

DETERMINANTS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN INTRA-HOSPITALIER PENDANT LA PANDEMIE COVID-19 : CAS CHP ALHAOUZ

DETERMINANTS OF INTRA-HOSPITAL INTERPROFESSIONAL COLLABORATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC: CASE CHP ALHAOUZ

Dr. Loutfi Aicha

Médecin spécialisé en santé publique, Laayoune, Maroc
loutfiaicha@yahoo.fr

Pr. Felouati Majda

Enseignante chercheur à l'ENSP, Rabat, Maroc
majdafelouati@gmail.com

Résumé :

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est un outil managérial très utilisé dans le domaine de la santé. Ce travail est une étude qualitative exploratoire qui a pour objectif de décrire la CIP, ses déterminants, et les difficultés rencontrées lors de son application dans la gestion de la pandémie Covid-19 dans le Centre Hospitalier provincial Alhaouz. A travers un codage manuel sémantique de 19 entretiens semi-directif ; la CIP a été définie comme un travail d'équipe obligatoire permettant un maximum de partage de connaissances et une complémentarité des disciplines pour une meilleure prise en charge des patients et la lutte contre la propagation du virus. 5 thèmes et 8 déterminants de la CIP résultent dont 4 individuels, 3 organisationnels et 1 seul exogène représenté par le risque lié à l'exposition au virus. L'émotion est le premier déterminant qui régule la CIP, suivie des compétences du leadership. Les contraintes confrontées par les professionnels de santé en collaborant sont essentiellement liées au degré du développement personnel en matière de communication, et de capacité de s'adapter au changement. En conclusion ; Les professionnels de la santé recommandent l'adoption de la collaboration interprofessionnelle comme outil de gestion dans l'exercice quotidien et le recours au leadership collaboratif pour assurer le management du changement du système de santé.

Mots clés : Collaboration interprofessionnelle, Pandémie Covid-19, management du changement.

Classification JEL: I, I1, I18

Abstract

Interprofessional collaboration (IPC) is a managerial tool used in several fields, including health. This work is an exploratory qualitative study which aims to describe the CIP, its determinants, and the difficulties encountered during the application of this tool in the management of the health crisis in the Alhaouz Provincial Hospital Center. Through a semantic manual coding of 19 semi-structured interviews; CIP has been defined as mandatory teamwork allowing maximum sharing of knowledge and complementarity of disciplines for better patient care and the fight against the spread of the virus. 5 themes and 8 determinants of the IPC result, including 4 individual, 3 organizational and only 1 exogenous represented by the risk linked to exposure to the virus. Emotion is the first determinant that regulates IPC, followed by leadership skills. The constraints faced by health professionals when collaborating are essentially related to the degree of personal development in terms of communication, continuous training and the ability to adapt to change. In conclusion; Health professionals recommend adopting interprofessional collaboration as a management tool in daily practice for better patient care, and to establish collaborative leadership capable of ensuring the management of change in the health system.

Keywords: Interprofessional collaboration, Covid-19 pandemic, change management.

JEL Rating: I, I1, I18

Introduction :

La pandémie Covid-19 survenue à l'échelle planétaire a causé un changement radical du style de vie, ainsi que des réflexions et décisions dans tous les secteurs d'activité.

Le domaine de santé le plus touché par ce changement, se trouve dans l'obligation de s'adapter pour répondre à de nouveaux défis et besoins.

Au Maroc ; cette situation de crise sanitaire a encore approfondi les défaillances que connaît le système de santé; notamment la pénurie aigue en ressources humaines, l'insuffisance en budget alloué au secteur, et l'ancienneté de l'infrastructure hospitalière.

Devant ces difficultés ; la collaboration interprofessionnelle a trouvé tout son intérêt comme outil de gestion dans telles conditions sanitaires dominées par la peur, la méconnaissance du comportement du nouveau virus et l'ambiguïté de l'évolution de la situation épidémiologique. C'est ainsi que naît l'idée de ce travail dont l'objectif est d'explorer la collaboration interprofessionnelle comme elle a été conçue et adoptée par les professionnels de santé en temps de la pandémie dans le Centre Hospitalier Provincial Alhaouz, définir ses déterminants ainsi que les contraintes rencontrées lors l'application de cet outil dans la gestion de la crise sanitaire.

1. CADRE THEORIQUE :

1.1. Définition :

La définition de la collaboration interprofessionnelle a su une évolution consensuelle depuis la multidisciplinarité, l'interdisciplinarité, jusqu'au travail en équipe. Il faudrait aussi la nuancer d'autres concepts voisins comme la coordination et la coopération.

C'est un acte de décision commune entre professionnels interdépendants partageant l'espace et/ ou le temps de travail, mutualisant des ressources et des compétences et des résultats communs (Wood et Gray, 1991). Et depuis les années 2000, la CIP acquiert un caractère évolutif, comme étant un continuum de communication, de méthodes, de procédures, de données et d'organisation entre plusieurs professionnels pour aboutir à des décisions et actions partagées (Way et Jones 2000 ; Fourez, 2001).

1.2. La CIP en management :

La coordination en l'absence d'hierarchie a été proposée comme une nouvelle méthode au travail dans les organisations publiques (Donald Chisholm, 1992), c'est un lien informel qui semble plus efficace que les liens hiérarchiques classiques vu son mode de gestion horizontale. Par cette nouvelle méthode ; il s'opposera au Taylorisme et autres courants organisationnels

qui défendent la gestion verticale. Le management horizontal ou management collaboratif est un mode de gouvernance communautaire qui défend le concept d'ergonomie au travail en pensant qu'un employé épanoui est plus producteur, et rattache une responsabilité sociétale aux organisations de gouvernance communautaire (Sproule-Jones, 2008).

1.3. La CIP en sociologie:

Friedberg et Crozier fondaient déjà l'ébauche de la collaboration interprofessionnelle: « *Dans l'accomplissement de ses objectifs, toute organisation, quelle qu'elle soit, doit négocier avec son environnement* » (Friedberg et Crozier, 1977, 164). Ensuite les travaux de Friedberg placent l'organisation surtout dans sa dynamique, comme étant une structuration et/ou restructuration des contextes dans lesquels se déploie l'action collective des hommes, et conditionne les stratégies de changement à la nécessité de présence d'un leadership participatif pour donner naissance au concept de la sociologie des organisations (Friedberg, 1993).

