

MAKHLOUFI Ines

Master Management Sectoriel

Parcours Management des Établissements de Santé

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Année universitaire 2024-2025

Les défaillances de la coordination entre équipes soignantes et administratives en établissement sanitaire : caractérisation, effets sur les patients et recommandations.

« Comment caractériser les problèmes de coordination entre les équipes soignantes et administratives en établissement sanitaire et quels sont leurs effets sur les parcours de soins des patients ? »

Sous la direction de Madame Isabelle AUBERT

Composition du jury :

- **Mr LAVISSE ETIENNE**, Présidente de jury, Maître de conférences à ILIS
- **Mme AUBERT Isabelle**, directrice de mémoire, Maître de conférences à ILIS
- **Mme CARLIER Tifanie**, 3^{ème} membre de jury, Cadre de santé au GHICL

Date de la soutenance : **Jeudi 03 juillet 2025 - 11h30**

Université de Lille

UFR3S – Faculté d'ingénierie et management de la santé (ILIS)

42 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS

« Les opinions émises dans ce mémoire n'engagent que l'auteur et non la Faculté »

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de l'élaboration de ce mémoire et de ma formation.

Je tiens à remercier **Monsieur Hervé HUBERT**, professeur, enseignant-chercheur et responsable du Master Management Sectoriel ainsi que **Madame la Docteure Valentine CANON**, enseignante-chercheur, co-responsable du Master Management Sectoriel, vice-doyen, pour la qualité de ses enseignements, sa pédagogie et les conseils précieux prodigués tout au long du master.

Je remercie également **Monsieur Etienne LAVISSE**, président du jury, d'avoir accepté de présider cette soutenance. Merci également à **Madame Tifanie CARLIER**, pour sa disponibilité et participation à ma soutenance.

Un immense merci à **Madame Isabelle AUBERT**, Maître de conférences à ILIS, d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Je la remercie pour sa bienveillance, ses conseils et sa patience tout au long de ma rédaction.

Mes remerciements vont également aux différents professionnels qui ont été disponibles pour répondre à mes sollicitations dans le cadre de mon enquête de terrain. Leur accueil, leur écoute et leur engagement ont été déterminants pour la réalisation de cette enquête.

Enfin, je tiens à exprimer ma reconnaissance envers ma famille ainsi que mes amis **Mélanie, Asma et Nada**, pour leur patience, leur compréhension et leur soutien tout au long de cette dernière année de Master, qui revêtait une importance cruciale pour mon avenir professionnel.

Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières	4
Liste des abréviations	5
Glossaire.....	6
Liste des figures.....	7
Liste des tableaux.....	7
Introduction	8
PARTIE I – REVUE DE LITTÉRATURE	11
I. Les fondements de la coordination dans les parcours de soins.....	11
II. Les dysfonctionnements de la coordination	26
III. Conséquences des dysfonctionnements sur la prise en charge des patients	32
PARTIE II – MÉTHODOLOGIE.....	35
I. Objet de l'étude	35
II. Choix de la méthodologie.....	35
III. Justification du choix d'une étude de cas unique.....	36
IV. Terrain d'étude	36
V. Modalités de recueil des données.....	38
VI. Limites de l'étude.....	39
VII. Méthode d'analyse	40
PARTIE III – ANALYSE ET DISCUSSION.....	41
I. Analyse	41
II. Discussion.....	56
PARTIE IV – RECOMMANDATIONS	61
I. Pistes d'actions	61
II. Méthodes	66
Conclusion	67
Références bibliographiques	68
Table des matières	70
Annexes.....	I

Liste des abréviations

AFR : Accueil - Facturation - Recouvrement

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux

AS : Aide-Soignante Coordinatrice

CRIV : Cellule régionale d'identitovigilance

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DECT : Digital Enhanced Cordless Telecommunications

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPI : Dossier Patient Informatisé

FEI : Fiche d'Évènement Indésirable

HAS : Haute Autorité de Santé

HM : Hôpital Manager

IDE : Infirmière Diplômé d'État

ILIS : Institut Lillois d'Ingénierie et du Management de la Santé

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

Glossaire

DECT : Le Digital Enhanced Cordless Telecommunications est le téléphone fourni aux professionnels.

