1977 ; Jacob & Poitras, 2015 ; Loilier & Teillier, 2004 ; Mériade & al., 2018) ;
- la cohésion (Avenel, 2015 ; Mucchielli, 2003 ; Robidoux, 2007) ;
- la reconnaissance mutuelle (Jorro & Houot, 2013) ;
- la volonté à collaborer (Aumais & al., 2012) ;
- le leadership (Augustina & Oberlé, 2013 ; Baron, 2015 ; Verzat & al., 2015).

Ce fondement nous a permis d'étudier les interactions entre facteurs organisationnels et états émergents et de contextualiser le propos au sein du secteur hospitalier français.

VALORISATION

- Communication

Mai 2021 « *Collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels* » (M. Eckenschwiller ; S. Wodociag ; S. Mercier), AIRMAP (Association Internationale de Recherche en Management Public).

- Soumission

Mai 2022 « *Facteurs organisationnels et états émergents : étude de la collaboration interprofessionnelle hospitalière* » (M. Eckenschwiller ; S. Wodociag ; S. Mercier).

Soumis au Journal de Gestion et d'Economie de la Santé, rang 4 FNEGE.

Demande de révisions majeures en octobre 2022.

Soumission d'une version révisée en décembre 2022.

Demande de révisions mineures en avril 2023.

Soumission d'une version révisée en mai 2023.

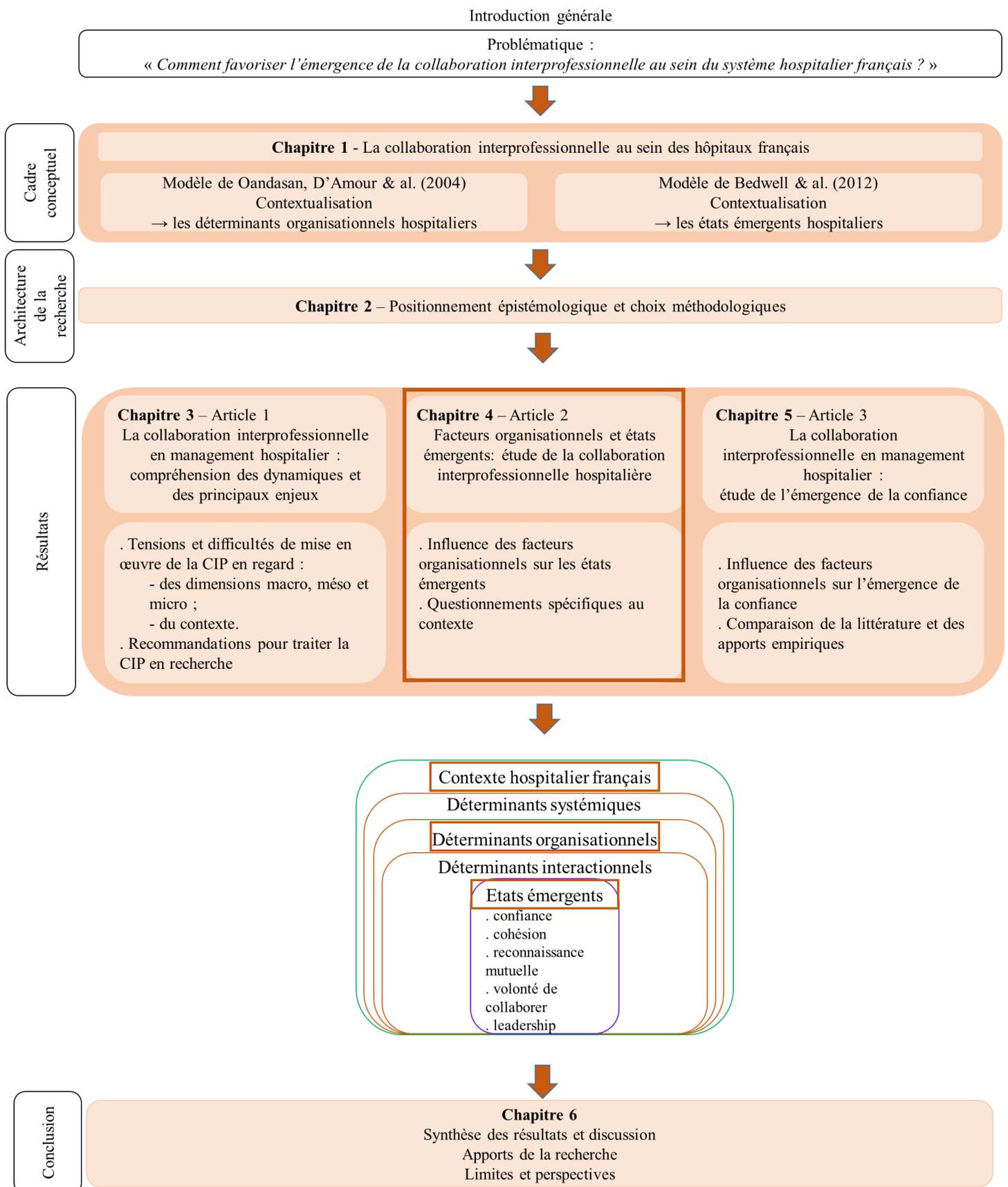


FIGURE 21 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 4

**FACTEURS ORGANISATIONNELS ET ETATS EMERGENTS : ETUDE DE LA COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE HOSPITALIERE**

ORGANIZATIONAL FACTORS AND EMERGING STATES:
STUDY OF INTERPROFESSIONAL HOSPITAL COLLABORATION

Maud ECKENSCHWILLER : Doctorante en Sciences de Gestion, 2ème année, CREGO, Université de Bourgogne
(auteur correspondant)

06 28 84 84 42, ECKENSCHWILLERM@ghrmsa.fr

Sophie WODOCIAG : Maitre de Conférences en Sciences de Gestion, CREGO, Université de Haute-Alsace

Samuel MERCIER : Professeur en Sciences de gestion, CREGO, Université de Bourgogne

Résumé :

Le domaine hospitalier français subit de nombreuses évolutions (financières, structurelles, organisationnelles, humaines, etc.) et ses acteurs doivent déployer de grandes capacités d'adaptation pour faire face aux défis d'aujourd'hui et de demain. La collaboration interprofessionnelle (CIP) est un levier majeur pour répondre aux difficultés que rencontrent les hôpitaux mais les mécanismes de sa mise en œuvre sont encore flous. Après avoir précisé l'intérêt de la collaboration interprofessionnelle au sein des hôpitaux (concernant 3 niveaux, celui des patients, celui des professionnels et celui de l'organisation), nous proposons dans cet article, fondé sur une recension des écrits, de répondre aux objectifs suivants : clarifier la notion d'état émergent et identifier les principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle (la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership) ; identifier les facteurs organisationnels propres aux hôpitaux en interaction avec ces états émergents dans le secteur hospitalier ; comprendre les effets de ces interactions. Cette étude nous permet ainsi de mettre en perspective de nombreuses interactions entre l'organisation et les facteurs émergents mais aussi d'éclairer cette émergence compte-tenu des spécificités du secteur de la santé. Les liens identifiés sont nombreux, leur enchevêtrement et les interactions sont extrêmement complexes. La contextualisation de l'analyse au secteur hospitalier fait quant à elle apparaître des questionnements spécifiques à ce domaine. L'étude ouvre également des pistes d'implications managériales concernant le développement des modèles mentaux partagés au sein des hôpitaux français. Le travail de recherche pourra ensuite s'orienter, à travers une étude complémentaire, vers une mise en perspective de l'analyse de la littérature avec des éléments d'enquête empirique.

Mots clés :

Collaboration interprofessionnelle, Hôpital, Etats émergents, Facteurs organisationnels, Management

Abstract:

The French hospital sector is undergoing many changes (financial, structural, organizational, human, etc.) and its players must deploy great adaptability to meet the challenges of today and tomorrow. Interprofessional collaboration is a major lever to respond to the difficulties faced by hospitals, but the mechanisms for its implementation are still unclear. After specifying the interest of interprofessional collaboration within hospitals (concerning 3 levels, that of the patients, that of the professionals and that of the organization), we propose in this article, based on a review of the writings, to answer the following objectives: clarify the notion of emergent state and identify the main emergent states of interprofessional collaboration (trust, cohesion, mutual recognition, willingness to collaborate and leadership); identify the organizational factors specific to hospitals in interaction with these emerging states in the hospital sector; understand the effects of these interactions. This study allows us to put into perspective many interactions between the organization and emerging factors but also to shed light on this emergence with regard to the specificities of the health sector. The links identified are numerous, their entanglement and the interactions are extremely complex. The contextualization of the analysis to the hospital sector raises questions specific to this field. The study also opens up avenues of managerial implications concerning the development of shared mental models within French hospitals. The research work can then be oriented, through a complementary study, towards putting the analysis of the literature into perspective with elements of empirical investigation.

Key words:

Interprofessional Collaboration, Hospital, Emerging States, Organizational Factors, Management

INTRODUCTION

Soumis à une rationalisation de ses ressources (budgets, ressources humaines, temps de soins directs alloué aux patients, etc.), le secteur hospitalier connaît de grandes mutations dans les domaines organisationnels et de gouvernance [1 ; 2 ; 3 ; 4]. Secteur clé de l'activité française, les dépenses de santé représentent 11.2% du PIB français (en troisième place derrière la Suisse et l'Allemagne) [5]. Employeur fort puisque la fonction publique hospitalière emploie actuellement 1,178 million d'agents [5], ce secteur fait l'objet d'une transition notable au gré des nombreuses réformes qui se succèdent : loi Hôpital Patient Santé Territoire, Tarification A l'Activité, création des pôles hospitaliers d'activité, déploiement de la nouvelle gouvernance et création des Groupements Hospitaliers de Territoires [2 ; 6]. Cette réorganisation pose de nombreuses difficultés en lien avec les contraintes budgétaires, organisationnelles (pôles médicaux organisés en silos, redéfinition des gouvernances), identitaires (remise en question des statuts, missions, métiers et rôles) et temporelles [2]. Dans ce contexte incertain et complexe, la collaboration se pose à la fois comme un impératif et comme un atout majeur pour trouver de nouvelles voies de développement [7] et gérer la complexité par l'intermédiaire de concertation, de coordination et de dynamiques interpersonnelles [8]. La CIP a de nombreuses répercussions positives au sein des hôpitaux. Premièrement, elle favorise la qualité des prises de décision et de résolution de problèmes [8 ; 9], une approche holistique et une qualité des soins centrée sur le patient [10 ; 11]. Deuxièmement, concernant les professionnels, elle est bénéfique à la satisfaction au travail [9 ; 12]. Troisièmement, elle est nécessaire aux aidants afin de développer leurs compétences dans les domaines du travail d'équipe, de l'accompagnement, des connaissances des symptômes, des besoins et des médicaments, etc. [13 ; 14] et de leur permettre une co-construction des équipes de professionnels [15]. Quatrièmement, au niveau de l'organisation hospitalière, elle influence la productivité et la réduction des coûts [8].

Ainsi, en tant qu'organisation professionnelle [16] en mutation [17], le secteur hospitalier recherche de manière conjointe efficacité et qualité. Au sein d'une organisation pluraliste [18], la conduite du changement constitue un défi pour chaque acteur hospitalier et la CIP reste un atout majeur pour soutenir l'innovation et gérer la complexité [8 ; 9].

Pourtant au cœur de nombreux débats, l'émergence du processus de collaboration reste difficile à cerner. Si la recherche pose l'importance des facteurs organisationnels dans les hôpitaux en tant que leviers ou freins de cette émergence [19], les liens entre ces derniers et l'environnement organisationnel restent flous [10 ; 20]. Se pose par ailleurs la question de la transférabilité empirique des pistes identifiées. Ainsi, cette étude traite la question suivante : **en quoi les facteurs organisationnels influencent-ils les états émergents de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine hospitalier ?**

Cet article de recherche théorique vise à produire un état des lieux des connaissances par rapport à cette problématique. En particulier, trois objectifs sont poursuivis :

(A) la clarification de la notion d'état émergent et l'identification des principaux états émergents de la CIP (Confiance, Cohésion, Reconnaissance mutuelle, Volonté de collaborer et Leadership) ;

(B) l'identification et la clarification des facteurs organisationnels en interaction avec les états émergents dans le secteur hospitalier ;

(C) la compréhension théorique de leurs effets sur le développement des états émergents de la collaboration au sein de l'hôpital.

Après avoir précisé la méthodologie adoptée pour recenser et analyser les écrits examinés, nous clarifierons les fondements conceptuels mobilisés par l'étude et exposerons les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons les résultats et les mettrons en regard de pistes de recherche futures.

1. METHODOLOGIE

A travers la recension d'écrits, nous cherchons à faire émerger des articulations théoriques entre les facteurs organisationnels de la CIP et ses états émergents [21 ; 22]. Puis, nous nous posons la question de leur application au secteur hospitalier [23].

Dans un premier temps, une recherche documentaire large a été menée à partir des mots clés « collaboration interprofessionnelle », « santé », « hôpital » dans les bases de recherche suivantes en Sciences de Gestion : ScienceDirect, PubMedCentral, HAL, Persée, Cairn. Les écrits théoriques et empiriques en anglais et français ont été recensés entre 2001 et 2021. Cette première étape a permis d'identifier 25 textes en lien avec notre objet d'étude. Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné les articles présentant des données mirées sur les facteurs organisationnels de la CIP, les états émergents de cette collaboration et l'évolution du secteur hospitalier dans la dernière décennie. Les mots clés utilisés ont été « facteurs organisationnels », « états émergents », « hôpital », « management ». Un total de 40 articles a été sélectionné. Les principaux critères d'inclusion qui ont été retenus sont les suivants : utilité de la source au regard des objectifs de la recherche, date de publication, affiliation des auteurs, révision des documents par l'éditeur.

Les articles sélectionnés ont ensuite été traités avec le logiciel d'analyse qualitative de données NewNVivo. Le codage a été réalisé en trois étapes. Lors de la première étape, un codage exploratoire et holistique a permis d'approcher le contenu global des articles avant d'aller plus avant dans la catégorisation. Lors de la deuxième étape, des codages et sous codages ciblés ont permis d'identifier les catégories les plus saillantes des données selon les thématiques, concepts et mots clés mis en évidence. Lors de la troisième étape, plusieurs codages ont été réalisés. Un codage axial a permis d'analyser les propriétés et dimensions des catégories abordées (comme par exemple celle des « concepts voisins de la collaboration ») mais aussi d'explorer leurs interactions. Un codage de processus a ensuite permis de coder des éléments tels que les « états émergents » en prenant en compte leur dimension dynamique et leur temporalité [24].

Tableau 1 – Codage des écrits (NewNVvivo)

	Etape 1	Etape 2	Etape 3	
Type de codage	Codage exploratoire et holistique	Codage et sous-codage	Codage axial	Codage de processus
Description	Approche préparatoire à un codage plus détaillé permettant de déterminer les grands domaines à explorer	Attribution de codes principaux définitifs et de sous codes afin d'enrichir les entrées	Assemblage stratégique des données en déterminant les codes les plus représentatifs, fusion des codes redondants, etc.	Mise en évidence des phénomènes évolutifs ou d'émergence
Application	Identification de thématiques, concepts et mots clés	Classification en nœuds et sous-nœuds afin d'orienter une analyse qualitative de contenu nuancée (à l'aide de sous thèmes émergents)	Analyse des interactions Dimension dynamique	
Trame NewNvivo, Exemples	<p><u>Thématique n° 1</u> : Collaboration</p> <p><u>Mots clés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Facteurs · Risques et freins · Définition · ... 	<p><u>Organisation en nœuds et sous nœuds</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Facteurs <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisationnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Philosophie ▪ Valeurs <ul style="list-style-type: none"> ● Liberté d'expression ● Equité ● ... 	<p><u>Recherches entre les différents sous-nœuds</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Interactions philosophie de l'organisation / émergence de la confiance · Interactions équité / émergence de la confiance · ... 	

2. LES ETATS EMERGENTS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Nous présentons ci-après nos principaux résultats, cela en regard des objectifs précités.

Cette section répond plus précisément à l'objectif suivant :

(A) la clarification de la notion d'état émergent et l'identification des principaux états émergents de la CIP (Confiance, Cohésion, Reconnaissance mutuelle, Volonté de collaborer et Leadership).

Afin de développer notre propos, il convient tout d'abord de revenir sur la définition de la collaboration interprofessionnelle dans l'environnement de l'hôpital public. La CIP se définit comme « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe* » [12, p.11]. Plus spécifiquement dans un contexte de la santé, la CIP renvoie au « *contexte humain dans lequel la collaboration se développe* » [9, p.4], notamment à travers l'équipe, quelle que soit sa forme (soin, administration, technique, formation, activité diurne ou nocturne, etc.).

Les états émergents de la CIP sont souvent considérés comme une « boîte noire » [19]. Ces derniers sont définis comme des constructions, généralement de nature dynamique, qui caractérisent les propriétés de l'équipe et qui varient en fonction des différents phénomènes ayant lieu au sein de l'équipe (intrants, processus, résultats) [25 ; 26 ; 27]. Ils sont le résultat d'une expérience en équipe et interagissent avec les processus au sein de l'équipe tels que la coordination, la gestion des conflits, etc. Ils peuvent être d'ordre cognitif, affectif, motivationnel ou être relatifs aux valeurs [27 ;28] et varient en fonction de la dynamique de l'équipe [19]. Les principaux états émergents identifiés dans la littérature sont les suivants : la confiance mutuelle (a), la cohésion (b), la reconnaissance mutuelle (c), la volonté de collaborer (d) et le leadership (e) [27 ; 28]. Différents attributs caractérisent les états émergents :

- ils sont « globaux » puisqu'ils concernent des phénomènes individuels qui sont agrégés au groupe. Ainsi, les états émergents existent à différents niveaux conceptuels : individuel, interactionnel et de groupe. Cela est également appelé « survenance », tout en ayant une existence distincte, les états émergents dépendent de phénomènes plus fondamentaux [27 ; 29] ;
- ils sont « cohérents » car ils présentent une certaine persistance de leurs caractéristiques dans le temps [27]. Pour examiner le processus d'émergence, les chercheurs se centrent alors sur la durée et la variabilité des états émergents dans le temps. Ces changements d'intensité dans le temps confèrent ainsi aux états émergents une dimension dynamique [27] ;
- ils sont « ostensifs » [29], c'est à dire qu'ils sont vécus et perceptibles. Dans les systèmes sociaux, la perception d'un état émergent est ainsi sujette à l'observation, le ressenti et l'interprétation des observateurs et des membres [27] ;
- ils sont « radicalement nouveaux » [29], cela dans le sens où ils ne sont ni prévisibles ni déductibles à partir des composants d'un niveau différent (macro, méso, micro). Leur niveau de développement ne peut ainsi pas être anticipé ou prédit à partir d'autres éléments du système avant sa manifestation réelle. C'est bien l'impossibilité à établir parfaitement la relation entre le niveau inférieur et le niveau supérieur qui rend les phénomènes émergents radicalement nouveaux [27]. Cela renforce également leur dimension dynamique.

A partir de ces éléments, nous retenons des états émergents que :

- leur nature doit être d'ordre cognitif, affectif, motivationnel ou concerner les valeurs ;
- leurs attributs doivent être radicalement nouveaux, ostensifs (vécus et perceptibles), globaux (phénomènes ressentis à titre individuel et agrégés au groupe) et cohérents (temporellement).

En particulier, on peut identifier dans la littérature scientifique cinq principaux états émergents (la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté de coordonner et le leadership) que nous allons à présent définir plus précisément.

2.1 La confiance

La confiance mutuelle peut se définir comme « *un construit social qui se réfère à l'expérience et au passé commun de l'interdépendance entre les membres d'une équipe* » [10, p.30]. Différents modèles complètent cette définition. Selon Loilier et Tellier [30], la confiance « personnelle » serait fondée soit sur les normes (en partant du postulat que l'autre respectera les normes, qu'il sera fiable en cela), soit sur le calcul et l'intérêt (chacun maximise alors « l'utilité » de la confiance). On peut également noter que la confiance « interpersonnelle », comprend une dimension intentionnelle (croyance que l'individu respectera ses engagements en l'absence d'opportunisme) et une dimension qui touche les compétences (formation et expérience). Jacob et Poitras [7] proposent une approche complémentaire ; ils distinguent trois niveaux de prise en compte de la confiance : interpersonnel (au niveau de l'individu), interprofessionnel (concernant l'expertise) et inter organisationnel. La confiance devient alors institutionnelle, contextuelle, elle concerne un système [30]. Mériade et al. [31] ont quant à eux traité la confiance interpersonnelle hospitalière sous l'angle de la « proximité » et plus particulièrement de la proximité géographique, de la proximité organisée (organisationnelle, cognitive, sociale, etc.) et de la proximité articulée (la manière dont les différentes proximités peuvent s'articuler entre elles). Ils soulignent que c'est le plus souvent cette proximité articulée qui va permettre de créer de la confiance [31]. Enfin, notons que la confiance est souvent associée à une dichotomie, soit qu'une personne est digne de confiance ou pas. La recherche expose, qu'au contraire, il existe différents niveaux et degrés de confiance [32] avec un aspect capitalisable et un « effet retard ».

2.2 La cohésion

Selon Avenel [33] « *la cohésion sociale est une formule générique qui englobe un grand nombre de représentations, d'évolutions, de tendances et d'acteurs* » [33, p.121]. Elle se réfère à des éléments en lien avec une certaine harmonie, une pacification et une absence de conflit mais aussi « *à l'idée de solidarité entre les membres d'un groupe ou d'une société donnée et à l'idée d'une certaine interdépendance* » [33, p.121] ainsi que d'une complémentarité. Sont alors impliquées des notions telles que des valeurs communes, un sentiment d'appartenance, de participation et un sentiment d'engagement. Selon Robidoux, la cohésion peut être définie comme « *le degré d'affinité entre les membres du groupe et la motivation des membres à demeurer dans le groupe* » [12, p.16]. Elle repose également sur le partage de caractéristiques communes, un fonctionnement unificateur ou encore des objectifs communs et faisant sens [10].

2.3. La reconnaissance mutuelle

La recherche a déterminé que la CIP « *nécessite un rapport d'échange entre les individus et de reconnaissance des compétences respectives* » [12, p.14], les individus doivent éprouver un sentiment de compétence et de productivité collectives. Dans la littérature, deux types de connaissances sont identifiés : le premier sur le plan personnel (valeurs et compétences), le deuxième sur le plan professionnel (règles, éthique, déontologie, procédures

[12]. Selon Jorro et Houot [34], la reconnaissance professionnelle est en lien avec des situations d'appréciation ou de considération de l'agir professionnel et d'un processus d'évaluation de la part :

- de ses pairs ;
- de sa hiérarchie ;
- d'instances.

Il s'agit d'une rétribution symbolique qui provoque un sentiment positif [34]. Selon ces auteurs, la reconnaissance professionnelle peut s'entendre comme « reconnaissance du travail réalisé » (atteinte des objectifs, résultats obtenus) ou comme « reconnaissance du professionnel » (concernant la manière d'exercer). En regard de cette approche, selon Brun et Dugas [35] quatre formes de reconnaissance peuvent être distinguées, à savoir la reconnaissance :

- existentielle (d'un acteur social en lien avec d'autres acteurs) ;
- de la pratique (réalisation de la tâche) ;
- de l'investissement ;
- des résultats.

2.4. La volonté de collaborer

Selon D'Amour et al. [36] la collaboration est, de par sa nature même, volontaire. La volonté à collaborer « *représente le fait que les individus qui s'engagent dans la collaboration sont prêts et volontaires dans leur démarche* » [8, p.10] et différentes perspectives expliquent cette volonté à s'engager. Selon Cousin [37] la volonté est considérée comme une faculté de l'être humain de se déterminer à réaliser ou non quelque chose et cela en toute liberté et selon des motifs rationnels. Dans le domaine de la psychologie, selon Lafon [37] cela s'accompagne d'une représentation consciente et d'une intention préalable d'accomplir ses actes.

2.5. Le leadership

Le leadership peut se définir comme un processus intervenant sur ce qui doit être fait et comment cela doit l'être pour atteindre les objectifs mais aussi sur la diminution des obstacles [28]. Le statut de leader fait l'objet de nombreux questionnements et différentes approches tendent à en préciser les contours. Certaines sont plus particulièrement appropriées au cadre de la collaboration. Le leadership « distribué » ou « partagé », consiste en une « *collection de rôles et de comportements qui peuvent être distribués, partagés, inter changés séquentiellement ou simultanément* » [38, p.5]. Le leader peut orienter son action soit au niveau de la tâche, soit au niveau du groupe. Ces deux niveaux d'action sont complémentaires et doivent être articulés [39 ; 40]. Au niveau de la tâche, il peut s'agir de fonction de production (fournir les idées, partager des informations, proposer des solutions, etc.) ou de fonction de facilitation (exposer clairement l'objectif, définir clairement les étapes, etc.) [39]. Au niveau du groupe, il peut s'agir de fonction de régulation (rechercher une participation équilibrée des différents membres, soulager les tensions, etc.)

ou de fonction d'élucidation (faire émerger le non-dit, expliciter les conflits latents, etc.) [39]. On parle également de « leader flexible », cela suppose pour les leaders « *d'une part, de posséder un large répertoire comportemental et, d'autre part, d'être aptes à alterner entre des comportements opposés en réponse à ce qui est requis par chaque situation* » [41], cette posture serait favorisée par le coaching. Enfin le « leadership en T », c'est-à-dire le « *croisement de l'expertise reconnue et attribuée (la verticale du T) avec une connaissance fine des enjeux de l'organisation qui dépasse les frontières de l'unité d'appartenance (l'horizontale du T)* » [42, p.76] s'impose dans le domaine de la collaboration et apporte crédibilité et compréhension des logiques d'autrui [7].

La manière dont l'émergence des états précités est abordée dans la littérature reste à préciser, les liens avec les facteurs organisationnels étant particulièrement complexes. De plus les particularités des facteurs organisationnels du secteur hospitalier doivent être développées en regard de cette émergence [9 ; 12 ; 28 ; 42].

Nous allons à présent préciser les facteurs organisationnels au sein des hôpitaux, leurs spécificités et les mettre en lien avec les états émergents précités.

3. LES LEVIERS DE LA CIP : INTERACTIONS ENTRE FACTEURS ORGANISATIONNELS ET ETATS EMERGENTS

Notre recension des écrits nous permet également d'aborder les interactions entre facteurs organisationnels et états émergents, il nous paraît indispensable de nous appuyer sur les principaux attributs de la CIP afin d'en préciser les contours.

Premièrement, dans la littérature, la CIP a pu être abordée dans des modélisations statiques et linéaires présentant des relations causales unidirectionnelles et en chaîne [15 ; 27 ; 43 ; 44]. La littérature s'ouvre plus récemment à des approches davantage tournées vers des processus dynamiques, évolutifs et systémiques [11 ; 28 ; 45 ; 46]. Ainsi, au-delà d'une structure relationnelle ou d'une organisation prescrite la CIP est bel et bien un processus [11 ; 45 ; 46 ; 47] qui nécessite un engagement, peut évoluer, s'améliorer et changer, tout au long de son cycle de vie [28]. Deuxièmement, la collaboration nécessite deux ou plusieurs entités, qu'il s'agisse d'individus, de groupes, d'organisations ou de sociétés [48] et implique différents niveaux d'analyse [49]. Troisièmement la collaboration est réciproque, elle ne peut être unilatérale et nécessite un engagement actif des différentes parties [28 ; 48]. Quatrièmement la collaboration nécessite de participer à des activités conjointes, prises de décisions, résolution de problèmes, gestion de projets, etc. Cinquièmement la collaboration vise à atteindre un objectif commun, convenu ou défini mutuellement [50].

Le modèle de structuration de la CIP découpe le processus de collaboration en trois catégories : les éléments d'ordre systémique, organisationnel et interactionnel [26 ; 46]. La littérature met en exergue le rôle important des facteurs organisationnels sur les résultats de la collaboration [51]. Les chercheurs en sciences de gestion appellent à un examen accru des facteurs organisationnels ; ces derniers pourraient être davantage pris en compte afin d'établir

des liens entre une gestion organisationnelle optimale, ses caractéristiques et la structuration de la CIP [52]. Dès lors, notre présent travail se focalisera essentiellement sur la dimension organisationnelle de la CIP et plus particulièrement sur les facteurs organisationnels [43] directement en interaction avec les états émergents précités.

Ainsi, la section suivante vise à mettre en évidence les interactions au sein du processus de CIP dans le secteur de la santé ; à cet effet, plusieurs objectifs sont poursuivis :

(B) L'identification et la clarification des facteurs organisationnels en interaction avec les états émergents dans le secteur hospitalier,

(C) L'analyse théorique de ces facteurs favorisant le développement des états émergents de la collaboration au sein de l'hôpital.

Les principaux facteurs organisationnels [9] peuvent être répertoriés en quatre domaines. Il peut s'agir d'éléments concernant la structure organisationnelle et la stratégie (4.1) [42] ; la philosophie de l'organisation [8], ainsi que ses valeurs, ses croyances, sa culture (4.2) [10 ; 46] ; les relations sociales et la communication (4.3) [32 ; 42] ; l'environnement de la collaboration (4.4) [19 ; 28 ; 53 ; 54].

Nous détaillons ci-après les éléments constitutifs des facteurs organisationnels, développons les caractéristiques propres au secteur hospitalier et les mettons en lien avec les états émergents de la collaboration.

3.1 La structure organisationnelle et la stratégie

Le tableau suivant récapitule les différents liens que nous avons pu établir entre la structure organisationnelle, la stratégie et les états émergents de la collaboration. Nous allons ensuite le commenter.

Tableau 2 – Liens entre la structure organisationnelle, la stratégie et les états émergents

Etats émergents	Structure organisationnelle et stratégie
Confiance	Supports administratifs, contractualisation, règles, contrôles, sanctions
Cohésion	Rôles explicites
Leadership	Management : leadership distribué ou partagé, leader flexible, leader en T

L'identification et l'application des rôles et responsabilités de chacun [12] est complexe au sein des hôpitaux. La littérature y décrit de nombreuses tensions de rôles, en effet les acteurs hospitaliers sont dans l'obligation d'ajuster leurs rôles aux mutations du système hospitalier [3] au niveau de :

- ses objectifs. Ceux-ci ont évolué de l'accès aux soins pour tous à la recherche de retour à l'équilibre financier et d'une rentabilité des prises en soin ;
- sa structure : regroupement et rationalisation des moyens ;
- sa technologie : évolution des technologies et moyens d'investigation ;
- sa culture, qui a évolué d'une « vocation hospitalière » et pour le service public vers une recherche d'équilibre entre vie privée et investissement au travail.

Ces tensions [55] sont principalement identifiées dans la littérature concernant les médecins chefs de pôles [56] et

les cadres de santé [6] sous forme d'ambiguïté de rôle et de conflit de rôle. Certains hôpitaux mettent l'accent sur la nécessité que « *chaque membre de l'équipe consacre une grande partie de son travail coopératif à acquérir une connaissance pratique des rôles et responsabilités des autres* » [57, p.17]. Il est par ailleurs abordé que la division du travail étant plus accentuée, les rôles plus scindés, entre infirmiers et aides-soignants par exemple, les conflits sont plus nombreux [58]. L'explicitation des rôles et responsabilités est en lien avec l'émergence de la cohésion : « *la division du travail, lorsque l'activité productrice est visible pour les autres membres de l'équipe, génère la reconnaissance de l'appartenance au groupe* » [59, p.152]. Il apparaît alors nécessaire « *de rendre explicite pourquoi l'on appartient au groupe, ce qui est attendu de chaque membre, et ce que chacun est en droit d'attendre des autres* » [12, p.16]. La question se pose ainsi de la gestion des rôles dans un contexte de changement intense et d'hétérogénéité. Selon Desmarais et Abord de Châtillon [60], le management public se complexifie, en effet les managers doivent traduire des décisions hiérarchiques et institutionnelles, réguler les relations interpersonnelles et sociales, et piloter la performance. Cette complexité est également mise en perspective de compétences et de maturité managériales faibles des acteurs hospitaliers qui peuvent apparaître sous forme de « *faiblesse des aptitudes au commandement, faiblesse des compétences en organisation, difficultés d'organiser la délégation des tâches, incapacité à définir des prestations en termes de qualité, défauts d'animation* » [61, p.5], ainsi que de l'incapacité à mobiliser les acteurs autour de projets. Les contraintes et mutations hospitalières amènent à de nécessaires innovations thérapeutiques, technologiques mais aussi managériales. L'innovation managériale peut concerner l'invention et ou l'adoption d'une pratique ou d'une méthode nouvelle [62]. Au-delà de ces besoins d'innovation managériale, certains travaux démontrent, qu'à l'hôpital, il existe aussi la nécessité d'adopter ou d'adapter des principes managériaux plus traditionnels (ordonnancement, optimisation, cohérence des objectifs, management de projets, etc.). Dans ce contexte, le « Nouveau Management Public » a pour mission « *d'accroître le contrôle sur le travail des agents publics et d'augmenter leur productivité* » [6, p.5] et trois dimensions majeures peuvent être identifiées : le contrôle des moyens, la responsabilisation des acteurs et la prise en compte des parties prenantes [6 ; 60]. Il a pour objectif de répondre à la fois à l'évaluation par les usagers et à celle par les pouvoirs publics (en termes de performance qualitative et quantitative). Le management est en lien avec l'émergence du leadership. Différentes questions se posent concernant le développement des postures décrites précédemment (3.5). Face à la recherche de leadership « distribué », quelle peut être la place laissée aux fonctions de production, de facilitation, de régulation ou d'élucidation des individus en fonction de leurs statuts et de leurs rôles ? Quant à la recherche de leadership « flexible », comment la flexibilité des individus est-elle identifiée, reconnue, valorisée et comment est-elle intégrée dans les cursus de formation ? Enfin, concernant la recherche de leader en « T », au-delà de l'expertise professionnelle, quelle connaissance des enjeux de l'organisation ont les acteurs et comment cela est-il développé ? Les supports administratifs sont nombreux au sein des hôpitaux, outils de traçabilité tels que le dossier patient mais aussi fiches de poste, protocoles de soins, systèmes informatiques, etc. [55] et les procédures et

formulaire se multiplient. Ils sont réputés pour nécessiter un temps administratif certain et souvent accusés de priver les patients de ce même temps de soin direct [58]. Ils sont également le support clé des règles hospitalières et des possibles sanctions. L'émergence de la confiance nécessite cette contractualisation dont elle est complémentaire. Cette contractualisation représente un mode de coordination, marque un engagement, crée une garantie [30]. Elle va de pair avec des règles, des contrôles et des sanctions, contrôle et confiance n'étant pas antinomiques. En effet, « l'existence de cette règle, qui agit comme un garde-fou, sécurise les acteurs, incite au comportement coopératif » [30, p.281]. Se pose alors la question de l'évolution des supports administratifs (aux niveaux quantitatif et qualitatif) compte-tenu des mutations du secteur hospitalier.

3.2 La philosophie de l'organisation

Le tableau suivant récapitule les différents liens que nous avons pu établir entre la philosophie de l'organisation et les états émergents de la collaboration. Nous allons ensuite le commenter.

Tableau 3 – Liens entre la philosophie de l'organisation et les états émergents

Etats émergents	La philosophie de l'organisation
Confiance	Valeurs individuelles et partagées, bonne volonté, honnêteté, justice, équité, attitudes, croyances
Cohésion	Valeurs communes
Reconnaissance mutuelle	Acceptation de l'asymétrie Connaissance de la complémentarité de l'expertise, des rôles et de l'interdépendance
Volonté de collaborer	Sentiment d'être plus compétents et productifs ensemble Mémoire transactive (ce que chacun sait et qui sait quoi)
Leadership	Exemplarité dans l'action Invitation aux suiveurs à une stimulation intellectuelle Leader croyant en la culture collaborative et aux alliances

Vis à vis du cloisonnement de l'univers hospitalier, un ajustement mutuel est indispensable entre les différents acteurs, celui-ci doit être étayé par le développement de valeurs et d'une culture communes par les professionnels hospitaliers. En effet, ces valeurs ont pu s'étioler en lien avec la spécialisation des activités et des restrictions budgétaires [63 ; 64] lors des deux dernières décennies. Elles sont pourtant susceptibles de constituer le socle d'un « sentiment d'appartenance communautaire » [55, p.48]. Les valeurs identifiées au sein des hôpitaux sont : l'accessibilité aux soins pour tous [3], un accueil bienveillant « *quelles que soient son origine, sa culture et sa religion* » [65, p.201] et la qualité des soins. Certains soignants expriment en ce sens des conflits de valeurs, ils se sentent écartelés entre les injonctions financières et les logiques de soin et ressentent une impression de travail réel dégradé [66], leur pratique s'éloignant d'une prise en soin centrée sur l'intérêt suprême du patient [64]. En ce qui concerne le management, l'« éthique du Care » ne se retrouve pas chez tous les managers, cette éthique repose sur le fait de porter une attention particulière : à l'autre en tant que personne singulière, au développement des compétences et des talents de chacun, à l'intégration et à la socialisation de chaque acteur dans les équipes et à la possibilité pour « *chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels* »

[3, p.450]. La confiance est liée à des valeurs telles que la bonne volonté, l'honnêteté [12 ; 36], la justice et le « *sentiment d'être traité équitablement comme membre légitime et respecté de l'équipe* » [12, p.17]. Dans le même ordre d'idée, la culture de l'organisation est également en jeu. Il s'agit des : « *attitudes, croyances et valeurs partagées par les employés ayant un impact sur leurs comportements et leur moral* » [8, p.11]. La cohésion est également liée aux valeurs portées par l'équipe [10]. Se pose alors la question de l'effacement des valeurs face à la spécialisation des activités et des restrictions budgétaires, quelle évolution est possible ? comment doivent évoluer des valeurs telles que l'accessibilité aux soins pour tous, l'accueil bienveillant et la qualité des soins ? Comment formaliser et gérer les conflits de valeurs ? Quelle place au sein des hôpitaux pour « l'éthique du Care » ?

La reconnaissance mutuelle est également mise en lien avec les valeurs [12] au travers de la reconnaissance mutuelle des valeurs de chacun. Concernant le leadership, Pitsis et al. [67] indiquent que le leader doit croire en la culture collaborative et aux alliances. L'approche transformationnelle du leadership repose quant à elle sur la mise en œuvre de trois composantes :

- une vision idéale collective permettant aux suiveurs de pouvoir se projeter ;
- une exemplarité dans l'action : constance, opiniâtreté, résistance aux difficultés, fait d'inspirer de la confiance aux suiveurs et leur permettre de s'identifier à ce « modèle » ;
- une invitation aux suiveurs à une stimulation intellectuelle : créativité, remise en question, autres façons de penser.