1.4. La CIP en éducation:

Le métier d'enseigner évolue et change, par l'émergence de nouvelles compétences mais également par le changement du public cible ; et donc les méthodes classiques laissent place à un nouveau référentiel de compétences qui bannit la pratique monopole et appelle les enseignants à travailler dans le cadre des équipes pédagogiques pour apporter de l'innovation aux techniques d'apprentissage (Tiffany, 2018).

1.5. La CIP en santé :

La collaboration interprofessionnelle est présente dans le domaine de la santé depuis la première guerre mondiale grâce au travail des équipes de médecins et d'infirmières étrangers dans les hôpitaux d'Inde (Witt Baldwin, 1915). A travers le temps ; la CIP acquiert une structuration spécifique axée autour du patient dans l'objectif de respecter l'évidence scientifique et l'éthique médicale. Ainsi il existe deux types d'échanges entre professionnels de santé ; un premier échange formel basé sur l'engagement professionnel, le partage de l'information scientifique et les expériences cumulées, et un deuxième échange moins formel représenté par la négociation autour de l'organisation du travail, la définition et la répartition des tâches (D'amour et al, 2008).

En 2010 ; l'OMS définit la pratique collaborative dans les systèmes de santé par le travail simultané de différents professionnels de la santé ayant différentes formations pour offrir des services complets aux patients, leurs familles, et les collectivités, afin de prodiguer les soins de la plus grande qualité possible.

2. Cadre méthodologique :

2.1. Méthode de collecte :

Nous avons opté pour une étude qualitative exploratoire avec une approche inductive qui est la plus adaptée pour ce travail. L'outil de la collecte est un guide d'entretien semi-directif fait de 9 questions ouvertes (Annexe1), aidé d'un journal de bord. Tous les participants sont appelés à l'avance pour prendre rendez-vous, expliquer les objectifs de l'étude et demander leurs autorisations pour l'enregistrement des entretiens.

2.2. Population à l'étude :

La population à l'étude regroupe des professionnels de santé qui ont participé à la gestion de la pandémie Covid-19 dans le CHP Alhaouz pendant la période de Mars ; date de début de la pandémie au Maroc, à fin Décembre 2020 (Tableau 1). Sont exclus de l'étude le professionnel exerçant des fonctions sous-traitées et ceux ayant bénéficié d'une dérogation de participation à la gestion de la pandémie Covid-19 pour des raisons de santé.

Tableau. 1 Répartition des participants selon le statut professionnel

Statut professionnel	Effectif
Médecin	6
Infirmier	7
Technicien	3
Administratif	3
Total	19

Source : Auteur de l'article

2.3. Méthode d'analyse :

L'analyse des données recueillies est faite par la retranscription des 19 entretiens semi-directifs dont la durée variait entre 8 minutes 37 secondes et 27 minutes 52 secondes puis la confrontation avec les notes des journaux de bord, ensuite tous les enregistrements sont détruits pour des considérations éthiques. La dernière étape est le codage manuel sémantique dont résultent 31 verbatim essentiels et 5 thèmes.

3. RESULTATS :

3.1. Définition:

La définition attribuée à la collaboration interprofessionnelle par la plupart des participants était celle d'un travail d'équipe, d'un partage de connaissances et d'expertises autour de 2 objectifs principaux qui sont la prise en charge des patients et la lutte contre la propagation du virus. Le participant 10 précise: *la collaboration interprofessionnelle c'est ce qui nous a permis de mener un travail commun, facile, précis, minutieux et de qualité grâce à l'apport de chaque professionnel malgré la situation de crise.*

3.2. Déterminants de la CIP :

A partir du codage des 31 verbatim, résultent 5 thèmes et 8 déterminants essentiels récapitulés dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Résultats du codage des entretiens

Thème	Déterminant de la CIP
Emotion	Emotion
Equipe	Leadership
	Valeurs et croyances
Changement de l'organisation	Environnement de travail
	Formation
	Le risque
Communication	Communication
Moyens	Moyens

Source : Auteur de l'article

3.3. L'émotion :

Le verbatim la peur exprimé parfois par panique ou phobie a été retrouvé 25 fois, car répété plusieurs fois chez un même participant. Les interviewés exprimaient la peur d'être contaminés, de mourir, de perdre un parent à cause du Covid-19, ou encore la peur d'épuisement des ressources et des équipements de protection individuelle. Si des professionnels de santé collaborent autour du diagnostic, du protocole thérapeutique du patient Covid-19 ou encore de la gestion des équipements ; d'autres collaborent rien que parce qu'ils avaient peur et comme affirme le participant 1: *كلشي خايف, كلشي كيجابوب حتى لي مكانش هكاك*

3.4. L'équipe :

Toute la définition de la collaboration interprofessionnelle a été fondée sur le travail de l'équipe. Le verbatim équipe est répété 16 fois comme réponse à la première question de l'entretien (Annexe 1). Deux déterminants sortent de ce thème ; il s'agit du leadership qui gère, protège ou encore motive l'équipe dans ces conditions inhabituelles de peur et de surcharge de travail comme rapporte le participant 14: *notre chef de service avait une approche anticipatoire et en plus كانت هازة الهم للمهنيين*