Hôpital Manager : Un logiciel de gestion de dossiers patients qui regroupe diverses informations telles que le solde, la date d'admission, la date de sortie, l'identité du patient, la personne à contacter en cas de besoin, et la facturation associée.

Identitovigilance : L'identitovigilance regroupe l'ensemble des mesures visant à garantir une identification fiable de l'utilisateur, afin d'assurer la sécurité de ses données de santé à chaque étape de sa prise en charge. Une identification correcte du patient est le point de départ d'un processus qui se poursuit tout au long de sa prise en charge, impliquant les différents professionnels de santé, indépendamment de leur spécialité, du secteur d'activité ou des modalités d'accompagnement.

PAQSS : Le Plan d'Amélioration de la Qualité des Services de Soins (PAQSS) est un outil essentiel dans le secteur de la santé, visant à optimiser la qualité des soins offerts aux patients. Son objectif principal est de mettre en place des actions concrètes pour identifier, évaluer et corriger les dysfonctionnements au sein des services de soins, tout en promouvant une culture de l'amélioration continue.

Liste des figures

Figure 1 – Mécanismes de coordination selon Mintzberg [15]	17
Figure 2 – Parcours administratifs du patient en lien avec le processus (ANAP)	23

Liste des tableaux

Tableau 1 – Explication des mécanismes de coordination selon Mintzberg.....	17
Tableau 2 – Tableau récapitulatif des entretiens semi-directifs	39

Introduction

La coordination dans les parcours de soins est une composante essentielle des systèmes de santé modernes. Elle vise à garantir que les soins offerts sont appropriés, opportuns et bien alignés sur les besoins individuels des patients, mais aussi à assurer la continuité et la cohérence des soins. Cependant, des dysfonctionnements dans cette coordination, notamment entre équipes soignantes et administratives exerçant dans des établissements de santé, peuvent entraîner des retards, des erreurs ou des interruptions dans la prise en charge, ce qui justifie l'analyse approfondie de cette problématique. [1].

L'OMS insiste sur la nécessité d'un parcours patient fluide pour réduire les complications et les coûts associés. [2]

Les critères de jugement d'un travail bien réalisé ne sont pas nécessairement les mêmes pour les équipes soignantes et pour les équipes administratives. Il convient donc de définir ces critères, qui traduisent des enjeux professionnels distincts selon les fonctions exercées au sein de la structure.

Pour les soignants, le critère central reste avant tout la qualité de la prise en charge médicale. Le bon rétablissement du patient est perçu comme un indicateur essentiel de l'efficacité des soins prodigués. Les professionnels soignants évaluent ainsi la qualité de leur travail à travers la réalisation précise et rigoureuse des actes de soins, tout en tenant compte des limites imposées par la situation clinique. Le cœur de leur mission étant centré sur le patient, leur appréciation de la qualité se fonde principalement sur le résultat thérapeutique et le bien-être de la personne accompagnée.

En revanche, les personnels administratifs s'inscrivent dans une logique de gestion et d'organisation. Les critères d'évaluation de ceux exerçant dans des services d'admission reposent sur l'exécution correcte de leurs tâches : complétude du dossier patient, orientation dans le parcours de soins, gestion des rendez-vous, facturation, conformité réglementaire, etc.

Ces missions, bien qu'indispensables, sont davantage orientées vers le bon fonctionnement du service et restent détachées de la prise en charge médicale directe du patient.

Cette divergence d'approche peut générer un écart de perception quant aux priorités à adopter dans la structure. Là où les soignants accordent une importance majeure à la

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

dimension clinique et humaine, les administratifs se concentrent sur les aspects organisationnels et logistiques.

Ce décalage, s'il n'est pas reconnu et régulé, peut devenir une source de tensions, voire de conflits, notamment lorsque les attentes ou les urgences de l'un empiètent sur les contraintes de l'autre. De plus ces tensions et conflits peuvent aussi dans certains cas être amené à perturber la prise en charge du patient ce qui rend important de creuser sur cet aspect de décalage entre ces deux équipes.