Différentes questions émergent de ce constat : comment l'organisation soutient-elle la croyance dans une culture collaborative ? Quelle place est laissée à la stimulation intellectuelle dans un système très contraint en matière de temps, de finances, de hiérarchie et d'administration ? Comment les leaders s'emparent-ils de l'exemplarité ? L'examen du partage des territoires et des modèles mentaux communs [52 ; 54 ; 59] est primordial. La stabilité d'un collectif d'acteurs, leur histoire commune, leur ancienneté facilitent des arrangements, des habitudes de rencontres et peuvent simplifier les échanges [55 ; 64]. La mémoire transactive peut être mise en lien avec la volonté à collaborer. Cette mémoire correspond à ce que sait chaque personne dans un groupe mais aussi à la connaissance de « qui sait quoi » [28], cela permet aux membres du groupe de trouver les informations qui leur sont nécessaires et de l'aide au sein du groupe.

L'interdépendance est abordée par Strauss en termes de « travail d'articulation » entre professionnels de la santé. Ces articulations se jouent entre les différentes activités, entre les apports de chacun et entre les différents métiers impliqués [64 ; 68] et il est à noter que « *les liens d'interdépendance prévus par l'institution jouent un rôle déterminant* » [64, p.98]. Cette interdépendance est par ailleurs accentuée par la spécialisation des tâches [55]. L'interdépendance est en lien avec la reconnaissance mutuelle. Ces éléments doivent préalablement faire l'objet d'une connaissance mutuelle et d'un consensus (notamment concernant les rôles, responsabilités, etc.). Cela « *exige de gérer*

l'asymétrie entre les différents acteurs » qui ne produiront jamais le même effort [42, p.74] mais aussi, pour que les acteurs comprennent la contribution de chacun, d'avoir « *pris le temps de répertorier les forces et l'expertise de chacun* » [7, p.58]. Cela pose la question du traitement de ces liens d'interdépendance au sein des hôpitaux. Quelle lisibilité de ces liens ? Comment gérer la spécialisation des tâches ? L'interdépendance est également en lien avec la volonté à collaborer. En effet, le sentiment d'être plus compétents et productifs ensemble joue un rôle prépondérant dans cette volonté. Murphy parle d'une logique de complémentarité qui s'articule notamment autour d'un langage commun [10].

3.3 Les relations sociales et la communication

Le tableau suivant récapitule les différents liens que nous avons pu établir entre les relations sociales, la communication et les états émergents de la collaboration. Nous allons ensuite le commenter.

Tableau 4 – Liens entre les relations sociales, la communication et les états émergents

Etats émergents	Les relations sociales et la communication
Cohésion	Objectifs qui font sens
Reconnaissance mutuelle	Consensus autour : des territoires d'intervention, des responsabilités et des rôles
Volonté de collaborer	Intérêt sur le plan individuel et organisationnel Recherche d'atteinte d'un but commun authentique et clair Logique de complémentarité / langage commun
Leadership	Vision idéale collective

La qualité de la communication et notamment son ouverture permettent de restaurer le sens des activités hospitalières [55]. Il est par ailleurs nécessaire de déterminer un langage commun ou d'être en mesure de « traduire » le langage des autres professionnels [64]. Le développement d'un langage commun est primordial dans la volonté de collaborer au sein d'un environnement interdisciplinaire. Se pose alors la question de l'apprentissage de ce langage commun dans des formations professionnelles en « silo ». Au-delà des échanges courants, la communication englobe une dimension de négociation entre les acteurs hospitaliers ainsi qu'avec les patients de recherche de consensus, une dimension d'arbitrage [28], de médiation ou encore de contrôle en fonction des règles, du déroulement des instances, des enjeux, etc. [55 ; 65]. Ces aspects regroupent également le mode de prise de décisions (plus ou moins partagé) [12 ; 41] et de résolution de problèmes [69]. La notion de consensus est en lien avec la reconnaissance mutuelle, notamment concernant les territoires d'intervention, les responsabilités et les rôles. La communication concerne également la mise en exergue des objectifs communs et d'une vision partagée [42 ; 54 ; 59]. En effet, les différents acteurs doivent pouvoir articuler leur activité professionnelle autour d'objectifs validés au niveau de la direction administrative et médicale [55 ; 64]. Cette réflexion mutualisée doit également permettre de contourner les écueils de la rationalité limitée en tendant vers une approche synoptique, à long terme et optimisée en fonction des nombreuses situations complexes et incertaines [70]. Des objectifs qui font sens sont indispensables à l'émergence de la cohésion (3.2). Se pose alors la question de l'adaptation de ces objectifs aux changements et de leur intégration par les équipes.

Comment sont-ils à la fois adaptés aux besoins des différents pôles et services et harmonisés ? Quels liens sont faits avec l'efficacité, l'efficience et la qualité ? Cette vision partagée est également en lien avec la volonté à collaborer par l'intermédiaire de la recherche d'atteinte d'un but commun authentique et clair [52 ; 59]. Les objectifs partagés sont aussi en lien avec le leadership [67] comme une « vision idéale collective ». Concernant cette vision partagée, la question se pose de la lisibilité de ce but commun au-delà de la recherche de qualité des soins centrée sur le patient. Enfin la communication doit porter d'une part sur l'intérêt de la collaboration, l'évaluation de sa qualité et sa valorisation [8 ; 12 ; 28] et, d'autre part, sur la formalisation de la collaboration [8 ; 9 ; 12 ; 59 ; 67]. Le « travail d'articulation » est fréquemment qualifié d'invisible (Havard 2015) ou encore dénigré au sein des hôpitaux, il paraît alors indispensable de « rendre visible ce travail d'articulation, voire de l'institutionnaliser » [64, p.98].

Cette formalisation est aussi en lien avec la volonté à collaborer. En effet, « les individus agissent dans leur propre intérêt, ils collaborent parce qu'ils trouvent un avantage à agir dans l'intérêt collectif, analysant les échanges, les gains et les pertes avant de s'engager dans une relation de collaboration » [12, p.8]. Toutefois, on peut noter la limite d'un comportement excessivement opportuniste, en effet selon Ferrary, en excès, « le comportement opportuniste sera sanctionné même s'il n'y a pas de contrat formel » par une exclusion du groupe [30, p.281]. L'opportunisme est fréquemment évoqué comme une menace pour la collaboration [71]. Nous pouvons donc retenir que « chaque acteur impliqué dans une collaboration doit pouvoir en tirer profit sur le plan individuel et organisationnel » [7, p.58], cela dans la limite de l'intérêt et du respect du groupe. Se pose alors la question de la formalisation de cet intérêt et de sa valorisation au sein des hôpitaux.

3.4 L'environnement de la collaboration

Le tableau suivant récapitule les différents liens que nous avons pu établir entre l'environnement de la collaboration et les états émergents de la collaboration. Nous allons ensuite le commenter.

Tableau 5 – Liens entre l'environnement de la collaboration et les états émergents

Etats émergents	Environnement de la collaboration
Confiance	Ressources humaines : compétences et aptitudes individuelles, connaissances, capacité à apprendre des autres et expérience des personnes Connectivité
Cohésion	Connectivité
Reconnaissance mutuelle	Ressources humaines : connaissance de l'autre (identité professionnelle, connaissances, compétences, valeurs)
Volonté de collaborer	Ressources humaines : . éducation professionnelle, expériences antécédentes similaires positives et maturité de l'individu . développement de connaissances et de compétences transversales afin de favoriser une identité partagée

Les ressources humaines, constituent l'« environnement humain » de l'hôpital, on y trouve une grande diversité des acteurs [64] et des équipes de grande taille [55]. Le processus de professionnalisation s'est accru pour ces

ressources, cela au travers de la réingénierie de certaines formations initiales et de leur universitarisation [58], de la formation continue, de l'intégration d'une analyse réflexive des pratiques professionnelles. La confiance se confronte à des aspects de gestion des ressources humaines tels que les compétences, les aptitudes, les connaissances, la capacité à apprendre des autres et l'expérience des personnes [12 ; 30 ; 52]. La grande diversité des acteurs et les équipes de tailles importantes ne sont pas sans conséquence au sein des hôpitaux. Dès lors se pose la question de la gestion de cette large diversité des profils et de leur hétérogénéité. D'autre part la gestion du processus de professionnalisation est également questionnante, quel en est son socle ? Comment sont adaptées les formations des professionnels de santé à l'évolution du système ? Comment sont formés les managers en santé pour accompagner ces changements ? La reconnaissance mutuelle et la volonté à collaborer sont également concernées par différents aspects de gestion des ressources humaines : l'identité professionnelle, les connaissances, les compétences, les territoires d'intervention, les responsabilités [12]. La connectivité (possibilité de créer des liens, de se rencontrer) est un élément clé de l'environnement de la collaboration [53]. Il est indispensable que l'organisation fournisse des opportunités de rencontres à ses acteurs [52]. Cela peut prendre de nombreuses formes plus ou moins formelles : groupes de travail, écriture de projets, réunions interdisciplinaires, mais aussi congrès, formations, etc. [58]. Cela favorise un décloisonnement [64] des différentes professions hospitalières. Un certain degré de connectivité est indispensable à l'émergence de la confiance, « *il doit être possible aux membres de se rencontrer, d'échanger* » [30, p.284]. L'émergence de la cohésion est elle aussi liée à la connectivité de l'équipe, en créant « *des occasions de partage tout en maintenant un climat d'ouverture* » [8, p.19]. Deux questions majeures se posent dans ce domaine : quels modes de connectivité quand le temps manque et quelle place pour ce besoin de connectivité dans l'organisation ?

4. DISCUSSION

Cet article de recherche théorique vise à clarifier la notion d'état émergent et à identifier et définir les principaux états émergents de la CIP hospitalière. Dans un premier temps, la recension des écrits a permis de mettre en lumière de manière exhaustive les nombreux facteurs de la CIP (sphères macro, méso et micro) [36]. Dans un deuxième temps, nous avons plus particulièrement examiné les particularités des facteurs organisationnels dans le domaine hospitalier. Enfin, dans un troisième temps, la mise en évidence de critères d'inclusion concernant la nature et les attributs des états émergents a permis d'identifier les cinq états émergents principaux de la CIP (parmi les facteurs de la collaboration) : la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership [27 ; 28]. Après avoir défini plus en profondeur ces états émergents, nous avons pu examiner les éléments organisationnels [8 ; 11 ; 26] favorisant leur développement dans le contexte spécifique de l'hôpital [3 ; 42 ; 57 ; 56 ; 58 ; 61 ; 62 ; 72]. Cet aspect s'est montré complexe. Dans la littérature, de très nombreuses interactions sont citées entre les différents facteurs de la collaboration. Elles sont présentées en termes de relations de cause à effet, avec parfois un amalgame entre cause et effet, des liens qui restent flous ou des relations de causalité à double sens (à la fois cause et effet comme

entre les « valeurs portées » et la « confiance mutuelle » qui s'influencent entre elles). Mais la principale difficulté reste l'enchevêtrement des relations d'interactions ; ces interactions existent à de multiples niveaux : entre les sphères macro, méso et micro, au sein des sphères elles-mêmes, entre facteurs et états émergents et au sein des états émergents [8 ; 9 ; 12]. Environ quatre-vingt liens ont été identifiés dans notre recension des écrits, ils constituent un réseau complexe d'interactions. Partant des interactions entre facteurs organisationnels hospitaliers et états émergents, ce travail a permis d'identifier les questionnements spécifiques liés au secteur hospitalier. En effet, la contextualisation du secteur de la santé fait apparaître des paramètres qui lui sont spécifiques et fait émerger de nombreux questionnements [43]. En regard de ces questionnements nous identifions une piste de réflexion managériale majeure, celle des Modèles Mentaux Partagés (MMP) développés au sein des hôpitaux. Les MMP sont des « *structures cognitives stables et intégrées qui permettent aux membres d'une équipe [...] de se coordonner de manière implicite* » [73, p.4]. En regard des facteurs organisationnels, ils se distinguent en :

- MMP de la tâche (afin par exemple de distribuer les fonctions de production, de facilitation et d'élucidation en lien avec le leadership partagé) ;
- MMP du fonctionnement de l'équipe (afin par exemple de clarifier les rôles et responsabilités de chacun) [74].

CONCLUSION

Les prochaines recherches devraient prendre en compte la complexité interactionnelle entre facteurs de la collaboration en santé, sa multitude de liens et se concentrer sur une modélisation applicable au terrain. Une voie de réflexion serait l'intérêt porté aux liens entre facteurs organisationnels et états émergents. Notre recension des écrits bien qu'ayant identifié de nombreux liens interactionnels, montre aussi que ces liens sont extrêmement diffus entre tous les facteurs et leurs sphères d'appartenance, souvent trop peu définis et qu'il reste difficile de s'en saisir de manière concrète. Cela nécessiterait d'être étayé par une exploration empirique afin d'étudier d'autres interactions de ce processus encore mal connu, de nouveaux liens ou explications et des leviers réalistes et dont la mise en œuvre serait réalisable. En extrayant les facteurs organisationnels et les états émergents du processus de collaboration, sans pour autant exclure les autres facteurs, puisqu'il s'agit d'une continuité interactionnelle, nous espérons poser un socle, point de départ d'une exploration empirique interprofessionnelle qui viendra soutenir ce cadre de recherche. La complexité de la mise en œuvre de la CIP, de son contexte situationnel, notamment en santé, nécessite de fournir aux managers et gestionnaires des Ressources Humaines une compréhension plus complète de ce phénomène. La meilleure compréhension de ce concept a pour objectif de fournir des recommandations significatives afin d'améliorer les pratiques dans ce domaine. A cet égard les futures recherches devraient s'appuyer sur les modèles existants et développer des niveaux d'analyse ancrés sur une pratique de terrain. Une conceptualisation commune flexible permettrait de mener des enquêtes de terrain dans le domaine de la santé et de faire avancer la recherche en s'appuyant sur différents niveaux d'analyse et en explorant des contextes interprofessionnels variés [28]. De plus, il paraîtrait

pertinent de réaliser une étude empirique longitudinale afin de pouvoir étudier les phénomènes décrits au cours du temps, sur une cohorte cible interprofessionnelle [43].

Bibliographie

[1] Ministère de la santé et des solidarités. Ensemble modernisons l'hôpital. République française ; 2006. 243p.
URL : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

[2] Bréchat P, Leenhardt A, Mathieu-Grenouilleau MC, Rymer R, Matisse F, Baraille D, Beaufils P. Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé publique* 2010;22(5):571-580.

[3] Miremont MC, Valax M. Le partage du leadership à l'hôpital, une voie prometteuse pour les managers cadres de santé. *Académie des sciences de management de Paris* 2017:440-452.

[4] Ministère de la transformation et de la fonction publiques. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. République française ; 2020. 689p.

URL : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/Publications/Rapport%20annuel/2022/RA_2022_web.pdf

[5] OCDE (Organisation Européenne de Coopération Economique. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE*, 2019 : Paris. URL : <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

[6] Rivière A, Commeiras N, Loubes A. Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines* 2019;2(112):3-20.

[7] Jacob R, Poitras, J. Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin. *Gestion* 2015;40(3):52-59.

[8] Aumais N, Laflamme S, Venne C. Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes. *Université de Sherbrooke Séminaire international Maîtrise en gestion de la formation*. Septembre 2012:1-25.

[9] Kosremelli Asmar M, Wacheux F. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence Internationale en Management Beyrouth février*. Liban. Février 2007:57-75.

[10] Ben Maaouia M. Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim. *Université du Maine*. 2017.

[11] D'amour D, Ferrada-Videla M, Rodriguez L, Beaulieu M. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 2005;5(1):116-131.

[12] Robidoux M. Cadre de référence collaboration interprofessionnelle. *Ecole en chantier_Université de Sherbrooke*, septembre 2007:1-25.

[13] Jarrossay E, Paternostre B. Perception par les proches aidants de leurs rôles et fonctions face aux douleurs cancéreuses en situation palliative spécifique ou symptomatique au domicile. *Médecine Palliative Soins de Support - Accompagnement – Ethique* 2020;19(4):207-213.

- [14] Lau DT, Kasper JD, Hauser JM, Berdes C, Chang CH, Berman RL, Masin-Peters J, Paice J, Emanuel L. Family caregiver skills in medication management for hospice patients: a qualitative study to define a construct. *J Gerontol*, 2009;799-807.
- [15] Buthion V, Gode C. Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ? *Journal de gestion et d'économie médicales* 2014;32:501-519.
- [16] Satow RL. Value-rational authority and professional organizations: Weber's missing type. *Administrative Science Quarterly* 1975;20(4):526-531.
- [17] Dumond JP. Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers. *Sciences sociales et santé* 2006;24:97-127.
- [18] Denis JL, Lamothe L, Langley A. The Dynamics of collective leadership change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal* 2001;44(4):809-837.
- [19] Seeber I, Maier R, Weber B. Opening the Black Box of Team Processes and Emergent States: A Literature Review and Agenda for Research on Team Facilitation. *International Conference on System Sciences 47th*. Hawaii. 2014:473-82.
- [20] Lemieux-Charles L, Mcguire W. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 2006;63(3):263-300.
- [21] Velmuradova M. Épistémologies et Méthodologies de Recherche En Sciences de Gestion. Note de Synthèse. *USTV* 2004:2-105.
- [22] Thiétart RA. *Méthodes de recherche en management*. 4^e édition, Paris : Dunod. 2014:648p.
- [23] Eckenschwiller M, Wodociag S, Mercier S. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels. *Colloque AIRMAP*, mai 2021, Clermont-Ferrand.
- [24] Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles : SAGE. 2013.
- [25] Ilgen DR, Hollenbeck JR, Johnson M, Jundt D. Équipes dans les organisations : des modèles d'entrée-processus-sortie aux modèles IMOI. *Revue annuelle de psychologie* 2005;56:517-543.
- [26] Marks MA, Mathieu JE, Zaccaro SI. A temporally based framework and taxonomy of team processes , *Academy of Management Review* 2001:356-376.
- [27] Waller MJ., Okhuysen GA, Saghafian M. Conceptualizing Emergent States: A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics. *Academy of Management Annals* 2016;10(1):561-98.
- [28] Bedwell WL, Wildman JL, Diazgranados D, Salazar M, Kramer WS, Salas E. Collaboration at Work: An Integrative Multilevel Conceptualization. *Human Resource Management Review* 2012;22(2):128-45.
- [29] Goldstein J. Emergence as a construct: History and issues. *Emergence*, 1999;1:49-72.

- [30] Loilier T, Tellier, A. Comment peut-on se faire confiance sans se voir ? Le cas du développement des logiciels libres. *M@n@gement* 2004 ;7(3):275-306.
- [31] Mériade L, Rochette C, Talbot D. La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : une proposition de lecture par la proximité. *Gestion et management public* 2018;7(1):31-52.
- [32] Nielsen B. The Role of Trust in Collaborative Relationships: A Multi-Dimensional Approach. *M@n@gement* 2004;7(3):239-256.
- [33] Avenel C. La « cohésion sociale » : de quoi parle-t-on : Clarifier le concept pour consolider un nouveau modèle d'action 2014. Dans : Gueguen JY. *L'année de l'action sociale 2015 : Objectif autonomie*. Paris : Dunod. 2015:119-136.
- [34] Jorro A, Houot I. Reconnaissance professionnelle. 2013. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. 2013:253-257.
- [35] Brun JP, Dugas N. La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion* 2005; 30(3):79-88.
- [36] D'Amour D, Sicotte C, Levy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé* 1999;17(3):67-94.
- [37] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <https://cnrtl.fr/>, consulté le 24/10/2022.
- [38] Verzat C, O'shea N, Raucent B. Réguler le leadership dans les groupes d'étudiants en APP. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* 2015:1-20.
- [39] Augustinova M, Oberle D. *Psychologie sociale du groupe de travail*, Paris : de Boeck. 2013:272p.
- [40] Oberle D, Drozda-Senkowska E. Processus orientés vers la tâche vs processus orientés vers le groupe : une vieille distinction toujours fructueuse ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2006;70:63-72.
- [41] Baron, L. Éloge de la flexibilité des leaders. *Gestion* 2015;40(3):28-31.
- [42] Jacob R. La mise en œuvre de la collaboration organisationnelle. *Gestion* 2015;40(3):72-77.
- [43] Eckenschwiller M, Wodociag S, Mercier S. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Management et Avenir* 2022;131(5):15-38.
- [44] Humphrey SE, Aime F. Team microdynamics : Toward an organizing approach to teamwork. *The Academy of Management Annals*. 2014;8(1):443–503.
- [45] D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care* 2005;19(1):8-20.
- [46] Oandasan I, Ross Baker G, Barker K, Bosco C, D'amour D, Jones L, Way D. 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. *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* ; 2006. 33p. URL :

<https://docplayer.fr/479835-Le-travail-en-equipe-dans-les-services-de-sante-promouvoir-un-travail-en-equipe-efficace-dans-les-services-de-sante-au-canada.html>

[47] Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010. 208p.

[48] Longoria RA. Is inter-organizational collaboration always a good thing? *Journal of Sociology and Social Welfare* 2005;32(3):123-138.

[49] Kozlowski SWJ, Klein KJ. A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2000:3-90.

[50] Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: An analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(2):149-157.

[51] Nolte J, Tremblay M. Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada. Canada: Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care (EICP), 2005. 42p.

[52] San Martin-Rodriguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Interprofessional Care* 2005;19(1):132-47.

[53] Chédotel F. Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération. *M@n@gement* 2004;7(3):161-193.

[54] D'Amours L, Ferland M, Jacob R, Poitras J. Collaborer pour faire le bien. *Gestion* 2015;40(3):64-71.

[55] Dumas M, Douguet F, Fahmi Y. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RHIME* 2013;1(20):45-67.

[56] Gavault S, Laude L, Baret C. L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales* 2014;32(7):463-480.

[57] Poochikian-Sarkissian S, Hunter J, Tully S, Lazar NM, Sabo K, Cursio C. La conception d'un modèle novateur de prestation des soins : Les équipes de pratique interprofessionnelle. *Healthcare Management Forum* 2018;21(1):12-18.

[58] Gheorghiu MD, Moatty F. Les conditions du travail en équipe. Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement_Ministère de la santé et des solidarités ; 2005. 291p. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dter49.pdf>

[59] Dameron S. Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet *M@n@gement* 2004;7(3):137-160.

[60] Desmarais C, Abord De Chatillon E. Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé ? *Revue Française d'Administration Publique* 2008;4(128):767-783.

- [61] Krief N. Démarches de projet et apprentissage du changement, le cas d'un hôpital public. *IXème Conférence Internationale de Management stratégique_Montpellier*, mai 2008:1-12.
- [62] Nobre T. L'innovation managériale à l'hôpital. *Revue française de gestion* 2013;6(235):113-127.
- [63] Mintzberg H, Glouberman S. Managing the care of health and the cure of disease-Part II:Integration. *Health Care Management Review* 2001;26(1):72-85.
- [64] Havard C. L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ?. @*GRH* 2015;3(16):91-125.
- [65] Gueguen S, Campia P. Soigner le travail pour prendre soin des métiers de la santé dans Holcman R. *La souffrance des soignants*. Paris : Dunod, 2018. 256p.
- [66] Rossano M. Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie de la santé* 2019;2(2) :135-158.
- [67] Pitsis TS, Kornberger M, Clegg S. The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration. *M@n@gement* 2004;7(3):47-67.
- [68] Strauss AL. Work and the Division of Labour. *The Sociological Quarterly* 1985;26(1):1-19.
- [69] Poitras J. La gestion des conflits. *Gestion* 2015;40(3):78-82.
- [70] Chanut V, Guibert N, Rojot J, Dubois PL. Les limites de la rationalité limitée ? Un essai de réflexion en sciences de gestion. *Management & Avenir* 2011;8(48) :97-117.
- [71] Josserand E, Clegg S, Kornberger M, Pitsis TS. Friends or Foes? Practicing Collaboration? An Introduction. *M@n@gement* 2004;7(3):37-45.
- [72] Dumas M, Ruiller C. Être cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines* 2013;1(87):42-58.
- [73] Michinov E, Michinov N. Travail collaboratif et mémoire transactive : revue critique et perspectives de recherche. *Le travail humain* 2013;76:1-26.
- [74] Klimoski R, Mohammed S. Modèle mental d'équipe : construction ou métaphore ? *Revue de Gestion* 1994;20(2):403-437.

CHAPITRE 5 - ARTICLE 3. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : étude de l'émergence de la confiance

MOTIVATION

En s'appuyant sur les deux premières études et de ce fait en suivant les recommandations 1 à 4, cette étude a également intégré :

- l'élargissement de la dimension interprofessionnelle (au-delà des collaborations entre infirmiers et médecins) en intégrant à l'enquête 17 professions différentes (recommandation 5) ;
- la transition de la théorie à la pratique de par sa nature empirique (recommandation 6).

POSITIONNEMENT DE L'ARTICLE DANS LE CADRE CONCEPTUEL GENERAL

La problématique globale de ce travail de recherche est :

« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ? ».

Cet article traite plus précisément de la question :

« En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ? ».

Les objectifs poursuivis sont :

- (1) l'identification des principaux facteurs organisationnels hospitaliers influençant l'émergence de la confiance ;
- (2) la mise en exergue des possibles leviers managériaux concernant ces facteurs organisationnels.

DESIGN / METHODOLOGIE

Cette étude est de nature empirique et qualitative et mobilise un raisonnement abductif. En nous appuyant sur les deux premières études de nature théorique et plus précisément sur les modèles de D'Amour (D'Amour & al., 1997 ; D'Amour & al., 1999) concernant les facteurs organisationnels et de Bedwell (Bedwell, 2012) concernant les états émergents, nous analysons les résultats d'une enquête empirique menée auprès de 32 agents de la fonction publique hospitalière exerçant dans un groupe hospitalier français.

PRINCIPAUX RESULTATS

Au travers de cette troisième étude, nous avons proposé de porter une attention particulière aux interactions entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance. Les résultats qualitatifs découlant de l'analyse des entretiens ont été articulés autour des 4 rubriques principales identifiées dans notre cadre théorique : l'environnement, la philosophie, les relations sociales et la structure organisationnelle.

VALORISATION

- Communications

. Mai 2022 « *Collaboration interprofessionnelle et émergence de la confiance en management hospitalier* » (M. Eckenschwiller), AIRMAP (Association Internationale de Recherche en Management Public).

Lauréate prix Thierry GARROT, récompense de la meilleure communication en management de la santé présentée lors du colloque.

. Novembre 2022 « *Emergence de la confiance : la collaboration interprofessionnelle en management hospitalier* » (M. Eckenschwiller), 1ère journée de recherche en sciences paramédicales et maïeutiques de la Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg.

- Soumission

Septembre 2023 « *La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : étude de l'émergence de la confiance* » (M. Eckenschwiller).

Soumis à la revue RIMHE, rang 3 FNEGE.

En attente de réponse

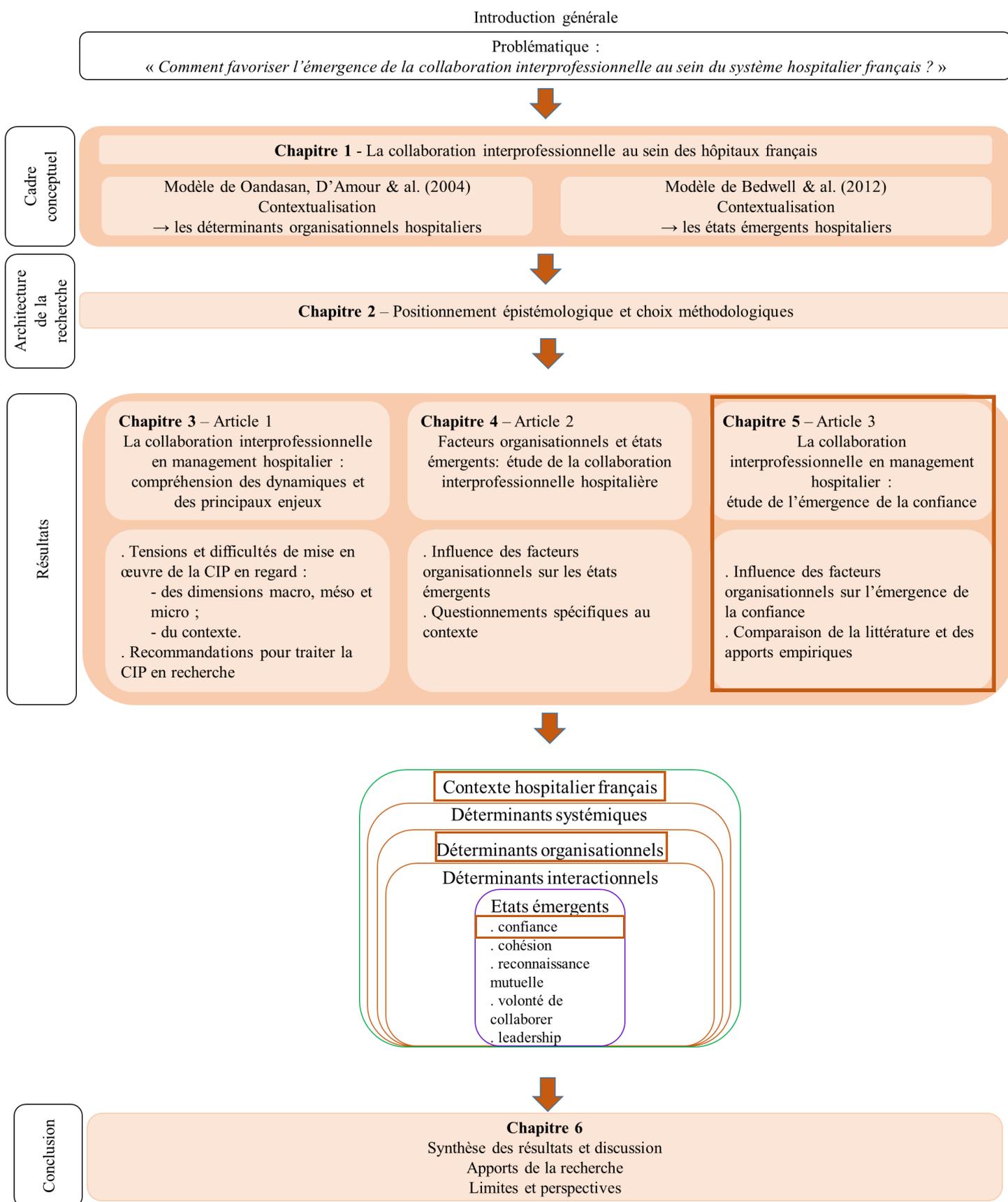


FIGURE 22 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 5

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN MANAGEMENT HOSPITALIER :

ETUDE DE L'ÉMERGENCE DE LA CONFIANCE

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION IN HOSPITAL MANAGEMENT:

STUDY OF THE EMERGENCE OF TRUST

Maud ECKENSCHWILLER : Doctorante en Sciences de Gestion, 3ème année, CREGO, Université de Bourgogne

Résumé :

Le secteur hospitalier français traverse de nombreuses difficultés financières, structurelles, organisationnelles et humaines. Ses acteurs doivent sans cesse s'adapter à ce contexte extrêmement complexe. La collaboration interprofessionnelle présente de nombreux intérêts pour répondre à ce défi aussi bien concernant les patients, les professionnels que l'organisation. Elle est indispensable à l'accompagnement des patients mais sa mise en œuvre reste énigmatique et est difficile à analyser. Selon la littérature, celle-ci est intimement liée à l'émergence de la confiance. Cette émergence dépend de facteurs organisationnels qui ne sont que partiellement identifiés dans la littérature, les liens établis restant minimes et imprécis. Nous nous appuyons dans cette étude sur un cadre théorique traitant des transformations organisationnelles du système hospitalier français, de ses facteurs organisationnels et de l'émergence de la confiance en lien avec ces derniers. Nous proposons ensuite, dans une recherche qualitative menée auprès de 32 agents de la fonction publique hospitalière, de préciser et compléter ces liens et de répondre à la question « *En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ?* ». Ce travail ouvre notamment de nouvelles perspectives concernant des facteurs organisationnels inédits tels que les modèles mentaux partagés.

Mots clés :

Hôpital, collaboration interprofessionnelle, état émergent, confiance

Abstract:

The French hospital sector is going through many financial, structural, organizational and human difficulties. Its actors must constantly adapt to this extremely complex context. Interprofessional collaboration has many advantages in responding to this challenge for patients, professionals and the organization. It is essential for supporting patients, but its implementation remains enigmatic and difficult to analyze. According to the literature, this is closely linked to the emergence of trust. This emergence depends on organizational factors that are only partially identified in the literature; the links established remaining minimal and imprecise. We base this study on a theoretical framework dealing with the organizational transformations of the French hospital system, its organizational factors and the emergence of trust in connection with them. Then we propose, in a qualitative research carried out with 32 hospital civil servants, to specify and complete these links and to answer the question "How do organizational factors influence the emergence of trust in the hospital sector?". In particular, this work opens up new perspectives on new organizational factors such as shared mental models.

Key words:

Hospital, interprofessional collaboration, emergent state, trust

INTRODUCTION

Le domaine hospitalier français subit de nombreuses évolutions (financières, structurelles, organisationnelles, humaines, etc.) depuis plusieurs décennies. De plus, dans un contexte de crise sanitaire qui perdure depuis janvier 2020, les acteurs hospitaliers doivent déployer de grandes capacités d'adaptation pour faire face aux défis d'aujourd'hui et de demain. En permanente recherche d'équilibre

entre qualité des soins et efficacité, l'organisation du système de santé nécessite en effet de nouvelles approches organisationnelles et humaines (ARS grand Est, 2018 ; Nobre, 2013 ; Wachs & al., 2016).

La notion de collaboration interprofessionnelle (CIP) prend alors tout son sens, apparaissant comme un atout majeur et « *une approche novatrice face aux schémas classiques d'organisation du travail* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p.2). Elle est essentielle face à la « remodélisation » du fonctionnement du domaine de la santé en général et du système hospitalier en particulier (D'Amour & al., 1999). Face à la quête permanente d'efficacité et de qualité, la collaboration présente également de notables avantages concernant le développement de l'innovation (D'Amours & al., 2015), la résolution de problèmes, et la gestion de la complexité (Jacob, 2015 ; Jacob & Poitras, 2015 ; Lemieux-Charles & McGuire, 2014 ; Nielsen, 2004 ; San Martin-Rodriguez & al.).

Cependant, bien que recherchée, la mise en œuvre de la CIP reste complexe et parfois énigmatique (Baret & al., 2014 ; Bedwell & al., 2011 ; Chédotel, 2004 ; Jacob, 2015). La littérature souligne qu'il est indispensable de prendre en compte qu'une attention particulière doit être portée aux états émergents de cette CIP (Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016). Les états émergents sont définis comme des constructions, généralement de nature dynamique, qui caractérisent les propriétés de l'équipe et qui varient en fonction des différents phénomènes ayant lieu au sein de l'équipe (intrants, processus, résultats) (Marks & al., 2001 ; Waller & al., 2016). Les modèles de d'Amour (D'Amour & al., 1997 ; D'Amour & al., 1999) et Bedwell (Bedwell, 2012) concernant la collaboration permettent d'identifier les principaux états émergents de la CIP : la confiance, la reconnaissance mutuelle, la cohésion, la volonté de collaborer et le leadership (Eckenschwiller & al., 2021, a). Ainsi la confiance en tant qu'état émergent est un fondement de la collaboration et est complexe à comprendre, générer et pérenniser entre professionnels. Son émergence s'appuie sur divers facteurs organisationnels du système hospitalier (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005) et il est primordial d'avancer vers « *une meilleure compréhension des interrelations entre ces facteurs et de leur impact sur la collaboration interprofessionnelle* » (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, p. 5). Il convient d'étudier les liens complexes au sein du processus (Ben Maaouia, 2017 ; Lemieux & McGuire, 2006) et les facteurs organisationnels pourraient être davantage pris en compte afin d'établir des liens entre une gestion organisationnelle optimale, ses caractéristiques et la structuration de la CIP hospitalière (Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al. 2005). Mériade et al. (2018) soulignent en ce sens, concernant les hôpitaux, que si « *l'environnement agit sur la confiance, un cadre d'analyse plus intégré reste encore à construire afin d'en comprendre les mécanismes* » (Mériade & al., 2018).

Selon ces constats, concernant l'émergence de la confiance, de nombreux questionnements apparaissent quant aux leviers et freins existant au sein des hôpitaux. La confiance est ainsi un défi pour les gestionnaires (Robidoux, 2007) et il est essentiel que les chercheurs se penchent sur la complexité du contexte situationnel pour fournir au personnel des services des Ressources Humaines une compréhension plus complète de son émergence (Bedwell, 2012).

En considérant la confiance comme l'un des principaux états émergents de la CIP au sein des hôpitaux, nous traitons la question suivante dans cette étude :

En quoi les facteurs organisationnels influencent-ils l'émergence de la confiance dans le domaine hospitalier ?

Dans cet article deux objectifs sont poursuivis :

- l'identification des principaux facteurs organisationnels hospitaliers influençant l'émergence de la confiance ;
- la mise en exergue des possibles leviers managériaux concernant ces facteurs organisationnels.

Cette étude a ainsi pour ambition de proposer à travers une vision interdisciplinaire des réponses organisationnelles et managériales compte-tenu des spécificités du secteur hospitalier. Elle permet également d'alimenter une réflexion croissante concernant l'identification de nouvelles perspectives en

matière de transversalité et de décloisonnement des acteurs hospitaliers (Eckenschwiller & al., à paraître 2022).

Pour cela, nous menons une étude de nature qualitative mobilisant un raisonnement abductif. En effet, l'abduction confère à la découverte « un statut explicatif ou compréhensif » (Thietart et al., 2014) et consiste à extraire des conjectures à partir de l'observation. Premièrement nous examinons les fondements théoriques sur lesquels l'étude va reposer et précisons le socle conceptuel de l'étude. Deuxièmement, en nous appuyant sur les modèles de D'Amour (D'Amour & al., 1997 ; D'Amour & al., 1999) concernant les facteurs organisationnels et de Bedwell (Bedwell, 2012) concernant les états émergents, nous analysons les résultats d'une enquête empirique menée auprès de 32 agents de la fonction publique hospitalière exerçant dans un groupe hospitalier français. Ces résultats sont mis en perspective avec le cadre conceptuel défini. Les implications managériales et les limites sont alors discutées.

1. L'organisation hospitalière entre transformations et confiance

Le socle théorique de notre recherche s'articule autour de deux axes principaux, l'évolution du cadre hospitalier et les liens entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance.