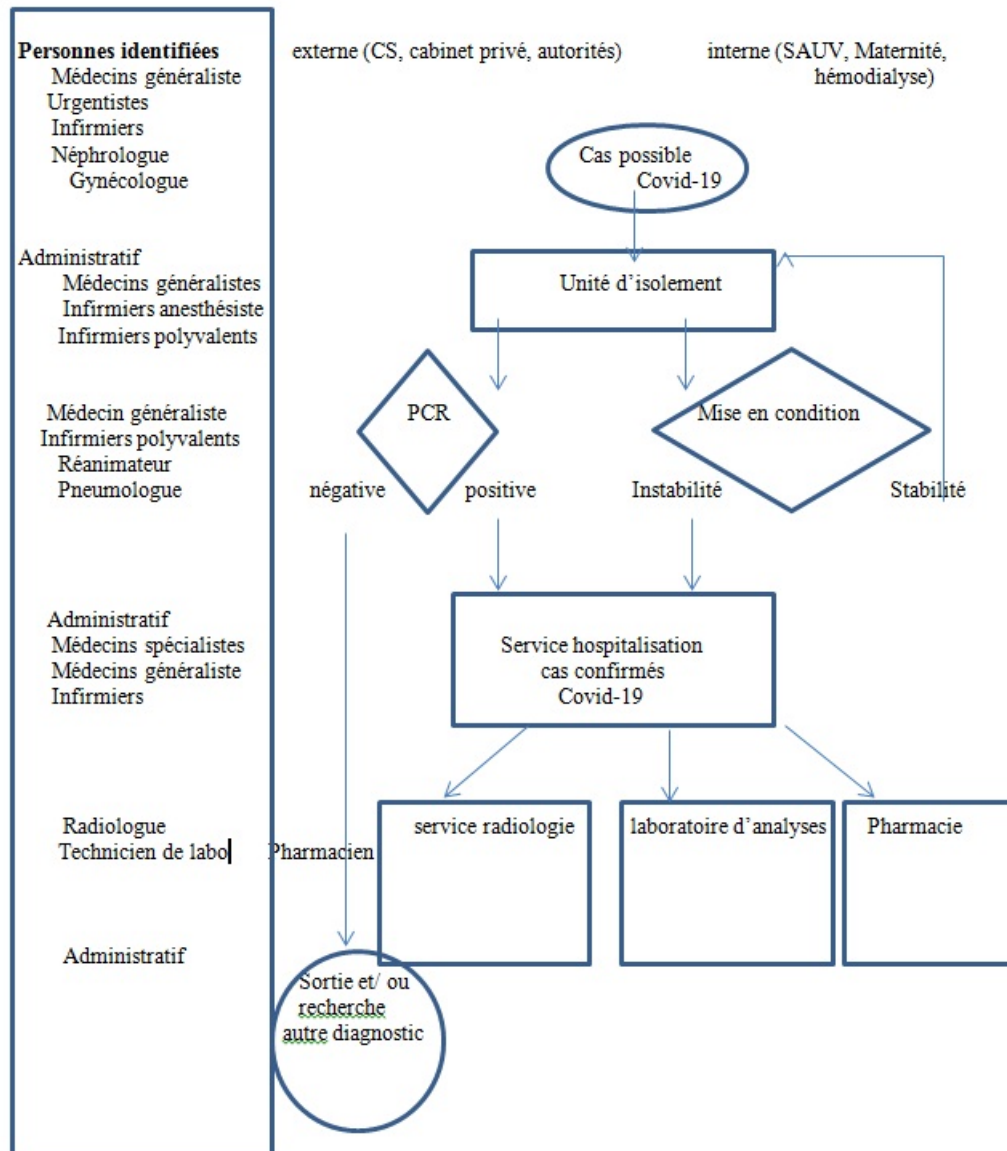
Le deuxième déterminant est les valeurs et croyances à caractère évolutif oscillant entre la tension et l'amitié et la confiance ; car la construction et/ou la stabilité des liens entre les éléments de l'équipe dépendaient aussi de l'aspect psycho-social de la pandémie Covid-19.

3.5. Le changement de l'organisation

La nouvelle réorganisation de l'hôpital consistait à arrêter le fonctionnement des services de chirurgie et du centre de diagnostic externe pour limiter le flux des patients non-Covid-19 et interdire les visiteurs ; ainsi tous les médecins et infirmiers de ces services étaient redéployés dans le service Covid-19. Tous les participants aux entretiens ont déclaré que les tâches ont été bien définies dès les premières réunions, les nouveaux circuits des malades ont bien été tracés et expliqué (Fig.1) et que les réunions étaient journalières, interactives aussi bien que correctives. Mais l'évolution de la situation épidémiologique a obligé un deuxième changement de l'environnement de travail qui consiste en une extension des activités hospitalières en extra-mural car en mois d'Avril 2020 un établissement relevant du ministère de la famille et du développement social a été dédié à l'isolement des cas possibles Covid-19. Lors de la deuxième vague de la pandémie, tous les participants ont déclaré avoir assuré plusieurs tâches à la fois, source de stress et d'épuisement professionnel, les interviewés 1 et

16 ajoutaient que cette multitude de tâches était nécessaire pour combler l'absence de leurs collègues atteints par le coronavirus.

Fig 1 : Circuit du patient Covid-19 au sein du CHP Alhaouz



Source : Construction auteur

3.6.La communication

Parmi les participants à l'étude ; 12 ont noté que la communication entre professionnels de santé était tendue au début de la pandémie Covid-19. Il y avait par moment des accrochages, des discours incompréhensibles et toute réunion commençait autour de la disponibilité des équipements de protection individuelle selon les participants 1,7, 9. Progressivement les professionnels de santé ont créé des Groupes whatsapp d'échanges autour de la prise en

charge des cas Covid-19 et de l'actualité de la pandémie pour faciliter la diffusion de l'information et standardiser les procédures. Les participants 1,9,16, 17 et 19 *précisent : les difficultés fréquentes en communication se répétaient avec quelques professionnels qui rencontrent toujours des problèmes avec leurs collègues même avant la pandémie*

3.7. Les moyens

Tous les interviewés confirment que les services étaient dotés de flottes téléphoniques, ce qui facilitait la communication entre différents professionnels de santé et assure l'accès à l'information rapidement pour une prise en charge meilleure et globale des malades. En plus le service Covid-19 était équipé de caméras pour permettre aux équipes soignantes de surveiller en continu les patients tout en réduisant le risque de contagion. Mais un nouveau besoin est émergé c'est celui en équipement de protection individuelle (EPI). Ce dispositif à usage unique a pour objectif de protéger le professionnel de santé de la contamination par le virus lors du contact avec un patient Covid-19, il contenait entre autre une combinaison, une surblouse, des gants, un masque, un calot, et des bottes. La majorité des participants ont annoncé : *l'insuffisance de dotation en ces produits entravait la communication et la collaboration entre nous en faisant encore disséminer la peur et causant ainsi un retard au travail*, et les interviewés 1, 5, 9 ajoutent :

La situation demandait plutôt une rationalisation des ressources existantes devant une prévision d'augmentation des cas Covid-19, et ainsi la distanciation et le respect des circuits des malades font partie aussi des moyens de lutte efficaces contre la propagation du virus.