Ainsi, ces différences de repères professionnels nous amènent à poser la question suivante :

« Comment caractériser les problèmes de coordination entre les équipes soignantes et administratives en établissement sanitaire et quels sont leurs effets sur les parcours de soins des patients ? »

Le choix de ce sujet s'explique par le fait que la coordination est aujourd'hui un enjeu central dans les établissements de santé. Elle fait d'ailleurs l'objet d'un critère spécifique dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) (critère 2.1 – La coordination des équipes). Les établissements accordent une attention particulière à cet aspect, car il est reconnu comme un élément clé pour garantir une prise en charge de qualité. Une bonne coordination permet d'assurer un parcours de soins fluide, cohérent et sans interruption pendant tout le séjour du patient. Sans cette organisation entre les différentes équipes pluridisciplinaires, il serait très difficile, voire impossible, de construire un parcours de soins adapté aux besoins du patient.

Même si la coordination en général est un sujet qui est beaucoup abordé dans la littérature, la coordination spécifique entre les administratifs et les soignants est beaucoup moins, voire très rarement traitée.

De ce fait, aborder ce sujet me semblait intéressant car bien que peu traitée sur un plan académique, cette difficulté est bien présente. J'ai pu l'observer à l'occasion d'expériences professionnelles antérieures.

C'est aussi une réalité que nous vivons tous en tant que patients.

Lorsque l'on est pris en charge dans un établissement de santé, on ne cherche pas seulement à recevoir des soins de qualité, on attend aussi d'être bien accueilli, écouté et

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

accompagné. Cela ne dépend pas que du médecin ou de l'infirmier, mais de toute une chaîne de professionnels, soignants ou administratifs.

Pour que cette prise en charge soit fluide et rassurante, il est essentiel que ces différents acteurs communiquent entre eux. On attend d'eux qu'ils se transmettent les bonnes informations au bon moment, qu'ils s'organisent ensemble, et qu'ils agissent de façon cohérente. En tant que patients, on redoute souvent d'être mal orientés ou de ressentir qu'il y a un manque de suivi.

C'est pour cela qu'une bonne coordination entre les professionnels garantit un parcours de soins plus humain, plus fluide et plus sécurisant.

Cette question dépasse donc le cadre professionnel : elle touche directement notre expérience personnelle et nos attentes légitimes vis-à-vis du système de santé.

Ce mémoire s'ouvrira par une première partie consacrée à une revue de littérature, dans laquelle seront posés les fondements conceptuels de la coordination dans les parcours de soins, à travers les notions de parcours, de coordination et de coopération. Cette partie abordera également les rôles spécifiques des équipes soignantes et administratives, les modèles de coordination existants, ainsi que les principaux dysfonctionnements et leurs conséquences identifiés dans les structures sanitaires.

La deuxième partie présentera le cadre méthodologique de l'étude menée, en explicitant l'objet de la recherche, le choix d'une étude de cas unique, les modalités de recueil des données, ainsi que les limites rencontrées.

La troisième partie sera dédiée à l'analyse des entretiens réalisés sur le terrain. Elle mettra en lumière la perception de la coordination entre les équipes, les dysfonctionnements observés, les attentes exprimées par les professionnels, ainsi que les points de divergence entre les acteurs interrogés.

Enfin, la dernière partie proposera une série de recommandations managériales et organisationnelles, fondées sur les résultats de l'analyse, visant à améliorer la coordination entre équipes soignantes et administratives, et à optimiser la prise en charge des patients au sein des structures sanitaires.

PARTIE I – REVUE DE LITTÉRATURE

I. Les fondements de la coordination dans les parcours de soins

1. Définitions et importance de la coordination des parcours de soins

A. Concept de parcours de soins : définition et objectifs

Le parcours de soins désigne l'ensemble des interactions entre un patient et le système de santé, depuis la prise de rendez-vous jusqu'à la sortie d'hospitalisation.

Ces parcours nécessitent une coordination afin que l'ensemble de ces interactions puisse être réalisé au maximum de manière optimale.

La HAS va définir le parcours de soins comme le « juste enchaînement, au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins [...] La démarche permet, pour finir, une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et point de vue du patient ».

« La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques » Il semble nécessaire d'instaurer une coordination efficace entre les acteurs de la prise en charge du patient pour que cette coordination qui se veut efficace améliore les résultats pour le patient tout en réduisant les erreurs médicales ou l'insatisfaction du patient.[1]

B. Concept de coordination : définition et objectifs

Dans le dictionnaire Larousse la coordination est définie comme « l'action de coordonner. Elle consiste à ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé. La coordination peut être utilisée pour harmoniser des activités diverses dans un souci d'efficacité » [3] ou comme « l'action de faire concourir plusieurs éléments à un effet d'ensemble » [4].