1.1 L'évolution du cadre hospitalier

1.1.1 Le domaine hospitalier au cœur des transformations organisationnelles

Porté par de nombreuses réformes (Miremont & Valax, 2017), le secteur hospitalier français a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Différentes lois et mises en application se sont succédées : la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A), la création des pôles hospitaliers d'activité, le déploiement de la nouvelle gouvernance et la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) (Bréchat & al., 2010 ; Ministère de la santé et des solidarités, 2007 ; Rivière & al., 2019). La littérature met en évidence « *trois lignes de gouvernance et de coordination, qui ne se recoupent pas nécessairement* » (Bérard, 2013, p.199) (directoire, pôles et services médicaux) et qui sont animées par des principes (surveillance, rationalité, contrôle, contrainte) et des logiques (efficacité, intervention, productivité, efficacité) différentes (Vallejo, 2020). Au regard de l'évolution de cette gouvernance, nous pouvons considérer l'évolution des missions hospitalières. En effet, selon l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique modifié²⁴ (version en vigueur depuis le 19 janvier 2018), elles se sont largement étendues.

1.1.2 L'intérêt de la CIP

Au regard de la complexité des systèmes de santé et des nombreux défis que ceux-ci ont à relever, l'OMS souligne la nécessité de renforcer les systèmes de santé mondiaux, il s'agit selon elle d'un des défis les plus urgents pour les décideurs, les agents de santé, les gestionnaires et les membres des communautés du monde entier (WHO, 2008). Cela nécessite d'identifier de nouvelles approches organisationnelles et humaines (Nobre, 2013 ; Wachs et al., 2016). La notion de collaboration interprofessionnelle prend alors tout son sens, apparaissant comme un atout majeur, « *une approche novatrice face aux schémas classiques d'organisation du travail* » (Kosremelli Asmar et Wacheux, 2007, p. 2). Elle apporte des pistes de réponse face à la quête permanente d'efficacité et de qualité mais présente également de notables avantages concernant le développement de l'innovation (D'Amours et al., 2015 ; Nielsen, 2004), la résolution de problèmes, et la gestion de la complexité (Nielsen, 2004 ; San Martin-Rodriguez et al., 2005 ; Lemieux-Charles et McGuire, 2014 ; Jacob, 2015 ; Jacob et Poitras, 2015).

1.1.3 Les difficultés de mise en œuvre

Il est souligné dans la littérature que la CIP rencontre de nombreux freins quant à sa mise en place. Ceux-ci peuvent être en lien avec :

²⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690682/2022-10-13/

- l'évolution du système de santé français au cours des deux dernières décennies, sa complexité (Aumais & al. 2012 ; Havard, 2015 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007, Krief, 2012 ; Lemieux-Charles & McGuire, 2006 ; Nobre, 2006) ;
- le cloisonnement et l'organisation en silos (Bréchat, 2010 ; Gavault, 2014 ; Krief , 2012) ;
- Les différences de pouvoir entre professions (Robidoux, 2007) selon le sexe ou les statuts sociaux. (San Martin Rodriguez & al., 2005).

1.2 Des facteurs organisationnels à la confiance

1.2.1 Une pluralité de facteurs organisationnels hospitaliers

Le phénomène de collaboration et l'émergence de la confiance se construisent à partir de différents facteurs, d'ordre systémique, organisationnel ou interactionnel. Suivant les recommandations de la littérature, nous nous intéressons particulièrement ici aux facteurs organisationnels de la collaboration (Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al. 2005).

Ces facteurs organisationnels sont identifiés dans différents modèles (Aumais & al. 2012) et peuvent être répertoriés en 4 catégories. En premier lieu, il peut s'agir d'éléments concernant la structure organisationnelle et la stratégie (Jacob, 2015). Le second aspect de cette sphère organisationnelle aborde la philosophie de l'organisation, ses valeurs, ses croyances, sa culture. Le troisième aspect concerne les relations sociales (Tyrrell, 2004) et la communication (Gardère & al., 2019 ; Jacob, 2015 ; Nielsen, 2004 ; Schot & al., 2020). Le quatrième et dernier aspect est l'environnement de la collaboration : spatial (Schot & al., 2020), temporel (Castaner & Oliveira, 2020), ressources humaines, incertitude, complexité (Dumas & al., 2016 ; Havard, 2015 ; Rossano, 2019) et connectivité (possibilités de créer des liens, de se rencontrer) (Bedwell & al., 2012 ; Chédotel, 2004 ; D'Amours & al., 2015 ; Seeber, 2014).

Les différents facteurs de la collaboration sont cartographiés ci-après.

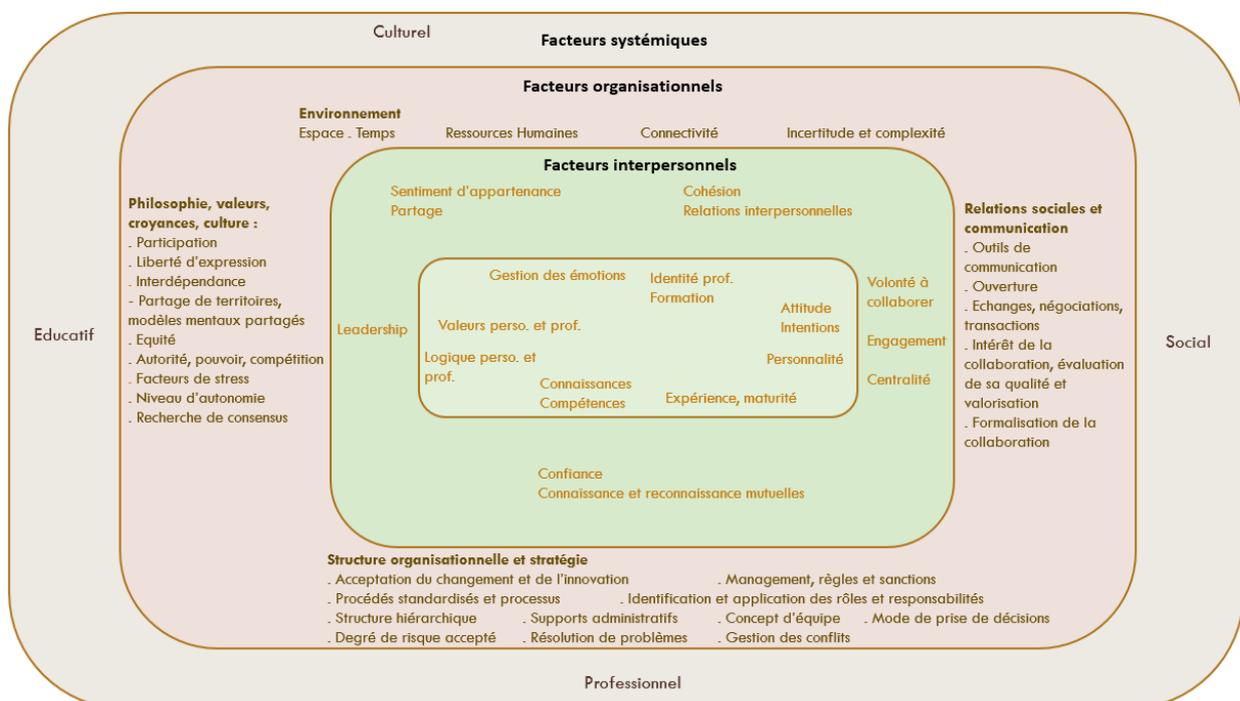


Figure 1 – Les facteurs de la collaboration (Eckenschwiller et al., 2022)

1.2.2 La singularité de la collaboration interprofessionnelle hospitalière

Dans la littérature la CIP est définie au travers de ses principaux attributs :

- premièrement, elle est un processus (D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005; Oandasan & al., 2006 ; Reeves & al., 2010) doté d'une nature dynamique et évolutive (Robidoux, 2007 ; Salignac & al., 2019) ;
- deuxièmement, elle nécessite deux ou plusieurs entités, qu'il s'agisse d'individus, de groupes, d'organisations ou de sociétés (Longoria, 2005) et implique différents niveaux d'analyse (Kozlowski & Klein, 2000) ;
- troisièmement elle est réciproque, elle ne peut être unilatérale et nécessite un engagement actif des différentes parties (Bedwell & al., 2012, Longoria, 2005) ;
- quatrièmement elle nécessite de participer à des activités conjointes, prises de décisions, résolution de problèmes, gestion de projets, accompagnement d'un patient, gestion de son parcours de soin, etc. ;
- cinquièmement elle vise à atteindre un objectif commun, convenu ou défini mutuellement (Gallant & al., 2002).

Plus précisément, notre recherche porte sur la collaboration concernant les agents hospitaliers en contact avec les patients. En effet, les concernant, « *le contact direct du matériau humain crée une communauté de condition qui les distingue d'autres agents* » (Belorgey, 2010, p. 31), (administration, direction, services supports, etc.). Cette particularité permet également de prendre en compte les dimensions discriminantes (étape temporelle, atteinte des objectifs) de Castaner & Oliveira (2020) et leurs particularités en lien avec l'accompagnement des patients.

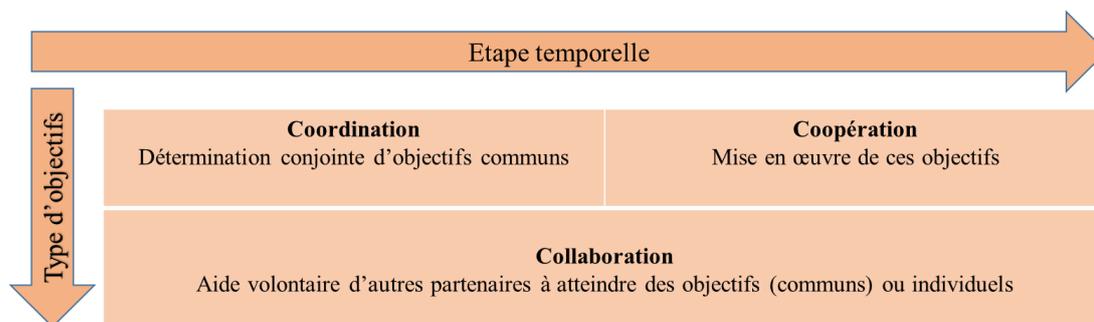


Figure 2 : Schématisation des dimensions discriminantes de la CIP selon les écrits de Castaner & Oliveira (2020)

1.2.3 De l'émergence de la confiance à l'hôpital

La confiance mutuelle peut se définir comme « *un construit social qui se réfère à l'expérience et au passé commun [...] entre les membres d'une équipe* » (Friedberg & Crozier 1977, p.19 in Ben Maaouia 2017, p. 30). Différents modèles complètent cette définition. Selon Loilier et Tellier (2004), la confiance « personnelle » serait fondée soit sur les normes (en partant du postulat que l'autre respectera les normes, qu'il sera fiable en cela), soit sur le calcul et l'intérêt (chacun maximise alors « l'utilité » de la confiance). On peut également noter que la confiance « interpersonnelle », comprend une dimension intentionnelle (croyance que l'individu respectera ses engagements en l'absence d'opportunisme) et une dimension qui touche les compétences (formation et expérience). Jacob et Poitras (2015) proposent une approche complémentaire ; ils distinguent trois niveaux de prise en compte de la confiance : interpersonnel (au niveau de l'individu), interprofessionnel (concernant l'expertise) et inter organisationnel. La confiance devient alors institutionnelle, contextuelle, elle concerne un système (Loilier & Tellier 2004). Mériade et al. (2018) ont quant à eux traité la confiance interpersonnelle hospitalière sous l'angle de la « proximité » et plus particulièrement de la proximité géographique, de la proximité organisée (organisationnelle, cognitive, sociale, etc.) et de la proximité articulée (la manière dont les différentes proximités peuvent s'articuler entre elles). Ils soulignent que c'est le plus souvent cette proximité articulée qui va permettre de créer de la confiance (Mattes, 2012 ; Mériade & al., 2018 ; Nilsson, 2008). Enfin, notons que la confiance est souvent associée à une dichotomie, soit qu'une personne est digne de confiance soit qu'elle ne l'est pas. La recherche expose, qu'au contraire, il existe différents niveaux et degrés de confiance (Nielsen, 2004) avec un aspect capitalisable et un « effet retard ».

La confiance est considérée comme l'un des principaux états émergents de la collaboration par la littérature (Bedwell & al. 2012 ; Eckenschwiller & al. 2021, a ; Waller & al. 2016). Les états émergents de la CIP sont souvent considérés comme une « boîte noire » (Seeber & al. 2014). Ils sont le résultat d'une expérience en équipe et interagissent avec les processus au sein de l'équipe tels que la coordination, la gestion des conflits, etc. Ils peuvent être d'ordre cognitif, affectif, motivationnel ou être relatifs aux valeurs (Bedwell & al. 2012 ; Waller & al. 2016) et varient en fonction de la dynamique de l'équipe (Seeber & al. 2014). La confiance fait partie des principaux états émergents identifiés dans la littérature (Bedwell & al. 2012 ; Eckenschwiller & al. 2021, a ; Waller & al. 2016). Différents attributs la caractérisent (Waller & al., 2016). Premièrement, elle est « globale », c'est-à-dire qu'elle est présente à différents niveaux conceptuels, les interactions entre ces niveaux (comme l'individu, l'équipe, l'institution, etc.) entraînant le phénomène d'émergence. Deuxièmement elle est « cohérente », c'est-à-dire qu'elle présente un caractère persistant dans le temps, alliant à la fois endurance (idée de continuité) et variabilité (changement d'intensité au cours du temps). Troisièmement elle est « ostensive », c'est à dire qu'elle est vécue et perceptible, elle peut être soumise à l'observation, le ressenti et l'interprétation (Waller & al. 2016). Quatrièmement, elle est « radicalement nouvelle », c'est-à-dire qu'il est impossible de prédire à partir de niveaux inférieurs (comme les interactions entre membres d'une équipe) son émergence.

1.2.4 Des liens entre facteurs organisationnels hospitaliers et émergence de la confiance à préciser

Le tableau ci-dessous identifie à partir d'une revue de la littérature (Eckenschwiller & al., 2021, a) les liens entre les facteurs organisationnels hospitaliers et l'émergence de la confiance. Ces apports de la littérature permettront ensuite de guider l'exploration empirique.

Tableau 1 – Examen des principaux facteurs influençant l'émergence de la confiance

<p>Structure organisationnelle et stratégie Supports administratifs, contractualisation règles, contrôles, sanctions (Loilier & Tellier, 2004)</p>	<p>Philosophie de l'organisation . Valeurs individuelles et partagées, bonne volonté, honnêteté (D'Amour, 1997 ; Robidoux, 2007) . Justice, équité (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007) . Attitudes, croyances (Aumais & al., 2012)</p>
<p>Relations sociales et communication <i>Pas d'élément significatif identifié</i></p>	<p>Environnement de la collaboration . Ressources humaines : compétences et aptitudes individuelles, connaissances, capacité à apprendre des autres et expérience des personnes (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005) . Connectivité (Loilier & Tellier, 2004)</p>

Les facteurs organisationnels hospitaliers présentent de nombreuses particularités.

Concernant la structure organisationnelle et la stratégie, les hôpitaux sont pourvus de nombreux supports administratifs, protocoles de soin, systèmes de gestion de l'information, etc. (Dumas et al. 2016). Cela génère un temps administratif important et souvent décrié vis à vis de la prise en soin des patients (Gheorghiu et Moatty 2005). La contractualisation quant à elle marque un engagement, crée une garantie (Loilier et Tellier 2004). Elle s'accompagne de règles, de contrôles et de sanctions. La contractualisation hospitalière repose sur la définition d'objectifs qualitatifs et quantitatifs quant à la prise en soin des patients et à la gestion des ressources (Holcman, 2019).

Concernant la philosophie de l'organisation, certaines valeurs peuvent être perçues comme s'étioyant (Glouberman et Mintzberg 2001 ; Havard 2015) lors des deux dernières décennies. Les principales valeurs identifiées au sein des hôpitaux sont : l'accessibilité aux soins pour tous (Miremont et Valax 2017), un accueil bienveillant (Gueguen et Campia 2018) et la qualité des soins (Durand et al. 2014). Des conflits de valeurs sont également exprimés en fonction des injonctions financières (Rossano 2019). La confiance est liée à des valeurs telles que la bonne volonté, l'honnêteté (D'Amour 1997 ; Robidoux 2007), la justice et l'équité (Loilier et Tellier 2004 ; Robidoux 2007).

Enfin, concernant l'environnement de la collaboration, les acteurs hospitaliers sont divers (Havard 2015) et les équipes de grande taille (Dumas et al. 2016). L'émergence de la confiance se confronte à des aspects de gestion des ressources humaines tels que les compétences, les aptitudes, les connaissances, la capacité à apprendre des autres et l'expérience des personnes (Robidoux 2007 ; Loilier et Tellier 2004 ; San Martin-Rodriguez et al. 2005). Les profils sont hétérogènes. La connectivité (Chédotel 2005) quant à elle est indispensable et l'organisation doit permettre des opportunités de rencontres à ses acteurs (San Martin-Rodriguez 2005), les formes en sont nombreuses : groupes de travail, écriture de projets, réunions interdisciplinaires, mais aussi congrès, formations, etc. (Gheorghiu et Moatty 2005).

Compte-tenu des 4 grandes catégories (Tableau 1), cette revue de la littérature a permis de mettre en exergue les mots clés correspondant aux facteurs organisationnels qui ont un lien avec l'émergence de la confiance (communication, valeurs, etc.). Les relations sociales ne sont pas renseignées, aucune interaction significative n'apparaissant. Certains éléments en lien avec cet item sont toutefois abordés dans les 3 autres catégories. Il peut s'agir par exemple des valeurs, de la connectivité (Grosjean & Lacoste, 2016) ou des rôles et responsabilités (Detchessahar, 2019).

Dans la suite de l'étude, ces résultats seront confrontés à notre analyse empirique. L'objectif en est d'amener un contenu empirique à une construction théorique pour explorer les liens entre facteurs organisationnels hospitaliers et émergence de la confiance. Nous répondrons ainsi aux objectifs de recherche précités, l'identification empirique des principaux facteurs organisationnels influençant l'émergence de la confiance et la mise en exergue des leviers managériaux concernant ces facteurs organisationnels.

2. L'étude du cas d'un groupement hospitalier français

Les données primaires récoltées sont d'ordre qualitatif et constructiviste, cela par l'intermédiaire de l'accès aux expériences, perceptions et représentations des sujets interrogés. Les recommandations issues de la littérature (Eckenschwiller & al., 2021, b) nous ont menés à choisir une étude abductive afin de répondre à différentes directives. Il s'agit tout d'abord de s'appuyer sur la pratique, en effet « *la mise en œuvre de projets collaboratifs exige que ces principes soient contextualisés et concrètement opérationnalisés* » (Jacob, 2015, p. 73). Il convient ensuite, compte-tenu du contexte actuel de la santé, de sa complexité, d'élargir le cadre collaboratif à tous les acteurs des secteurs sanitaire et social, en prenant en compte leurs cultures et leurs identités professionnelles. Enfin, il est nécessaire d'ouvrir la recherche sur l'interdisciplinarité au-delà des collaborations entre infirmières et médecins (San Martin-Rodriguez & al., 2005).

2.1 Nature de l'étude

Nous recourons dans cette recherche à une étude de cas unique qui se prête particulièrement à « *l'examen des faits et des perceptions que les acteurs attachent aux actions* » (Hlady Rispal, 2015, p 256), cela dans un contexte complexe tel que le management hospitalier.

Cet article repose ainsi sur l'étude d'un groupe hospitalier français. Il est fondé sur des données empiriques nombreuses et variées, incluant 25 entretiens semi-structurés (Equipe soignante : ES) et 7 entretiens libres (Equipe direction : ED). Chaque groupe présente par la similarité de ses composants une homogénéité favorisant « *la mise en évidence de relations et la construction d'une théorie* » (Thietart, 2014, p.235). L'agrégation des 2 groupes, amène par son hétérogénéité à une augmentation de la validité de la recherche.

Les **entretiens semi-structurés** individuels ont été menés auprès de 25 agents en lien direct avec les patients, ceux-ci ont été sélectionnés au sein de 12 professions différentes dans les pôles médicaux Imagerie (90 Equivalent Temps Plein (ETP), 7 professions) et Motricité (230 ETP, 26 professions). Nous avons été guidés dans ce choix méthodologique par l'enquête de Belorgey (2010) « *L'hôpital sous pression* » qui pose concernant les agents hospitaliers que « *le contact direct du matériau humain crée une communauté de condition qui les distingue d'autres agents* » (Belorgey, 2010, p. 31), (administration, direction, services supports, etc.). Un guide (Annexe I) constitué de 63 questions

(Thietart, 2014) principales (introduction aux échanges), d’investigation (afin de compléter ou clarifier les réponses le cas échéant) et d’implication (afin d’élaborer précisément une idée ou un concept) a porté les entretiens. Cette typologie de questions variée a permis de doser et d’adapter l’utilisation des questions d’investigation et d’implication selon la qualité et la quantité des apports des répondants et le cas échéant de ne les utiliser que partiellement. Le guide a été construit à partir des objectifs de la recherche, de la revue de la littérature, des facteurs organisationnels et des principaux états émergents identifiés : la confiance, la reconnaissance mutuelle, la cohésion, la volonté de collaborer et le leadership (Eckenschwiller et al., 2021 a). Le choix d’entretiens semi-structurés a été retenu afin de favoriser l’ordonnancement des questions « *de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant* » (Tétreault & Guillez, 2014, p.223).

Les **entretiens libres** individuels ont été menés auprès de 7 agents composant le noyau de direction du groupe hospitalier. Ce choix visait à apporter un angle nouveau au recueil de données, davantage holistique, concernant les facteurs organisationnels hospitaliers et la collaboration mais aussi spécifique vis à vis des différentes fonctions exercées. Ces entretiens ont complété l’analyse de l’équipe soignante par une vision davantage portée sur l’organisation globale hospitalière et les potentiels leviers et freins à la CIP. La technique d’entretien libre a été retenue afin de faciliter les ajustements nécessaires au cours des entretiens. Ils portaient sur une question globale et d’éventuelles questions de relance. L’intégralité des entretiens a été enregistrée et retranscrite. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 90 minutes avec une moyenne de 65 minutes.

2.2 Population de l’étude

Le tableau suivant synthétise les caractéristiques des participants.

Tableau 2 – Eléments descriptifs de la population

	Equipe soignante (ES)	Equipe direction (ED)
Caractéristiques des participants (P)	Professionnels de santé en interaction directe avec les patients et travaillant en interdisciplinarité	Management et direction en interaction avec les professionnels de santé et travaillant en interdisciplinarité
Répartition H / F	72% femmes, 28% hommes	100% femmes
Age moyen	36 ans	52 ans
Professions	3 aide-soignants, 1 assistant social, 4 cadres de santé (CS) de proximité, 2 ergothérapeutes, 2 infirmiers, 2 kinésithérapeutes, 6 Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale, 1 neuropsychologue, 1 psychologue, 1 orthophoniste, 1 enseignant en Activité Physique Adaptée, 1 secrétaire d'accueil	1 cadre supérieur de santé, 1 chef de service médical, 2 directeurs des soins, 2 directeurs des ressources humaines, 1 directeur général
Pôles	Imagerie et Motricité	Gériatrie et Direction
Période d'enquête	Janvier à décembre 2021	Novembre 2021 à janvier 2022

2.3 Analyse des données

Le codage qui consiste en une transformation des données brut du texte selon une méthodologie précise s’est appuyé sur le codage réalisé lors de la recension des écrits théoriques et sur le découpage en nœuds et sous nœuds. Le logiciel NewNVivo a été utilisé dans cette perspective. Différentes catégories de codage ont été utilisées en s’appuyant sur la méthodologie du codage « élaboratif » (Saldaña, 2013). Ce dernier s’appuie sur des codes, des catégories et des thèmes d’une étude précédente (ici la recension des écrits) alors qu’une étude actuelle et connexe est en cours (étude empirique). Cela a pour objectif de soutenir ou modifier les observations du chercheur développées dans un projet antérieur. Le codage élaboratif s’est ainsi construit autour :

- du précédent codage axial qui détermine un assemblage stratégique de données et les codes les plus représentatifs ainsi que la fusion des codes redondants, etc. (facteurs organisationnels et états émergents) ;
- du précédent codage de processus permettant la mise en évidence des phénomènes évolutifs ou d'émergence et les principales interactions.

3. Une analyse de l'émergence de la confiance en lien avec les facteurs organisationnels

Afin de comprendre l'influence des facteurs organisationnels hospitaliers sur l'émergence de la confiance et les répercussions managériales en lien, les résultats qualitatifs découlant de l'analyse des entretiens sont articulés autour des 4 rubriques principales identifiées dans notre cadre théorique : l'environnement, la philosophie, les relations sociales et la structure organisationnelle. Le processus de CIP peut évoluer, s'améliorer et changer, tout au long de son cycle de vie (Bedwell & al. 2012). Un même facteur organisationnel peut augmenter ou diminuer l'intensité d'un état émergent et selon la littérature, les chercheurs doivent se centrer sur la durée et la variabilité de ces états émergents dans le temps pour examiner le processus d'émergence (Waller & al., 2016). En regard de cette complexité et afin de ne pas biaiser les résultats ou de les restreindre, nous avons fait le choix de ne pas classer les résultats en termes d'influence positive ou négative. Pour chaque rubrique un tableau synthétise les verbatim les plus significatifs et pour chaque participant (P), sont renseignés le sexe, l'âge et l'équipe concernée, Equipe Soignante (ES) ou Equipe Direction (ED). Les verbatim sont sélectionnés pour leurs liens avec le cadre conceptuel présenté ci-avant, ils sont ensuite enrichis par des éléments de contextualisation hospitalière.

3.1 Environnement organisationnel, quelle connectivité pour les ressources humaines ?

Le tableau ci-après présente le verbatim en lien notamment avec la confiance institutionnelle (Loilier & Tellier 2004) concernant les ressources humaines et temporelles et la confiance interpersonnelle Jacob et Poitras (2015) concernant la connectivité.

Tableau 3 – Liens entre l’environnement de l’organisation et l’émergence de la confiance

Facteurs organisationnels	Eléments issus de l’enquête empirique
Ressources Humaines	<u>Manque de moyens :</u> « <i>Ce qui fait un peu plus peur, c’est justement qu’il nous manque de plus en plus de monde [...] on ne peut pas tout faire correctement si on n’a pas les moyens</i> » (P16, F, 12 ans, ES)
Connectivité	<u>Rencontres</u> « <i>On ne se voyait jamais. Il n’y avait pas de temps de concertation [...] dès que quelqu’un disait quelque chose [...] c’était déformé</i> » (P2, H, 2 ans, ES) « <i>Le moment de la synthèse est important</i> » (P21, F, 3 ans, ES) ; « <i>Dans les réunions, chacun a droit à la parole, chacun a droit à s’exprimer</i> » (P28, F, 6 ans, ED) <u>Connaissance</u> « <i>C’est bien toujours de pouvoir échanger [...] parce que parfois on a beau travailler depuis des années, on ne comprend pas toujours les missions des autres professions</i> » (P8, F, 2 ans, ES) ; « <i>En interne, oui. Et plus on va vers l’extérieur, plus on se pose des questions [...] Quand on se connaît plus ça favorise la confiance</i> » (P7, F, 6 ans, ES)
Ressources temporelles	<u>Manque de temps</u> « <i>Je pense que comme nous, ils manquent de temps et de moyens [...] Je pense que la confiance mutuelle part du principe que déjà tu as du temps pour te poser, il faut de nombreux échanges pour voir si tu es raccord avec l’autre personne ou pas</i> » (P24, F, 9 ans, ES) <u>Insécurité</u> « <i>Quand on a une temporalité qui bouscule sans arrêt, c’est juste insécurisant</i> » (P29, F, 1 an, ED) <u>Qualité</u> « <i>Ce n’est pas le temps qui compte, c’est la qualité [...] Il faut cibler un objectif à la fois [...] c’est la qualité de la présence</i> » (P28, F, 6 ans, ED)

Dans le cadre de l’enquête empirique, le manque de ressources humaines se traduit par la peur de mal faire son travail, un risque accru d’erreurs (P13, F, 30 ans, ES) et le sentiment d’être limité dans ses activités. Cela entraîne un impact sur l’organisation des soins (P10, M, 2.5 ans, ES), la qualité de vie du personnel (P3, M, 7 ans, ES) et un sentiment de perte de compétences (P15, F, 6 ans, ES).

La connectivité est évoquée en terme de modalités d’interaction (Robidoux, 2007), de lieux de rencontres des acteurs et de possibilités d’échange (Ben Maaouia, 2017). Les moments d’échange prennent de nombreuses formes, avec une grande disparité des temps de réunions accordés à chacun et parfois un sentiment de « sélectivité » concernant les opportunités de participation (P10, M, 2.5 ans, ES). Les conditions de connectivité varient en fonction de nombreux paramètres tels que l’éloignement géographique (P21, F, 3 ans, ES), l’appétence à collaborer (P27, F, 2.5 ans, ED), l’accompagnement du patient (P11, H, 3.5 ans, ES). La connectivité avec les cadres de proximité est abordée en évoquant leur degré de disponibilité (P19, F, 6 ans, ES). La connectivité des cadres entre eux (P25, F, 9 ans, ES) fait également l’objet d’une réflexion que ce soit de la part des cadres eux-mêmes ou de la direction (P29, F, 1 an, ED ; P31, F, 3 ans, ED).

Les ressources temporelles sont abordées par plus de la moitié des agents, le temps manquant pour les échanges peut être source d’un sentiment d’insécurité. Au-delà de l’aspect quantitatif, il convient toutefois de prendre également en compte la qualité du temps consacré aux échanges.

3.2 Philosophie organisationnelle, de l’importance des valeurs

Le tableau ci-après présente le verbatim en lien notamment avec la proximité cognitive et sociale (Mériade et al., 2018) concernant les valeurs, la culture et les modèles mentaux partagés.

Tableau 4 – Liens entre la philosophie de l'organisation et l'émergence de la confiance

Facteurs organisationnels	Éléments issus de l'enquête
Valeurs et culture	<u>Bienveillance, écoute, respect</u> « Il y a un manque de temps, un agacement envers l'institution et le personnel » (P25, F, 9 ans, ES) ; « L'agacement, ça c'est quelque chose de terrible dans notre service [...] Ils sont très vite dépassés par leurs soucis » (P10, M, 2.5 ans, ES) ; « En fait ici c'est vraiment une enclave très bienveillante » (P15, F, 6 ans, ES)
	<u>Engagement</u> « On respecte ses engagements, on a une espèce de réponse positive derrière » (P24, F, 9 ans, ES) ; « L'engagement, je le vois envers le patient, je pense qu'on est prêt à faire beaucoup de choses pour le bien-être du patient » (P3, M, 7 ans, ES) ; « Il y en a qui sont à l'hôpital pour les mauvaises raisons et qui n'ont du coup plus forcément envie de travailler » (P2, M, 2 ans, ES)
	<u>Entraide</u> « Quand j'ai de l'aide, que je peux expliquer un problème et qu'on me soutient, qu'on essaye de me comprendre » (P13, F, 30 ans, ES) ; « La plupart du temps on est toujours en train de se soutenir » (P15, F, 6 ans, ES) ; « Il y en a d'autres qui vont rester focalisés sur leur tâche, ils ne vont pas essayer de voir un peu plus large, d'entre-aider certaines collègues » (P17, F, 2 ans, ES)
	<u>Équité</u> « On est tous logés à la même enseigne » (P10, M, 2.5 ans, ES) ; « Il y a peu de transmissions d'informations descendantes » (P25, F, 9 ans, ES) ; « Chez les patients on est vues comme les méchantes et eux comme les gentils » (P19, F, 6 ans, ES) ; « Il y a une fracture, une difficulté de traitement » (P5, F, 6 ans, ES) ; « Parfois on est une profession qui est un peu oubliée sur différentes réunions [...] on est toujours un peu oubliés » (P8, F, 2 ans, ES)
Modèles mentaux partagés	<u>Formation</u> « Comme on n'a pas du tout le même cursus de formation [...] forcément il y a un déséquilibre » (P16, F, 12 ans, ES) ; « On n'a pas du tout la même vision des choses » (P2, M, 2 ans, ES) ; « On n'a pas forcément tout le vocabulaire qui est propre » (P20, F, 2 ans, ES)
	<u>Expérience partagée</u> « Ce qui nous aide, c'est quand on a l'habitude d'être depuis longtemps dans un service, on connaît la pratique. On connaît nos médecins » (P16, F, 12 ans, ES)

Les valeurs abordées dans les entretiens, bienveillance, écoute et respect (évoqués par plus de la moitié des participants), engagement et entraide, sont porteuses de sens pour les agents. Selon qu'elles soient partagées ou non ces valeurs peuvent créer des barrières ou soutenir la cohésion (P10, M, 2.5 ans, ES). La cohésion se réfère à des éléments en lien avec une certaine harmonie, une pacification et une absence de conflit mais aussi « à l'idée de solidarité entre les membres d'un groupe ou d'une société donnée et à l'idée d'une certaine interdépendance » (Avenel, 2015, p. 131) ainsi que d'une complémentarité. De plus l'identification des valeurs de la fonction publique hospitalière est très variable d'un agent à l'autre, les chartes et les formations sont évoquées comme vecteur d'identification (P7, F, 6 ans, ES). Il en va de même des pratiques (P21, F, 3 ans, ES) ainsi que des différentes communications (P9, F, 7 ans, ES).

Les modèles mentaux partagés sont abordés par l'intégralité des personnes interviewées. Un modèle mental correspond à « une représentation interne d'un état de choses [...] la façon naturelle par laquelle l'esprit humain construit la réalité, en conçoit des alternatives, et vérifie des hypothèses, lorsqu'il est engagé dans un processus de simulation mentale » (Ehrlich et al., 1993, p.5). Quand plusieurs individus développent cette vision psychologique commune d'une tâche ou d'une situation, il est alors question de modèles mentaux partagés (Evans & al., 2018). Les modèles mentaux partagés peuvent concerner des éléments de langage (P19, F, 6 ans, ES) en lien avec la formation initiale, la connaissance de l'organisation propre de chacun (P14, M, 2 ans, ES) ou l'identité professionnelle de l'autre (P11, H, 3.5 ans, ES). Ils concernent également les cadres de proximité avec qui il est indispensable d'avoir ce partage de modèles, cela est abordé au travers de l'expertise (P25, F, 9 ans, ES). Ces modèles concernent aussi la prise en soin des patients afin de tendre vers une harmonisation de ce qui leur est demandé (P24, F, 9 ans, ES) et de leur accompagnement (P22, F, 3 ans, ES).

3.3 Relations sociales et communication au cœur du questionnement

Le tableau ci-après présente le verbatim en lien notamment avec la confiance interpersonnelle et interprofessionnelle concernant l'inter reconnaissance et la perception de l'intérêt de la collaboration.

Tableau 5 – Liens entre les relations sociales et l'émergence de la confiance

Facteurs organisationnels	Éléments issus de l'enquête
Inter reconnaissance	<u>Manque de considération</u> « Ça va être la non considération qu'on porte à notre fonction, à notre métier [...] oui, c'est le regard qu'on nous porte » (P22, F, 3 ans, ES) ; « parfois on aurait besoin qu'ils nous disent " franchement là tu as bien géré " » (P5, F, 6 ans, ES) ; « En fait, ça, ça n'a jamais été remercié » (P6, F, 12 ans, ES)
	<u>Equipe</u> « Je pense que les gens savent comment je bosse et qu'il y a quand même de la gratitude derrière aussi » (P24, F, 9 ans, ES) ; « Par les équipes, la reconnaissance est exprimée verbalement » (P25, F, 9 ans, ES)
	<u>Management</u> « Avoir cette forme de reconnaissance [...] et sans doute qu'on ne le fait pas assez [...] c'est aussi accompagner [...] des expériences positives, ça met du baume au cœur, vous êtes fier. Et on a besoin de travailler cette fierté là parce que ça donne aussi de la confiance » (P31, F, 3 ans, ED)
	<u>Ecoute</u> « Oui parce qu'on écoute ce que j'ai à dire donc on écoute tout le monde [...] notre parole, elle compte » (P4, M, 2 ans, ES) ; « Parfois quand on dit les choses on a l'impression que ça tombe un peu dans le vide » (P5, F, 6 ans, ES)
	<u>Compétences</u> « Reconnus [...] il y a une certaine confiance avec les médecins, parce qu'ils savent qu'on est calé dans ce qu'on fait, on a nos connaissances » (P16, F, 12 ans, ES)
Perception de l'intérêt de la collaboration	« Cela me paraît indispensable d'être au clair sur les objectifs de prise en charge pluridisciplinaire » (P1, M, 2 ans, ES) ; « Dès qu'on a une situation difficile, on va naturellement se mettre à plusieurs » (P12, F, 10 ans, ES) ; « Il y a une volonté de faire pour le bien du patient, nous inclure, le travail en équipe pour le bien du patient » (P8, F, 2 ans, ES)

L'enquête permet d'identifier différentes pistes concernant les relations sociales et l'émergence de la confiance. L'inter reconnaissance est abordée sous différents aspects. Selon Jorro & Houot (2013), la reconnaissance professionnelle est en lien avec des situations d'appréciation ou de considération de l'agir professionnel et d'un processus d'évaluation de la part de ses pairs, de sa hiérarchie et d'instances. Il s'agit d'une rétribution symbolique qui provoque un sentiment positif (Jorro & Houot, 2013). Le terme inter reconnaissance souligne la réciprocité de la reconnaissance, elle peut également être exprimée en termes de « reconnaissance mutuelle ». Un manque de considération peut être ressenti pour une fonction, un métier ou des activités réalisées. Elle peut toutefois apparaître de manière positive au sein de l'équipe, avec ses collègues ou être attendue de la part du management. Il existe également des écarts entre des activités professionnelles plus ou moins « nobles » ou recherchées (P26, F, 2 ans, ED) et le degré d'expérience de chacun (P19, F, 6 ans, ES). Une certaine reconnaissance peut également être attribuée à la qualité du travail d'équipe (P17, F, 2 ans, ES).

La perception de l'intérêt de la collaboration repose sur les apprentissages qu'elle apporte (P15, F, 6 ans, ES) notamment en terme d'interdisciplinarité (P19, F, 6 ans, ES), d'expertise (P22, F, 3 ans, ES) ou de compétences transversales comme la gestion de projet (P25, F, 9 ans, ES). Cela porte aussi sur ce que les acteurs de terrain peuvent transmettre en terme d'information à leur hiérarchie (P25, F, 9 ans, ES).

L'intérêt de la collaboration est unanimement mis en lien avec l'intérêt du patient, cela concernant l'optimisation de la prise en charge (P13, F, 30 ans, ES), la complexité de cette prise en charge (P19, F, 6 ans, ES), une approche holistique (P21, F, 3 ans, ES) autour d'objectifs communs (P6, F, 12 ans, ES).

3.4 Structure organisationnelle et stratégie, le management en question

Le tableau ci-après présente le verbatim en lien notamment avec la confiance institutionnelle concernant la stabilité administrative, la structure hiérarchique, les objectifs communs et le style de management.