4. DISCUSSION :

Ce chapitre analyse les idées et ressentis exprimés par les participants à l'étude concernant d'abord la conception contextuelle de la collaboration interprofessionnelle, et ses déterminants facilitateurs et/ ou limiteurs. Ensuite, nous nous arrêtons devant les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la pratique de la collaboration interprofessionnelle dans la gestion de la pandémie Covid-19.

4.1. La définition :

La définition retenue à l'étude rejoint toutes les définitions proposées dans la littérature et qui concluent en l'action collective des professionnels interdépendants, en particulier le travail de D'Amour réalisé aussi en organisations de santé qui intègre la notion de réflexions et décisions partagées pour répondre à des objectifs communs (Daniel D'Amour et all, 2008).

4.2. Les déterminants

Il nous paraît plus logique de classer les différents déterminants exposés précédemment en deux groupes par rapport à leur origine ; un premier groupe émanant des acteurs représentés par les professionnels de santé à l'étude, et un deuxième groupe en lien avec l'organisation représentée ici par l'hôpital. Sauf que le contexte particulier à l'étude fait naître un troisième groupe de déterminants purement exogène.

4.2.1. Les déterminants endogènes

A- Les déterminants organisationnels

Les statuts et les attributions des tâches sont définis par le règlement intérieur des hôpitaux mais la création du nouveau service Covid-19 non décrit dans l'organigramme afin de répondre aux besoins de la pandémie a créé de nouveaux statuts, et de nouvelles tâches qui ne sont pas acceptables ni applicables par tous les professionnels de santé.

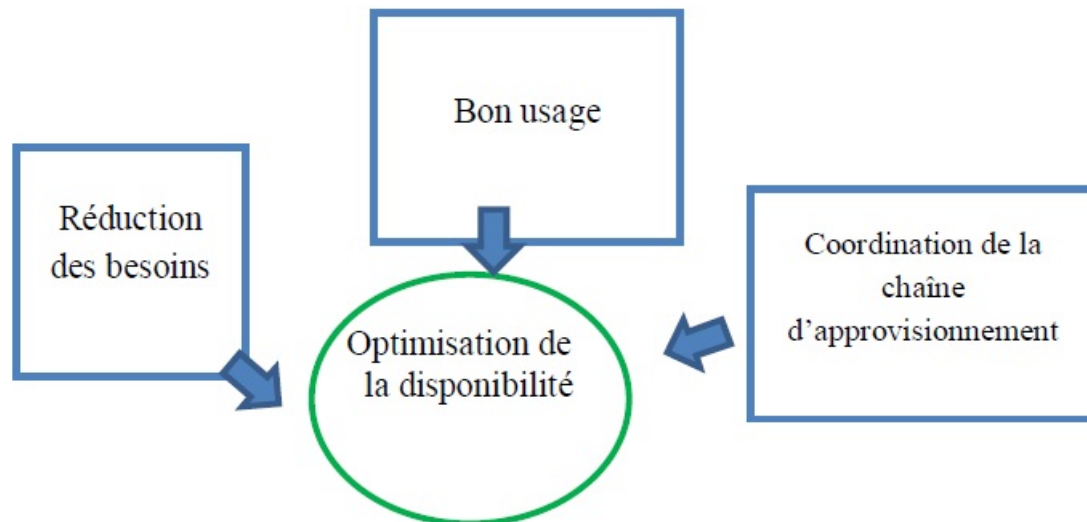
➤ L'environnement de travail

Le nouvel environnement de travail imposé par la pandémie Covid-19 a constitué un changement radical pour les professionnels de santé ; certains ont changé d'organisation, d'autres d'activités ou même de statuts. Ce phénomène de dynamique des organisations a été bien étudié depuis les années 80, et tous les résultats prouvent que le processus de structuration et/ou de restructuration d'une organisation est intimement lié à l'action collective des collaborateurs (Mintzberg 1986 ; Friedberg 1993). Dans notre étude ; Quatre infirmiers exerçant dans le service de chirurgie et redéployés au service Covid-19 précisent : *le changement de service était une occasion d'acquiescer plus d'opportunité à communiquer et découvrir d'autres techniques de travail et aussi d'autres collègues.*

➤ Les moyens

La majorité des interviewés a insisté que les moyens surtout de protection individuelle ont influencé dès le début l'échange entre eux et constitué même un élément prioritaire pour gérer la pandémie au sein de l'hôpital. L'OMS s'est penchée aussi sur ce déterminant qui pourrait être source d'une véritable problématique de gestion liée à l'approvisionnement en moyens durant la pandémie et n'a pas caché la probabilité d'une pénurie surtout en EPI suite à l'augmentation des cas Covid-19, le graphique ci-dessous illustre ses premières recommandations publiées en Avril 2020 pour une utilisation rationnelle des équipements de protection par les professionnels de santé en première ligne de gestion de l'infection au Coronavirus en milieu hospitalier.

Fig. 2 : Stratégies pour optimiser la disponibilité des EPI



Source : OMS, 2020

➤ **La formation :**

Nous avons recensé 15 participants à l'étude ayant déclaré n'avoir reçu aucune formation continue depuis longtemps, 7 parmi eux ajoutent qu'ils étaient obligés de faire beaucoup d'auto-recherche pour apprendre de nouvelles techniques et de nouveaux gestes pour prendre en charge leurs patients Covid-19 suite au caractère soudain de la pandémie et au risque infectieux limitant les formations présentielle. Rappelons que les interviewés distinguaient 2 objectifs principaux ; le premier lié à la fonction habituelle des professionnels soignants (médecins, infirmiers, et techniciens) qui est de **donner des soins** de qualité à leurs patients Covid-19 , le deuxième commun à toute catégorie de professionnels de santé étant de **limiter la propagation du virus**. C'est ce deuxième objectif qui a nécessité de nouvel acquis notamment en matière de respect des règles de distanciation, d'hygiène des lieux et du matériel et a représenté de nouvelles tâches continues de tous les professionnels de santé.

Parmi les interviewés ; 11 ont insisté sur la nécessité que les professionnels de santé bénéficient de formations interprofessionnelles notamment en thématiques de communication, de relationnel, de sociologie, et de gestion. Un médecin ajoute : *Notre bagage scientifique basique ne suffit pas pour expliquer certains phénomènes et ne nous aide pas à gérer toutes les situations dans l'hôpital surtout en ce moment de crise sanitaire que nous vivons pour la première fois et qui est marquée par la peur.*

B- Les déterminants individuels

Ce sont les déterminants en lien essentiellement avec le profil de l'individu se traduisant en comportements et en actions facilitant le partage des ressources et des territoires professionnels, mais aussi en lien avec les émotions et les croyances qui ont abouti à la mise en conscience de l'obligation de collaborer comme responsabilité individuelle et collective.