Dans le secteur de la santé et plus particulièrement au sein des établissements sanitaires, la coordination est un aspect essentiel pour assurer une prise en charge optimale des

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

patients et une utilisation efficace des ressources. Elle vise à faciliter la collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge du patient. La coordination est nécessaire pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge.

Elle permet d'éviter les répétitions inutiles, de réduire les risques d'erreurs et d'optimiser les moyens disponibles. Mais au-delà de l'aspect organisationnel, elle joue aussi un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins et dans la satisfaction des patients.

Selon André-Pierre Contandriopoulo (2019), la coordination peut prendre plusieurs formes selon les situations. On parle par exemple de coordination séquentielle quand le patient est pris en charge de manière successive par différents professionnels, de coordination réciproque lorsque plusieurs professionnels interviennent en même temps, ou encore de coordination collective quand une équipe prend en charge ensemble le patient, avec une vraie logique de travail d'équipe.

Cette notion implique une organisation cohérente des actions, des ressources et des acteurs afin de tendre vers un but commun. Il est donc nécessaire de répartir ces tâches.

De plus, André-Pierre Contandriopoulos précise que plus les professionnels dépendent les uns des autres pour assurer les soins, plus la coordination devient nécessaire. Autrement dit, plus le nombre d'intervenants augmente autour d'un même patient, plus il faut organiser et structurer les échanges pour éviter les erreurs ou les oublis.^[5]

Mais mettre en place une coordination efficace n'est pas automatique. Cela demande des outils adaptés (comme des logiciels partagés ou des protocoles), une organisation claire, des compétences spécifiques et surtout, un engagement réel de la part de tous les professionnels impliqués.

En effet, une bonne coordination entre les équipes soignantes et administratives permet d'éviter divers risques.

Lors de situations complexes, la coordination peut se déployer dans le cadre d'une approche coopérative.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

C. Concept de coopération : définition et objectifs

La coopération est définie comme « l'action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune. » [6]

Smith, Carroll et Ashford (1995), mettent en lumière l'importance de la coopération, à l'intérieur des organisations ou entre elles, dans un contexte où les structures deviennent de plus en plus complexes et interdépendantes. Ils soulignent que la coopération est un levier essentiel de performance, d'innovation et de coordination, en particulier dans des formes organisationnelles émergentes telles que les équipes autonomes, les organisations en réseau ou les partenariats interinstitutionnels.

Les auteurs distinguent deux types de coopération : *formelle*, fondée sur des obligations contractuelles et des structures hiérarchiques, et *informelle*, basée sur des normes sociales et la confiance. Cette dernière prend une place centrale dans les nouvelles formes d'organisation où la souplesse et l'initiative individuelle sont favorisées. Ils insistent sur le rôle déterminant de la confiance, qui est considérée comme une condition préalable à toute coopération durable et qu'on retrouve également chez Mintzberg avec l'ajustement mutuel. La confiance permettrait notamment de réduire les coûts de surveillance et de favoriser un meilleur engagement des acteurs.

La coopération exige donc un travail commun de conception et de mise en œuvre d'accords sur ce qu'il faut faire et comment le faire.

La confiance entre les membres de l'équipe facilite la coopération sans nécessiter de supervision constante. Ces modalités peuvent évoluer en fonction des besoins et de la complexité des tâches au sein de l'organisation. [7]

L'étude montre également que les liens de coopération peuvent être horizontaux (entre entités de même niveau hiérarchique, y compris entre concurrents) ou verticaux (entre niveaux hiérarchiques différents), chacun présentant des enjeux et des mécanismes spécifiques. Par ailleurs, les facteurs culturels et contextuels jouent un rôle significatif dans la manière dont la coopération se construit et évolue.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

2. Lien entre la coordination et la coopération

Même si elles sont différentes, la coopération et la coordination sont souvent liées.

Selon Alsène et Pichault (2007), la coordination consiste à rechercher une certaine cohérence entre les actions de plusieurs personnes. Ainsi, peu importe la forme ou les objectifs visés, la coopération est souvent accompagnée d'un besoin de coordination. Mais ces deux notions ne se situent pas au même niveau.