Tableau 6 – Liens entre la structure organisationnelle et l'émergence de la confiance

Facteurs organisationnels	Eléments issus de l'enquête
Stabilité administrative	« C'est une organisation qui est bien rodée » (P19, F, 6 ans, ES) ; « Ce qui me rassure c'est que c'est assez bien cadré » (P21, F, 3 ans, ES) ; « J'ai confiance dans le sens où l'organisation est posée, elle est routinière » (P22, F, 3 ans, ES)
Structure hiérarchique	« Passer par les voies officielles avant de vouloir dire oui ou non. C'est dommage parce que ça freine » (P2, M, 2 ans, ES) ; « C'est ça qui ankylose beaucoup les choses [...] on est dans quelque chose de trop figé » (P24, F, 9 ans, ES)
Objectifs communs	« Ce qui peut favoriser c'est [...] que tout le monde travaille dans le même sens » (P19, F, 6 ans, ES) ; « C'est quand même déjà facilitant quand tout le monde sait ce qu'il doit faire » (P3, M, 7 ans, ES)
Style de management	<u>Directif</u> « Une psychorigidité, un manque de flexibilité, un jeu de pouvoir et de domination, un manque de confiance, de l'hyper contrôle, un management directif, pas de participation aux décisions » (P25, F, 9 ans, ES)
	<u>Ecoute</u> « Ils ne nous demandent pas notre avis, ils décident pour leur bien-être à eux » (P15, F, 6 ans, ES) ; « L'écoute, mais l'écoute, la vraie, pas l'écoute "mais je t'avais dit de faire comme ça ", pas l'écoute jugeante » (P27, F, 2.5 ans, ED)
	<u>Engagement</u> « Nous dire qu'ils vont faire quelque chose et ne pas le faire » (P15, F, 6 ans, ES) ; « Il y a des engagements non respectés [...] comme des réunions annulées en dernière minute, des absences à des réunions de travail nécessitant leur présence, une absence de soutien dans les projets » (P25, F, 9 ans, ES) ; « Si on fait juste écouter et derrière il ne se passe rien, la confiance n'est plus là » (P27, F, 2.5 ans, ED) ; « Quand tu annonces des choses, il faut les respecter » (P3, M, 7 ans, ES)
	<u>Transparence</u> « Le manque de transparence dans les stratégies » (P25, F, 9 ans, ES) ; « Aujourd'hui ce qui nous manque dans ce pôle c'est la transparence » (P5, F, 6 ans, ES) ; « Il faut garder l'aspect de l'information qui va pouvoir éveiller la motivation [...] pour que ça avance » (P27, F, 2.5 ans, ED) ; « c'est une vraie gageure au quotidien d'être transparent sur tous les processus parce qu'il y a quand même beaucoup de complexité » (P32, F, 7 ans, ED)

L'enquête évoque une nécessaire contractualisation en posant qu'il existe une stabilité administrative rassurante au sein de l'hôpital, ce qui permet d'équilibrer la complexité de l'organisation (P11, H, 3.5 ans, ES) et la charge administrative (P25, F, 9 ans, ES). La structure hiérarchique est fortement marquée au sein des hôpitaux (P31, F, 3 ans, ED), des lourdeurs bureaucratiques sont exprimées face à la stratification de l'hôpital. Cela est exprimé en terme de pouvoir (P1, M, 2 ans, ES), de prise de décisions (P16, F, 12 ans, ES), de garant (P18, F, 14 ans, ES) ou encore d'autorité (P19, F, 6 ans, ES). Cela

s'accompagne d'une notion de légitimité et de confiance en fonction des compétences techniques, managériales et en communication du hiérarchique (P28, F, 6 ans, ED). L'identification des rôles et responsabilités favorise la confiance, un manque de clarté entraînant des tensions (P15, F, 6 ans, ES), des difficultés dans les échanges (P26, F, 2 ans, ED) et une difficulté à trouver des réponses (P8, F, 2 ans, ES). Les objectifs communs favorisent également la confiance, ils portent l'idée d'aller tous ensemble dans le même sens de manière sectorisée mais aussi dans une idée d'ouverture transversale (P26, F, 2 ans, ED). Les enjeux en sont majeurs puisqu'ils garantissent la cohésion de prise en charge du patient. Enfin, le style de management est évoqué sous différents aspects. Une tendance directive étant mal perçue, au contraire de notions telles que l'écoute, l'engagement des hiérarchiques et des qualités de transparence. D'autres éléments apparaissent nécessaires comme de la créativité (P29, F, 1 an, ED), le besoin d'impulser de la fluidité (P31, F, 3 ans, ED). Certaines qualités sont également attendues telles que l'humilité (P14, M, 2 ans, ES) ou le courage (P26, F, 2 ans, ED). L'intelligence managériale est également abordée, englobant des notions d'adaptation de la communication en terme de vocabulaire, de temporalité et de choix des moyens (P14, M, 2 ans, ES), de sensibilité et de positionnement (P26, F, 2 ans, ED).

4. DISCUSSION

Après avoir discuté les résultats en regard des objectifs posés, nous proposons des implications managériales et évoquons les limites de l'étude et les pistes de recherche future.

L'émergence de la confiance au sein des organisations hospitalières demeure une véritable gageure face aux nombreux facteurs organisationnels en jeu (Aumais & al. 2012). A travers une approche qualitative, cette étude contribue à la nécessaire compréhension de ce phénomène. Par une mise en perspective de la littérature et des données empiriques, elle examine les principales interactions entre les facteurs organisationnels et l'émergence de la confiance.

En mobilisant une grille conceptuelle concernant les facteurs organisationnels (Eckenschwiller & al., 2022) cette recherche contribue à identifier les spécificités contextuelles hospitalières et les leviers managériaux en lien. La démarche comparative de la théorie et de la pratique nous permet en effet d'appréhender autrement notre sujet, de le modéliser, de l'expliquer et d'établir une distanciation (Vigour, 2005) cela afin de proposer un socle de réflexion aux managers en santé. Cette comparaison a pris différentes formes qui sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 – Synthèse des éléments de comparaison théoriques et empiriques

	Littérature	Enquête
Facteurs organisationnels similaires et enrichissement par l'enquête	<i>Connectivité</i> : rencontres <i>Valeurs</i> : équité <i>Stabilité administrative</i>	<i>Connectivité</i> : rencontres, connaissance <i>Valeurs</i> : équité, bienveillance, écoute, respect, engagement, entraide <i>Stabilité administrative</i> : cadre rassurant
Facteurs organisationnels similaires et divergence de contenu	<i>Ressources humaines</i> : Compétences et aptitudes individuelles <i>Structure hiérarchique</i> : contractualisation	<i>Ressources humaines</i> : manque de moyens <i>Structure hiérarchique</i> : inertie
Facteurs organisationnels uniquement abordés dans l'enquête		<i>Ressources temporelles</i> : manque de temps, insécurité, qualité <i>Modèles mentaux partagés</i> : formation, expérience partagée <i>Inter-reconnaissance</i> : Manque de considération, équipe, management, écoute, compétences <i>Perception de l'intérêt de la collaboration</i> <i>Identification des rôles et responsabilités</i> <i>Objectifs communs</i> <i>Style de management</i> : écoute, engagement, transparence

Premièrement, certains facteurs organisationnels sont similaires entre la littérature et l'enquête et sont enrichis par l'enquête. La théorie et l'approche empirique traitent des éléments de connectivité en regard des rencontres et échanges. Cela est complété dans l'enquête par l'ouverture à la possibilité d'apprendre à connaître l'autre. La littérature pose que la culture de l'organisation et les valeurs sont également en jeu. Il s'agit des : « *attitudes, croyances et valeurs partagées par les employés ayant un impact sur leurs comportements et leur moral* » (Aumais & al., 2012, p. 11). Elle traite des valeurs telles que la bonne volonté, l'honnêteté (D'Amour, 1997 ; Robidoux, 2007), la justice et le « *sentiment d'être traité équitablement comme membre légitime et respecté de l'équipe* » (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007, p. 17). L'équité est également abordée dans l'enquête et cela y est complété par la bienveillance, l'écoute, le respect, l'engagement et l'entraide. L'enquête rejoint les nécessaires stabilité administrative et contractualisation posées dans la littérature en montrant qu'il existe une stabilité rassurante au sein de l'hôpital, une certaine routine.

Deuxièmement certains facteurs organisationnels sont similaires entre la littérature et l'enquête mais divergent par leur contenu. Dans la littérature, la confiance se confronte à des aspects de gestion des ressources humaines (compétences, aptitudes, connaissances, capacité à apprendre des autres et expérience des personnes) (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). Ces ressources humaines sont davantage abordées en termes de manque de moyens dans l'enquête. Concernant la structure hiérarchique, la littérature permet d'identifier que l'émergence de la confiance nécessite une contractualisation dont elle est complémentaire. Cette contractualisation représente un mode de coordination, marque un engagement et crée une garantie (Loilier & Tellier, 2004). Elle va de pair avec des règles, des contrôles et des sanctions, contrôle et confiance n'étant pas antinomiques. En effet, « *l'existence de cette règle, qui agit comme un garde-fou, sécurise les acteurs, incite au comportement coopératif* » (Loilier & Tellier, 2004, p. 281). La structure hiérarchique est davantage abordée dans l'enquête en terme d'inertie décisionnelle et de frein.

Troisièmement, différents éléments ne sont abordés que dans l'enquête et présentent ainsi un caractère inédit. Les ressources temporelles sont exprimées sous forme de manque de temps entraînant une insécurité. Les modèles mentaux partagés sont quant à eux abordés par l'intermédiaire d'une construction grâce à la formation et à l'expérience partagée. L'inter-reconnaissance est exprimée sous

la forme d'un manque de considération pour une fonction ou un métier. Elle peut être exprimée positivement au sein des équipes ou encore par le management. La perception de l'intérêt de la collaboration s'exprime à travers la nécessaire interdisciplinarité et l'intérêt du patient. L'identification des rôles et responsabilités est nécessaire ainsi que des objectifs communs qui favorisent également l'émergence de la confiance. Enfin le style de management est exprimé en termes d'écoute, d'engagement des managers et de qualités de transparence.

Concernant cette dernière partie inédite, les modèles mentaux partagés retiennent toute notre attention en tant que piste de réflexion managériale. En ce sens l'enquête de Mériade et al. (2018) et la dimension cognitive de la confiance qui « *renvoie à la nécessité de se comprendre pour pouvoir s'en remettre à l'action de l'autre et ainsi lui faire confiance* » (Mériade et al., 2018, p.43) rejoint l'intérêt des modèles mentaux partagés. Mohammed & al. (2010) exposent que ce sont des « *structures cognitives stables et intégrées qui permettent aux membres d'une équipe de mieux anticiper les besoins et les actions de chacun, de se coordonner de manière implicite* » (Michinov & Michinov, 2013, p.4). Dans le domaine du management, le phénomène de convergence des modèles mentaux est particulièrement intéressant. Il permet d'amener les modèles mentaux vers des modèles mentaux « partagés », cela prend la forme d'un consensus acceptable (Evans & al., 2019 ; Mohammed & al., 2010), d'une comptabilité ou encore d'un chevauchement (Klimoski & Mohammed, 1994 in Weber & al., 2000) de ces modèles.

CONCLUSION

Partant d'une réflexion sur la mise en œuvre de la CIP au sein des hôpitaux et s'appuyant sur une revue de la littérature, l'étude empirique explore les liens entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance. En effet, la mise en perspective de la littérature sur la CIP et sur la confiance (l'un de ses principaux états émergents) d'une part et d'autre part de l'analyse de l'enquête permet d'identifier de nombreux éléments concernant la confiance. Certains sont complémentaires aux données de la littérature comme la connectivité, ou les valeurs, d'autres sont totalement nouveaux comme les ressources temporelles, l'inter-reconnaissance ou encore la perception de l'intérêt de la collaboration. Issue de l'analyse de l'enquête, une piste de réflexion managériale est retenue sous l'angle du phénomène de convergence des modèles mentaux, cela afin qu'ils deviennent partagés. En vue de consolider ces premiers résultats empiriques, une prochaine étude pourrait s'étendre à d'autres hôpitaux ou encore traiter d'autres états émergents de la collaboration tels que le leadership, la reconnaissance mutuelle, la cohésion ou la volonté à collaborer.

REFERENCES

ARS Grand Est (2018). *Projet Régional de Sante 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028*. Consulté le 29 septembre 2018. URL : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-du-projet-regional-de-sante-grand-est>

Aumais, N., Laflamme, S., Venne, C. (2012). Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes. *Université de Sherbrooke, Séminaire international Maîtrise en gestion de la formation*, septembre, Canada, 1-25.

Avenel, C. (2014). La « cohésion sociale » : de quoi parle-t-on : Clarifier le concept pour consolider un nouveau modèle d'action. In Guéguen, J.-Y., *L'année de l'action sociale 2015 : Objectif autonomie*, 119-136.

Baret, C., Grenier, C., Nobre, T. (2014). Élaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 427-429.

Bedwell, W. L., Wildman, J. L., Diazgranados, D., Salazar, M., Kramer, W. S., Salas, E. (2012). Collaboration at Work: An Integrative Multilevel Conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2), juin, 128-45.

Belorgey, N. (2012). *L'hôpital sous pression*. La Découverte.

Ben Maaouia, M. (2017). *Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim*, Thèse de Doctorat, Université Le Mans, France.

Bérard, E. (2013). Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion. *Journal de gestion et d'économie sociale*, (31), 187-205.

Bréchat, P., Leenhardt, A., Mathieu-Grenouilleau, M.-C., Rymer, R., Matisse, F., Baraille, D.,

Castaner, X., Oliveira N. (2020). Collaboration, Coordination, and Cooperation Among Organizations: Establishing the Distinctive Meanings of These Terms Through a Systematic Literature Review. *Journal of management*, (46)6, 965-1001.

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

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, Canada.

D'Amour, D., Sicotte, C., Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3) 67-94.

D'Amours, L., Ferland, M., Jacob, R., Poitras J. (2015). Collaborer pour faire le bien. *Gestion*, 40(3), 64-71.

Detchessahar, M. (2019). L'énigme de la responsabilité dans les organisations : l'enjeu du dialogue. *Sociologie du travail*, 61(2).

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36(1), 39-64.

Dumas, M., Douguet, F., Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE*, 1(20), 45-67.

Dumas, M., Ruiller, C. (2013). Être cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 1(87), 42-58.

Eckenschwiller M. (2022). Collaboration interprofessionnelle et émergence de la confiance en management hospitalier. Colloque AIRMAP, Rabat, Maroc. *Prix « Thierry GARROT » de la meilleure communication en management de la santé.*

Eckenschwiller M., Wodociag S., Mercier S. (2021, a). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels. *Colloque AIRMAP*, Clermont-Ferrand, France.

Eckenschwiller M., Wodociag S., Mercier S. (2021, b). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques en jeu et des principales interactions. *Colloque ARAMOS*, Créteil, France.

Eckenschwiller M., Wodociag S., Mercier S. (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Management et Avenir*.

Ehrlich, M.-F., Tardieu, H. & Cavazza, M. (1993). Les Modèles mentaux : Approche cognitive des représentations, Masson.

Evans, J., Tsasis, P. & Grudniewicz, A. (2018). Les essais et erreurs, ensemble : la pensée divergente et l'apprentissage collectif dans la mise en œuvre des réseaux intégrés de soins. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 84, 467-484.

Evans, J.M., Palmer, K.S., Brown, A.D., Marani, H., Russell, K.K., Martin, D. & Ivers, N.M. (2019). Out of sync: a Shared Mental Models perspective on policy implementation in healthcare, *Health Research Policy Systems*, 17(94).

Gallant, M. H., Beaulieu, M. C., & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: An analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157.

Gardère, E., Bouillon, J.-L., Loneux, C. (2019). Le « collaboratif » dans les organisations : une question de communication. *Communication et organisation*, 55, 9-22.

Grosjean, M., Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Presses Universitaires de France.

Havard, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? @GRH, 3(16), 91-125.

Hlady Rispal, M. (2015). Une stratégie de recherche en gestion, l'étude de cas. *Revue française de gestion*, 253(8), 251 à 266.

Holcman, R. (2019). *Management hospitalier-Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod.

Jacob, R. (2015). La mise en œuvre de la collaboration organisationnelle. *Gestion*, 20(3), 72-77.

Jacob, R. ; Poitras, J. (2015). Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin. *Gestion*, 40(3), 52-59.

Jorro, A. & Houot, I. (2013). Reconnaissance professionnelle. In : Jorro, A., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 253-257. de boeck supérieur.

Klimoski R, Mohammed S. (1994). Modèle mental d'équipe : construction ou métaphore ? *Revue de Gestion*, 20(2), 403-437.

Kosremelli Asmar, M., Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *Conférence Internationale en Management Beyrouth*. Liban, p.57-75.

Kozlowski, S. W. J., & Klein, K. J. (2000). A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes, *San Francisco, CA: Jossey-Bass*.

- Krief, N. (2012). Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective, @GRH, 2(3), 43-67
- Lemieux-Charles, L., Mcguire, W. L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Lewis, L.K. (2006). Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. In Beck, C. S., *Communication yearbook*, 30, 197-247. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Loilier, T., Tellier, A. (2004). Comment peut-on se faire confiance sans se voir? Le cas du développement des logiciels libres. *M@n@gement*, 7(3), 275-306.
- Longoria, R. A. (2005). Is inter-organizational collaboration always a good thing? *Journal of Sociology and Social Welfare*, 32(3), 123-138.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., Zaccaro, S. I. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of Management Review*, 356-376.
- Mériade, L., Rochette, C., Talbot, D. (2018). La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : une proposition de lecture par la proximité. *Gestion et management public*, 7(1), 31-52.
- Michinov, E., Michinov, N. (2013). Travail collaboratif et mémoire transactive : revue critique et perspectives de recherche. *Le travail humain*, 76, 1-26.
- Ministère de la santé et des solidarités (2006), Ensemble modernisons l'hôpital.
- Miremont, M.-C., Valax, M. (2017). Le partage du leadership à l'hôpital, une voie prometteuse pour les managers cadres de santé. *Académie des sciences de management de Paris*, 440-452.
- Mohammed, S., Ferzandi, L. & Hamilton, K. (2010). Metaphor No More: A 15-Year Review of the Team Mental Model Construct, *Journal of Management*, 36(4), 876-910.
- Nielsen, (2004). The Role of Trust in Collaborative Relationships: A Multi-Dimensional Approach. *M@n@gement*, 7(3), 239-256.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. *Revue française de gestion*, 6(235), 113-127.
- Nolte, J., Tremblay, M. (2005). Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada. Canada : Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care (EICP). URL : <http://www.eicp-acis.ca/en/resources/pdfs/EnhancingInterdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care-in-Canada.pdf>
- Poitras, J. (2015). La gestion des conflits, *Gestion*, 40(3), 78-82.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Rivière, A., Commeiras, N., Loubes, A. (2019). Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé, *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(112), 3-20.
- Robidoux, M. (2007). Cadre de référence collaboration interprofessionnelle, *Ecole en chantier_Université de Sherbrooke*, Canada.
- Rossano, M. (2019). Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2(2), 135-158.
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, SAGE.
- Salignac, F., Marjolin, A., Noone, J. & Carey, G. (2019). Measuring dynamic collaborations: Collaborative health assessment tool, *Australian Journal of Public Administration*, 1-23.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., Ferrada-Videla, M. (2005). The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 132-47.

Schot, E., Tummers, L., Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.

Seeber, I, Maier, R. Weber B. (2014). Opening the Black Box of Team Processes and Emergent States: A Literature Review and Agenda for Research on Team Facilitation. International Conference on System Sciences 47th, Hawaiï, USA.

Thietart, R.-A. (2014). *Méthodes de recherche en management*, Dunod.

Tyrrell, M. W. D. (2004). Communicating the Right Relationship? For Now. *M@n@gement*, 7(3), 69-83

Vallejo, J. (2020). Pôles d'activité médicale et coopération médico-économique : une nouvelle structure organisationnelle à l'épreuve de l'incertitude des préférences. *Recherches en sciences de gestion*, 4(139), 395-414.

Viepublique.Fr. Url, Consulté le 28 mars 2022. URL : Vie publique : au coeur du débat public (vie-publique.fr)

Vigour, C. (2005). La comparaison dans les sciences sociales : Pratiques et méthodes. *La Découverte*.

Wachs, P., Abreu Saurin, T., Weber Righi, A., Lewis Wears, R. (2016). Resilience Skills as Emergent Phenomena: A Study of Emergency Departments in Brazil and the United States. *Applied Ergonomics*, 56, 227-37.

Waller, M. J., Okhuysen, G. A., Saghafian, M. (2016). Conceptualizing Emergent States: A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics. *Academy of Management Annals*, 1(10), 561-98.

WHO (World Health Organization) (2006). *World health report 2006 – working together for health*. Geneva.

<p>Collaboration interprofessionnelle Avec quelles personnes êtes-vous amené·e à collaborer dans votre activité professionnelle ? Comment cette collaboration influence votre pratique ? Sur quoi portent vos échanges ? (ce que vous amenez, ce que les autres amènent) En quoi ces échanges peuvent-ils être coûteux ? En quoi ces échanges sont constructifs ? Ces échanges sont-ils plutôt équitables/inéquitables (gain /investissement) ? En quoi y a-t-il un équilibre entre ce que vous amenez aux autres et ce qu'ils vous amènent ? Ressez-vous des différences de langage ou de modes de raisonnement professionnels avec vos collaborateurs ?</p>	<p>2. Facteurs organisationnels : structure organisationnelle et stratégie 2.1 Quels sont votre rôle et vos responsabilités dans votre poste ? Comment cela est-ce identifié, formalisé ? 2.2 Sur quels supports administratifs, procédés standardisés ou processus vous appuyez vous ? Comment cela est-ce identifié, formalisé ? 2.3 Comment prenez-vous vos décisions dans votre travail ? 2.4 Comment résolvez-vous vos problèmes ? Qu'est ce qui est aidant ? Qu'est ce qui est un frein ? 2.5 Comment êtes-vous dirigé, guidé ? 2.6 Quels changements organisationnels ont eu lieu ou ont lieu au sein de votre poste ? 2.7 Comment êtes-vous accompagné·e ? 2.8 Comment agissez-vous en cas de conflit professionnel ? Qu'est ce qui est aidant ? Qu'est ce qui est un frein ?</p>
<p>Facteurs organisationnels : philosophie de l'organisation Quelles sont les valeurs portées par l'organisation ? Comment sont-elles identifiées ? Êtes-vous libre de vous exprimer librement et de participer aux différentes activités professionnelles qui pourraient vous intéresser ? Quelle manière de pensée partagez-vous avec certains ? En quoi les relations avec vos collaborateurs sont fondées sur le pouvoir, l'autorité ou la compétition ? Pouvez-vous donner des exemples ? Quels sont les facteurs de stress dans votre poste ? En quoi êtes-vous autonome ou non dans votre poste ?</p>	<p>4. Facteurs organisationnels : relations sociales et communication 4.1 Comment qualifieriez-vous les relations au sein de votre poste ? 4.2 Comment votre collaboration au sein du pôle est-elle évaluée ? 4.3 Comment est-elle formalisée ? 4.4 Comment est-elle valorisée ?</p>
<p>Facteurs organisationnels : environnement Sur quel périmètre ont lieu vos activités collaboratives, à quelle échelle (équipe, pôle, GHR, etc.) ? Comment se déroulent vos activités de collaboration dans le temps (fréquence, durée, etc.) ? En quoi les effectifs sont adaptés à la collaboration ? Quelles sont les limites ? Votre poste comporte-t-il des éléments incertains ? Quelle influence cela a-t-il sur votre activité ? Votre poste comporte-t-il des éléments complexes ? Quelles possibilités avez-vous de rencontrer vos collaborateurs, de créer ou entretenir des liens ?</p>	<p>6. Etat émergent : confiance mutuelle 6.1 Quelles réactions ou comportements sont prévisibles chez vos différents collaborateurs ? 6.2 De manière générale, vous sentez-vous traité·e de manière équitable ? En quoi ? 6.3 Quelles compétences ont ou n'ont pas vos collaborateurs ? 6.4 Quels engagements sont respectés ou ne le sont pas par vos collaborateurs ? 6.5 En quoi avez-vous confiance ou non dans l'organisation ? 6.6 Estimez-vous que vos collaborateurs sont intègres et de bonne volonté ? En quoi ? 6.7 En quelles circonstances ressentez-vous une confiance mutuelle ? 6.8 Quels éléments de l'organisation favorisent cette confiance ? Quels éléments la freinent ?</p>

<p>7. Etat émergent : cohésion</p> <p>7.1 Avez-vous des affinités avec vos collaborateurs ? En quoi ?</p> <p>7.2 En quoi êtes-vous motivé-e pour rester dans votre équipe ? Qu'est-ce qui vous manque ?</p> <p>7.3 Quelles caractéristiques partagez-vous avec vos collaborateurs ?</p> <p>7.4 Qu'attendez-vous de vos collaborateurs ?</p> <p>7.5 Quelles valeurs partagez-vous avec eux ?</p> <p>7.6 En quelles circonstances ressentez-vous le plus une cohésion dans l'équipe, le pôle ?</p> <p>7.7 En quelles circonstances est-elle absente ?</p> <p>7.8 Quels éléments de l'organisation favorisent cette cohésion ? Quels éléments la freinent ?</p>	<p>8. Etat émergent : reconnaissance mutuelle</p> <p>8.1 Comment vos connaissances et compétences sont-elles reconnues par vos collaborateurs ?</p> <p>8.2 Comment votre identité professionnelle en tant que est-elle reconnue par vos collaborateurs ?</p> <p>8.3 En quoi ces éléments sont reconnus comme complémentaires à ceux de vos collaborateurs ?</p> <p>8.4 En quoi vous sentez-vous dépendant-e de vos collaborateurs et réciproquement ?</p> <p>8.5 Quels éléments de l'organisation favorisent cette reconnaissance mutuelle ? Quels éléments la freinent ?</p>
<p>9. Etat émergent : volonté à collaborer</p> <p>9.1 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration « obligatoire / subie » ? Comment cela influence-t-il la collaboration ?</p> <p>9.2 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration « spontanée » ? Comment cela influence-t-il la collaboration ?</p> <p>9.3 Quand la collaboration vous paraît-elle nécessaire dans votre activité professionnelle quotidienne ?</p> <p>9.4 Quels éléments de l'organisation favorisent votre volonté à collaborer ? Quels éléments la freinent ?</p>	<p>10. Etat émergent : leadership</p> <p>10.1 Pouvez-vous me donner des exemples d'idées, de propositions ou de solutions que vous avez partagées dans votre poste ?</p> <p>10.2 Pouvez-vous me donner des exemples de questionnements que vous avez fait émerger ?</p> <p>10.3 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration que vous avez impulsés ?</p> <p>10.4 Comment les propositions sont-elles reçues ?</p> <p>10.5 Quels éléments de l'organisation vous aident ?</p> <p>10.6 Quels éléments vous freinent ?</p>

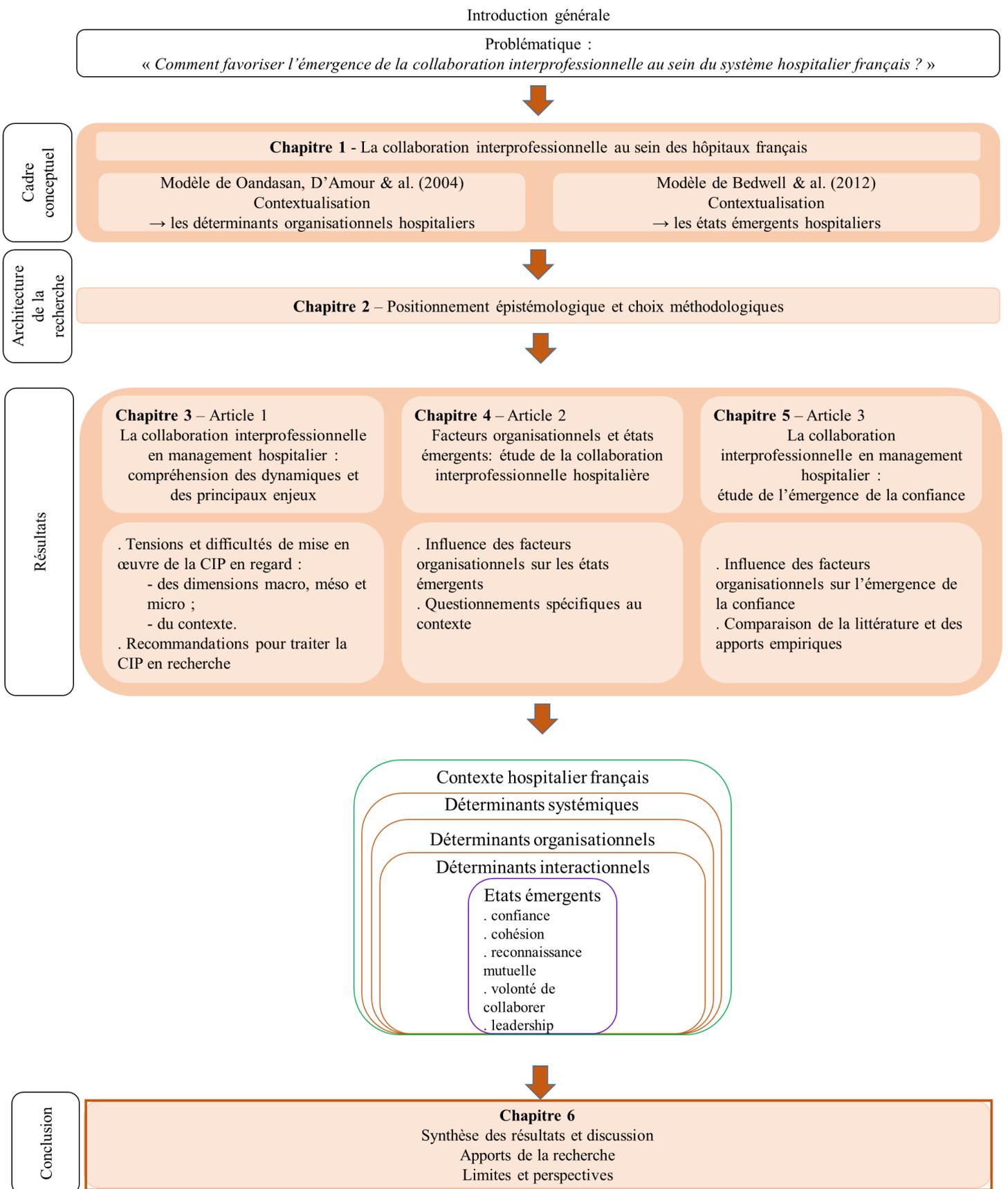


FIGURE 23 : Démarche générale et plan de thèse - chapitre 6

Dans la suite de la présentation de nos trois études, nous nous attachons à présent à en rendre la lecture et la compréhension davantage holistique. A cet effet, nous proposons :

- une synthèse et une discussion des résultats reprenant le cheminement des articles ;
- une lecture transversale des trois études sous l'angle des apports, limites et perspectives théoriques, méthodologiques et managériaux de la recherche.

1. Synthèse des résultats

Afin de clarifier notre cheminement, nous en proposons ci-après une synthèse schématique. L'objectif est de rendre lisibles les liens établis entre le cadre théorique enrichi et les recommandations managériales, cela en cheminant par la contextualisation du propos et les apports des différentes études. Nous proposerons ensuite dans la discussion un « cadre managérial » dans un esprit de mise en commun et de synthèse des différentes recommandations.

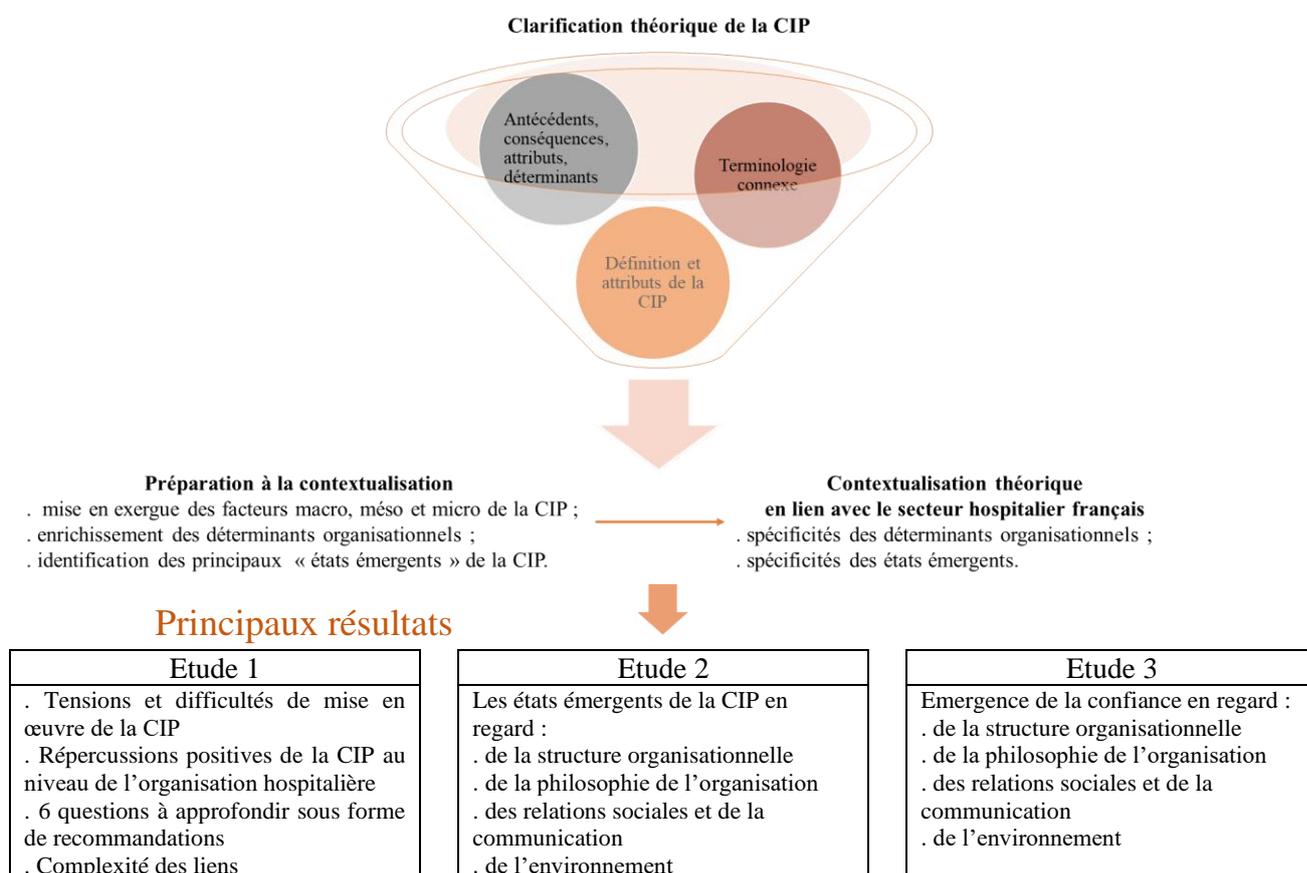


FIGURE 24 : Synthèse des résultats

Nous présentons ci-après les principaux résultats en lien avec chaque étude.

1.1 Clarification théorique

Les différentes études reposent sur un socle théorique commun. Celui-ci est nécessaire au regard de différents constats issus de la littérature²⁵. Bedwell & al. (2012) soulignent que le manque général de compréhension du concept de CIP est un obstacle majeur à sa mise en œuvre. La littérature met ainsi en perspective une utilisation très variée et parfois inappropriée de ces termes dans le domaine de la recherche et de manière appliquée, cela rendant cette variable inutilisable (Bedwell & al., 2012 ; Henneman & al., 1995). Ces auteurs soulignent que l'absence d'une définition descriptive, précise et unificatrice du concept amène à des incompréhensions et à une utilisation erronée et que cela nuit aux progrès de la recherche et de la pratique. Selon Thomson & al. (2007) l'étendue de la littérature, son approche multidisciplinaire et sa richesse en études de cas n'amènent pas une cohérence entre les disciplines. Les nombreuses et différentes définitions et compréhensions de la CIP, le manque de consensus et le caractère cumulatif des approches entravent une conceptualisation rigoureuse (Ben Maaouia, 2017 ; Thomson & al., 2007). Ainsi selon la synthèse de la littérature réalisée par Bedwell & al. (2012), les définitions :

- seraient majoritairement trop vagues ou trop spécifiques ;
- expliqueraient le contexte sans fournir de définition explicite ;
- s'appliqueraient à un niveau restreint d'analyse ;
- ne seraient pas conceptualisées comme un processus ;
- décriraient un autre type d'interaction.

De plus, la prise en compte de ce concept peut être mise de côté face aux problématiques en santé ayant un caractère plus « urgent » telles que des épidémies, des préoccupations économiques, des catastrophes naturelles ou encore le vieillissement de la population (WHO, 2006 ; WHO, 2010).

Ainsi, dans notre travail de recherche, nous précisons tout d'abord la notion de collaboration interprofessionnelle²⁶ (Aumais & al., 2012 ; D'Amour & al., 2005 ; Patel & al., 2012) qui repose sur un cadre conceptuel riche et transversal à différentes disciplines (psychologie, sociologie, communication, éducation, etc.) (Bedwell & al., 2012). Nous nous appuyons également sur l'analyse conceptuelle de Rodgers (2000), Tofthagen & Fagerström, (2010) et Careau (2013) qui soutient la description des notions :

²⁵ Introduction générale - Les enjeux de la recherche

²⁶ Chapitre 2 – La collaboration interprofessionnelle au sein des hôpitaux – La collaboration interprofessionnelle

- d'antécédents : les éléments nécessaires, évènements ou phénomènes, qui doivent être présents avant l'existence du concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000) et qui lui ont été précédemment liés ;
- de conséquences : les événements qui se produisent à la suite du concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000) et sont le résultat de l'utilisation d'un concept dans une situation pratique (Tofthagen, 2010) ;
- d'attributs : les caractéristiques qui permettent d'identifier des situations pouvant être catégorisées sous le concept (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000) ;
- de déterminants : les variables favorisant ou défavorisant l'émergence de la CIP. Ces variables étant d'ordre systémique (macro), organisationnel (més0), interactionnel, soit interpersonnel, soit personnel (micro) (Odegard & Bjorkly, 2008).