➤ **L'émotion**

L'émotion représentée par la peur dans notre contexte d'étude a représenté un déterminant parfois déclencheur de la collaboration interprofessionnelle encourageant l'anticipation à la réflexion et l'action collective et parfois limitateur de la communication et l'échange pour certains professionnels. Cette ambivalence était surtout liée à l'évolution de la pandémie et aux profils des professionnels de santé. Dans d'autres travaux aussi, l'émotion a figuré comme déterminant de la dynamique d'échange de l'information scientifique et comme régulateur des actions partagées (ben Maaouia 2017 ;Kohen 2020).

➤ **Les valeurs et croyances**

La gestion communautaire a été définie par la responsabilité sociétale de l'organisation qui aide à mieux répondre aux nouveaux défis apportés par le changement (Sproule, 2008). Tous les professionnels de santé à l'étude ont manifesté des valeurs d'engagement, de dévouement et de courage durant toute la pandémie Covid-19. L'identité individuelle cédait place de plus en plus à l'esprit de l'équipe avec des valeurs de complémentarité, de solidarité et de sacrifice. Le participant 18 ne faisant pas partie du service Covid-19 précise: *Mes collègues dans le service Covid-19 en sont plus prioritaires des EPI, nous devons rationaliser nos moyens et partager ce que nous avons de plus fort ; la foi.*

Si des interconnaissances personnelles existent chez les anciens professionnels de santé du CHP Alhaouz, elles sont que le résultat de la pandémie Covid-19 chez les nouveaux professionnels redéployés au service Covid-19 comme témoigne la participante 16 : *Grâce à la pandémie j'ai eu de nouvelles connaissances et de nouvelles amitiés que je ne regrette pas, une solidarité s'est créée entre nous pour reconforter la surcharge du travail et soulager nos soucis et nos peurs.* Ce constat rejoint l'hypothèse que le fait de collaborer et de construire des liens interpersonnels en travail pourrait réduire le risque de Burnout chez les professionnels de santé (Deneckere et al, 2013).

➤ **Le leadership**

Le participant 8 rapporte : *l'expérience de la pandémie Covid-19 a mené à la découverte de plusieurs leaderships au niveau de notre hôpital*; Cette déclaration nous induit déjà en réflexion sur l'absence d'une verticalité hiérarchique du leadership, et nous renvoie à la question existentielle qui est le leadership ? Et quels sont ses caractères ? Le leadership s'est heurté à un problème consensuel de définition depuis les années 90 en passant par la centralisation du pouvoir, le concept d'influence, l'approche comportementaliste, l'intégration du groupe jusqu'à la théorie situationnelle puis transformationnelle.

Le leadership dépasse la notion du lieu du travail; car le participant 11 qui a quitté son service de chirurgie pour rejoindre l'unité d'isolement affirme que son ancien chef assure encore son rôle de facilitateur et d'accompagnateur de sa tâche et qu'il est toujours disponible pour chercher des solutions.

Mais pour avoir un pouvoir d'influencer, il faut déjà posséder une capacité d'autogestion de ses propres émotions, et présenter de l'empathie pour les autres ; choses qui s'avèrent difficiles en plein contexte pandémique synonyme de stress professionnel, de peur, et de confinement social. Alors si des personnes ont présenté ces caractéristiques ceci suppose qu'ils ont passé par de longues étapes de connaissance de soi et de développement personnel qui leur a permis d'acquérir et renforcer leurs mécanismes d'adaptation à n'importe quelle situation (d'Aubret, 2011).

➤ **La communication**

Principal outil d'échange de l'information ; presque les trois quart des participants ont jugé qu'une bonne communication facilitait leur compréhension de la situation épidémiologique ainsi que leur adhésion à la gestion de la pandémie, tandis qu'une mauvaise manière de communiquer avait un effet opposé. En fait ; la communication pendant la crise sanitaire s'est caractérisée par une dynamique continue pour assurer l'échange et le partage autour des mises à jour régulières sur les définitions des cas possibles ou confirmés Covid-19 et leurs prises en charge selon des stratégies aussi évolutives. En plus ; la manière de communiquer devait s'adapter aux différents profils de destinataires et lutter contre les émotions négatives de peur et de stress afin de faciliter l'adhésion et l'implication des professionnels de santé dans la gestion du changement (Kohen, 2020).

Loin d'être un outil isolé ; la communication reflète un état social, comportemental, et culturel qui s'interfère avec toute légitimité dans les organisations de soins (Stein et al, 2005).

4.2.2. Le déterminant exogène : Le risque

La pandémie a constitué un risque réel sur tous les plans ; à commencer par le risque infectieux, le risque de pénurie de médicaments et d'oxygène, le risque d'insuffisance de moyens de protection, le risque d'épuisement professionnel jusqu'au risque d'effets secondaires de nouveaux traitements adoptés. Ce déterminant est un élément de changement local ayant une grande influence négative sur la mise en place de la collaboration dans une organisation de soin (Samuelson et al, 2012). Le caractère soudain de la crise sanitaire n'a pas permis un temps suffisant pour préparer un plan d'action de sécurité au sein de l'hôpital et cette insuffisance de préparation logistique mais aussi psychologique a encore augmenté le niveau de risque. Les premières données de la surveillance mondiale de la Covid-19 principalement dans les pays de l'Europe et des Amériques les plus touchés par le virus, ont montré qu'environ 14 % des cas de COVID-19 déclarés concernaient des professionnels de santé (OMS, 2020). En fait ; l'exposition des professionnels de santé à la contamination par le Coronavirus peut survenir à tout moment dans les établissements de santé, mais aussi pendant les déplacements professionnels sur leurs chemins du lieu de travail, ce risque augmente dans certains contextes cliniques ou en cas d'hygiène des mains sous optimale, de longues heures de travail, d'une utilisation incorrecte ou sous-optimale des EPI (OMS, 2020).