Jaeger (2010) explique que la coordination est avant tout une exigence fonctionnelle de la division du travail, souvent influencée par des rapports de pouvoir.

Dans toutes tâches impliquant plusieurs personnes, il faut répartir les contributions car elles ne peuvent pas être réalisées par une seule personne. La coordination serait donc une conséquence de la coopération, qui, de son côté, répond à un besoin de mieux gérer la complexité des situations rencontrées. Coopérer suppose donc généralement de coordonner les actions en se mettant d'accord sur un objectif commun que l'on va atteindre, ainsi que rechercher des modalités de coordination qui peuvent être utilisées. Mais coordonner ne signifie pas forcément qu'il y a une vraie coopération. Par exemple, un protocole est un outil de coordination et ne nécessite pas une coopération des acteurs. **[10]**

La coopération ne peut exister sans une base relationnelle solide entre les individus. Elle repose sur l'établissement d'échanges intersubjectifs librement consentis, c'est-à-dire sur des interactions fondées sur le respect, la reconnaissance mutuelle et la volonté partagée d'avancer ensemble. Pour qu'il y ait coopération, il faut non seulement être capable de partager et de prendre du recul, mais aussi de chercher un équilibre entre les besoins et les attentes de chacun. Il s'agit donc d'une relation de réciprocité équitable entre partenaires, qui vise une co évolution constructive et respectueuse. **[11]**

Ce qui nous amène à la pensée de Guy LE BOTERF (2018) qui souligne que, « la compétence collective peut se définir et se décrire comme le maillage pertinent et cohérent d'initiatives de coopération mises en œuvre par un ensemble d'acteurs partageant un objectif commun. »

Il convient de réunir un ensemble pertinent et cohérent de conditions pour assurer le savoir

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

coopérer, le pouvoir coopérer et le vouloir coopérer. Il souligne que « On peut de moins en moins être compétent tout seul avec uniquement ses propres ressources en connaissances ou savoir-faire divers. Il faut nécessairement faire appel aux ressources cognitives techniques, émotionnelles des autres. Un professionnel qui ne sait ou ne veut pas coopérer ne peut plus être un professionnel compétent. »

Il ne peut y avoir de compétence collective sans compétences individuelles, il peut de moins en moins y avoir des compétences individuelles sans compétences collectives. [12]

À titre d'exemple, la qualité d'un parcours de soins dans un hôpital va dépendre de la qualité de la coopération et de la coordination entre acteurs (médecins, infirmiers, aides-soignants, assistant social...) intervenant sur ce parcours.

Selon moi, la coopération sera importante à certains moments du parcours de soins. Cependant la coordination est nécessaire à chaque étape de ce parcours et ne nécessite pas obligatoirement la coopération des acteurs entre eux mais plutôt une réflexion sur les étapes et les tâches du parcours, afin de le rendre optimal.

3. Modèles de coordination dans les structures sanitaires

Mintzberg a travaillé sur la question de la coordination en identifiant des modalités selon le type de structures (simple, bureaucratie professionnelle, bureaucratie mécaniste (industrielle), la forme divisionnelle et "l'adhocratie"). Ici, la modalité qui nous concerne est la bureaucratie professionnelle, puisque nous sommes dans la sphère de la santé.

Pour Mintzberg, dans les établissements de santé, la standardisation des qualifications est le mécanisme dominant de coordination, mais il est peu puissant et ne permet pas de régler toutes les situations, en particulier quand il faut mobiliser différents types de professionnels ou expliquer les relations avec des non professionnels. En réalité, la coordination mobilise souvent plusieurs mécanismes, dont le dosage dépend de la complexité des situations et du type de structure. [13]

Lamothe (1996) a montré qu'on peut avoir une combinaison de mécanismes de coordination même dans une bureaucratie professionnelle : il n'y a pas que de la standardisation des

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

qualifications. On a aussi les protocoles qui correspondent à de la standardisation de procédés mais aussi de l'ajustement mutuel etc.

La lecture d'Alsène et Pichault (2007) invite à repenser ce que l'on entend par coordination au sein des organisations.

Ces deux auteurs ne se limitent pas à une vision théorique abstraite mais s'appuient sur des situations de travail concrètes observées dans différents secteurs d'activité. Ils définissent la coordination non plus seulement comme une « intégration d'activités séparées » ou une « facilitation d'activités interreliées », mais comme une recherche active de cohérence collective entre individus accomplissant un travail qui se veut réparti.