Nous abordons ensuite la complexité de la terminologie connexe à la CIP (Careau, 2013) dont nous proposons un inventaire, cela afin de clarifier notre analyse. Les principaux termes rencontrés dans la littérature sont « coopération », « coordination », « équipe », « travail en équipe » ou encore « pratique ». Ces concepts sont associés à des suffixes tels que « inter », « trans » ou « multi » et ensuite liés à des éléments d'identification de la population ciblée tels que « professionnel » ou « discipline »²⁷. La définition précise de chaque terme et l'utilisation des dimensions discriminantes Castaner & Oliveira (2020)²⁸ nous permettent d'isoler clairement le concept de CIP, d'écarter les confusions et d'argumenter notre choix terminologique.

Selon ces éléments nous proposons différents attributs qui nous paraissent primordiaux pour avancer vers une définition exhaustive de la CIP. Ainsi elle doit :

- être considérée en tant que processus (D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005; Oandasan & al., 2006 ; Reeves & al., 2010) de nature dynamique et évolutive (Robidoux, 2007 ; Salignac & al., 2019) ;
- comprendre deux ou plusieurs entités (individus, groupes, organisations, sociétés) (Longoria, 2005) et impliquer différents niveaux d'analyse (Kozlowski & Klein, 2000) ;
- être réciproque (Bedwell & al., 2012 ; Longoria, 2005) ;
- impliquer une participation à des activités conjointes ;

²⁷ Figure 11

²⁸ Figure 12

- viser l'atteinte d'un objectif commun (Gallant & al., 2002).

Notre réflexion chemine ensuite guidée par un souci de contextualisation de la recherche au secteur hospitalier français.

1.2 Contextualisation théorique

La littérature fait état de nombreux facteurs en lien avec la CIP. Ceux-ci existent aux niveaux systémique (macro), organisationnel (méso) et interactionnel (micro). En plus d'être nombreux, les liens entre facteurs et émergence de la CIP sont parfois confus dans la littérature. Le fait que les facteurs de la collaboration soient nombreux et appartiennent à des sphères qui peuvent être parfois éloignées et qui renvoient à trois niveaux d'analyse différents, macro, méso et micro (Aumais & al., 2012 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007) rend intrinsèquement le sujet complexe. Dans la littérature, de très nombreuses interactions sont citées entre les différents facteurs de la collaboration (Ben Maaouia, 2017). Elles sont présentées en termes de relations de cause à effet, avec parfois un amalgame entre cause et effet, des liens qui restent flous ou des relations de causalité à double sens. Mais la principale difficulté reste l'enchevêtrement des relations d'interactions ; ces interactions existant à de multiples niveaux : entre les sphères et au sein des sphères elles-mêmes, entre les facteurs et les états émergents et au sein des états émergents. En ce sens, Petri (2010) note également que dans la littérature antécédents et attributs prêtent à confusion et sont utilisés l'un pour l'autre par différents auteurs.

Notre étude s'attache ainsi à clarifier ces aspects²⁹. Les différents facteurs sont tout d'abord répertoriés de manière exhaustive dans la littérature vis à vis des trois dimensions³⁰. L'étude met notamment en exergue les apports de notre recension des écrits en complément du modèle de la FIPCCP (Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient) (D'Amour & al., 2003 in Oandasan & al., 2004). Ensuite, selon les recommandations de la littérature (Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007), les facteurs organisationnels sont plus particulièrement enrichis. Cela afin d'établir des liens entre une gestion organisationnelle optimale, ses caractéristiques et la structuration de la collaboration interprofessionnelle (San Martin-Rodriguez & al., 2005). En effet, les gestionnaires et les décideurs doivent être en mesure d'intégrer dans leur réflexion les principales caractéristiques des organisations qui favorisent la collaboration. De plus nous pouvons noter que les moyens d'action sur les différentes sphères et ces interactions ne sont pas égaux pour les managers, les gestionnaires de

²⁹ Chapitre 1 – Contextualisation : la CIP au sein des hôpitaux

³⁰ Figure 16

Ressources Humaines et les organisations. Ainsi, si la sphère organisationnelle est accessible, la sphère systémique l'est beaucoup moins. La sphère interactionnelle quant à elle l'est partiellement selon qu'elle touche davantage les éléments interpersonnels ou personnels (plus intimes et de l'ordre de la sphère privée). Les facteurs organisationnels sont ainsi spécifiquement développés selon quatre axes :

- la structure organisationnelle ;
- la philosophie de l'organisation ;
- l'environnement de la CIP ;
- la communication et des relations sociales.

La littérature recommande également de porter une attention particulière aux états émergents de la CIP (Seeber & al., 2014). Notre étude s'y attache en s'inspirant du modèle de Bedwell & al. et de leur cadre de performance collaborative. En s'appuyant sur leurs attributs (globaux, cohérents, ostensifs, radicalement nouveaux) (Goldstein, 1999 ; Waller & al., 2016), nous identifions les cinq principaux états émergents de la CIP :

- la confiance ;
- la cohésion ;
- la reconnaissance mutuelle ;
- la volonté de collaborer ;
- le leadership.

Afin de compléter le socle conceptuel de l'enquête empirique et afin d'affiner notre cadre d'analyse, nous précisons ensuite les spécificités contextuelles des déterminants organisationnels et des états émergents, cela au sein du contexte hospitalier français.

Nous présentons à présent distinctement les résultats des trois études puis leur synthèse sous forme de discussion et de proposition d'un cadre de réflexion managériale.

1.3 Etude n°1

1.3.1 Principaux résultats et discussion

Nous proposons dans l'étude n°1 une lecture sous forme de tableau (ci-après) des tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP mais aussi de ses potentiels apports au sein des hôpitaux français et en regard des dimensions systémique, organisationnelle et interactionnelle.

TABLEAU 15 : La collaboration interprofessionnelle appliquée au secteur hospitalier

Collaboration interprofessionnelle	Tensions et difficultés de mise en œuvre	Répercussions positives de la collaboration au niveau de l'organisation hospitalière :		
		Patients	Professionnels	Organisation
Dimension systémique	Complexification du système de santé Tensions financières Cloisonnement, organisation en « silo » des pôles hospitaliers et hétérogénéité Education interprofessionnelle Différences de pouvoir entre les différentes professions	Qualité des soins, centrée sur le patient Amélioration de la satisfaction, du bien-être du patient	Efficience Autonomisation et responsabilisation des soignants Prise de décisions suivant le procédé de la résolution de problèmes Satisfaction au travail, bien-être, engagement et diminution du stress Amélioration de l'efficacité perçue Partage d'expériences, de connaissances et de compétences	Attraction et fidélisation du personnel hospitalier Productivité et réduction des coûts Innovation
Dimension organisationnelle	Recherche d'efficience et de qualité des soins Hétérogénéité des profils des professionnels Tensions temporelles Cadres managers en difficulté Processus décisionnel complexe Application du principe de subsidiarité			
Dimension interactionnelle	Intensification de la charge de travail, manque de sens, mal-être professionnel Nécessité d'adaptation permanente Injonctions contradictoires			

La recension des écrits nous permet également de réaliser un point d'étape sur les questions à approfondir. En effet, des recommandations concernant les pistes de recherches futures émergent de la littérature en Sciences de Gestion afin de faire progresser les connaissances sur le sujet.

La première recommandation concerne le fait d'aborder la collaboration interprofessionnelle comme un processus dynamique, cela pour dépasser :

- des études centrées sur la notion d'équipe (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007) ;
- des modélisations statiques et linéaires (Humphrey & Aime, 2014 ; Waller & al., 2016).

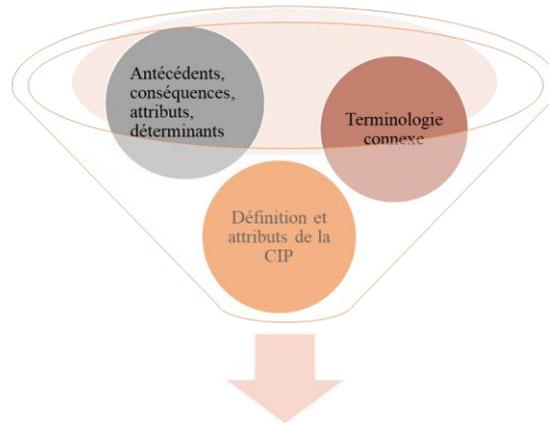
La deuxième recommandation traite d'une meilleure compréhension des interactions au sein du processus de CIP, notamment concernant les interrelations entre les facteurs et les liens

complexes au sein du processus (Ben Maaouia, 2017 ; Lemieux & McGuire, 2006). La troisième recommandation aborde le nécessaire passage de la théorie à la pratique en contextualisant et opérationnalisant les principes de la CIP (Jacob, 2015). En effet, les professionnels de terrain, gestionnaires et managers hospitaliers ont besoin de preuves empiriques afin d'être en mesure d'encourager le développement de la collaboration (San Martin-Rodriguez & al., 2005). La quatrième recommandation touche le traitement prioritaire des facteurs organisationnels. La cinquième recommandation interroge l'aspect interprofessionnel du sujet en le poussant au-delà des interactions entre infirmiers et médecins. La sixième et dernière recommandation concerne l'attention particulière à porter aux états émergents, souvent considérés comme une « boîte noire » (Seeber & al., 2014).

L'étude théorique permet également d'identifier les questionnements spécifiques liés à l'hôpital, ceux-ci sont en lien avec : d'importants changements organisationnels et de gouvernance, des ressources restreintes (humaines, temporelles, financières, etc.), des statuts et rôles bouleversés au cours de la dernière décennie (Burellier & al., 2019), une recherche « bicéphale » permanente d'efficacité et de qualité et l'application d'un principe de subsidiarité (Divay, 2018 ; Nobre, 2013). La mise en regard des facteurs organisationnels favorisant le développement de la collaboration interprofessionnelle et des spécificités hospitalières met également en évidence de nombreux questionnements. Ils concernent l'influence du manque de ressources matérielles et humaines, l'adaptation des formations initiales et continues des professionnels à l'évolution du système, la place des particularités individuelles des professionnels, la prise en compte des expertises et complémentarités, l'évolution des statuts, missions et rôles, la prise en compte du besoin de connectivité, la formation spécifique des managers hospitaliers, la gestion de l'hétérogénéité des services et pôles, la recherche simultanée de qualité et d'efficacité, les valeurs socles de l'organisation, la place et le rôle des leaders et la mise en œuvre du principe de subsidiarité (Peljak, 2002, Miremont et Valax, 2017)

Nous reprenons dans la figure ci-après notre synthèse des résultats en y ajoutant ces éléments de contextualisation, de questionnement et des propositions de pistes managériales. Ces propositions sont issues de la littérature et de notre analyse, cela face aux bouleversements hospitaliers précités.

Clarification théorique de la CIP



Préparation à la contextualisation

- . mise en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP ;
- . enrichissement des déterminants organisationnels ;
- . identification des principaux « états émergents » de la CIP.

Contextualisation théorique

- en lien avec le secteur hospitalier français**
- . spécificités des déterminants organisationnels ;
 - . spécificités des états émergents.

Principaux résultats

Etude 1	Etude 2	Etude 3
<ul style="list-style-type: none"> . Tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP . Répercussions positives de la collaboration au niveau de l'organisation hospitalière . 6 questions à approfondir sous forme de recommandations . Complexité des liens 	<p>Les états émergents de la CIP en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement 	<p>Emergence de la confiance en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement

Paramètres spécifiques de contextualisation :

- importants changements organisationnels et de gouvernance ;
- ressources restreintes (humaines, temporelles, financières, etc.) ;
- statuts et rôles bouleversés (Burellier & al., 2019) ;
- recherche « bicéphale » permanente d'efficacité et de qualité et l'application d'un principe de subsidiarité (Nobre, 2013 ; Divay, 2018).

Questionnements émergents concernant :

- l'influence du manque de ressources matérielles et humaines ;
- l'adaptation des formations initiales et continues des professionnels à l'évolution du système ;
- la place des particularités individuelles des professionnels ;
- La prise en compte des expertises et complémentarités ;
- l'évolution des statuts, missions et rôles ;
- la prise en compte du besoin de connectivité ;
- la formation spécifique des managers hospitaliers ;
- la gestion de l'hétérogénéité des services et pôles ;
- la recherche simultanée de qualité et d'efficacité ;
- les valeurs socles de l'organisation ;
- la place et le rôle des leaders ;
- la mise en œuvre du principe de subsidiarité (Peljak, 2002, Miremont & Valax, 2017).

Recommandations managériales :

- la nécessaire évolution des managers ;
- le besoin impératif de décloisonnement et de transversalité.

FIGURE 25 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 1

1.3.2 Recommandations managériales

La première proposition concerne la nécessaire évolution des managers. Leur posture doit évoluer en s'appuyant sur une connaissance des besoins, des enjeux et une appropriation des questionnements cités précédemment, rejoignant le principe de « Leader en T » et atténuant les méfaits de la rationalité limitée des acteurs (Baron 2015 ; Bedwell, 2012 ; Chanut, 2011 ; Dameron, 2004). Ces managers doivent également être en mesure de passer d'une posture bureaucratique (formalisation, rigidité, hiérarchie, inertie) à une posture adhocratique (mise en jeu des compétences interdisciplinaires et transversales face aux situations complexes) (Holcman, 2019). Cette approche permet d'introduire davantage de possibilités d'adaptation et de souplesse par des ajustements réciproques et réactifs. L'idée est également de pouvoir créer du lien entre acteurs, services, pôles médicaux, etc. et de fluidifier les prises de décisions. Une réflexion est également à mener concernant les objectifs managériaux qui devraient davantage s'extraire des logiques individuelles et émerger d'une analyse collective cohérente et structurée. La démarche projet peut en être un support, affichant clairement ses objectifs stratégiques (Krief, 2000).

La deuxième proposition concerne le besoin impératif de décroisement et de transversalité. La question se pose, d'autant plus dans une période de transition et de tensions, de la possibilité des acteurs de se mobiliser sur des projets ou fonctionnements transversaux (Bréchat & al., 2010 ; Poochikian-Sarkissian & al., 2008 ; Sebai, & Yatim, 2010). Pour que cette transversalité soit réelle et viable, il paraît par ailleurs indispensable de lui consacrer des moyens humains, de constituer des entités spécifiques, qui seraient des facilitateurs, des accélérateurs, des vecteurs de cohésion dans la transversalité. Ils seraient des « propulseurs » de projets et en faciliteraient l'émergence, la formalisation et la mise en œuvre. Ce décroisement passe également par un dépassement des tâches, rôles et fonctions vers des co-constructions d'activité, on parle déjà de co-thérapie dans le domaine de la santé, on peut imaginer l'étendre et formaliser du « co-management », de la « co-gestion » afin de nourrir les aspects transversaux des missions. Cette transversalité va également dans le sens de recherche de solutions innovantes faisant face aux restrictions de temps et de finances (Rivière & al., 2019 ; Sebai, 2015 ; Sebai & Yatim, 2018). Plus en amont, cette transversalité doit aussi faire l'objet d'une réflexion dans le secteur de la formation et prendre toute sa place dans les projets pédagogiques qui sont encore très cloisonnés malgré quelques initiatives interprofessionnelles (De Singly, 2009).

1.4 Etude n°2

1.4.1 Principaux résultats et discussion

Nous proposons dans l'étude 2 de mettre en évidence les interactions au sein du processus de collaboration interprofessionnelle dans le secteur de la santé. Nous y détaillons les éléments constitutifs des facteurs organisationnels, développons leurs caractéristiques (propres au secteur hospitalier), les mettons en lien avec les états émergents de la CIP et proposons les principaux questionnements en regard. Partant de ces éléments l'étude 2 approfondit les spécificités hospitalières des différents facteurs en interaction avec les états émergents. Nous en réalisons un rappel ci-après, un tableau synthétise le propos pour chaque dimension :

- structure organisationnelle et stratégie ;
- philosophie de l'organisation ;
- relations sociales et communication ;
- environnement de la collaboration.

Concernant la structure organisationnelle, l'identification et l'application des rôles et responsabilités de chacun (Robidoux 2007) est complexe au sein des hôpitaux et les tensions de rôles sont nombreuses (Miremont & Valax, 2017). Elles apparaissent principalement sous forme d'ambiguïté de rôle et de conflit de rôle (Dumas & al., 2016). La clarification des rôles et responsabilités est en lien avec l'émergence de la **cohésion** (Dameron, 2004).

Selon Desmarais & Abord de Châtillon (2008), le management public se complexifie, en effet les managers doivent traduire des décisions hiérarchiques et institutionnelles, réguler les relations interpersonnelles et sociales, et piloter la performance (Desmarais & Abord de Châtillon, 2008 ; Rivière & al., 2019). Les contraintes et mutations hospitalières amènent à de nécessaires innovations thérapeutiques, technologiques mais aussi managériales. L'innovation managériale peut concerner l'invention ou l'adoption d'une pratique ou d'une méthode nouvelle (Nobre, 2013). Dans cette étude nous mettons en lien le management avec l'émergence du **leadership**.

Les supports administratifs sont nombreux au sein des hôpitaux, outils de traçabilité tels que le dossier patient mais aussi fiches de poste, protocoles de soins, systèmes informatiques, etc. (Dumas & al., 2016) et les procédures et formulaires se multiplient. Ils sont réputés pour nécessiter un temps administratif certain et souvent accusés de priver les patients de ce même temps de soin direct (Gheorghiu & Moatty, 2005). Ils sont également le support clé des règles hospitalières et des possibles sanctions. L'émergence de la **confiance** nécessite cette contractualisation dont elle est complémentaire. Cette contractualisation représente un mode de

coordination, marque un engagement et crée une garantie (Loilier & Tellier, 2004).

TABLEAU 16 : Emergence de la CIP en regard de la structure organisationnelle et de la stratégie hospitalière

	Structure organisationnelle et stratégie		
Etat émergent	Interaction	Contextualisation hospitalière	Questionnement soulevé
Confiance	Supports administratifs, contractualisation, règles, contrôles, sanctions	Nombreux, chronophages	Quelle évolution des supports administratifs (aux niveaux quantitatif et qualitatif) en regard des mutations du secteur hospitalier ?
Cohésion	Rôles explicites	Tensions de rôles : ambiguïtés de rôle et conflits de rôle	Quelle gestion des rôles dans un contexte de changement intense et d'hétérogénéité ?
Leadership	Management : leadership distribué ou partagé, leader flexible, leader en T	. Complexification du management public . Nouveau management public : contrôle des moyens, responsabilisation des acteurs et prise en compte des parties prenantes	. Leadership distribué : quelle peut être la place laissée aux fonctions de production, de facilitation, de régulation ou d'élucidation des individus en fonction de leurs statuts et de leurs rôles ? . Leadership flexible : comment la flexibilité des individus est-elle identifiée, reconnue, valorisée et comment est-elle intégrée dans les cursus de formation ? . Leadership en « T » : au-delà de l'expertise professionnelle, quelle connaissance des enjeux de l'organisation ont les acteurs et comment cela est-il développé ?

Concernant la philosophie de l'organisation et face au cloisonnement de l'univers hospitalier, un ajustement mutuel est indispensable entre les différents acteurs, celui-ci doit être étayé par le développement de valeurs et d'une culture communes par les professionnels hospitaliers. En effet, ces valeurs ont pu s'étioler, cela en lien avec la spécialisation des activités et des restrictions budgétaires (Glouberman & Mintzberg, 2001 ; Havard, 2015) lors des deux dernières décennies. Certains soignants expriment en ce sens des conflits de valeurs, ils se sentent écartelés entre les injonctions financières et les logiques de soin et ressentent une impression de travail réel dégradé (Rossano, 2019), leur pratique s'éloignant d'une prise en soin centrée sur l'intérêt suprême du patient (Havard, 2015). La **confiance** est liée à des valeurs telles que la bonne volonté, l'honnêteté (D'Amour, 1997 ; Robidoux, 2007), la justice (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007). La **cohésion** est également liée aux valeurs portées par l'équipe (Mucchielli, 2003 in Ben Maaouia, 2017) ainsi que la **reconnaissance mutuelle** (au travers de la reconnaissance mutuelle des valeurs de chacun).

Concernant le **leadership**, Pitsis & al. (2004) indiquent que le leader doit croire en la culture collaborative et aux alliances. L'approche transformationnelle du leadership repose quant à elle sur la mise en œuvre de trois composantes :

- une vision idéale collective permettant aux suiveurs de pouvoir se projeter ;
- une exemplarité dans l'action : constance, opiniâtreté, résistance aux difficultés, fait d'inspirer de la confiance aux suiveurs et leur permettre de s'identifier à ce « modèle » ;
- une invitation aux suiveurs à une stimulation intellectuelle : créativité, remise en question, autres façons de penser.

La mémoire transactive peut être mise en lien avec la **volonté à collaborer**. Cette mémoire correspond à ce que sait chaque personne dans un groupe mais aussi à la connaissance de « qui sait quoi » (Bedwell & al., 2012). Cela permet aux membres du groupe de trouver les informations qui leur sont nécessaires et de l'aide au sein du groupe. Cette interdépendance est abordée par Strauss en termes de « travail d'articulation » entre professionnels de la santé. Ces articulations se jouent entre les différentes activités, entre les apports de chacun et entre les différents métiers impliqués (Strauss, 1985 ; Havard, 2015). L'interdépendance est par ailleurs accentuée par la spécialisation des tâches (Dumas & al., 2016). Enfin, le sentiment d'être plus compétents et productifs ensemble joue un rôle prépondérant dans cette volonté. Murphy parle d'une logique de complémentarité qui s'articule notamment autour d'un langage commun (Murphy, 1995, in Ben Maaouia, 2018). L'interdépendance est également en lien avec la **reconnaissance mutuelle**. Ces éléments doivent préalablement faire l'objet d'une connaissance mutuelle et d'un consensus (notamment concernant les rôles, responsabilités, etc.).

TABLEAU 17 : Emergence de la CIP en regard de la philosophie de l'organisation

	Philosophie de l'organisation		
Etat émergent	Interaction	Contextualisation hospitalière	Questionnement soulevé
Confiance	Valeurs individuelles et partagées	. Etiolement des valeurs . Conflits de valeurs	. Comment peuvent évoluer les valeurs en regard de la spécialisation des activités et des restrictions budgétaires ? . Qu'advient-il de valeurs telles que l'accessibilité aux soins pour tous, l'accueil bienveillant et la qualité des soins ? . Comment formaliser et gérer les conflits de valeurs ? . Quelle place au sein des hôpitaux pour « l'éthique du Care » ?
Cohésion			
Reconnaissance mutuelle			
	Interdépendance : . Acceptation de l'asymétrie . Connaissance de la complémentarité de l'expertise, des rôles et de l'interdépendance	Travail d'articulation	. Comment sont traités les liens d'interdépendance au sein des hôpitaux ? . Quelle lisibilité de ces liens ? . Comment gérer la spécialisation des tâches ?
Volonté de collaborer	Interdépendance : . Sentiment d'être plus compétents et productifs ensemble . Mémoire transactive (ce que chacun sait et qui sait quoi)		
Leadership	. Exemplarité dans l'action . Invitation aux suiveurs à une stimulation intellectuelle . Leader croyant en la culture collaborative et aux alliances	Croyance dans la culture collaborative	Quelle place est laissée à la stimulation intellectuelle dans un système très contraint en matière de temps, de finances, de hiérarchie et d'administration ?

Concernant les relations sociales et la communication, la qualité de la communication et notamment son ouverture permettent de restaurer le sens des activités hospitalières (Dumas & al., 2016). Il est par ailleurs nécessaire de déterminer un langage commun ou d'être en mesure de « traduire » le langage des autres professionnels (Havard, 2015). Le développement d'un langage commun est primordial dans la **volonté de collaborer** au sein d'un environnement

interdisciplinaire. Au-delà des échanges courants, la communication englobe une dimension de négociation entre les acteurs hospitaliers ainsi qu'avec les patients, de recherche de consensus, une dimension d'arbitrage (Havard, 2015), de médiation ou encore de contrôle en fonction des règles, du déroulement des instances, des enjeux, etc. (Dumas & al., 2016 ; Gueguen & Campia, 2018). Ces aspects regroupent également le mode de prise de décisions (plus ou moins partagé) (Robidoux, 2007 ; Baron, 2015) et de résolution de problèmes (Poitras, 2015). La notion de consensus est en lien avec la **reconnaissance mutuelle**, notamment concernant les territoires d'intervention, les responsabilités et les rôles. La communication concerne également la mise en exergue des objectifs communs et d'une vision partagée (Dameron, 2004 ; D'Amours & al., 2015 ; Jacob, 2015). En effet, les différents acteurs doivent pouvoir articuler leur activité professionnelle autour d'objectifs validés au niveau de la direction administrative et médicale (Havard, 2015 ; Dumas & al., 2016). Cette réflexion mutualisée doit également permettre de contourner les écueils de la rationalité limitée en tendant vers une approche synoptique, à long terme et optimisée en fonction des nombreuses situations complexes et incertaines (Chanut & al., 2011). Des objectifs qui font sens sont indispensables à l'émergence de la **cohésion**. Cette vision partagée est également en lien avec la **volonté à collaborer** par l'intermédiaire de la recherche d'atteinte d'un but commun authentique et clair (San Martin-Rodriguez & al. 2005 ; Dameron, 2005). Les objectifs partagés sont aussi en lien avec le **leadership** (Pitsis & al., 2004) comme une « vision idéale collective ». Enfin la communication doit porter d'une part sur l'intérêt de la collaboration, l'évaluation de sa qualité et sa valorisation (Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012 ; Bedwell, 2012) et, d'autre part, sur la formalisation de la collaboration (Dameron, 2004 ; Pitsis & al., 2004 ; Kosremelli, 2007 ; Robidoux, 2007). Cette formalisation est en lien avec la **volonté à collaborer**.

TABLEAU 18 : Emergence de la CIP en regard des relations sociales et de la communication

	Relations sociales et communication		
Etat émergent	Interaction	Contextualisation hospitalière	Questionnement soulevé
Leadership	Objectifs qui font sens et vision partagée	Gestion des nombreuses situations complexes et incertaines	. Comment les objectifs transversaux sont-ils adaptés aux changements et intégrés par les équipes ? . Comment sont-ils à la fois adaptés aux besoins des différents pôles et services et harmonisés ? . Quelle est la lisibilité de buts communs authentiques et clairs au-delà de la recherche de qualité des soins centrée sur le patient ? . Quels liens sont faits avec l'efficacité, l'efficience et la qualité ?
Cohésion			
Volonté de collaborer			
	Intérêt sur le plan individuel et organisationnel		Comment est formalisé et valorisé l'intérêt de la collaboration au sein des hôpitaux ?
	Logique de complémentarité / langage commun	Ouverture de la communication pour restaurer le sens des activités	Comment l'apprentissage d'un langage commun est possible au sein de formations professionnelles en « silo ».
Reconnaissance mutuelle	Consensus autour : des territoires d'intervention, des responsabilités et des rôles	Négociation entre acteurs hospitaliers, patients, etc.	Comment cette notion de consensus est-elle intégrée au management ?

Concernant l'environnement de la CIP, les ressources humaines, constituent l'« environnement humain » de l'hôpital, on y trouve une grande diversité des acteurs (Havard, 2015) et des équipes de grande taille (Dumas & al., 2016). Le processus de professionnalisation s'est accru pour ces ressources, cela au travers de la réingénierie de certaines formations initiales et de leur universitarisation (Gheorghiu & Moatty, 2005), de la formation continue, de l'intégration d'une analyse réflexive des pratiques professionnelles. La **confiance** se confronte à des aspects de gestion des ressources humaines tels que les compétences, les aptitudes, les connaissances, la capacité à apprendre des autres et l'expérience des personnes (Robidoux, 2007 ; Loilier & Tellier, 2004 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). La **reconnaissance mutuelle** et la **volonté à collaborer** sont également concernées par différents aspects de gestion des ressources humaines : l'identité professionnelle, les connaissances, les compétences, les territoires d'intervention, les responsabilités (Robidoux, 2007). La connectivité (possibilité de créer des liens, de se rencontrer) est un élément clé de

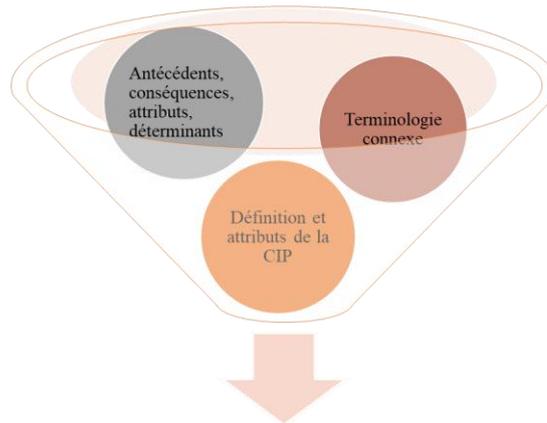
l'environnement de la collaboration (Chédotel, 2005). Il est indispensable que l'organisation fournisse des opportunités de rencontres à ses acteurs (San Martin-Rodriguez, 2005). Un certain degré de connectivité est indispensable à l'émergence de la **confiance** (Loilier & Tellier, 2004). L'émergence de la **cohésion** est elle aussi liée à la connectivité de l'équipe (Aumais & al., 2012).

TABLEAU 19 : Emergence de la CIP en regard de l'environnement

	Environnement de la CIP		
Etat émergent	Interaction	Contextualisation hospitalière	Questionnement soulevé
Reconnaissance mutuelle	Ressources humaines : connaissance de l'autre (identité professionnelle, connaissances, compétences, valeurs)	Grande diversité des acteurs et équipes de tailles importantes	<ul style="list-style-type: none"> . Comment sont gérées la diversité et l'hétérogénéité de profils des professionnels ? . Comment sont adaptées les formations des professionnels de santé à l'évolution du système ? . Comment sont formés les managers en santé pour accompagner ces changements ?
Volonté de collaborer	Ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> . éducation professionnelle, expériences antérieures similaires positives et maturité de l'individu . développement de connaissances et de compétences transversales afin de favoriser une identité partagée 		
Confiance	Ressources humaines : compétences et aptitudes individuelles, connaissances, capacité à apprendre des autres et expérience des personnes		
Cohésion	Connectivité		

Dans les quatre tableaux précédents sont répertoriés les questionnements soulevés lors de la mise en perspective contextuelle des interactions entre facteurs organisationnels et états émergents. Ces questionnements sont repris dans la figure de synthèse des résultats de l'étude 2 (ci-après).

Clarification théorique de la CIP



Préparation à la contextualisation

- . mise en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP ;
- . enrichissement des déterminants organisationnels ;
- . identification des principaux « états émergents » de la CIP.

Contextualisation théorique

- en lien avec le secteur hospitalier français**
- . spécificités des déterminants organisationnels ;
 - . spécificités des états émergents.

Principaux résultats

Etude 1	Etude 2	Etude 3
<ul style="list-style-type: none"> . Tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP . Répercussions positives de la collaboration au niveau de l'organisation hospitalière . 6 questions à approfondir sous forme de recommandations . Complexité des liens 	<p>Les états émergents de la CIP en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement 	<p>Emergence de la confiance en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement

Questionnements émergents concernant :

- **Structure organisationnelle et stratégie**
 - Quelle gestion des rôles dans un contexte de changement intense et d'hétérogénéité ?
 - Leadership distribué : quelle peut être la place laissée aux fonctions de production, de facilitation, de régulation ou d'élucidation des individus en fonction de leurs statuts et de leurs rôles ?
 - Leadership flexible : comment la flexibilité des individus est-elle identifiée, reconnue, valorisée et comment est-elle intégrée dans les cursus de formation ?
 - Leadership en « T » : au-delà de l'expertise professionnelle, quelle connaissance des enjeux de l'organisation ont les acteurs et comment cela est-il développé ?
- **Philosophie de l'organisation**
 - Quelle place est laissée à la stimulation intellectuelle dans un système très contraint en matière de temps, de finances, de hiérarchie et d'administration ?
 - Comment sont traités les liens d'interdépendance au sein des hôpitaux ?
 - Quelle lisibilité de ces liens ? Comment gérer la spécialisation des tâches ?
- **Relations sociales et communication**
 - Comment l'apprentissage d'un langage commun est possible au sein de formations professionnelles en « silo » ?
 - Comment les objectifs transversaux sont-ils adaptés aux changements et intégrés par les équipes ? Comment sont-ils à la fois adaptés aux besoins des différents pôles et services et harmonisés ? Quels liens sont faits avec l'efficacité, l'efficience et la qualité ?
 - Quelle est la lisibilité de buts communs au-delà de la recherche de qualité des soins centrée sur le patient ?
 - Comment est formalisé et valorisé l'intérêt de la collaboration au sein des hôpitaux ?
- **Environnement**
 - Comment sont gérés la diversité et l'hétérogénéité de profils des professionnels ?
 - Quel est le socle du processus de professionnalisation ?
 - Comment sont adaptées les formations des professionnels de santé à l'évolution du système ?
 - Comment sont formés les managers en santé pour accompagner ces changements ?
 - Quels sont les modes de connectivité possibles quand le temps manque et quelle est la place pour ce besoin de connectivité dans l'organisation ?

Recommandations managériales :

- Développement de Modèles Mentaux Partagés (MMP).

FIGURE 26 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 2

1.4.2 Recommandations managériales

Vis à vis de ces questionnements qui montrent la complexité du sujet, nous identifions une piste de réflexion majeure, il s'agit des Modèles Mentaux Partagés (MMP) développés au sein des hôpitaux. Les principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle, la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership appartiennent à la sphère interactionnelle (Eckenschwiller & al., 2022). De ce fait ils dépendent d'interactions interpersonnelles et « *s'étudient au niveau d'un individu qui est lui-même en contact avec au moins un autre individu* » (Eckenschwiller & al., 2022, p.22). Ces interactions sont en lien avec la façon dont les connaissances et expertises sont partagées au sein du groupe ce que nous pouvons mettre en regard du concept de MMP (Michinov & Michinov, 2013). Les MMP sont en effet des « *structures cognitives stables et intégrées qui permettent aux membres d'une équipe de mieux anticiper les besoins et les actions de chacun, de se coordonner de manière implicite* » (Cannon-Bowers & al., 1993 in Michinov & Michinov, 2013, p.4) ou encore « *une représentation interne d'un état de choses [...] la façon naturelle par laquelle l'esprit humain construit la réalité, en conçoit des alternatives, et vérifie des hypothèses, lorsqu'il est engagé dans un processus de simulation mentale* » (Ehrlich & al., 1993, p.5).

Deux grandes catégories peuvent être distinguées (Klimoski & Mohammed, 1994) au sein des hôpitaux :

- le modèle mental partagé de la tâche est en lien avec une représentation commune de la tâche à réaliser (connaissance des équipements, de la technologie ou des activités) ;
- le modèle partagé du fonctionnement de l'équipe est en lien avec la conscience des caractéristiques des membres de l'équipe (connaissance des préférences, des habitudes, des expertises).

1.5 Etude n°3 :

1.5.1 Principaux résultats et discussion

Nous proposons dans l'étude 3 une recherche empirique traitant de l'influence des facteurs organisationnels hospitaliers sur l'émergence de la confiance, les résultats qualitatifs découlant de l'analyse des entretiens sont articulés autour des facteurs organisationnels et plus précisément des 4 rubriques principales identifiées dans notre cadre théorique (l'environnement, la philosophie, les relations sociales et la structure organisationnelle).

Par une mise en perspective de la littérature et des données empiriques, l'étude examine les principales interactions entre les facteurs organisationnels et l'émergence de la confiance. La démarche comparative de la théorie et de la pratique nous permet d'appréhender autrement notre sujet, de le modéliser, de l'expliquer et d'établir une distanciation (Vigour, 2005). Cette comparaison a pris différentes formes qui sont présentées dans le tableau ci-après.

TABLEAU 20 : Synthèse des éléments de comparaison théorique et empirique

	Littérature	Enquête
Facteurs organisationnels similaires et enrichissement par l'enquête	<i>Connectivité</i> : rencontres <i>Valeurs</i> : équité <i>Stabilité administrative</i>	<i>Connectivité</i> : rencontres, connaissance <i>Valeurs</i> : équité, bienveillance, écoute, respect, engagement, entraide <i>Stabilité administrative</i> : cadre rassurant
Facteurs organisationnels similaires et divergence de contenu	<i>Ressources humaines</i> : Compétences et aptitudes individuelles <i>Structure hiérarchique</i> : contractualisation	<i>Ressources humaines</i> : manque de moyens <i>Structure hiérarchique</i> : inertie
Facteurs organisationnels uniquement abordés dans l'enquête		<i>Ressources temporelles</i> : manque de temps, insécurité, qualité <i>Modèles mentaux partagés</i> : formation, expérience partagée <i>Inter-reconnaissance</i> : Manque de considération, équipe, management, écoute, compétences <i>Perception de l'intérêt de la collaboration</i> <i>Identification des rôles et responsabilités</i> <i>Objectifs communs</i> <i>Style de management</i> : écoute, engagement, transparence

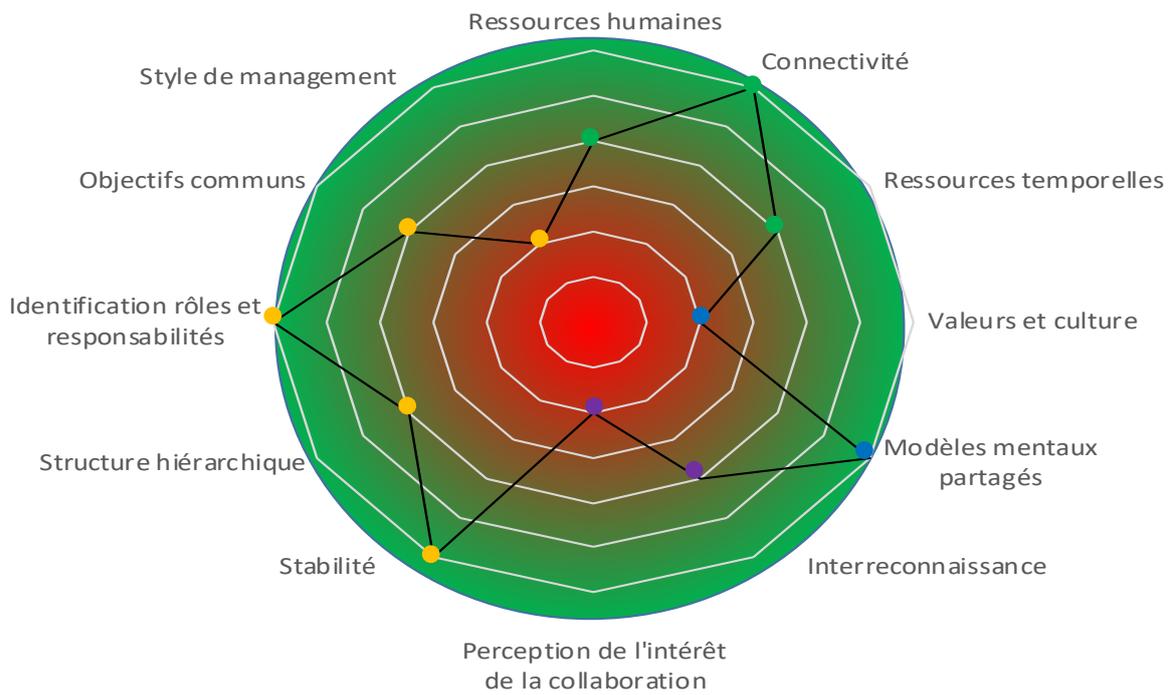
Premièrement, certains facteurs organisationnels sont similaires entre la littérature et l'enquête mais sont enrichis par l'enquête. La théorie et l'approche empirique traitent des éléments de connectivité en regard des rencontres et échanges. Cela est complété dans l'enquête par l'ouverture à la possibilité d'apprendre à connaître l'autre. La littérature pose que la culture de l'organisation et les valeurs sont également en jeu. Elle traite des valeurs telles que la bonne volonté, l'honnêteté (D'Amour, 1997 ; Robidoux, 2007), la justice et le sentiment d'équité (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007). L'équité est également abordée dans l'enquête et cela y est complété par la

bienveillance, l'écoute, le respect, l'engagement et l'entraide. L'enquête rejoint la nécessaire stabilité administrative et contractualisation posée dans la littérature en montrant qu'il existe une stabilité rassurante au sein de l'hôpital, une certaine routine.