Ce risque de contamination lié essentiellement à la disponibilité de moyens de protection individuelle et à leur gestion intéresse aussi le volet organisationnel car la question : les ressources dont nous disposons pourraient suffire pour quelle durée et pour combien de patients encore ? est posée chez 12 participants à l'étude.

Et devant la méconnaissance du nouveau Coronavirus par la société savante, l'évolution épidémiologique est aussi incertaine, le risque accompagne aussi le pronostic des patients atteints du Covid-19 même sous traitement, et la validité des recherches et des protocoles thérapeutiques a suscité beaucoup de débats à l'échelle mondiale. Tous ces éléments expliquaient le recours des professionnels de santé à collaborer pour avoir des décisions thérapeutiques partagées.

Dans la même vision ; le rôle de la collaboration interprofessionnelle a été mis en évidence dans la résolution des impasses thérapeutiques chez les patients hospitalisés en services de pédopsychiatrie canadiens (Bordeleau et Leblanc, 2019).

4.3. Difficultés rencontrées lors de la pratique de la CIP:

Dans ce chapitre, nous avons rassemblé les différentes difficultés que les 19 participants ont exprimées par rapport à la mise en place et la pratique de la collaboration interprofessionnelle comme outil de gestion de la pandémie Covid-19 au sein du CHP Alhaouz.

4.3.1. Difficultés liées à la communication :

Les problèmes de communication sont les premiers à être exprimés dans les entretiens, la communication était caractérisée par une tension générale au début de la pandémie Covid-19 ce qui retardait la compréhension et la diffusion de l'information. Des uns expliquent cette tension par la dominance de la peur comme émotion négative influençant le cognitif et donc trouvent que c'est une modification réactionnelle passagère qui avait tendance à s'améliorer en parallèle de l'évolution de la pandémie et de l'acquisition progressive de données scientifiques et épidémiologiques suffisantes pour mieux raisonner ainsi que l'approvisionnement en équipements de protection individuels nécessaires pour la prise en charge des patients Covid-19. Mais d'autres considèrent que ce problème de communication est d'ordre relationnel pur et dépend essentiellement du trait de caractère de certains professionnels ; et que l'hôpital est d'abord un lieu d'échange humain.

4.3.2. Les difficultés liées au profil personnel

Loin du statut professionnel, 4 participants ont observé qu'il est difficile de collaborer avec certains professionnels de santé ; ils répondaient peu ou pas aux appels téléphoniques, ils ne sont pas disponibles quand la situation l'exige, ils manifestent toujours un sentiment de colère et moins d'empathie, et se plaignent de la surcharge de travail or que c'est commune à tous les professionnels en cette période. Ils expliquent que ce type de comportement était présent même avant la pandémie Covid-19. Le comportement personnel individuel a toujours participé à la construction d'une intelligence collective pour gérer les conflits internes dans un système et réguler l'organisation du travail (Crozier et Friedberg, 1977).

4.3.3. Difficultés liées à l'absence de culture du changement :

La nouvelle réorganisation de l'hôpital a causé comme nous avons expliqué une transformation radicale de la structure et un redéploiement obligatoire des ressources humaines pour gérer la pandémie Covid-19. Or, l'infrastructure même a présenté un défi; étant donné que son architecture ne permet pas de tracer des circuits de patients ni d'assurer des locaux d'isolement de cas possibles selon les normes du ministère de santé (Annexe 2); ce qui a nécessité de travailler en extramurs de l'hôpital. Un autre élément de changement

majeur et difficile à accepter pour les professionnels de santé était de gérer une infection dont ils n'ont pas beaucoup de données cliniques sur le virus en cause, et de manipuler des protocoles thérapeutiques qui n'ont pas assez de recul scientifique. Tous ces changements remettent en cause le degré de flexibilité et de rentabilité de l'hôpital, et mènent impérativement à la réflexion autour de la gestion du changement (Chiadmi et Achaty, 2020).

4.4. Recommandations :

Ces recommandations sont synthétisées par les participants à l'étude; et ont pour objectif commun d'adopter le développement personnel comme outil de renforcement des compétences individuelles et collectives pour une amélioration globale de l'hôpital publique.

4.4.1. Enseigner la communication :

Nous avons observé que beaucoup de difficultés de collaboration interprofessionnelle présentent un lien avec le déterminant de la communication. Nous insistons sur l'intégration des modules de communication dans l'apprentissage basique de tous les professionnels de santé pour améliorer leurs compétences à échanger l'information et pour éviter les conflits. L'hôpital est une organisation complexe et évolutive, dont la réalisation des objectifs dépend de tous les collaborateurs, une bonne communication fut aussi une issue à développer le leadership collaboratif car seule une dynamique collaborative pourrait améliorer la production de l'hôpital ainsi que son image de marque.

Plus qu'une formation à enseigner, une communication transparente, ciblée et adaptée aux différents contextes et destinataires est une culture qui doit se pratiquer au quotidien. Et pour y arriver ; il faut d'abord bannir violence verbale, et prêter plus d'attention à soigner la communication gestuelle

4.4.2. Promouvoir la formation:

La pandémie Covid-19 a créé de nouveaux défis aux acteurs de la santé que la compétence professionnelle seule n'a pas pu répondre. Elle a ainsi approfondi le besoin en formation qu'elle soit continue ou interprofessionnelle. Pour cette deuxième forme ; les professionnels de santé présentent de plus en plus un intérêt à un développement personnel transversal visant à améliorer leurs capacités d'adaptation au changement telles des modules de gestion de stress, de gestion des émotions et de gestion de risques. L'objectif étant aussi d'instaurer chez les

professionnels de santé une vision globale et systémique des politiques et sujets d'actualité ayant une connexion étroite avec le système de santé et qui ont tendance à créer de nouvelles problématiques notamment dans les thématiques de l'eau, l'environnement, la sécurité alimentaire ou encore les droits humains. La formation serait aussi un moyen de motivation et d'épanouissement pour consolider les liens interpersonnels, encourager le sens de créativité et créer un environnement de travail sain digne de l'exercice des métiers de la santé.