Cette approche me semble particulièrement pertinente, dans la mesure où les relations entre équipes soignantes et équipes administratives, souvent dépourvues de hiérarchie commune, nécessitent précisément cette quête de cohérence.

L'étude souligne aussi l'importance de considérer les solutions de coordination (telles que les règles de partage du travail, les stratégies d'action, les séquences d'activités ou les échéanciers), comme des réponses construites socialement, parfois informelles, parfois imposées, mais toujours ancrées dans la pratique.

Les défauts de coordination ne sont pas forcément dus à un manque de structure, mais à une incompréhension des situations de travail, à une inadéquation des solutions mises en place ou à une absence de reconnaissance mutuelle entre les acteurs. Cela justifie pleinement l'intérêt d'observer, de décrire et de comprendre les modalités concrètes de coordination sur le terrain.

A. Les modalités de coordination

Comme dit précédemment, au plus le travail est à répartir, au plus la coordination sera conséquente.

Mintzberg identifie six mécanismes fondamentaux de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des résultats, la standardisation des qualifications et la standardisation des normes.

Chaque mécanisme correspond à une manière spécifique de coordonner les activités au sein d'une organisation, en fonction de sa structure et de son environnement.

Tableau 1 – Explication des mécanismes de coordination selon Mintzberg

	Supervision directe	Ajustement mutuel	Standardisation			
			des procédés de travail	des résultats	des qualifications	des normes
6 mécanismes de Mintzberg	Se base sur le fait qu'une personne donne les ordres et les instructions à plusieurs autres.	Processus de coordination-communication plutôt informel	C'est uniformisé donc protocolisé. Elle se base sur la réalisation des tâches interdépendantes et en spécifiant le contenu du travail dans des manuels de procédure.	Se base sur les résultats obtenus en ne prenant en compte que les résultats à obtenir pour chaque type de travail, mais pas les détails sur la façon de procéder au travail.	La possession de diplômes et de formations certifie la possession de savoirs et de compétences partagés par les membres de la même profession.	Elle se base sur le fait que le travail des membres est « culturellement » dicté par un même ensemble de croyances partagées.
Par quoi elles se traduisent ?	Par une hiérarchisation.	Communication orale : Discussions entre collègues ou les transmissions orales. Utilisation du téléphone.	Protocoles, procédures, règles, instructions opérationnelles.		Compétences, formation générale.	

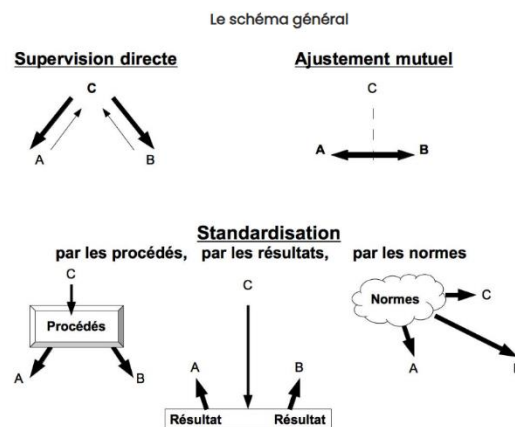


Figure 1 – Mécanismes de coordination selon Mintzberg [15]

Dans le contexte des établissements de santé, ces mécanismes prennent une importance particulière.

Par exemple, la standardisation des qualifications est essentielle pour garantir que les professionnels de santé possèdent les compétences nécessaires pour se coordonner et fournir des soins de qualité.

De même, la supervision directe peut être cruciale dans des situations d'urgence où des décisions rapides doivent être prises, mais entre les équipes soignantes et administratives, la hiérarchie n'est pas commune. Mais d'après mes expériences, il est tout de même superposable à la situation avec les cadres et les responsables qui vont jouer un rôle

important. La standardisation des procédés de travail existe avec les protocoles et les procédures mais également avec la standardisation des résultats, avec des normes de performances attendues.