Deuxièmement certains facteurs organisationnels sont similaires entre la littérature et l'enquête mais divergent par leur contenu. Dans la littérature, la confiance se confronte à des aspects de gestion des ressources humaines (compétences, aptitudes, connaissances, capacité à apprendre des autres et expérience des personnes) (Loilier & Tellier, 2004 ; Robidoux, 2007 ; San Martin-Rodriguez & al., 2005). Ces ressources humaines sont davantage abordées en termes de manque de moyens dans l'enquête. Concernant la structure hiérarchique, la littérature permet d'identifier que l'émergence de la confiance nécessite une contractualisation dont elle est complémentaire. Cette contractualisation représente un mode de coordination, marque un engagement et crée une garantie (Loilier & Tellier, 2004). Elle va de pair avec des règles, des contrôles et des sanctions, contrôle et confiance n'étant pas antinomiques (Loilier & Tellier, 2004). La structure hiérarchique est davantage abordée dans l'enquête en terme d'inertie décisionnelle et de frein.

Troisièmement, différents éléments ne sont abordés que dans l'enquête. Les ressources temporelles sont exprimées sous forme de manque de temps entraînant une insécurité. Les modèles mentaux partagés sont quant à eux abordés par l'intermédiaire d'une construction grâce à la formation et à l'expérience partagée. L'inter-reconnaissance est exprimée sous la forme d'un manque de considération pour une fonction ou un métier. Elle peut être exprimée positivement au sein des équipes ou encore par le management. La perception de l'intérêt de la collaboration s'exprime à travers la nécessaire interdisciplinarité et l'intérêt du patient. L'identification des rôles et responsabilités est nécessaire ainsi que des objectifs communs qui favorisent également l'émergence de la confiance. Enfin le style de management est exprimé en termes d'écoute, d'engagement des managers et de qualités de transparence.

L'étude permet de mettre en exergue les nombreux apports de l'enquête empirique en perspective des données de la littérature. Elle permet également d'établir une cartographie inédite des principaux facteurs organisationnels en lien avec l'émergence de la confiance (figure ci-après). Les apports concernent de manière équilibrée les 4 grandes rubriques de facteurs organisationnels : l'environnement, la philosophie, les relations sociales et la communication et la structure.

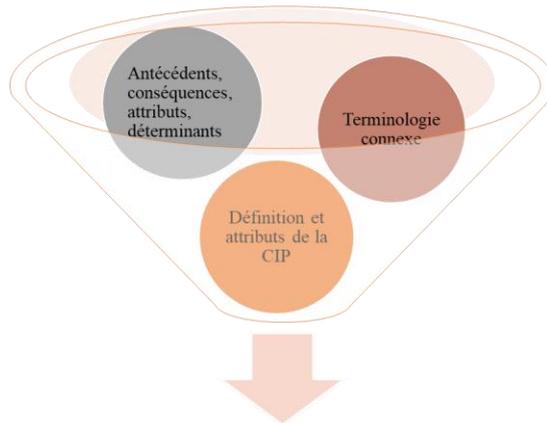


- Environnement de l'organisation
- Philosophie de l'organisation
- Relations sociales
- Structure organisationnelle



FIGURE 27 : Emergence de la confiance

Clarification théorique de la CIP



Préparation à la contextualisation

- . mise en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP ;
- . enrichissement des déterminants organisationnels ;
- . identification des principaux « états émergents » de la CIP.

Contextualisation théorique

- en lien avec le secteur hospitalier français**
- . spécificités des déterminants organisationnels ;
 - . spécificités des états émergents.

Principaux résultats

Etude 1	Etude 2	Etude 3
<ul style="list-style-type: none"> . Tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP . Répercussions positives de la collaboration au niveau de l'organisation hospitalière . 6 questions à approfondir sous forme de recommandations . Complexité des liens 	<p>Les états émergents de la CIP en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement 	<p>Emergence de la confiance en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de la structure organisationnelle . de la philosophie de l'organisation . des relations sociales et de la communication . de l'environnement

Recommandations managériales :

- Développement de Modèles Mentaux Partagés (MMP).

FIGURE 28 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 3

1.5.2 Recommandations managériales

Concernant cette étude, les modèles mentaux partagés retiennent également notre attention. En effet, ils coïncident avec des éléments de l'étude qui sont inédits, apportés par l'enquête en regard d'une lacune de la littérature. Ils seront développés dans la partie suivante concernant notre proposition de cadre de réflexion managériale.

2. Discussion des résultats

2.1 Les résultats

Pour rappel, les différentes études répondent à des objectifs spécifiques.

Etude n°1 :

- clarification de la notion de collaboration interprofessionnelle ;

- examen des principaux enjeux de la collaboration interprofessionnelle en lien avec les transformations organisationnelles au sein des hôpitaux ;
- identification des questionnements émergents et identification des pistes de recherche futures.

Etude n°2 :

- clarification de la notion d'état émergent et identification des principaux états émergents de la collaboration interprofessionnelle (confiance, cohésion, reconnaissance mutuelle, volonté de collaborer et leadership) ;
- identification et clarification des facteurs organisationnels en interaction avec les états émergents dans le secteur hospitalier ;
- compréhension théorique de leurs effets sur le développement des états émergents de la collaboration au sein de l'hôpital.

Etude n°3 :

- identification des principaux facteurs organisationnels hospitaliers influençant l'émergence de la confiance ;
- mise en exergue des possibles leviers managériaux concernant ces facteurs organisationnels.

L'atteinte de ces différents objectifs nous permet de traiter notre question de recherche :

« Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ? »

Les différentes contributions, théoriques, méthodologiques et managériales seront détaillées ci-après. Nous pouvons d'ors et déjà noter que le cheminement dit « en entonnoir » nous amène à un cadre théorique d'analyse précis. Ce cadre qui, en finalité, a permis de préciser de manière empirique les interactions entre facteurs organisationnels et états émergents est transposable aux autres états émergents. Les interactions entre facteurs organisationnels et cohésion, reconnaissance mutuelle, volonté de collaborer, leadership pourraient ainsi être étudiés par la suite. Sur le plan méthodologique, la réalisation d'une thèse par articles a permis de jaloner la recherche par différents apports qui ont consolidé la méthodologie :

- validations intermédiaires lors de l'acceptation de soumissions pour des publications dans des revues spécialisées et reconnues ou des communications en congrès ;
- améliorations de la forme et du fond par la prise en compte des demandes de révision des reviewers et des remarques en congrès.

Enfin le cheminement et l'enrichissement entre les études de la réflexion sur le plan managérial nous permet de proposer en finalité un cadre de réflexion managérial autour du développement des MMP. En effet, les recommandations managériales des différentes études sont riches. Comme nous l'avons indiqué précédemment³¹. Ces contributions ouvrent vers de nouvelles réflexions qui n'ont pas pu être développées dans les articles en regard des règles d'écriture et de la limitation de taille des articles.

Ainsi, face à la complexité du sujet de l'étude et dans une préoccupation de rendre ces recommandations compréhensibles et applicables, nous proposons ci-après un cadre de réflexion managériale. Ce cadre a pour ambition de répondre à notre problématique « *Comment favoriser l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français ?* » et plus précisément de :

- relier et d'assurer la cohérence de l'ensemble des résultats et recommandations managériales. Pour cela, nous recherchons une approche suffisamment globale pour intégrer l'ensemble des résultats et suffisamment précise pour être applicable ;
- répondre de manière exhaustive aux besoins des managers en santé et des organisations ;
- mettre en perspective les résultats de l'étude avec d'autres conclusions scientifiques existantes.

Compte-tenu de cette préoccupation de voir aboutir cette étude en « un tout cohérent et applicable », nous identifions une piste de réflexion majeure, il s'agit de celle des Modèles Mentaux Partagés (MMP) développés au sein des hôpitaux. Le phénomène de convergence des Modèles Mentaux (MM) et leur nature, que nous explicitons ci-après, nous paraissent en effet permettre d'opérationnaliser les liens précités.

2.2 Proposition d'un cadre de réflexion managérial

2.2.1 La convergence des Modèles Mentaux

Un Modèle Mental correspond à « *une représentation interne d'un état de choses [...] la façon naturelle par laquelle l'esprit humain construit la réalité, en conçoit des alternatives, et vérifie des hypothèses, lorsqu'il est engagé dans un processus de simulation mentale* » (Ehrlich et al., 1993, p.5). Selon Silberzahn & Rousset (2019), la dynamique des MM existe aussi bien au niveau individuel que collectif et quand plusieurs individus développent cette vision psychologique commune d'une tâche ou d'une situation, il est alors question de Modèles

³¹ Tableau 3

Mentaux Partagés (Evans & al., 2019). Cela concerne une similarité cognitive : significations ou compréhensions similaires entre individus utilisées pour donner un sens, attribuer une signification et interpréter (des événements internes et externes, des affects, des comportements et des pensées) (Mohammed & al., 2010). La notion de « partagé » s'entend comme « compatible ». Les MMP ne doivent en effet pas forcément être identiques mais plutôt faire l'objet d'un consensus acceptable (Evans & al., 2019 ; Mohammed & al., 2010). En résumé, ils peuvent se chevaucher, être compatibles ou identiques (Klimoski & Mohammed, 1994 in Weber & al., 2000). Selon McComb (2007 in Evans & al., 2019) la convergence des modèles mentaux s'opère en trois phases :

- l'orientation : « *les parties prenantes se tournent vers la tâche concernée et les personnes qui participent à son exécution* » (Evans & al., 2019, p.471), l'attention est alors portée vers les MM concernés ;
- la différenciation : « *les parties prenantes se servent des informations recueillies dans le cadre de l'orientation pour examiner les points communs et les différences dans leurs modèles mentaux* » (Evans & al., 2018, p.471) ;
- l'intégration : « *les nouvelles informations sont intégrées dans leurs modèles mentaux existants, et à mesure que l'intégration se produit, les modèles mentaux des parties prenantes se ressemblent davantage* » (Evans & al., 2018, p.471) ou augmentent leur compatibilité.

La littérature souligne l'intérêt des MMP qui permettent :

- d'agir de manière cohérente et coordonnée dans l'exécution de tâches interdépendantes (Im & al, 2022 ; Mathieu et al., 2000) ;
- de faciliter l'adaptation des équipes (Im & al, 2022 ; Mathieu & al., 2000).

A contrario, des modèles mentaux divergents sont susceptibles de créer de la confusion et d'entraver la mise en œuvre des interventions (Im & al, 2022).

Mohammed & al. (2010) traitent plus particulièrement des Modèles Mentaux d'Equipe (MME) qui sont des « *structures cognitives stables et intégrées qui permettent aux membres d'une équipe de mieux anticiper les besoins et les actions de chacun, de se coordonner de manière implicite* » (Michinov & Michinov, 2013, p.4). Ces modèles prennent toute leur place dans la littérature concernant l'adaptation des équipes, la coordination implicite et le leadership partagé (Mohammed & al., 2010 ; Valax & Vinot, 2019). Ils sont notamment réputés pour permettre aux membres de l'équipe de développer des éléments :

- descriptifs en interprétant les informations de manière similaire ;
- prédictifs en partageant des attentes concernant des événements futurs ;
- explicatifs en développant des conclusions de causalité similaire pour certaines situations (Rouse & al., 1992 in Mohammed & al., 2010).

Concrètement, les MME peuvent être d'une part des croyances (souhaits, préférences et attendus) et d'autre part des connaissances d'ordre :

- déclaratif (connaissance de quoi) ;
- procédural (connaissance de comment) ;
- stratégique (connaissance du contexte et de l'application) (Mohammed & al., 2010).

2.2.2 Les catégories de MM au sein d'une équipe

2.2.2.1 Données de la littérature

Dans la littérature les MME sont regroupés en deux catégories :

- travail de l'équipe (en regard des exigences d'interaction interpersonnelle et des compétences des autres membres de l'équipe) ;
- travail de la tâche (en regard des objectifs de travail et exigences de performance) (Mohammed & al., 2010).

Différentes études proposent d'une part des catégories complémentaires des MME, qui par exemple, peuvent être :

- d'ordre stratégique concernant des équipes de basket-ball (Weber & al., 2000) ;
- temporelles : conscience, acceptation de la perspective temporelle de chaque membre de l'équipe (Mohammed & al., 2015 ; Standifer & Bluedorn, 2006) ;
- liées à la politique : partage de la connaissance et de la compréhension des objectifs politiques, des stratégies de mise en œuvre (Evans & al., 2019) ;
- liées aux parties prenantes : partage des connaissances et de la compréhension des responsabilités respectives, des interdépendances, etc. (Evans & al., 2019).

D'autre part, certains domaines sont précisés en regard des MMP de la tâche et de l'équipe. Pour exemple, Im & al. (2022) présentent autour des MMP de soin axés sur les objectifs :

- les MMP de la tâche : connaissances et croyances d'un individu concernant le but des soins et la manière dont ils sont dispensés ;
- les MMP de l'équipe : connaissances et croyances d'un individu concernant le travail d'équipe en général ainsi que les caractéristiques des membres de l'équipe, les rôles

respectifs et les interactions d'équipe nécessaires (Cannon-Bowers & al., 1993 in Im & al., 2022 ; Mohammed & Dumville, 2001 in Im & al., 2022).

Les auteurs précisent d'ailleurs que les preuves empiriques soulignent l'importance des MMP en particulier pour les équipes intégrées au sein de contextes dynamiques et complexes (Mohamed et al., 2010 ; Im & al., 2022).

2.2.2.2 Les MMP de l'organisation

D'autres questionnements semblent dépasser ce cadre d'analyse. De ce fait, au-delà des types de MM précités, nous proposons une autre voie de réponse par un ensemble de MMP davantage holistiques et répondant au besoin impératif de décloisonnement et de transversalité au sein des hôpitaux (Krief, 2000 ; Dumas & al., 2016) ainsi qu'aux différentes recommandations managériales de nos études. Nous les aborderons sous la dénomination de « Modèles Mentaux Partagés de l'organisation ». Plus précisément, ils répondent :

- à la nécessaire évolution des managers en santé ;
- au besoin impératif de transversalité ;
- à la prise en compte des enjeux humains de la méthodologie de projets.

Ils peuvent se décliner vis à vis des différentes catégories d'ordre organisationnel que nous avons utilisées lors de notre recherche :

- la structure organisationnelle et la stratégie ;
- la philosophie de l'organisation ;
- les relations sociales et la communication ;
- l'environnement de la collaboration.

La figure suivante synthétise les interactions entre facteurs organisationnels et états émergents et met en évidence les enjeux du développement de MMP de la tâche, de l'équipe et de l'organisation. Ces propositions seront détaillées dans le paragraphe suivant.

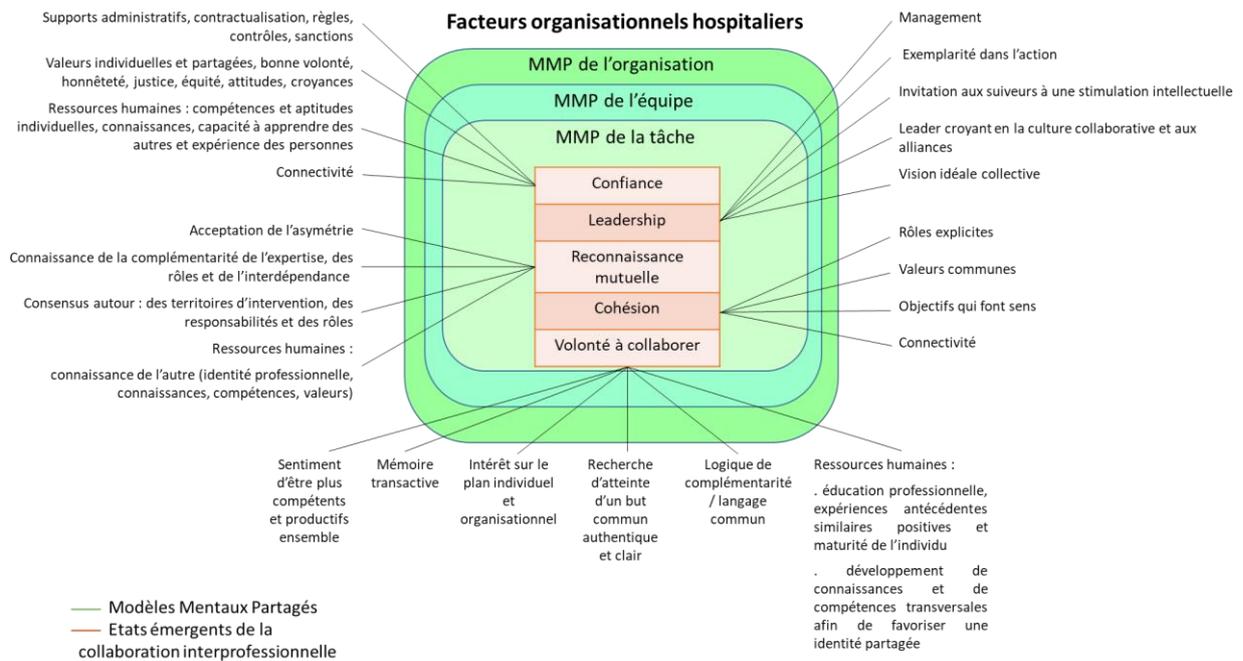


FIGURE 29 : Les MMP au cœur des interactions entre facteurs organisationnels hospitaliers et états émergents de la CIP

2.2.3. Un cadre de réflexion managérial autour du partage de modèles mentaux

Nous proposons dans la figure ci-après une schématisation des différents liens que nous avons pu établir dans cette étude. Pour concevoir cette figure, nous nous appuyons sur :

- les éléments théoriques concernant le phénomène de convergence des MM (Evans & al., 2018) ;
- les différentes catégories de MMP identifiées dans la littérature (MMP de la tâche et MMP de l'équipe) (Mohammed & al., 2010) ainsi que celle que nous proposons en complément (MMP de l'organisation) ;
- la nature des MMP (connaissance ou croyance) (Mohammed & al., 2010) ;
- les déterminants organisationnels de la CIP (Oandasan & al, 2004) ;
- les états émergents de la CIP (Bedwell & al., 2012) ;
- la proposition de Mohammed & al. (2010) « *d'antécédents, de résultats et de modérateurs étudiés empiriquement dans la littérature sur le modèle mental d'équipe* » (Mohammed & al., 2010, p.892).

Phénomène de convergence des MM

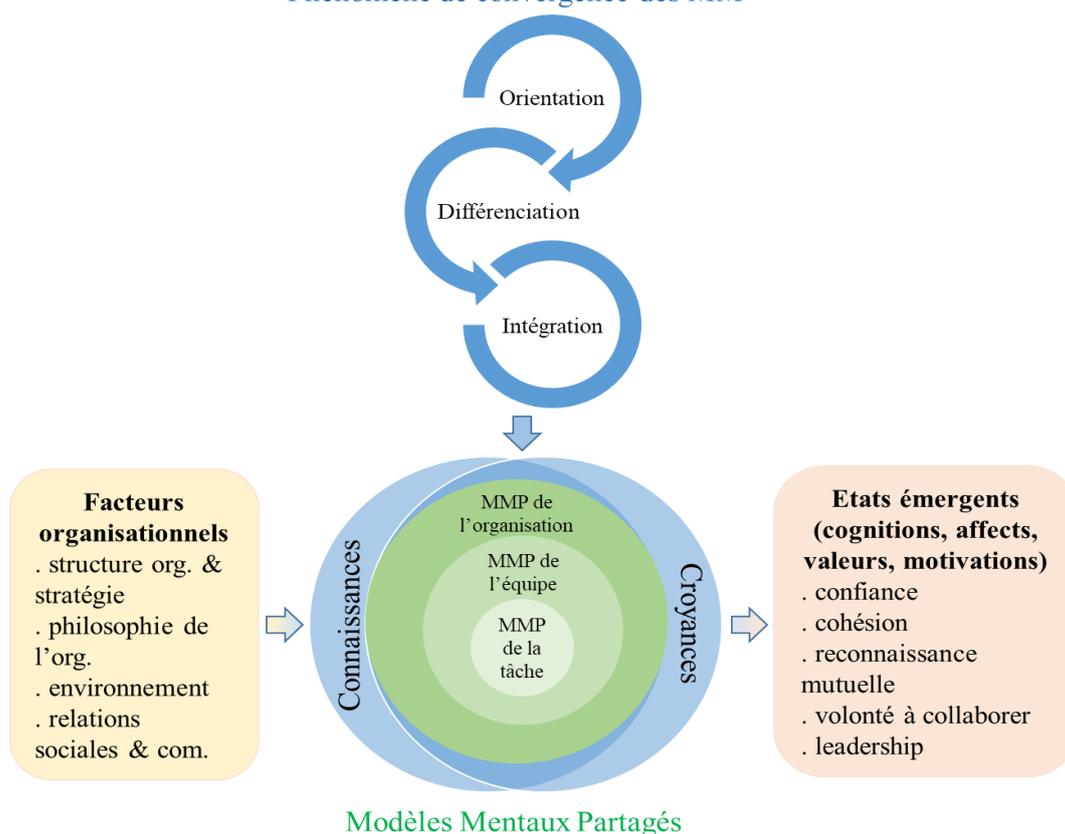


FIGURE 30 : Les Modèles Mentaux Partagés de l'émergence de la CIP

Compte-tenu de cette conceptualisation concernant le développement de MMP, nous proposons ci-après une synthèse de nos résultats en regard des différents états émergents.

Pour rappel les trois grandes catégories de MMP proposées sont les suivantes :

- le modèle mental partagé de la tâche (Klimoski & Mohammed, 1994) est en lien avec une représentation commune de la tâche à réaliser (connaissance des équipements, de la technologie ou des activités) ;
- le modèle partagé du fonctionnement de l'équipe (Klimoski & Mohammed, 1994) est en lien avec la conscience des caractéristiques des membres de l'équipe (connaissance des préférences, des habitudes, des expertises) ;
- le modèle mental partagé de l'organisation en lien avec la sphère organisationnelle (structure organisationnelle et stratégie, philosophie de l'organisation, relations sociales et communication, environnement de la collaboration).

Ainsi, selon nos résultats, premièrement, la convergence de MMP de la tâche dépend des connaissances et croyances partagées des individus en regard :

- de l'utilisation des supports administratifs et de la contractualisation (Dumas & al., 2016 ; Gheorghiu & Moatty, 2005 ; Loilier & Tellier, 2004) (émergence de la confiance) ;
- de l'identification, la clarification et l'application des rôles et responsabilités de chacun vis à vis de chaque activité professionnelle hospitalière (Dumas & al., 2016 ; Robidoux, 2007) (émergence de la cohésion), de la notion de consensus et de gestion de l'asymétrie à ce propos (Jacob 2015) (reconnaissance mutuelle) ; il s'agit aussi de la prise en compte du manque de ressources humaines face aux activités à réaliser ainsi que des ressources temporelles (émergence de la confiance) ;
- de la distribution des fonctions de production, facilitation, régulation et élucidation en lien avec le leadership partagé (Verzat & al., 2015) (émergence de la confiance, du leadership).

Deuxièmement, la convergence de MMP de l'équipe dépend des connaissances et croyances partagées des individus en regard :

- de la reconnaissance et de la valorisation de la flexibilité des acteurs (Baron, 2015) (émergence du leadership) ;
- du soutien de la mémoire transactive (Bedwell & al. 2012) (émergence de la volonté à collaborer) ;
- de l'interdépendance : identité professionnelle, connaissances, compétences, territoires d'intervention (Robidoux, 2007) (émergence de la confiance et de la reconnaissance mutuelle) ; du sentiment d'être plus compétents et productifs ensemble (Murphy, 1995, in Ben Maaouia, 2018) (émergence de la volonté à collaborer) ;
- de la communication quant à l'intérêt de la collaboration, l'évaluation de sa qualité et sa valorisation (Aumais & al., 2012 ; Bedwell & al., 2012 ; Robidoux, 2007) ainsi qu'à sa formalisation (Aumais & al., 2012 ; Dameron, 2004 ; Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Pitsis & al. 2004 ; Robidoux 2007) (émergence de la confiance et de la volonté à collaborer).

Troisièmement, la convergence de MMP de l'organisation dépend des connaissances et croyances partagées des individus en regard :

- de la connaissance des enjeux de l'organisation, du développement du leadership en « T » (Jacob, 2015 ; Jacob & Poitras, 2015) (émergence du leadership) ;

- des objectifs communs qui font sens (émergence de la confiance et de la cohésion) et d'une vision idéale partagée (Dameron, 2004 ; D'Amours & al. 2015 ; Jacob 2015) (émergence de la confiance et du leadership), de la recherche d'atteinte d'un but commun authentique et clair (San Martin-Rodriguez et al. 2005 ; Dameron 2005) (émergence de la volonté à collaborer) ;
- d'une culture reposant sur la plus-value des alliances (Pitsis & al., 2004) (émergence du leadership) ;
- des valeurs partagées (Durand & al., 2014 ; Glouberman & Mintzberg, 2001 ; Gueguen & Campia, 2018 ; Miremont & Valax, 2017) (émergence de la confiance, de la cohésion, de la reconnaissance mutuelle) ;
- de la connectivité (Chédotel, 2005 ; Gheorghiu & Moatty, 2005 ; San Martin-Rodriguez, 2005) (émergence de la confiance, de la cohésion) ;
- de la valorisation de la qualité de la communication, de son ouverture (Dumas & al. 2016), d'un langage commun ou de la traduction du langage des autres professionnels (Havard, 2015) (émergence de la volonté à collaborer) ;
- du style de management à privilégier (engagement des managers, transparence, écoute) (émergence de la confiance) ;
- de l'approche transformationnelle du leadership ; premièrement en rapport avec une vision idéale collective permettant aux suiveurs de pouvoir se projeter ; deuxièmement en rapport avec une exemplarité dans l'action : constance, opiniâtreté, résistance aux difficultés, fait d'inspirer de la confiance aux suiveurs et de leur permettre de s'identifier à ce « modèle » ; troisièmement en rapport avec une invitation aux suiveurs à une stimulation intellectuelle : créativité, remise en question, autres façons de penser (émergence du leadership).

3. Apports de la recherche

Notre travail de recherche souligne l'importance de la CIP au sein des hôpitaux, environnement complexe et évolutif, et ses difficultés de mise en œuvre. Nous nous attachons à y éclaircir les conditions de mise en œuvre de la CIP. Nous lions ces apports à notre positionnement épistémologique fondateur³² et à ses hypothèses. Ainsi les apports théoriques, empiriques, méthodologiques et managériaux de notre travail de recherche se déclinent à partir des deux hypothèses fondatrices du réalisme critique :

- la stratification du réel en trois domaines (Bhaskar, 1998) : le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique (Thiétart & al., 2014) ;
- la connaissance du réel empirique pour identifier et comprendre la mise en œuvre des mécanismes générateurs.

3.1 Apports théoriques

Les principaux apports théoriques sont au nombre de huit.

Premièrement, nous clarifions le cadre conceptuel autour de la CIP. Cette clarification passe tout d'abord par l'intermédiaire de la définition des notions d'antécédents (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000), de conséquences (Petri, 2010 ; Rodgers, 2000 ; Tofthagen, 2010), d'attributs (Careau ; 2013) et de déterminants (Careau, 2013). Elle passe ensuite par l'examen de la terminologie connexe et enfin par le choix d'une définition de la CIP et la distinction de ses attributs.

Deuxièmement, nous mettons en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP et enrichissons les déterminants organisationnels (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007 ; Robidoux, 2007 ; Aumais & al., 2012) par l'intermédiaire d'une recension des écrits et en lien avec une contextualisation hospitalière qui met en lumière de nombreuses spécificités. Parallèlement, nous identifions de manière inédite les cinq principaux états émergents de la CIP : la confiance, la cohésion, la reconnaissance mutuelle, la volonté à collaborer et le leadership (Eckenschwiller & al., 2021) et les contextualisons également.

Troisièmement au travers de cette contextualisation nous clarifions tout d'abord les tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP, puis ses répercussions positives et enfin les recommandations émanant de la littérature pour traiter le sujet.

Quatrièmement, nous mettons en évidence six recommandations issues de la littérature pour traiter notre sujet de recherche :

³² Figure 19

- considérer la CIP en tant que processus dynamique. Le sujet ayant été traité préférentiellement en se centrant sur la notion d'équipe (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007) ou en utilisant des modélisations statiques et linéaires (Humphrey & Aime, 2014 ; Waller & al., 2016) ;
- prendre en compte les interactions au sein du processus de collaboration interprofessionnelle (Kosremelli Asmar & Wacheux, 2007; Schmitt & al., 1988 ; Schofield & Amodeo, 1999) et étudier les liens complexes au sein de ce processus (Ben Maaouia, 2017 ; Lemieux & McGuire, 2006 ; McGrath & al., 2000)
- traiter davantage les facteurs organisationnels (Nolte & Tremblay, 2005 ; Robidoux, 2007) ;
- s'intéresser aux états émergents (Humphrey & Aime, 2014 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016) ;
- aborder l'aspect interprofessionnel (San Martin-Rodriguez & al., 2005) ;
- favoriser la transition de la théorie à la pratique (D'Amour & al., 2004 ; Jacob, 2015 ; San Martin-Rodriguez & al. 2005).

Cinquièmement, nous identifions des questionnements spécifiques liés au contexte hospitalier français : les paramètres spécifiques de contextualisation et questionnements émergents en lien.

Sixièmement, nous mettons en évidence la complexité des liens entre facteurs organisationnels et états émergents.

Septièmement, nous examinons les liens entre les facteurs organisationnels hospitaliers et les cinq principaux états émergents de CIP. Les facteurs organisationnels sont alors de quatre ordres :

- la structure organisationnelle et la stratégie ;
- la philosophie de l'organisation ;
- les relations sociales et la communication ;
- l'environnement de la collaboration.

Huitièmement, notre travail de recherche s'ouvre vers une mise en perspective de la littérature et des données empiriques et examine les principales interactions entre facteurs organisationnels et émergence de la confiance. Cette mise en perspective se décline en regard de l'identification :

- de facteurs organisationnels similaires entre la littérature et l'enquête et enrichis par l'enquête ;
- de facteurs organisationnels similaires mais divergents par leur contenu ;

- de facteurs organisationnels uniquement abordés dans l'enquête.

Les apports théoriques sont résumés dans le tableau ci-après.

TABLEAU 21 : Synthèse des contributions théoriques

	Etude n°1	Etude n°2	Etude n°3	Synthèse
Contributions théoriques	<p>Socle théorique :</p> <p>I. Clarification du cadre conceptuel autour de la CIP.</p> <p>II. Mise en exergue des facteurs macro, méso et micro de la CIP, enrichissement des déterminants organisationnels et identification des cinq principaux états émergents de la CIP.</p>			<p>Possibilité de reproduire ce cadre d'analyse afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de préciser de manière empirique les interactions entre FO et émergence <ul style="list-style-type: none"> - de la cohésion ; - de la reconnaissance mutuelle ; - de la volonté de collaborer ; - du leadership ; . de mettre en perspective les données de la littérature et les données empiriques.
	<p>III. Identification des tensions et difficultés de mise en œuvre de la CIP ainsi que de ses répercussions positives.</p> <p>IV. Mise en évidence de six recommandations issues de la littérature pour traiter le sujet dans la suite de la recherche :</p> <p>(1) aborder la CIP comme un processus dynamique ;</p> <p>(2) mieux comprendre les interactions au sein du processus ;</p> <p>(3) traiter prioritairement les FO ;</p> <p>(4) porter une attention particulière aux EE ;</p> <p>(5) aborder de manière étendue l'interprofessionnalité ;</p> <p>(6) passer de la théorie à la pratique en contextualisant la CIP</p> <p>V. Identification de questionnements spécifiques en lien avec la contextualisation hospitalière.</p> <p>VI. Mise en exergue de la complexité et de l'enchevêtrement des interactions FO/EE.</p>	<p>VII. En s'appuyant sur la contextualisation des FO et des EE ainsi que sur les recommandations 1 à 4 de l'étude n°1, l'étude n°2 permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> . une clarification des principales interactions entre FO et EE ; . l'identification de questionnements contextuels spécifiques. 	<p>VIII. En s'appuyant sur la clarification des principales interactions entre FO et EE de l'étude n°2 ainsi que sur les recommandations 5 et 6 de l'étude n°1, l'étude n°3 permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> . de préciser de manière empirique les interactions entre FO et émergence de la confiance ; . de mettre en perspective les données de la littérature et les données empiriques et ainsi d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> - des FO similaires (entre la théorie et l'enquête) et enrichis par l'enquête ; - des FO similaires mais divergents par leur contenu ; - des FO uniquement abordés par l'enquête. 	

3.2 Apports méthodologiques

Les apports méthodologiques de notre travail de recherche s'orientent vers trois dimensions : le mode d'exploration, le mode de traitement des données et la forme de la recherche.

3.2.1 Les voies d'exploration

Le raisonnement abductif de notre travail aboutit à deux voies d'exploration complémentaires. L'exploration théorique permet la construction de notre cadre conceptuel. Cela se tisse en confrontant deux cadres théoriques complémentaires et issus de la sociologie des organisations d'une part (Oandasan, D'Amour & al., 2004), de la psychologie appliquée aux sciences de gestion d'autre part (Bedwell & al., 2012). Ce cadre théorique inédit et adapté à notre problématique permet de construire le socle de notre réflexion³³ et de préparer :

- l'abord de la CIP en tant que processus dynamique ;
- le traitement des interactions au sein de ce processus ;
- le traitement privilégié des facteurs organisationnels ;
- la prise en compte d'une inter professionnalité élargie ;
- le traitement privilégié des états émergents de la CIP.

L'exploration empirique permet quant à elle de répondre à la recommandation de passage de la théorie à la pratique.

3.2.2 Codage des données

L'utilisation méthodique du logiciel de traitement de données NewNVivo (Saldana, 2013), permet de générer une matrice rigoureuse de réduction et d'analyse des données qualitatives récoltées de manières théorique et empirique. Le codage réalisé en différentes étapes répond aux différents objectifs que nous avons prédéfinis :

- l'exploration ;
- l'organisation par thématiques, concepts ou mots ;
- l'analyse de propriétés ou dimensions des catégories abordées ;
- l'identification des interactions, processus ou phénomènes d'émergence.

Ce codage méticuleux est répliqué de la méthodologie d'analyse de la recension des écrits à l'analyse empirique puis enrichi et consolidé suivant la méthodologie du codage « élaboratif ». Cette méthodologie est reconnue pour soutenir ou modifier les observations du chercheur

³³ Introduction générale - Objet de la recherche

développées dans un projet antérieur, elle présente de ce fait les qualités en matière d'évolution et d'adaptation que nous recherchions.

3.2.3 Thèse par articles

La réalisation d'une thèse par articles repose sur l'alliance entre la rédaction d'une série d'articles « auto-suffisants » de manière indépendante (présentant chacun une cohérence interne) et formant un tout logique et lié. Le contenu doit se prêter à des soumissions auprès de revues cotées et à la présentation au jury de thèse. Ces articles sont influencés par les exigences méthodologiques des revues et les commentaires et échanges lors de présentations en congrès. Thiéart & al. (2014) soulignent « *l'importance du feed-back dans l'amélioration d'un article* » (Thiéart & al., 2014, p.582). La thèse par articles permet de jaloner le parcours de recherche par deux types d'apport :

- des validations intermédiaires lors de l'acceptation de soumissions pour des publications dans des revues spécialisées et reconnues ou des communications en congrès ;
- des améliorations de la forme et du fond par la prise en compte des demandes de révision des reviewers et des remarques en congrès.

Cette méthodologie nous permet de nombreux ajustements dans le cheminement de notre réflexion et la prise en compte des questionnements émergents. Les articles se complètent ainsi et le fil conducteur thématique mène à une précision du propos.

Le tableau ci-après synthétise les contributions méthodologiques de notre travail de recherche.

TABLEAU 22 : Synthèse des contributions méthodologiques

Etude n°1	Etude n°2	Etude n°3	Synthèse
<p>Deux voies d'exploration complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - exploration théorique, confrontant deux cadres théoriques complémentaires - exploration empirique qui permet de répondre à la recommandation de passage de la théorie à la pratique. 			<p>La réalisation d'une thèse par articles permet de jaloner le parcours de recherche par deux types d'apport :</p> <ul style="list-style-type: none"> - validations intermédiaires lors de l'acceptation de soumissions pour des publications dans des revues spécialisées et reconnues ou des communications en congrès ; - améliorations de la forme et du fond par la prise en compte des demandes de révision des reviewers et des remarques en congrès.
<p>Codage des données méthodique à l'aide du logiciel de traitement de données NewNVivo (Saldana, 2013), qui permet de générer une matrice rigoureuse de réduction et d'analyse des données.</p>	<p>Codage méticuleux répliqué de la méthodologie d'analyse de la recension des écrits à l'analyse empirique puis enrichi et consolidé suivant la méthodologie du</p>		

3.3 Apports managériaux

Notre pratique de manager hospitalier et notre expérience en tant que rééducateur et formateur portent ce travail de recherche. Nous avons en permanence maintenu une vigilance quant à l'applicabilité de notre travail. Celui-ci est le fruit d'une émulation continue et de la recherche permanente d'un équilibre entre apports théoriques et expérience pratique. Nous avons suivi en cela la recommandation de Thiétart & al. (2014) de « *relier des théories, des concepts, des abstractions à des problèmes réels d'organisation* » (Thiétart & al., 2014, p.605). Dans le même ordre d'idée nous avons veillé à confronter notre réflexion et nos soumissions à un public hétérogène issu du domaine académique des sciences de gestion et du domaine appliqué hospitalier. C'est de cette préoccupation de transversalité entre théorie et pratique qu'est issue notre proposition d'un cadre de réflexion managérial³⁴. Ce cadre propose de manière inédite de s'appuyer :

- sur les connaissances théoriques et empiriques acquises tout au long de notre travail concernant les facteurs organisationnels, les états émergents de la CIP et leurs interactions ;
- sur le phénomène de convergence des MM comme levier managérial, cela par l'intermédiaire de l'orientation, la différenciation et l'intégration des MM.