Conclusion

Face à la pandémie Covid-19 ; beaucoup de systèmes de santé mondiaux n'ont pas pu résister; ce qui prouve entre autre que les approches actuelles de gestion sont insuffisantes et nécessitent des améliorations profondes. Le travail présent s'est focalisé sur un outil de gestion pas très consensuel mais d'une appréciation et applicabilité inédites par les professionnels de santé. La collaboration interprofessionnelle a figuré comme un moyen d'unifier les efforts et les décisions, elle a permis une transition au mode de travail d'équipe par partage de toutes les compétences pour mieux affronter une nouvelle infection dont l'issue est douteuse. La pratique de la collaboration interprofessionnelle au sein du CHP Alhaouz a montré aussi l'importance des liens interpersonnels dans l'exercice des métiers de santé notamment en présence d'une crise sanitaire, et a mis l'accent sur la communication pour assurer un bon partage de l'information.

Les professionnels de santé ont lancé un appel à promouvoir la formation sur tous ses aspects; notamment interprofessionnelle afin d'apprendre de nouvelles techniques et connaissances qui les accompagnent pour répondre à la complexité des nouveaux défis. Cette nouvelle réflexion veut que le professionnalisme passe obligatoirement par le développement personnel qui permettra aux acteurs de la santé d'intégrer plus de vision systémique dans la gestion du changement que le système de santé affronte.

Annexes :

Annexe 1 : Guide d'entretien

Q1- Selon vous c'est quoi la collaboration interprofessionnelle ?

Q2- Comment les activités sont organisées dans votre service lors de la pandémie?

Et en quoi consiste votre tâche ?

Q3- Quels sont les changements que votre service a connu à cause de la pandémie Covid-19 ?

Q4- Comment avez-vous communiqué entre vous- professionnels de santé du CHP

Alhaouz- lors de la pandémie Covid-19 ? Avez-vous trouvé des difficultés ?

Lesquelles ?

Q5- Comment l'information est diffusée pendant cette période ?

Q6- Selon vous comment la communication a été modifiée au sein de l'hôpital pendant la pandémie ?

Q7- Comment sont vos liens avec les autres professionnels de l'hôpital pendant la pandémie ?

Q8- Qu'apporte le comportement de votre chef de service à l'organisation de vos activités lors de la pandémie Covid-19 ?

Q9- Qu'est-ce que vous avez appris de l'expérience Covid-19 sur le plan relationnel ?

Tout en gardant ce guide général pour les différents profils des professionnels de santé ; j'intègre des explications pour ceux qui pratiquent dans le service Covid-19, tel que :

Q2 : Qui et comment sont identifiées les activités dans le service Covid-19

Q4 : Qu'apportait la communication entre les professionnels dans la prise en charge de vos patients Covid-19 ?

Q6 : Comparez-moi la communication dans le service Covid-19, et dans votre service d'origine

Q7 : Décrivez les liens entre les professionnels de santé dans ce nouveau service Covid-19

Annexe 2 : Procédures d'isolement des malades (Ministère de santé 2020, Pland'action national de veille et de riposte à l'infection au nouveau Coronavirus)

L'isolement des patients atteints de maladies contagieuses est destiné à éviter la transmission d'un agent infectieux à partir d'un patient infecté ou porteur identifié, à des individus noninfectés et non porteurs mais réceptifs (patients ou membres du personnel). On parle alors d'isolement septique, dans lequel il faut faire barrière à la diffusion de l'agent infectieux à partir du patient ou de son environnement immédiat.

1. Les principales mesures d'isolement:

Deux niveaux de précautions sont à prendre en considération :

- Les précautions « standard » à appliquer habituellement en milieu de soins et quel que soit le statut infectieux du patient;
- Les précautions particulières à appliquer pour prévenir la transmission du virus.

1.1 Les précautions "standard"

Quel que soit le statut infectieux du patient, des précautions "**standard**" d'hygiène doivent être appliquées afin d'assurer une protection systématique des patients et des personnels vis-à-vis des risques infectieux.

- Port de masques FFP2;
- Port de gants, sur blouses et lunettes;
- Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié le matériel médical et les surfaces souillées;
- Les prélèvements biologiques doivent être transportés dans un emballage étanche et fermé.

1.2 Les précautions particulières

On distingue 2 groupes de précautions particulières :

Les précautions « gouttelettes » (« G ») pour la transmission par des gouttelettes (salive ou sécrétions des voies aériennes supérieures), elles comprennent:

- Isolement en chambre individuelle. En cas d'impossibilité, regroupement des malades atteints de la même infection.
- Port d'un masque FFP2 pour le personnel intervenant autour du lit du malade.
- Limitation des déplacements et port du masque par le patient lorsqu'il quitte la chambre.

Les précautions « contact » (« C ») pour la transmission par contact, elles comprennent:

- Isolement en chambre individuelle. En cas d'impossibilité, regroupement des malades atteints par la même infection.
- Port de gants dès l'entrée dans la chambre.
- Lavage des mains après avoir ôté les gants et avant de sortir de la chambre, avec un savonantiseptique ou une solution hydroalcoolique.
- Ne plus toucher l'environnement du malade après avoir ôté les gants et s'être lavé les mains.

- Port de surblouse à usage unique en cas de contact avec le patient ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés.
- Limitation des déplacements.
- Utilisation maximale d'instruments à usage unique ou réservés exclusivement au patient.

2. Locaux d'isolement :

- Isolement en chambre individuelle, de préférence avec toilettes;
- En l'absence de chambres individuelles, on peut regrouper des cas possibles dans une même chambre;
- La porte doit être maintenue fermée;
- Au cas où il ne serait pas possible d'assurer un système d'aération indépendant, il est obligatoire de:
 - Déconnecter le système de climatisation;
 - S'assurer qu'il ne sera pas réactivé durant toute la période d'utilisation ;
 - Maintenir la porte fermée.
- La circulation des malades sera limitée et ces derniers devront porter un masque chirurgical au cours de leurs déplacements afin de réduire au maximum la dispersion par gouttelettes;
- L'accès au lieu d'isolement doit être interdit aux visiteurs y compris les membres de la famille, aux stagiaires, étudiants et volontaires...;
- Le personnel en charge du malade doit respecter rigoureusement les mesures de prévention recommandées.

3. Matériel:

Il est obligatoire de n'utiliser que du matériel jetable pour la prise en charge des malades. Le matériel non disponible en version "usage unique" sera stérilisé selon les procédures en vigueur pour les risques biologiques.