Le tableau ci-après synthétise les contributions managériales de notre travail de recherche.

TABLEAU 23 : Synthèse des contributions managériales

Etude n°1	Etude n°2	Etude n°3	Synthèse
<p>. La nécessaire évolution des managers en regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de l'application du principe de « Leader en T » ; - du passage d'une posture bureaucratique à une posture adhocratique ; - du développement d'un management « Agile » ; - des objectifs managériaux soutenus par une démarche projet. <p>. Le besoin impératif de décloisonnement et de transversalité.</p>	<p>Développement de modèles mentaux partagés au sein des hôpitaux.</p> <p>Identification des modèles mentaux partagés de la tâche et du fonctionnement de l'équipe en lien avec l'émergence de la CIP.</p>	<p>Mise en œuvre du phénomène de convergence des modèles mentaux partagés en faveur de l'émergence de la confiance.</p>	<p>Proposition d'un cadre de réflexion managérial autour du développement de MMP.</p>

³⁴ Figure 31

4. Limites et perspectives de la recherche

4.1 Aspects théoriques

En regard des contributions théoriques de notre recherche³⁵, nous percevons deux limites majeures dans le traitement théorique de notre sujet.

La première limite concerne la cohérence interne de notre recherche et plus particulièrement l'articulation des références théoriques centrales. Nous avons étudié différents cadres théoriques avant d'en retenir deux, le modèle de Oandasan, D'Amour & al. (2004) sur la Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour, 1997 ; D'Amour & al., 2005 ; D'Amour & Oandasan, 2005 ; Oandasan & al., 2004 ; D'Amour & al., 1999) d'une part et celui du cadre de performance collaborative de Bedwell & al. (2012) d'autre part. Cette articulation n'est pas aisée et présente une prise de risque par rapport à la justification qu'elle nécessite pour être reconnue de manière académique. Selon nous cette prise de risque est toutefois nécessaire par rapport à la dimension adaptative qu'elle apporte. Cela nous a ainsi permis de construire un cadre théorique le plus adapté possible à notre recherche et un socle cohérent à notre exploration empirique.

Cette première limite ouvre une perspective de recherche vers l'exploration plus avant de ce cadre théorique alliant différentes sources. Il nous semblerait par exemple opportun de se pencher davantage sur deux points essentiels.

Tout d'abord, il s'agirait d'explorer l'émergence de la cohésion, de la reconnaissance mutuelle, de la volonté de collaborer et du leadership comme nous avons pu le mettre en œuvre concernant l'émergence de la confiance.

Ensuite, il s'agirait d'explorer les « comportements collaboratifs » évoqués par Bedwell & al. (2012) : comportements adaptatifs, comportements de rôles supplémentaires, comportements de traitement de l'information, comportements de leadership, comportements qui donnent du sens et comportements d'exécution de la tâche. En effet au cours de notre enquête nous avons relevé que ces différents comportements étaient fréquemment abordés par les personnes interrogées et cela nécessiterait d'être étudié.

La deuxième limite concerne l'utilisation de la terminologie connexe de la CIP³⁶ dans la littérature qui peut complexifier son analyse. Les termes connexes sont fréquemment utilisés les uns pour les autres et le risque pour le chercheur est alors :

³⁵ Tableau 20

³⁶ Figure 11

- soit d'amalgamer des termes (collaboration interprofessionnelle / coopération pluridisciplinaire / etc.) qui ne devraient pas l'être et aboutir à un cadre conceptuel approximatif ainsi qu'à des conclusions de recherche erronées ;
- soit d'écarter trop rapidement des terminologies qui auraient pu être intégrées (auteurs entendant la même signification pour les termes collaboration ou coopération par exemple).

Nous avons porté une vigilance particulière à cet écueil en précisant cette terminologie connexe mais il nous semble que l'analyse en reste toutefois partiellement subjective, cela notamment en fonction de la précision lexicale exposée dans les articles scientifiques.

Nous proposons face à cette limite une nouvelle perspective de recherche. Il semblerait pertinent que les auteurs se penchant sur ce sujet complexe et portant parfois à confusion puissent dès le début de leur recherche faire un choix lexical éclairé, au plus proche de leur problématique. Cela renforcerait très certainement la fiabilité des apports et faciliterait leur cheminement.

Ces limites et perspectives théoriques sont synthétisées dans le tableau ci-après.

TABLEAU 24 : Synthèse des limites et perspectives théoriques

Limites théoriques	Perspectives
Cohérence interne de la recherche : articulation des références théoriques centrales, équilibre entre prise de risque et besoin d'adaptation.	Poursuivre l'exploration de ce cadre théorique alliant différentes sources, notamment au travers de l'émergence de la cohésion, de la reconnaissance mutuelle, de la volonté à collaborer et du leadership ainsi que des « comportements collaboratifs » évoqués par Bedwell & al. (2012).
Utilisation de la terminologie connexe de la CIP ³⁷ dans la littérature qui peut complexifier son analyse et dont l'utilisation reste partiellement subjective.	Procéder en pré requis à un choix lexical éclairé, au plus proche de la problématique.

4.2 Aspects méthodologiques

En regard des différentes contributions méthodologiques de notre recherche³⁸, différentes limites apparaissent, elles concernent d'une part le choix de la méthodologie d'enquête et d'autre part les biais méthodologiques.

³⁷ Figure 11

³⁸ Tableau 21

4.2.1 Choix de la méthodologie d'enquête

Premièrement, concernant la validité externe de notre recherche, bien que diversifiés, les profils des professionnels interrogés restent restreints : 17 professions au total parmi 32 professionnels. De ce fait, si nous portons notre attention sur les facteurs de la CIP en lien avec cette professionnalisation, nous constatons qu'une ouverture à d'autres profils serait susceptible de faire évoluer les résultats. Les facteurs³⁹ concernés par cet impact sont notamment :

- la formation initiale ;
- l'identité professionnelle ;
- les valeurs professionnelles ;
- la logique professionnelle.

Deuxièmement, bien que la dépendance contextuelle au secteur hospitalier français soit prise en compte, un seul hôpital et seulement deux pôles ont fait l'objet de l'enquête, cela dans le cadre d'une étude de cas unique (Langley & Royer, 2006 ; Royer & Zarlowski in Thiétart & al., 2007).

Troisièmement l'enquête s'est déclinée au travers de deux types d'entretiens : semi-structurés individuels et libres individuels. Ces entretiens ont fourni de nombreuses données, la vigilance portée à la conduite d'entretiens nous a permis de favoriser des interactions riches avec les répondants. Toutefois tout choix méthodologique restreint les possibilités de récolte de données et ouvre vers de nouvelles pistes d'exploration.

D'après ces trois constats, une nouvelle perspective de recherche consisterait à élargir les conditions de réalisation de l'enquête, cela en l'étendant :

- à d'autres professionnels en santé en contact direct ou non avec le patient ; en effet selon notre positionnement épistémologique et notre cadre théorique les perceptions humaines du réel empirique (réalisme critique) sont influencées par la professionnalisation (formation initiale, identité, valeurs et logique professionnelles) ;
- à d'autres centres hospitaliers ; en effet le contexte (facteurs extrinsèques) active les mécanismes générateurs de la CIP. On peut ainsi s'attendre à des variations inédites concernant l'émergence de la CIP selon le contexte.

Il nous paraîtrait également pertinent d'ouvrir cette recherche à d'autres outils d'enquête. Sur le plan qualitatif, des entretiens de groupe seraient susceptibles d'ouvrir d'autres perspectives. Ils sont par exemple réputés pour :

³⁹ Figure 16

- « explorer des phénomènes [...] » ;
- relever les processus collectifs/sociaux en jeu [...] » ;
- faire émerger des connaissances, compréhensions, hypothèses nouvelles via les processus d'interrelations » (Gavard-Perret & al., 2018, p.96).

Sur le plan quantitatif, l'enquête pourrait être complétée par un questionnaire qui permettrait un traitement statistique des données. Cette méthodologie repose sur « la croyance qu'il est possible de quantifier des phénomènes sociaux » (Tétreault & Guillez, 2014, p.269). Elle permet de « décrire des tendances, des attitudes ou des opinions et de les généraliser à une population désignée » (Tétreault & Guillez, 2014, p.269) dans le cadre d'études transversales ou longitudinales. Cette notion de longitudinalité, comprenant différentes prises de mesure dans des temporalités différentes et chez les mêmes individus permet d'étudier l'objet de recherche au cours du temps et nous paraît particulièrement pertinente et prometteuse dans le cadre de l'étude de l'émergence de la CIP ou de la convergence de modèles mentaux, phénomènes évoluant intrinsèquement dans le temps.

4.2.2 Biais méthodologiques

Comme nous l'avons évoqué plus avant⁴⁰ nous avons porté une attention particulière à la prise en compte des biais méthodologiques, toutefois certains biais persistent indéniablement.

Concernant les biais limitant la fiabilité de l'étude, l'influence entre chercheur et site persiste au moins de manière partielle. Les personnes interrogées peuvent ainsi parfois être méfiantes par rapport au traitement des données et aux possibles répercussions professionnelles. De plus l'appui sur le réseau comme socle du recrutement des répondants peut comporter des risques selon les relations pré établies entre ces personnes et ce réseau.

Concernant les biais limitant la validité interne de l'étude, nous souhaitons revenir sur « l'effet d'histoire » (Drucker-Godard & al. in Thiétart & al., 2014) qui correspond à l'influence d'évènements extérieurs, survenus pendant l'étude et étant susceptibles d'avoir une influence notable sur les résultats. Nous avons répondu à l'appel à projets doctoraux de la région Grand Est au cours du printemps 2020, lors du premier confinement en lien avec la pandémie Covid-19. Nous rédigeons nos conclusions au cours du printemps 2023, la pandémie court toujours, le port du masque perdure dans le secteur hospitalier. L'intégralité de notre recherche s'est ainsi déroulée pendant la pandémie de Covid-19, ce contexte ayant impliqué :

- « des changements organisationnels permanents et très rapides [...] » ;

⁴⁰ Chapitre 2 – Choix méthodologiques

- *des professionnels atteints de la Covid-19 [...], des hospitalisations générant un absentéisme et un surmenage sans précédent [...]* ;
- *des patients en état de gravité absolue et des décès en nombre dans le Haut-Rhin, une gestion de fin de vie et de la mort qui altère le système de valeurs des soignants* » (Krencker in Nobre & al., 2020, p51).

Ainsi les facteurs organisationnels traités dans notre étude ne peuvent qu’être affectés par cet effet d’histoire et la question se pose d’identifier comment les « adaptations organisationnelles pourraient-elles se transformer en innovations pérennes » (Vinot, 2021, p. 156).

Comme le souligne Nobre (Nobre & al., 2020) il est nécessaire de prendre en compte trois types de risques pour pérenniser les innovations organisationnelles et managériales post crise et ainsi déterminer la continuité ou non de cet effet d’histoire. Une nouvelle perspective de recherche serait ainsi :

- premièrement d’anticiper la décompensation ou « *un effet de soufflé, où tout risque de revenir comme avant* » (Nobre & al., 2020, p.431) ;
- deuxièmement d’éviter l’effet d’amnésie notamment concernant les « *coopérations intra et inter-organisationnelles inédites (entre services, entre acteurs, entre privé et public, entre ville et hôpital...)* » (Nobre & al., 2020, p.431) ;
- troisièmement d’être vigilant par rapport à un effet de compensation des frustrations antérieures qui mènerait à un « *effet d’aubaine en maximisant son recours aux moyens débloqués exceptionnellement durant cette période post-crise* » (Nobre & al., 2020, p.432).

Ces limites et perspectives méthodologiques sont synthétisées dans le tableau ci-après.

TABLEAU 25 : Synthèse des limites et perspectives méthodologiques

Limites méthodologiques	Perspectives
<i>Choix de la méthodologie</i>	
Validité externe : les profils des professionnels interrogés restent restreints : 17 professions au total.	Elargir les conditions de réalisation de l'enquête en l'étendant : - à d'autres professionnels en santé ; - à d'autres centres hospitaliers. Ouvrir cette recherche à d'autres outils d'enquête sur le plan qualitatif et sur le plan quantitatif.
Dépendance contextuelle : un seul hôpital et seulement deux pôles ont fait l'objet de l'enquête.	
Enquête : entretiens semi-structurés individuels et libres individuels.	
<i>Biais méthodologiques</i>	
Fiabilité de l'étude : influence entre chercheur et site d'enquête.	Ouvrir cette recherche à d'autres outils d'enquête sur le plan qualitatif et sur le plan quantitatif.
Validité interne de l'étude : « effet d'histoire ».	Prendre en compte les trois types de risques afin de : - pérenniser les innovations organisationnelles et managériales post crise ; - déterminer la continuité ou non de l'effet d'histoire.

4.3 Aspects managériaux

En regard des différentes contributions managériales de notre recherche⁴¹, différentes limites apparaissent.

La première limite repose sur la subjectivité de la notion de modèle mental « partagé », la « similarité cognitive » qui est en question ou encore la notion de « compatibilité » restent à préciser.

La deuxième limite se pose en regard de la notion de convergence. En effet, les phases d'orientation, de différenciation et d'intégration des modèles mentaux, bien qu'identifiées restent à préciser dans leur mise en œuvre.

Ces deux premières limites renvoient vers une perspective de nouvelles recherches théoriques complémentaires associant les sciences de gestion à d'autres disciplines dans le domaine des sciences humaines comme la psychologie.

⁴¹ Tableau 22

La troisième et dernière limite correspond à l'émergence de la cohésion, de la reconnaissance mutuelle, de la volonté de collaborer et du leadership. La poursuite de l'analyse de données empiriques concernant ces quatre états émergents mènerait très certainement à l'identification de besoin de développement de nouveaux MMP de l'équipe, de la tâche et de l'organisation.

Ces limites et perspectives méthodologiques sont synthétisées dans le tableau ci-après.

TABLEAU 26 : Synthèse des limites et perspectives managériales

Limites managériales	Perspectives
Subjectivité de la notion de modèle mental « partagé ».	Nouvelles recherches dans différents champs théoriques.
Mise en œuvre des phases d'orientation, de différenciation et d'intégration des modèles mentaux.	
Traitement des autres états émergents.	Poursuite de l'analyse des données et identification de MMP complémentaires nécessaires à l'émergence de la CIP.

4.4 Pistes de recherche prioritaires

En regard des perspectives dans les domaines empirique, méthodologique et managérial que nous venons d'exposer, différentes pistes de recherche s'ouvrent à nous. Il s'agit prioritairement de poursuivre l'analyse de notre enquête empirique et d'entamer la rédaction de nouveaux articles. Ces articles concerneront l'étude :

- de l'émergence de la cohésion, de la reconnaissance mutuelle, de la volonté à collaborer et du leadership ;
- des « comportements collaboratifs » évoqués par Bedwell & al. (2012).

5. Conclusion

*« La thèse...
on l'aborde comme une aventure,
on la vit comme un voyage,
on la quitte comme un songe »*

(Bernheim & Noreau, 2016)

Une aventure qui a commencé il y a trois ans, une aventure inédite, un sentiment de défi et d'irréel... rédiger un projet de thèse lors d'un premier confinement alors que tout bascule et que les repères de tout un chacun vacillent.

Un voyage entre deux univers qui se côtoient de loin, se jaugent, se mesurent, se défient... Nous avons porté une vigilance particulière à mettre en perspective ces deux univers, d'une part notre univers professionnel hospitalier nourri de notre expérience de rééducateur et de cadre et d'autre part l'univers académique universitaire dans le domaine des sciences de gestion. Nous avons ainsi souscrit à la croyance que « *superposer l'univers pratique à l'univers scientifique aidera également les doctorants "à voir l'invisible"* » (Bernheim & Noreau, 2016, p.69). Au commencement de notre réflexion, le thème de notre projet de recherche est ainsi fondé sur notre expérience et sur l'envie de « *transformer une préoccupation professionnelle en objet de recherche* » (Bernheim & Noreau, 2016, p.69).

Un songe que l'on quitte mais surtout une projection vers l'avenir et une envie de valorisation et de mise en œuvre. Cette perspective repose sur deux axes de développement.

Nous souhaitons tout d'abord concourir au renforcement des liens entre l'hôpital et l'université. Il s'agit :

- de valoriser et renforcer la fiabilité des travaux de recherche concernant les organisations hospitalières ;
- d'apporter des réponses aux besoins et enjeux émergents du terrain hospitalier ;
- de favoriser l'inter disciplinarité (professionnels de santé et chercheurs) et la richesse inhérente au partage des ressources et compétences.

Enfin, nous avons la volonté de confronter notre cadre de réflexion managérial au secteur hospitalier. Il s'agit de poursuivre le travail de collaboration initié avec les différents pôles hospitaliers, direction des soins et direction générale afin :

- de continuer à diffuser nos résultats de recherche ;
- d'appliquer et tester notre cadre de réflexion managérial et de le faire évoluer.

Nous avons conclu ce travail en soulignant les limites et perspectives de notre recherche doctorale concernant l'étude de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle au sein du système hospitalier français. Nous espérons avoir contribué à l'amélioration des connaissances dans ce domaine et ouvrir vers un développement des compétences managériales dans ce secteur ainsi que vers le renforcement de la transversalité entre enseignement supérieur et santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A

Abord de Chatillon, E., Blondet, C., Branchet, B., Crambes, C., Commeiras, N., Malaquin, M., Rossano, M. & Valette, A. (2016). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) - observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de Travail 2013, *Rapport à la DGAFP : programme « Les conditions de travail dans la crise : post-enquêtes et exploitations secondaires »*, novembre.

Abord de Châtillon, E. & Desmarais, C. (2012). « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? », *Management International*, 16(3), 10-24.

Aitchison, C., Kamler, B. & Lee, A. (2010). *Publishing Pedagogies for the Doctorate and Beyond*, Oxon, New York, Routledge.

Ali Abdelwahed, A. M. (2015). Eléments de réponse à la problématique ontologique dans les sciences sociales. *Document de travail du Centre d'Economie de l'Université Paris Nord*, n°2020.

Alis, D. & Fergelot, V. (2012), Le rôle des cadres intermédiaires dans le processus de changement des collectivités publiques : pour un modèle dynamique de la construction de rôle, *Management International*, 16(3), 26-37.

ARS Grand Est (2018). PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028. Consulté le 29 septembre 2018. URL : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/presentation-du-projet-regional-de-sante-grand-est>.

Assurance Maladie (2021). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2022.

Augustinova, M. & Oberle, D. (2013). *Psychologie sociale du groupe de travail*, de Boeck.

Aumais, N., Laflamme, S. & Venne, C. (2012). « Les leviers qui favorisent la collaboration inter-équipes », *Université de Sherbrooke, Séminaire international Maîtrise en gestion de la formation*, septembre, 1-25.

Avenel, C. (2014). La « cohésion sociale » : de quoi parle-t-on : Clarifier le concept pour consolider un nouveau modèle d'action. In Guéguen, J.-Y., *L'année de l'action sociale 2015 : Objectif autonomie*, 119-136.

Avenier, M.J. (2011). Pourquoi jeter le bébé avec l'eau du bain ? Méthodologie sans épistémologie n'est que ruine de la réflexion !, *Le Libellio d'Aegis*, 7(1), 39-52.

Avenier, M.J. & Thomas, C., (2015). Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: A comparison of four epistemological frameworks, *Systèmes d'Information et Management*, 20(1), 61-98.

B

Baggs, J. G., Norton, S. A., Schmitt, M. H., & Sellers, C. R. (2004). The dying patient in the ICU: Role of the interdisciplinary team. *Critical Care Clinics*, 20(3), 525-540.

Baker, J., Lovell, K. & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques, *Nurses tearcher*, 14(1), 59-70.

Barbot, J.-M. & Marchandet, S. (2021). *Innovations managériales et qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière*, Boulogne-Billancourt, Berger-Levrault.

Bardram, J.E. & Bossen, C. (2005). Mobility Work: The Spatial Dimension of Collaboration at a Hospital, *Computer Supported Cooperative Work*, 14(2), Avril, 131-160.

Baret, C. (2002). Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède, *Sciences sociales et santé*, 20(3), 75-107.

Baret, C., Grenier, C. & Nobre, T. (2014). Élaborer et piloter des projets dans les organisations sanitaires et médico-sociales : acteurs, savoirs, outils », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 427-429.

Baron, L. (2003). *Gestion des ressources humaines et gestion par projet*. In Ressources humaines, Editions d'organisation, 2003, 615-654.

Baron, L. (2015). Éloge de la flexibilité des leaders, *Gestion*, 40(3), 28-31.

Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional collaboration: Arguments, assumptions & evidences*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Bauby, J.-D. (1997). *Le scaphandre et le papillon*, Robert Laffont.

Beaucourt, C.& Laude, L. (2010). Diriger : entre compromis et transgression. Une analyse de la relation dynamique, *Revue internationale de Psychosociologie*, 16(40), 205-220.

Beckers, J. (2006-2007). *Accompagnement professionnel et pratiques évaluatives*, Institut de Formation et de Recherche en Enseignement Supérieur. URL : http://www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appe_cours_2.pdf

Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, de boeck.

Bedwell, W. L., Wildman, J. L., Diazgranados, D., Salazar, M., Kramer, W. S. & Salas, E. (2012). Collaboration at Work: An Integrative Multilevel Conceptualization, *Human Resource Management Review*, 22(2), juin, 128-45.

Bell, B. S., & Kozlowski, S. W. J. (2002). A typology of virtual teams: Implications for effective leadership. *Group Organization Management*, 27, 14-49.

Belorgey, N. (2012). *L'hôpital sous pression*. La Découverte.

Ben Maaouia, M. (2017). *Etude qualitative des dimensions de la collaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas des équipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim*, Université du Maine.

Berard, E. (2013). Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion, *Journal de gestion et d'économie sociale*, 31, 187-205.

Bernheim, E. & Noreau, P. (2016). *La thèse, un guide pour y entrer et s'en sortir*. Les presses de l'université de Montréal.

Bhaskar R. (1998). The Logic of Scientific Discovery. In Archer M., Bhaskar R., Collier A., Lawson T. & Norrie A., *Critical Realism Essential Readings*, Routledge, 48-103.

Borrill, C., West, M. A., Dawson, J., Shapiro, D., Rees, A., Richards, A. & al. (2002). Team working and effectiveness in health care. Findings from the health care team. Effectiveness project. *Centre for Health Service Organization Research*.

Boutinet, J.-P. (2015a). *Anthropologie du projet*, puf, 3^{ème} édition.

Boutinet, J.-P. (2010). *Grammaire des conduites à projet*, puf.

Boutinet, J.-P. (2015b). *Grammaire des conduites à projet*, puf.

Boutinet, J.-P. (2014). *Psychologie des conduites à projet*, puf.

Boutinet, J.-P. (2017). *Psychologie des conduites à projet*, puf.

Brechat, P., Leenhardt, A., Mathieu-Grenouilleau, M.-C., Rymer, R., Matisse, F., Baraille, D. & Beaufils, P. (2010). Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique, *Santé publique*, 22(5), 571-580.

Bredin, F., Leost, H., Gras, O., Meunier, A., Pilven, A. & Remay, F. (2020). Evaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, *Inspection générale des finances_Inspection générale des affaires sociales*.

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.

Bru, M. (2006). *Les méthodes pédagogiques*, PUF.

Brun, J.-P. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens, *Gestion*, 30(3).

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(1), 39-48.

Burellier, F., Gavault, S., Laude, L., Angele-Halgand, N., Baret, C., Louazel, M., Orvain, J. & Ruiller, C., (2019). Qui veut laver ma blouse ? La légitimation collective d'activités teintes. Le cas des équipes de gestion de pôles, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2(2), 177-195.

Buthion, V. & Godé, C. (2014). Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32, 501-519.

C

Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada*, Ottawa.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010). *A national interprofessional competency framework*, Vancouver.

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers & M., Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*.

Castaner, X. & Oliveira N. (2020). Collaboration, Coordination, and Cooperation Among Organizations: Establishing the Distinctive Meanings of These Terms Through a Systematic Literature Review, *Journal of management*, 46(6), 965-1001.

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Consulté le 24/10/2022. URL : <https://cnrtl.fr/>.

Chambon, M. & Perouze, H. (2003). *Conduire un projet dans les services*. Chronique Sociale.

Chanut, V., Guibert, N., Rojot, J. & Dubois, P.-L. (2011). Les limites de la rationalité limitée ? Un essai de réflexion en sciences de gestion, *Management & Avenir*, 8(48), 97-117.

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

CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), (2023). Rencontre avec l'auteur Sylvain Tesson. Consulté le 1/06/2023, <https://www.youtube.com/watch?v=QQLjuLkPCeE>

Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : ou le réel décomposé en réseaux de savoir, 1(4), 5-27.

Crozet, P. & Desmarais C. (2005). L'encadrement des organisations publiques face à la modernisation managériale : concilier l'inconciliable, *Actes de la 16ème conférence de l'AGRH, Paris Dauphine*.

D

Dameron, S. (2004). Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet, *M@n@gement*, 7(3), 137-160.

D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec, *Université de Montréal*.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. & Beaulieu, M. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 5(Suppl. 1), 116-131.

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J.-F. & Remondin, M. (2004). Comparative study of interorganizational collaboration in four health regions and its effects: the case of perinatal services.

D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 8-20.

D'Amour, D., Sicotte, C. & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé, *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 67-94.

D'Amours, L., Ferland, M., Jacob, R. & Poitras J. (2015). Collaborer pour faire le bien, *Gestion*, 40(3), 64-71.

Daval, R. (2008). Les Fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers, *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 8, 5-20.

David, A. (2004). Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion. *XIIIème Conférence de l'AIMS*.

Dehame-Leleyter, M., Lancry, A. & Valléry, G. (2008). Travail d'articulation et organisation du travail : étude dans un collectif de l'enseignement public, *Psychologie du travail et des organisations*, 14(4), 345-368.

Department of Health (2001). Working together, learning together: a framework for lifelong learning for the NHS, London.

Denis, J.-L., Lamothe L. & Langley, A. (2001). The Dynamics of collective leadership change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.

Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A. (2018). In Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. & Vas (Dir.), *Conduite du changement : concepts clés: 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs*, 259-271, Dunod.

Denis J.-L., Langley A. & Sergi V. (2012). Leadership in the Plural, *Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283.

Denis J.-L., Langley A. & Rouleau L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames, *Human Relations*, 60(1), 179-215.

De Singly, M. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*.

Desmarais, C. & Abord De Chatillon, E. (2008). Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé ?, *Revue Française d'Administration Publique*, 4(128), 767-783.

Detchessahar, M. & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de « gestionniste », *Gérer et Comprendre*, 98.

Dictionnaire Le Robert, <https://dictionnaire.lerobert.com/>, consulté le 25/10/2022.

Direction de la recherche, des études, de L'évaluation et des statistiques (2020). *Les dépenses de santé en 2019*.

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation, *Sciences sociales et santé*, 36(1), 39-64.

Drecq, V. (2014). *Pratiques de management de projet*, Dunod.

Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?, *RHIME*, 1(20), 45-67.

Dumas, M. & Ruiller, C. (2013). Être cadre de proximité à l'hôpital, quels rôles à tenir ?, *Revue de gestion des ressources humaines*, 1(87), 42-58.

Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion - Ou que répondre à la question : „quelle est votre posture épistémologique“ ?, *Le Libellio d'Aegis*, 6(4), 3-16.

Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion (2) Une réponse à Marie-José Avenier, *Le Libellio d'Aegis*, 7(1), 53-62.

Dumond, J. (2006). Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers, *Sciences sociales et santé*, 24, 97-127.

Dupuy, L. (2021). Co, multi, inter, ou trans-disciplinarité ? La confusion des genres... , *Work in progress / Document de travail à destination des étudiants du CIEH (Certificat International d'Écologie Humaine)*.

Dyer, J. C. (1984). Team research and team training: State-of-the-art review. *Human Factors Review*, 285-323.

E

Eckenschwiller M. (2022). Collaboration interprofessionnelle et émergence de la confiance en management hospitalier. *Colloque AIRMAP*, Rabat, Maroc.

Eckenschwiller M., Wodociag, S. & Mercier, S. (2021, a). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels, *Colloque AIRMAP*, Clermont-Ferrand, France.

Eckenschwiller M., Wodociag, S. & Mercier, S. (2021, b). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques en jeu et des principales interactions, *Colloque ARAMOS*, Créteil, France.

Eckenschwiller M., Wodociag, S. & Mercier, S. (2022). La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux, *Management et Avenir*, 131(5), 15-38.

Ehrlich, M.-F., Tardieu, H. & Cavazza, M. (1993). Les Modèles mentaux : Approche cognitive des représentations, Masson.

Engum, S. A. & Jeffries, P. R. (2012). Interdisciplinary collisions: Bringing healthcare professionals together, *Collegian*, 19, 145-151.

Evans, J., Tsisis, P. & Grudniewicz, A. (2018). Les essais et erreurs, ensemble : la pensée divergente et l'apprentissage collectif dans la mise en œuvre des réseaux intégrés de soins, *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 84, 467-484.

Evans, J.M., Palmer, K.S., Brown, A.D., Marani, H., Russell, K.K., Martin, D. & Ivers, N.M. (2019). Out of sync: a Shared Mental Models perspective on policy implementation in healthcare, *Health Research Policy Systems*, 17(94).

F

Feroni, I. & Kober Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue Française de Sociologie*, 46, 469-494.

Fineberg, I. C., Wenger, N. S., & Farrow, L. (2004). Interdisciplinary education: Evaluation of a palliative care training intervention for pre-professionals. *Academic Medicine*, 79(8), 769–776.

Fleury, M.-J., Grenier, G. & Bamvita, J.-M. (2017). Job Satisfaction among Mental Healthcare Professionals: The Respective Contributions of Professional Characteristics, Team Attributes, Team Processes, and Team Emergent States, *SAGE Open Medicine*, 5, 1-12.

G

Gaertner, S. L., Mann, J., Murrell, A., & Dovidio, J. F. (1989). Reducing intergroup bias: The benefits of recategorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 239-249.

Gallant, M. H., Beaulieu, M. C., & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: An analysis of the concept within the nurse–client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 149-157.

Gama, F. & du Chaffaut, G. (2022). La collaboration public-privé à l'heure de la Covid-19, se connaître, se faire confiance, agir de concert. In Capgras, J.-B. (2022), *Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19: Du volontarisme managérial individuel à la dynamique organisationnelle collective*, 285-295, EMS Editions.

Gardere, E., Bouillon, J.-L. & Loneux, C. (2019). Le « collaboratif » dans les organisations : une question de communication, *Communication et organisation*, 55, 9-22.

Garel, G., Giard, V. & Midler, C. (2001). Management de projet et gestion des ressources humaines. *IAE de Paris, GREGOR*. Consulté le 27 février 2019. URL : <https://www.lamsade.dauphine.fr/~giard/2001-05.pdf>

Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C. & Jolibert, A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse*. Paris : Pearson Education.

Gavault, S., Laude, L. & Baret, C. (2014). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif, *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32(7), 463-480.

Georgescu, I. & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers, *Comptabilité Contrôle Audit*, 18(3), 67-95.

Gheorghiu, M. D. & Moatty, F. (2005). Les conditions du travail en équipe, *Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement-Ministère de la santé et des solidarités*.

Ghertman, M. (2006). Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction, *Revue française de gestion*, 32(160), 191-216.

Glaser, B.G. & A.L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Armand Colin, coll. « Individu et Société ».

Global Health Workforce Alliance (2008). GHWA welcomes G8 commitment for action on chronic health worker shortages. *Geneva, World Health Organization*.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation, *Aspen Publishers*, 58-71.

Goldstein, J. (1999). Emergence as a construct: History and issues. *Emergence*, 1, 49-72.

Grenier, C. & Bernardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles, *Revue française de gestion*, 5(250), 125-138.

Grevin, A. (2011). *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Nantes.

Griffin, M. A., Neal, A. & Parker, S. K. (2007). A new model of work role performance: Positive behavior in uncertain and interdependent contexts. *Academy of Management Journal*, 50, 327-347.

Grosjean, M., Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. Presses Universitaires de France.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S., *Fourth Generation Evaluation*, Sage, 1989.

Gueguen, S. & Campia, P. (2018). Soigner le travail pour prendre soin des métiers de la santé. In Holcman, R., *La souffrance des soignants*. Dunod.

H

Habib, J. & Vandangeon-Derumez, I. (2015). Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes : Analyse comparée de deux hôpitaux, *Revue française de gestion*, 247, 45-66.

Halleux, J. (1894). L'idée fondamentale du Positivisme et ses conséquences logiques, *Revue néo-scholastique*, 2.

Halpern, C. (2013). Axel Honneth et la lutte pour la reconnaissance. Dans : Christophe André éd., *La reconnaissance: Des revendications collectives à l'estime de soi*, 12-15.

Hampson, I. & Junor, A. (2005). Invisible work, invisible skills: interactive customer service as articulation work, *New Technology, Work and Employment*, 20(2), 166-181.

Hanson, C. M., Spross, J. A., & Carr, D. B. (2000). Collaboration. In A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson (éds), *Advanced nursing practice. An integrative approach*, (2e éds.), 315-347.

Havard, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? , @GRH, 3(16), 91-125.

Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen J. I. (1995). Collaboration: A concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, (21), 103-109.

Hinsz, V. B., Tindale, R. S., & Vollrath, D. A. (1997). The emerging conceptualization of groups as information processors, *Psychological Bulletin*, 121, 43-64.

Hlady Rispal, M. (2015). Une stratégie de recherche en gestion, l'étude de cas, *Revue française de gestion*, 253(8), 251-266.

Holcman, R. (2019). *Management hospitalier-Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod.

Holland, R., Battersby, J., Harvey, I., Lenaghan, E., Smith, L. & Hay, L. (2005). Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure, *Heart*, 91, 899-906.

Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse, *Revue du MAUSS*, 23, 133-136.

Honoré, L. (2015). Travail en situation et prise en compte du risque : le cas des services de réanimation néonatale, *Management & Avenir*, 75, 89-107.

Hood, C. (1995). The « New public management » in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, 20, 93-109.

Hughes, S.L., Hughes, S.L., Cummings, J., Weaver, F., Manheim, L., Braun, B., & Conrad, K. (1992). A randomized trial of the cost-effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill, *Health Services Research*, 26, 801-817.

Humphrey, S. E. & Aime, F. (2014). Team microdynamics: Toward an organizing approach to teamwork, *The Academy of Management Annals*, 8(1), 443-503.

Hunt, S.D. & Hansen, J.M. (2008). The Philosophical Foundations of Marketing Research: For Scientific Realism and Truth, *The Sage Handbook of Marketing Theory*, 7, 111-126.

I

Ibarra, H. & Hansen Morten T. (2011). Are You a Collaborative Leader? , *Harvard Business Review*, 68-74.

Ilgen, D.R., Hollenbeck, J.R., Johnson, M. & Jundt, D. (2005). Équipes dans les organisations : des modèles d'entrée-processus-sortie aux modèles IMOI, *Revue annuelle de psychologie*, 56, 517-543.

Im, J., Evans, J.M., Grudniewicz, A., Boeckxstaens, P., Upshur, R. & Steele Gray, C. 2022. On the same page? A qualitative study of shared mental models in an interprofessional, inter-organizational team implementing goal-oriented care, *Journal of Interprofessional Care*.

J

Jackson, G., Gater, R, Goldberg, D, Tantam, D., Loftus, L. & Taylor, H. (1993). A new community mental health team based in primary care: a description of the service and its effect on service use in the first year, *British Journal of Psychiatry*, 162, 375-384.

Jacob, R. (2015). La mise en œuvre de la collaboration organisationnelle, *Gestion*, 40(3), 72-77.

Jacob, R. & Poitras, J. (2015). Travailler en mode collaboratif : pour aller plus loin, *Gestion*, 40(3), 52-59.

Jansson, A., Isacsson, A. & Lindholm, L.H. (1992). Organisation of health care teams and the population's contacts with primary care, *Scandinavian Journal of Health Care*, 10, 257-265.

Jarrossay, E. & Paternostre, B. (2020). Perception par les proches aidants de leurs rôles et fonctions face aux douleurs cancéreuses en situation palliative spécifique ou symptomatique au domicile, *Médecine Palliative Soins de Support - Accompagnement - Ethique*, 19(4), 207-213.

Jorro, A. & Houot, I. (2013). Reconnaissance professionnelle. In : Jorro, A., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, 253-257. de boeck supérieur.

Josserand, E., Clegg, S., Kornberger, M. & Pitsis, T. S. (2004). Friends or Foes? Practicing Collaboration? An Introduction, *M@n@gement*, 7(3), 37 - 45.

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

K

Kervasdoué, J. de (2005). *L'hôpital*, PUF

Klimoski, R. & Mohammed, S. (1994). Modèle mental d'équipe : construction ou métaphore ?, *Revue de Gestion*, 20(2), 403-437.

Kosremelli Asmar, M. & Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire, *Conférence Internationale en Management Beyrouth*, Liban, 57-75.

Kozlowski, S. W. J., & Klein, K. J. (2000). A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes, *San Francisco, CA: Jossey-Bass*.

Kramer, R. M. (1999). Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions, *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598.

Krief, N. (2000). Démarches de projet et apprentissage du changement, le cas d'un hôpital public, *IXème Conférence Internationale de Management stratégique-Montpellier*, 1-12.

Krief, N. (2012). Les préoccupations des acteurs hospitaliers en question : analyse croisée et dynamique de construction collective, *@GRH*, 2(3), 43-67.

Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention, *Recherche en Sciences de Gestion*, 95, 211-237.

L

Langley, A. & Royer, I. (2006). Perspectives on Doing Case Study Research in Organizations, *M@n@gement*, 9, 81-94.

Larousse, 2022, <https://www.larousse.fr/>, consulté le 24/10/2022

Larose, V. & Corriveau, G. (2009). Management des RH en contexte de projets, *Revue française de gestion*, 5(195), 15-28.

Lau, D.T., Kasper, J.D., Hauser, J.M., Berdes, C., Chang, C.-H., Berman, R.L., Masin-Peters, J., Paice, J. & Emanuel, L. (2009). Family caregiver skills in medication management for hospice patients: a qualitative study to define a construct, *J Gerontol*, 64, 799-807.

Lemieux-Charles, L. & Mcguire, W. L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature, *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.