- Les dispositifs médicaux doivent être à usage unique ou réservés exclusivement au patient;
- En l'absence de disponibilité de tels dispositifs individualisés, les dispositifs médicaux réutilisables doivent être nettoyés, puis stérilisés ou désinfectés entre deux patients, selon le niveau de traitement requis par ces dispositifs;
- L'usage prioritaire de matériel de sécurité pour tous les prélèvements et actes à risque d'accidents avec exposition au sang est à rappeler;
- Les dispositifs médicaux à usage unique introduits dans la chambre du patient, mais non utilisés, seront éliminés tels quels par incinération ou par broyage/désinfection.

4. Tenue de protection du personnel

Pour toute personne entrant dans la chambre, quel que soit le motif, le port d'une tenue de protection est obligatoire. Il est composé de :

- Sur blouse à usage unique en cas de contact : avec le patient, ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés ou en cas de risque de projection de gouttelettes.

- Masquede protection detype FFP2 avant l'entrée dans la chambre;
- Lunettes individuelles de protection systématique;
- Une paire de gants à usage unique avant d'entrer dans la chambre. Une deuxième paire doit être mise par le personnel soignant lors d'actes directs au patient. Cette deuxième paire doit être renouvelée à chaque activité;
- A la sortie de la chambre : la sur blouse, puis la deuxième paire de gants sont ôtées avant de sortir;
- A l'extérieur de la chambre : le masque, puis la paire de gants restants sont ôtés.

5. Ordre séquentiel d'utilisation des équipements de protection individuels

Pour entrer dans la chambre et réaliser un soin :

1. Placer l'appareil de protection respiratoire (masque) FFP2 **avant d'entrer** dans la chambre ;
2. Vérifier son étanchéité par un test d'ajustement.
3. Entrer dans la chambre ;
4. Enfiler une surblouse à usage unique ;
5. Porter un tablier en plastique à usage unique en cas de soins à risque d'être mouillant ou souillant ;
6. Mettre des lunettes de protection en cas de soin exposant au risque de projection ;
7. Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec une Solution Hydro alcoolique ;
8. Enfiler des gants non stériles à usage unique.

En quittant la chambre du malade :

1. Enlever les gants ;
2. Enlever la surblouse ;
3. Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique ;
4. Retirer les lunettes et les nettoyer avec un détergent/désinfectant efficace sur les coronavirus.
5. Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.
6. Sortir de la chambre ;
7. Retirer l'appareil de protection respiratoire (masque) FFP2 en dehors de l'atmosphère contaminée (en dehors de la chambre ou du box) ;
8. Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.
9. Tous les matériels jetables seront alors placés dans un conteneur à déchets contaminés et éliminés suivant la filière des DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux)

6. Hygiène des mains après sortie de la chambre

- Lavage des mains après avoir ôté le masque et les gants;

- Lavage soigneux avec un savon antiseptique ou désinfection par friction avec une solution hydroalcoolique, en l'absence impérative de souillures visibles ou de poudre (gants) sur les mains.

7. Entretien des locaux

- Nettoyage et désinfection quotidienne des surfaces;
- En application des précautions standards, un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel 12° diluée à 1/10ème doit être immédiatement réalisé en cas de souillure par des matières biologiques.

8. Gestion des déchets

- Le conditionnement des déchets s'effectue dans la chambre;
- Utiliser des contenants adaptés à la filière des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI);
- Tous les déchets doivent être éliminés en vue d'une incinération, d'un broyage désinfection ou

Références bibliographiques :

- BenMaaouia, M.(2017). Etude qualitative des dimensions de lacollaboration interprofessionnelle et de leur interdépendance : cas deséquipes de soin au sein du CHU Mongi-Slim.
- Bordeleau, I. et Leblanc, J. (2019). La collaboration interprofessionnellecomme modalité de résolution des impasses thérapeutiques enpédopsychiatrie : recherche-action participative. revue québécoise de psychologie, 40(2), 263–284.
- Chiadmi, O.(2020). Contribution à la mise en place des principes dumangement agile en milieu hospitalier : Cas de l'hôpital Cheikh Zaïd (mémoire de fin d'études de master en génie de santé). UM6S, Casablanca, Maroc.
- Chisholm, D.(1992). Coordination Without Hierarchy: Informal Structures in Multiorganizational Systems
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Paris, France, Editions du Seuil
- D'Amour, D.(2008). A model and typology of collaborationbetween professionals in healthcare organization, PMI 21;8:188.
- D'Aubret, C., Centi, F., Lahore, I. (2011):Ennéagramme et énergétique, France, Edition Ecce.
- Deneckere, S(2013). Better interprofessional teamwork, higher levelof organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams usingcare pathways: a cluster randomized controlled trial. Medical Care, 51(1),99-107.
- Fourez, G.(2001). Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinaritédans la formation à l'enseignement
- Friedberg, E.(1993). Le pouvoir et la règle ; dynamiques de l'actionorganisée.Paris, France, Editions du Seuil.
- Kohen, J.E., Belyamani, L., et ElAdib, A.G. (2020). Crisesanitaire et stratégies de communication.
- Mintzberg, H.(1986). Structure et dynamique des organisations. Editions d'Organisation.
- OMS. (6 Avril 2020). Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie Covid-19 et éléments à considérer en cas de grave pénurie
- OMS. (11 October 2020). Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological report
- OMS. (30 Octobre 2020). Prévention, détection et prise en charge desinfections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19
- Samuelson, M.et all. (2012).Position Paper of the European Forumfor Primary care: Improving interprofessional collaboration in PrimaryCare.
- Sproule, J.(2008). Horizontal management: implementing programs across interdependent organizations.
- Stein et all. (2005). Enhancing clinician communication skills in a largehealthcare organization: A longitudinal case study, Patient Education andCounseling, vol, 58.
- Tiffany, P.(2018). Réalités de la collaboration interprofessionnelle :Quatre points de vue de professionnels. Haute Ecole Pédagogique –BEJUNE Suisse

-
- Way, D. Jones, L. Busing, N. (2000). Collaboration in Primary Care –Family doctors and nurse practitioners delivering shared care discussion Paper Written for The Ontario College of Family Physicians.
- Witt, B. (1996). Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the U.S.A. *J Interprof Care*.10:187–201.
- Wood, DJ. Gray, B. (1991). Toward a Comprehensive Theory of Collaboration. Volume: 27 issue: 2, page: 139-162. *The Journal of Applied Behavioral Science*.