Le Moigne, J.-L. (2001). « *Les enracinements* », *Le Constructivisme, tome I*, L'Harmattan.

Lenoir, Y. (2020). L'interdisciplinarité dans l'enseignement primaire : pour des processus d'enseignement-apprentissage intégrateurs, *Tréma*, 54.

Lewin, R. (1992). *Complexity: Life at the Edge of Chaos*, NY: Macmillan.

Lewis, L.K. (2006). Collaborative interaction: Review of communication scholarship and a research agenda. In Beck, C. S., *Communication yearbook*, 30, 197-247. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lindeke, L.L. & Sieckert, A.M. (2005). Nurse–physician workplace collaboration, *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(1).

Lingard, L., Lingard, Espin, S., Evans, C. & Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team, *Critical Care*, 8(6), 403 - 408.

Lockhart-Wood, K. (2000). Collaboration between nurses and doctors in clinical practice, *British Journal of Nursing*, 9, 276-280.

Loilier, T. & Tellier, A. (2004). Comment peut-on se faire confiance sans se voir ? Le cas du développement des logiciels libres, *M@n@gement*, 7(3), 275-306.

Loiselle, C.G., Profetto-Mc Graph, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Longoria, R. A. (2005). Is inter-organizational collaboration always a good thing? *Journal of Sociology and Social Welfare*, 32(3), 123-138.

Loufrani-Fedida, S. (2021). Les approches multi-niveaux en Gestion des Ressources Humaines. In : Beaujolin-Bellet, R., *Les grands courants en gestion des ressources humaines*, 357-373. EMS Editions.

Lupton, C. & Khan, P. (1998). The role of health professionals in the UK child protection system: A literature review, *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 209-221.

M

Maingain, A. & Fourez, G. (2002). *Approches didactiques de l'interdisciplinarité*. de boeck université.

Malone, D., Newron-Howes, G., Simmonds, S., Marriot, S. & Tyrer, P. (2007). *Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality*.

Mansourimoaied, M., Boman, K. & Causley, T. (2000). Nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration, *Nursing Connections*, 13(1), 21-31.

Marks, M. A., Mathieu, J. E. & Zaccaro, S. I. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes, *Academy of Management Review*, 356-376.

Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. & Torrielli, R. (2011). *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant.

Mathieu, J.E., Heffner, T.S., Goodwin, G.F., Hobson, K., Ivory, K., Trip, M., & Windefelder, N. (2000). The influence of shared mental models on team process and performance. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 273-283.

Mathieu, J., Maynard, M. T., Rapp, T. & Gilson, L. (2008). Team effectiveness 1997–2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future, *Journal of Management*, 34, 410-476.

Matthews, Z, Channon, A, Van Lerberghe, W. (2006). Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005–2050. *World Health Organization*.

McAlister, F.A., Stewart, S., Ferrua, S. & McMurray, J.J.J.V. (2004). Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission, *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 810-819.

McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice-a matter of teamwork: An integrated literature review, *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-428.

McGrath, J. E. (1984). *Groups: Interaction and performance*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

McGrath, J. E., Arrow, H., & Berdahl, J. L. (2000). The study of groups: Past, present, and future, *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 95-105.

Mériade, L., Rochette, C., Talbot, D. (2018). La confiance interpersonnelle en milieu hospitalier : une proposition de lecture par la proximité, *Gestion et management public*, 7(1), 31-52.

Michinov, E. & Michinov, N. (2013). Travail collaboratif et mémoire transactive : revue critique et perspectives de recherche, *Le travail humain*, 76, 1-26.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003), *Analyse des données qualitatives, Méthodes en sciences humaines* (2ème édition, date de la 1ère édition 1991, texte original traduit par M. H. Rispa). de boeck.

Ministère de la santé et des solidarités (2006), *Ensemble modernisons l'hôpital*.

Ministère de la transformation et de la fonction publiques (2020), *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique*.

Mintzberg, H. (2012). Managing the myths of health care, *World Hospitals and Health Services*, 48(3), 4-7.

Mintzberg, H. & Glouberman, S. (2001). Managing the care of health and the cure of disease- Part II: Integration, *Health Care Management Review*, 26(1), 72-85.

Miremont, M.-C. & Valax, M. (2017). Le partage du leadership à l'hôpital, une voie prometteuse pour les managers cadres de santé, *Académie des sciences de management de Paris* », 440-452.

Mispelblum-Beyer, F. (2006), *Encadrer, un métier impossible ?* Broché.

Mohammed, S., Ferzandi, L. & Hamilton, K. (2010). Metaphor No More: A 15-Year Review of the Team Mental Model Construct, *Journal of Management*, 36(4), 876-910.

Mohammed, S., Hamilton, K., Tesler, R., Mancuso, V. & McNeese, M. (2015). Time for temporal team mental models: Expanding beyond “what” and “how” to incorporate “when”, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(5), 693-709.

Mølbjerg Jørgensen, K. (2004). Creating Value-Based Collaboration: Life Forms and Power in a Change Project, *M@n@gement*, 7(3), 85-107.

Morey, J.C., Simon, R., Jay, G.D., Wears, R.L., Salisbury, M., Dukes, K.A. & Berns, S.D. (2002). Error reduction and performance improvements in the emergency department through

formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project, *Health Services Research*, 37, 1553-1581.

Morfaux, L.-M. & Lefranc, J. (2011). *Nouveau vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*, Armand Colin.

Murphy, S. E. (1995). Collaboration and Human performance, *Performance Improvement*, 34(7), 20-25.

N

Nadeau, R. (1999). *Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie*. PUF.

Naylor, C.J., Griffiths, R.D. & Fernandez, R.S. (2004). Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve outcomes? A systematic review, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 28, 251-258.

Nielsen, (2004). The Role of Trust in Collaborative Relationships: A Multi-Dimensional Approach, *M@n@gement*, 7(3), 239-256.

Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital, *Revue française de gestion*, 6(235), 113-127.

Nobre, T. & al. (2020). *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience*. EMS Editions.

Nobre, T., Lambert, P., Calmes, G., Dupont, B., Bendaira & al. (2012). *Le management de pôles à l'hôpital, regards croisés, enjeux et défis*. DUNOD.

Noce, T. & Paradowski, P. (2001). *Elaborer un projet guide stratégique*. Chronique sociale.

Nolte, J. & Tremblay, M. (2005). Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada, *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(S1), S4-S8.

O

Oandasan, I., Ross Baker, G., Barker, K., Bosco, C, D'Amour, D., Jones, L. & 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*.

Oandasan, I., D'Amour, D., Zwarenstein, M., Barker, K., Purden, M., Beaulieu, M.-D., Reeves, S., Nasmith, L., Bosco, C., Ginsburg, L., Tregunno, D. (2004). Interprofessional education for collaborative patient-centred practice: Research & findings report. *Ottawa: Health Canada*.

Oberle, D., Drozda-Senkowska, E. (2006). Processus orientés vers la tâche vs processus orientés vers le groupe : une vieille distinction toujours fructueuse ?, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 70, 63-72.

Odegard, A., Hagtvet, K. A. & Bjorkly, S. (2008). Applying aspects of generalizability theory in preliminary validation of the Multifacet Interprofessionnal Collaboration Model (PINCOM), *International Journal of Integrated Care*, 8, 1-22.

Oliver, D. P., Wittenberg-Lyles, E. M., & Day, M. (2006). Variances in perceptions of interdisciplinary collaboration by hospice staff, *Journal of Palliative Care*, 22(4), 275-280.

Organisation de Coopération et de Développement Economique (2019). *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris. URL : <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>. <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>, consulté le 22/02/2021.

Orvain, J. & Harmel, C. (2014). L'interdiction Des Retranscriptions Pharmaceutiques : Adaptation Du Management Aux Conventions Sociales, *Journal de Gestion et d'économie Médicales*, 32(7), 521-536.

P

Parrini-Alemanno, S. (2007). Histoire et évolution des phénomènes émergents dans les approches interactionnelles: Des courants primitifs à la communication processuelle, *Revue internationale de psychosociologie*, 13, 11-33.

Patel, H., Pettit, M. & Wilson, J. (2012). Factors of Collaborative Working: A Framework for a Collaboration Model, *Applied Ergonomics*, 43, 1-26.

Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.

Peljak, D. (2002). La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXème SIECLE, *Gestion*, 27(3), 134-141.

Petri, L., (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration, *Nursing Forum*, 45(2), 73-82.

Pesqueux, Y. (2022). Épistémologie des sciences de gestion. In : Pesqueux, Y., *Réfléchir: De l'importance de la tâche réflexive en sciences de gestion*, 222-240. EMS Editions.

Pitsis, T. S., Kornberger, M. & Clegg, S. (2004). The Art of Managing Relationships in Interorganizational Collaboration, *M@n@gement*, 7(3), 4 -67.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B. & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research, *Journal of Management*, 26, 513-56.

Poissant, C. (2015). Etes-vous un leader collaboratif ?, *Gestion*, 40, 88 - 89.

Poitras, J. (2015). La gestion des conflits, *Gestion*, 40(3), 78-82.

Policard, F., (2014). Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, *Recherche en soins infirmiers*, 2(117), 33-49.

Poochikian-Sarkissian, S., Hunter, J., Tully, S., Lazar, N. M., Sabo, K. & Cursio, C. (2018). La conception d'un modèle novateur de prestation des soins : Les équipes de pratique interprofessionnelle, *Healthcare Management Forum*, 21(1), 12-18.

R

Randon, S., Baret, C. & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale, *Management & Avenir*, 9(49), 133-149.

Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Regragui, S., Lacasse, A. & Gallagher, F. (2020). La collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une étude qualitative, *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 6(4).

Rempel, J.K., Holmes, J.G. & Zanna, M.P. (1985). Trust in Close Relationships, *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, (1), 95-112.

Riopel, M., (2009). Épistémologie et enseignement des sciences. URL : <http://sites.google.com/site/epistemologieenseignement/>. Consulté le 25/01/2023.

Riviere, A., Commeiras, N. & Loubes, A. (2019). Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé, *Revue de gestion des ressources humaines*, 2(112), 3-20.

Roberge, G.D. (2010). Une co-construction de la réussite. Le cas des expériences de formation en groupe de futurs enseignants, *Travail et formation en éducation*, (6).

Robidoux, M. (2007). Cadre de référence collaboration interprofessionnelle, *Ecole en chantier_Université de Sherbrooke*, 1-25.

Rosen, M. A., Bedwell, W. L., Wildman, J. L., Fritzsche, B. A., Salas, E., & Burke, C. S. (2011). Managing adaptive performance in teams: Guiding principles and behavioral markers for measurement, *Human resource management review*, 21(2), 107-122.

Rossano, M. (2019). Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2(2), 135-158.

S

Sainsaulieu, I. (2006). Les appartenances collectives à l'hôpital, *Sociologie du travail*, 48, 72-87.

Salas, E., Shuffler, M.L., Thayer, A.L., Bedwell, W.L., & Lazzara, E.H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations: a scientifically based practical guide, *Human Resource Management*, 54, 599-622.

Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2005). Is there "big five" in teamwork? *Small Group Research*, 36(5), 555-599.

Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*, SAGE.

Salignac, F., Marjolin, A., Noone, J. & Carey, G. (2019). Measuring dynamic collaborations: Collaborative health assessment tool, *Australian Journal of Public Administration*, 1-23.

Sandberg J. (2005). How Do We Justify Knowledge Produced With Interpretive Approaches?, *Organizational Research Methods*, 8(1), 41-68.

San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies, *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 132-47.

Sanojca, E. & Eneau, J. (2015). *Ambiguïtés de la notion de « compétences collaboratives » en formation d'adultes : le cas du dispositif Animacoop*. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01198689v2>. Consulté le 14 août 2017.

Satow, R.L. (1975). Value-rational authority and professional organizations: Weber's missing type, *Administrative Science Quarterly*, 20(4), 526-531.

Schmitt, M. H., Farrell, M. P. & Heinemann, G. D. (1988). Conceptual and methodological problems in studying the effects of interdisciplinary geriatric teams, *The Gerontologist*, 28(6), 753-64.

Schofield, R.F., & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective?, *Health and Social Work*, 3(24), 210-19.

Schot, E., Tummers, L. & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration, *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342.

Scott, W. R. (1993). The Organization of Medical Care Services: Toward an Integrated Theoretical Model, *Medical Care Review*, 50, 271-303.

Sebai, J. & Yatim, F. (2018). Approche centrée sur le patient et nouvelle gestion publique : confluence te paradoxe, *Santé publique*, 30(4), 517-526.

Seeber, I., Maier, R. & Weber B. (2014). Opening the Black Box of Team Processes and Emergent States: A Literature Review and Agenda for Research on Team Facilitation, *International Conference on System Sciences 47th*, Hawaii, 473-82.

Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers, *Social Science & Medicine*, 55, 991-1003.

Simon, H. A. (1984). *Models of Bounded Rationality, Economic Analysis and Public Policy*, MIT Press.

Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Marriott, S. & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 178, 497-502.

Smith, M.L. (2006). Overcoming Theory-Practice Inconsistencies: Critical Realism and Information Systems Research, *Information and Organization*, 16(3), 191-211.

Sommers, L.S., Marton, K.I., Barbaccia, J.C. & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors, *Archives of Internal Medicine*, 160, 1825-1833.

Sorel, M. & Wittorski, R. (2005). *La professionnalisation en actes et en questions*. L'Harmattan.

Staffoni, L., Schoeb, V., Pichonnaz, D., Bécherraz, C., Knutti, I. & Bianchi, M. (2017). Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnelles de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ?, *Kinésithérapie, la Revue*, 17(184).

Standifer, R. & Bluedorn, A. (2006). Alliance management teams and entrainment: Sharing temporal mental models, *Human Relations*, 59, 903-927.

Strauss, A.L. (1985). Work and the Division of Labour, *The Sociological Quarterly*, 26(1), 1-19.

T

Temaner-Brodley, B. (2013). La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client, *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 17, 28-64.

Tetreault, S. & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-la-Neuve.

Thietart, R.-A. (2014). *Méthodes de recherche en management*, Dunod.

Thomson, A. M. (2001). Collaboration: Meaning and measurement. Ph.D. diss., Bloomington: Indiana University.

Thomson, A. M., Perry, J.L. & Miller, T.K. (2007). Conceptualizing and Measuring Collaboration, *Journal of Public Administration Research and Theory*.

Tran, L. (2018). Herbert Simon et la rationalité limitée, *Regards croisés sur l'économie*, 22, 54-57.

Tyrrell, M.W.D. (2004). Communicating the Right Relationship? For Now, *M@n@gement*, 7(3), 69-83.

U

Université de Sherbrooke, *Inter, trans, multi, pluri ou intradisciplinarité ?* <https://www.usherbrooke.ca/litt-et-maths/fondements/inter-trans-multi-pluri-ou-intradisciplinarite/>. Consulté le 24/10/2022.

V

Vallejo, J. (2018). La mise en place des pôles d'activité médicale à l'hôpital public : quel est l'impact d'un changement de structure organisationnelle sur le processus de décision, *Congrès ARAMOS*.

Vallejo, J. (2018). L'impact d'un changement de structure organisationnelle sur la prise de décision : le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public, *Thèse en sciences de gestion*, Université Aix-Marseille, juin.

Vallejo, J. (2020). Pôles d'activité médicale et coopération médico-économique : une nouvelle structure organisationnelle à l'épreuve de l'incertitude des préférences, *Recherches en sciences de gestion*, 4(139), 395-414.

Valette, A. (2019). Le travail dans les organisations de santé : entre risque et innovation, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2(2), 133-134.

Valette, A. & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides « malgré tout » ?, *Annales des mines – Gérer et comprendre*, 2(116), 4-13.

Van Campenhoudt, L. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Vanden Dael, A., De Clercq, O., Van Antwerpen, P., Hoornaert, C., Troger, V., Thibaut, P., Schellens, P.-J. & Felgueroso-Bueno, F. (2019). Enseigner l'interdisciplinarité entre professionnels de la santé par la mise en place de séminaires DUO entre des étudiants en pharmacie et en médecine, *Questions de pédagogie dans l'enseignement supérieur, ENSTA Bretagne*, 1-11.

Van Dyne, L. & LePine, J.A. (1998). Helping and voice extra-role behaviors: Evidence of construct and predictive validity, *Academy of Management Journal*, 41, 108-119.

Velmuradova, M. (2004). Épistémologies et Méthodologies de Recherche En Sciences de Gestion. Note de Synthèse, *USTV*, 2-105.

Verzat, C., O'SHEA, N. & RAUCENT B. (2015). Réguler le leadership dans les groupes d'étudiants en APP, *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 31(1).

Vickers M. H. (2006). Writing what's relevant: workplace incivility in public administration—a wolf in sheep's clothing, *Administrative Theory & Praxis*, 28(1), 69-88, University of Western Sydney.

Viepublique.fr. URL : [Vie publique : au cœur du débat public \(vie-publique.fr\)](http://vie-publique.fr). Consulté le 28 mars 2022.

Vigour, C. (2005). *La comparaison dans les sciences sociales: Pratiques et méthodes*. La Découverte.

Valax, M., Vinot, D. (2019). L'hôpital face à l'émergence des compétences de leadership partagé, in Roger, A. ; Vinot, D., *Management des compétences, nouvelles perspectives*, ISTE, London, 135-158.

W

Wachs, P., Abreu Saurin, T., Weber Righi, A. & Lewis Wears, R. (2016). Resilience Skills as Emergent Phenomena: A Study of Emergency Departments in Brazil and the United States, *Applied Ergonomics*, 56, 227-37.

Waller, M. J., Okhuysen, G. A. & Saghafian, M. (2016). Conceptualizing Emergent States:

A Strategy to Advance the Study of Group Dynamics, *Academy of Management Annals*, 10(1), 561-98.

Webber, S.S., Chen, G., Payne, S.C., Marsh, S.M. & Zaccaro, S.J. (2000). Enhancing team mental model measurement with performance appraisal practices, *Organizational Research Methods*, 3(4), 307-322.

West, M.A., Guthrie, J.P., Dawson, J.F., Borrill, C.S. & Carter, M. (2006). Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management, *Journal of Organisational Behaviour*, 27, 983-1002.

WHO (World Health Organization) (2006). *World health report 2006 – working together for health*. Geneva.

WHO (World Health Organization) (2008). GHWA welcomes G8 commitment for action on chronic health worker shortages. <https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/images/Reactions%20to%20G8.pdf>

WHO (World Health Organization) (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva.

WHO (World Health Organization) (2013). *A universal truth: no health without a workforce*. Geneva.

WHO (World Health Organization) (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva.

Wicks, A. C., Berman, S. L. & Jones, T. M (1999). The Structure of Optimal Trust : Moral and Strategic Implications, *Academy of Management Review*, 24(1), 99-116.

X

Xiao, Y. (2005). Artifacts and collaborative work in healthcare: methodological, theoretical, and technological implications of the tangible, *Journal of Biomedical Informatics*, 38(1), 26-33.

Xyrichis, A. & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232-241.

Y

Yanow, D., Schwartz-Shea, P. (2006). *Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*, Sharpe.

Yeatts, D. & Seward, R. (2000). Reducing turnover and improving health care in nursing homes: The potential effects of self-managed work teams, *The Gerontologist*, 40, 358-363.

Yukl, G. (2006). *Leadership in Organizations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Z

Zeggar, H., Vallet, G. & Terçerie, O. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, *IGAS*.

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Evolution de la dette des hôpitaux de 2011 a 2016	15
TABLEAU 2 : Principales conséquences positives de la CIP selon la littérature.....	21
TABLEAU 3 : Synthèse des questions de recherche et objectifs poursuivis.....	35
TABLEAU 4 : Synthèse des contributions.....	41
TABLEAU 5 : Utilisation des attributs pour structurer la collaboration (Careau, 2013, p. 11-15).....	52
TABLEAU 6 : Les mondes de l'univers hospitalier selon Glouberman & Mintzberg (2001) in Havard (2015)	73
TABLEAU 7 : Principaux états émergents de la CIP (Bedwell & al., 2012 ; Eckenschwiller & al. , 2021 ; Marks & al., 2001 ; Seeber & al., 2014 ; Waller & al., 2016)	79
TABLEAU 8 : Justification des connaissances en lien avec le paradigme épistémologique réaliste critique	92
TABLEAU 9 : Mise en perspective du paradigme épistémologique réaliste critique avec la méthodologie de recherche mise en œuvre	93
TABLEAU 10 : Principaux risques de biais et actions préventives mises en œuvre lors de l'enquête	95
TABLEAU 11 : Articles intégrés dans la recension des écrits.....	97
TABLEAU 12 : Analyse de la recension des écrits	102
TABLEAU 13 : Eléments descriptifs de la population	106
TABLEAU 14 : Justification du choix de la forme de l'enquête	107
TABLEAU 15 : La collaboration interprofessionnelle appliquée au secteur hospitalier..	198
TABLEAU 16 : Emergence de la CIP en regard de la structure organisationnelle et de la stratégie hospitalière.....	203
TABLEAU 17 : Emergence de la CIP en regard de la philosophie de l'organisation	205
TABLEAU 18 : Emergence de la CIP en regard des relations sociales et de la communication	207
TABLEAU 19 : Emergence de la CIP en regard de l'environnement	209
TABLEAU 20 : Synthèse des éléments de comparaison théorique et empirique	212
TABLEAU 21 : Synthèse des contributions théoriques.....	228
TABLEAU 22 : Synthèse des contributions méthodologiques.....	230
TABLEAU 23 : Synthèse des contributions managériales	231
TABLEAU 24 : Synthèse des limites et perspectives théoriques	233
TABLEAU 25 : Synthèse des limites et perspectives méthodologiques.....	237
TABLEAU 26 : Synthèse des limites et perspectives managériales	238

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : Démarche générale et plan de thèse – introduction	14
FIGURE 2 : Evolution des dépenses entre 2015 et 2019, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (Assurance Maladie, 2021, p. 15).	16
FIGURE 3 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé avant le plan « hôpital 2007 » (Holcman, 2019, p. 224)	18
FIGURE 4 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé après le plan « hôpital 2007 » (Holcman, 2019, p. 224)	18
FIGURE 5 : L'architecture institutionnelle des établissements publics de santé après la loi « hôpital HPST » (Holcman, 2019, p. 224).....	19
FIGURE 6 : Genèse de l'objet de recherche	30
FIGURE 7 : Elaboration du cadre théorique	40
FIGURE 8 : Démarche générale et plan de thèse	47
FIGURE 9 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 1	49
FIGURE 10 : Terminologie connexe à la CIP	55
FIGURE 11 : Schématisation des dimensions discriminantes de la CIP selon les écrits de Castaner & Oliveira (2020)	56
FIGURE 12 : Construction du cadre conceptuel de la recherche.....	61
FIGURE 13 : Cadre de Formation Interdisciplinaire pour la Pratique en Collaboration Centree sur le Patient (FIPCCP) (D'Amour & al., 2003 in Oandasan & al., 2004, p. 64).....	64
FIGURE 14 : Cadre pour la Pratique en collaboration Centrée sur le Patient (à partir des travaux de D'Amour & al., 2003)	65
FIGURE 15 : Les facteurs de la collaboration (Eckenschwiller & al., 2022)	69
FIGURE 16 : Cadre de performance collaborative (Bedwell & al., 2012, p. 137)	76
FIGURE 17 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 2	84
FIGURE 18 : Synthèse comparative de cinq paradigmes épistémologiques principaux (Avenier & Gavard-Perret in Gavard-Perret & al. 2018, p. 18 & 19).....	89
FIGURE 19 : Proposition de lecture des liens entre les différentes hypothèses fondatrices du paradigme épistémologique réaliste critique	90
FIGURE 20 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 3	114
FIGURE 21 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 4	142
FIGURE 22 : Démarche générale et plan de thèse – chapitre 5	168
FIGURE 23 : Démarche générale et plan de thèse - chapitre 6.....	192
FIGURE 24 : Synthèse des résultats.....	193
FIGURE 25 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 1	200
FIGURE 26 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 2	211
FIGURE 27 : Emergence de la confiance	214
FIGURE 28 : Synthèse des résultats et recommandations managériales - étude 3	215
FIGURE 29 : Les MMP au coeur des interactions entre facteurs organisationnels hospitaliers et états émergents de la CIP	221
FIGURE 30 : Les Modèles Mentaux Partagés de l'émergence de la CIP.....	222

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 – Guide d’entretiens semi-directifs

Annexe 2 – Justificatifs de publications des articles si publiés

Annexe 3 – Justificatifs d’acceptation de soumission à une conférence internationale

Annexe 4 – Prix AIRMAP Rabat 2022

Annexe 5 – Communications orales

ANNEXE 1 - GUIDE D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Données sociodémographiques

Age

Sexe

Qualification (diplômes)

Poste occupé

Nombre de personnes encadrées

Quantité de temps de travail

Ancienneté dans le poste

Ancienneté au sein du pôle

Postes antérieurs

Type de contrat

Contexte familial

1. Collaboration interprofessionnelle

1.1 Avec quelles personnes êtes-vous amené à collaborer dans votre activité professionnelle ?

1.2 Comment cette collaboration influence votre pratique ?

1.3 Sur quoi portent vos échanges ? (ce que vous amenez, ce que les autres amènent)

1.4 En quoi ces échanges peuvent-ils être coûteux ?

1.5 En quoi ces échanges sont constructifs ?

1.6 Ces échanges sont-ils plutôt équitables/inéquitables (gain /investissement) ? En quoi y a-t-il un équilibre entre ce que vous amenez aux autres et ce qu'ils vous amènent ?

1.7 Ressentez-vous des différences de langage ou de modes de raisonnement professionnels avec vos collaborateurs ?

2. Facteurs organisationnels : structure organisationnelle et stratégie

2.1 Quels sont votre rôle et vos responsabilités dans votre poste ?

Comment cela est-ce identifié, formalisé ?

2.2 Sur quels supports administratifs, procédés standardisés ou processus vous appuyez vous ?

Comment cela est-ce identifié, formalisé ?

2.3 Comment prenez-vous vos décisions dans votre travail ?

2.4 Comment résolvez-vous vos problèmes ?

Qu'est ce qui est aidant ? Qu'est ce qui est un frein ?

2.5 Comment êtes-vous dirigé, guidé ?

2.6 Quels changements organisationnels ont eu lieu ou ont lieu au sein de votre poste ?

2.7 Comment êtes vous accompagné ?

2.8 Comment agissez vous en cas de conflit professionnel ?

Qu'est ce qui est aidant ? Qu'est ce qui est un frein ?

3. Facteurs organisationnels : philosophie de l'organisation

3.1 Quelles sont les valeurs portées par l'organisation ?

3.2 Comment sont-elles identifiées ?

3.3 Êtes-vous libre de vous exprimer librement et de participer aux différentes activités professionnelles qui pourraient vous intéresser ?

3.4 Quelle manière de pensée partagez-vous avec certains ?

3.5 En quoi les relations avec vos collaborateurs sont fondées sur le pouvoir, l'autorité ou la compétition ? Pouvez-vous donner des exemples ?

3.6 Quels sont les facteurs de stress dans votre poste ?

3.7 En quoi êtes-vous autonome ou non dans votre poste ?

4. Facteurs organisationnels : relations sociales et communication

4.1 Comment qualifieriez-vous les relations au sein de votre poste ?

4.2 Comment votre collaboration au sein du pôle est-elle évaluée ?

4.3 Comment est-elle formalisée ?

4.4 Comment est-elle valorisée ?

5. Facteurs organisationnels : environnement

5.1 Sur quel périmètre ont lieu vos activités collaboratives, à quelle échelle (équipe, pôle, GHR, etc.) ?

5.2 Comment se déroulent vos activités de collaboration dans le temps (fréquence, durée, etc.) ?

5.3 En quoi les effectifs sont adaptés à la collaboration ? Quelles sont les limites ?

5.4 Votre poste comporte t il des éléments incertains ? Quelle influence cela a-t-il sur votre activité ?

5.5 Votre poste comporte t il des éléments complexes ?

5.6 Quelles possibilités avez-vous de rencontrer vos collaborateurs, de créer ou entretenir des liens ?

6. Etat émergent : confiance mutuelle

6.1 Quelles réactions ou comportements sont prévisibles chez vos différents collaborateurs ?

- 6.2 De manière générale, vous sentez-vous traité de manière équitable ? En quoi ?
- 6.3 Quelles compétences ont ou n'ont pas vos collaborateurs ?
- 6.4 Quels engagements sont respectés ou ne le sont pas par vos collaborateurs ?
- 6.5 En quoi avez-vous confiance ou non dans l'organisation ?
- 6.6 Estimez-vous que vos collaborateurs sont intègres et de bonne volonté ? En quoi ?
- 6.7 En quelles circonstances ressentez-vous une confiance mutuelle ?
- 6.8 Quels éléments de l'organisation favorisent cette confiance ? Quels éléments la freinent ?

7. Etat émergent : cohésion

- 7.1 Avez-vous des affinités avec vos collaborateurs ? En quoi ?
- 7.2 En quoi êtes-vous motivé pour rester dans votre équipe ? Qu'est-ce qui vous manque ?
- 7.3 Quelles caractéristiques partagez-vous avec vos collaborateurs ?
- 7.4 Qu'attendez-vous de vos collaborateurs ?
- 7.5 Quelles valeurs partagez-vous avec eux ?
- 7.6 En quelles circonstances ressentez-vous le plus une cohésion dans l'équipe, le pôle ?
- 7.7 En quelles circonstances est-elle absente ?
- 7.8 Quels éléments de l'organisation favorisent cette cohésion ? Quels éléments la freinent ?

8. Etat émergent : reconnaissance mutuelle

- 8.1 Comment vos connaissances et compétences sont-elles reconnues par vos collaborateurs ?
- 8.2 Comment votre identité professionnelle en tant que est-elle reconnue par vos collaborateurs ?
- 8.3 En quoi ces éléments sont reconnus comme complémentaires à ceux de vos collaborateurs ?
- 8.4 En quoi vous sentez vous dépendant de vos collaborateurs et réciproquement ?
- 8.5 Quels éléments de l'organisation favorisent cette reconnaissance mutuelle ? Quels éléments la freinent ?

9. Etat émergent : volonté à collaborer

- 9.1 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration « obligatoire / subie » ?
Comment cela influence t il la collaboration ?
- 9.2 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration « spontanée » ?
Comment cela influence t il la collaboration ?
- 9.3 Quand la collaboration vous paraît-elle nécessaire dans votre activité professionnelle quotidienne ?

9.4 Quels éléments de l'organisation favorisent votre volonté à collaborer ? Quels éléments la freinent ?

10. Etat émergent : leadership

10.1 Pouvez-vous me donner des exemples d'idées, de propositions ou de solutions que vous avez partagées dans votre poste ?

10.2 Pouvez-vous me donner des exemples de questionnements que vous avez fait émerger ?

10.3 Pouvez-vous me donner des exemples de collaboration que vous avez impulsée ?

10.4 Comment les propositions sont-elles reçues ?

10.5 Quels éléments de l'organisation vous aident ?

10.6 Quels éléments vous freinent ?

ANNEXE 2 - JUSTIFICATIFS DE PUBLICATIONS DES ARTICLES SI PUBLIES

Article 1



Cairn.info <auteurs@cairn.info>

ECKENSWILLER Maud

17/11/2022

Tiré à part électronique - La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux

Assurer un suivi. Commencer avant lundi 21 novembre 2022. Échéance le lundi 21 novembre 2022.

Vous avez transféré ce message le 29/11/2022 08:17.

En cas de problème lié à l'affichage de ce message, cliquez ici pour l'afficher dans un navigateur web.

Cliquez ici pour télécharger des images. Pour protéger la confidentialité, Outlook a empêché le téléchargement automatique de certaines images dans ce message.

Bonjour Maud,

Nous avons le plaisir de vous annoncer que l'article suivant vient d'être mis en ligne sur Cairn :

La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux Maud Eckenschwiller, Sophie Wodociag, Samuel Mercier Management à Avenir 2022/5 (N° 131)

Il est désormais disponible en texte intégral pour les membres de nos institutions clientes.

Vous pouvez également créer un compte Cairn.info avec l'adresse eckenschwiller@ghrma.fr afin de bénéficier, au titre d'auteur ou contributeur de cet article, d'un accès pérenne au texte intégral de celui-ci.

En accord avec l'éditeur, nous souhaitons également vous aider à partager plus largement cet article autour de vous. À cet effet, vous trouverez ci-dessous un lien exclusif de tiré à part électronique. Ce lien donne un accès gratuit au texte intégral de votre article, avec ou sans compte Cairn, jusqu'au 17/12/2022 inclus.

Tiré à part électronique <https://www.cairn.info/tap-jx1sxoc3izbax>

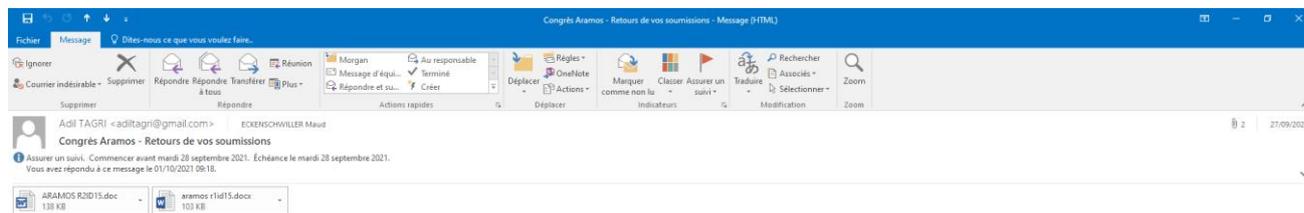
Les tirés à part électroniques sont soumis aux conditions générales d'utilisation de notre plate-forme et doivent être limités à un usage non commercial. N'hésitez pas à contacter notre service auteurs si vous rencontrez la moindre difficulté dans l'utilisation de ce tiré à part. Il vous suffit, pour cela, de répondre directement à cet email.

Cordialement,

L'équipe Cairn
Service aux auteurs
Cairn.info

ANNEXE 3 - JUSTIFICATIFS D'ACCEPTATION DE SOUMISSION A UNE CONFERENCE INTERNATIONALE

Article 1, congrès Aramos 2021



Bonjour,

Votre proposition au congrès Aramos 2021 dont nous vous remercions a fait l'objet de deux évaluations, l'une, conduisant à des révisions importantes.

Nous vous proposons de soumettre une nouvelle contribution pour le 22 octobre au plus tard tenant compte des commentaires des évaluateurs

En espérant que les évaluations qui ont été faites de votre contribution pourront améliorer la présentation de votre réflexion, nous vous prions de recevoir l'expression de nos salutations les plus cordiales.

L'équipe d'organisation du congrès Aramos

Afin d'éviter toute propagation de virus informatique, et en complément des dispositifs en place, ce message (et ses pièces jointes s'il y en a) a été automatiquement analysé par un antivirus de messagerie.

Article 2, 10^{ème} conférence de l'AIRMAP, 2021



10^{ème} conférence de l'AIRMAP– Clermont-Ferrand 26-28 mai 2021



Clermont-Ferrand, le 28/05/2021

ATTESTATION DE PRESENTATION / CERTIFICATE OF PRESENTATION

François CASSIERE, président du comité d'organisation du 10^{ème} colloque de l'AIRMAP 2021, atteste par la présente que Mme. ECKENSCHWILLER Maud a présenté lors des sessions de la conférence sise à Clermont-Ferrand du 26 au 28 mai 2021 l'article de recherche suivant : "Collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteur organisationnels".

François CASSIERE, President of the organizing committee of the 10th AIRMAP 2021 conference, hereby certify that Mrs ECKENSCHWILLER Maud presented during the sessions of the conference held in Clermont-Ferrand from 26 to 28 May 2021 the following research paper entitled: "Collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteur organisationnels".

Fait pour servir et valoir ce que de droit
This certificate is issued for all legal purposes

 **AIRMAP**
Association Internationale de
Recherche en Management Public
c/o IAE Nice – Campus St-Jean-Baptiste
5 rue du 22^{ème} B.C.A - 06357 Nice cedex 4
SIRET: 789 380 607 00018



ANNEXE 4 – PRIX AIRMAP RABAT 2022



Mourad ATTARÇA

Maître de conférences en sciences de gestion

Directeur de la formation continue

ISM-IAE Versailles Saint Quentin – Université Paris-Saclay

Membre du Laboratoire de recherche en management LAREQUOI

mourad.attarca@uvsq.fr ; +33 6 77 61 46 23

Guyancourt, le 23 juin 2022

Attestation de prix AIRMAP Rabat 2022

Je soussigné Mourad ATTARÇA atteste que Madame Maud ECKENSCHWILLER a été récompensée par le prix « Thierry GARROT » de la meilleure communication en management de la santé pour ses contributions lors du 11^{ème} colloque AIRMAP qui a eu lieu à Rabat du 1^{er} au 3 juin 2022 :

- Communication 1 : « *Etude de la collaboration interprofessionnelle dans le secteur hospitalier français* », présentée dans un atelier Doctoral ;
- Communication 2 : « *Collaboration interprofessionnelle et émergence de la confiance en management hospitalier* », présenté dans l'atelier thématique « Gestion des ressources humaines & Management des organisations publiques au défi des crises ».

Fait pour valoir ce que de droit,

Pour le comité d'organisation du colloque AIRMAP Rabat 2022

Mourad ATTARÇA



ISM – IAE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
UVSQ UNIVERSITE PARIS SACLAY
47, Boulevard Vauban - 78047 Guyancourt Cedex - France
www.ism.iae.uvsq.fr


Institut Supérieur de Management
Université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines
47 Boulevard Vauban
78047 GUYANCOURT CEDEX
Tél. : 01 39 25 55 34 - Fax : 01 39 25 50 14



ANNEXE 5 – COMMUNICATIONS ORALES

12 novembre 2020	Projet de thèse	Assemblée générale des Cadres Supérieurs de Santé GHRMSA
27 mai 2021	Projet de thèse	Séminaire CREGO
27 mai 2021	Collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : états émergents et facteurs organisationnels	Congrès AIRMAP 2021
24 novembre 2021	Projet de thèse	Congrès ARAMOS 2021
24 novembre 2021	La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques en jeu et des principales interactions	Congrès ARAMOS 2021
1 ^{er} juin 2022	Projet de thèse	Congrès AIRMAP 2022
3 juin 2022	Collaboration interprofessionnelle et émergence de la confiance en management hospitalier	Congrès AIRMAP 2022
27 juin 2022	Projet de thèse	Séminaire CREGO
15 novembre 2022	Emergence de la confiance dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle en management hospitalier	1 ^{ère} journée de recherche en sciences paramédicales et maïeutiques de la Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg
22 mars 2023	Etude de l'émergence de la collaboration interprofessionnelle (CIP) au sein du système hospitalier français	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique GHRMSA
26 juin 2023	Projet de thèse	Séminaire CREGO