L'ajustement mutuel qu'on peut identifier comme la communication informelle, quant à lui, permet une coordination flexible entre les différents acteurs, ce qui est souvent nécessaire dans des environnements complexes et changeants comme ceux des hôpitaux. (Mintzberg, 1982)

Le modèle de Mintzberg est intéressant car on peut trouver des illustrations dans ces mécanismes qui marchent entre les soignants et les administratifs. Cependant, cela ne permet pas de répondre à notre question : pour quelles raisons ces mécanismes ne fonctionnent pas toujours bien. La standardisation des qualifications explique les relations entre professionnels, notamment médicaux, mais rend moins bien compte des relations entre les équipes soignantes et administratives, et donc de leurs difficultés.

Ce sont ces procédés qui nous permettent par la suite d'établir les outils nécessaires et adéquats à la coordination. Différents dispositifs aujourd'hui ont été mis en place par les établissements de santé pour assurer la communication écrite, la communication orale, la transmission d'informations et les règles de fonctionnement.

Pour exemple :

On retrouve aujourd'hui l'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) où sont centralisées toutes les données administratives et médicales du patient, il joue donc un rôle essentiel dans la prise en charge médicale.

Les différentes réunions et staffs pluriprofessionnels ou l'organisation régulière de réunions de coordination (staffs cliniques, groupes d'analyse de pratiques, réunions de synthèse) permettent aux équipes soignantes et administratives de partager les informations clés, de planifier les interventions et de suivre l'évolution des situations complexes. **[16]**

Les fax, les mails, le téléphone, les annuaires des professionnels internes à l'établissement sont des moyens de communications courants dans les établissements de santé.

Les protocoles ou encore les procédures sont aussi des outils au service de la communication et à l'établissement de règles.

4. Rôles des différentes équipes

A. Rôles et responsabilités des équipes soignantes

Les professionnels de santé sont responsables de la prestation de soins, de la surveillance de l'état des patients et de la communication des informations pertinentes aux autres membres de l'équipe. Leur rôle est crucial dans la détection des besoins des patients et la mise en œuvre des plans de soins.

Dans le cadre du parcours de soins en structure sanitaire, les équipes soignantes jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge des patients. Elles interviennent à tous les niveaux : accueil, accompagnement, soins, surveillance, éducation, prévention et coordination. Leur rôle dépasse largement l'acte technique : il s'inscrit dans une logique de continuité, de sécurité et d'humanisation des soins.

a. Le rôle des aides-soignants (AS)

Les aides-soignants exercent sous la responsabilité de l'infirmier. Leur mission principale est d'assurer les soins d'hygiène, de confort et de bien-être, tout en participant activement à l'observation de l'état de santé du patient.

Ils interviennent notamment sur :

- L'accompagnement quotidien : toilette, habillage, aide aux repas, mobilisation.
- Le confort et la sécurité : entretien de l'environnement du patient, adaptation du lit, vigilance face aux risques (chutes, escarres, isolement).
- La surveillance : ils repèrent les signes de dégradation, d'inconfort ou de mal-être et ils transmettent les informations à l'infirmier.
- L'écoute et le soutien psychologique : ils jouent un rôle de proximité, d'empathie et de maintien du lien social.

Cependant, ils n'ont pas la capacité légale de réaliser des actes médicaux (injections, perfusions) ni d'administrer des traitements médicamenteux. [17]

*Explication du mot dans le glossaire.

b. Le rôle des Infirmiers Diplômé d'État (IDE)

Les infirmiers jouent un rôle important dans la coordination des soins. Ils détiennent une autonomie professionnelle importante, régie par le Code de la santé publique.

Leurs missions s'organisent autour de plusieurs axes :

- Les soins techniques et médicaux : administration des médicaments, pansements, perfusions, injections, surveillance des constantes vitales.
- Le suivi clinique : évaluation de la douleur, repérage des signes de complications, anticipation des urgences.
- La coordination du parcours de soins : planification des soins, lien avec les médecins, les familles, les autres professionnels de santé et le secteur social.
- L'éducation thérapeutique : sensibilisation du patient à sa pathologie, accompagnement dans la compréhension des traitements, mesures de prévention.
- L'encadrement et formation : accueil et accompagnement des étudiants ou aides-soignants, participation aux démarches qualité.
- Les tâches administratives liées aux soins : tenue du dossier de soins, transmissions ciblées, participation aux réunions de service.

En situation d'urgence, l'infirmier joue également un rôle de premier intervenant avant l'arrivée du médecin, avec une responsabilité accrue dans l'évaluation clinique et la prise de décision rapide.

Une équipe soignante performante, formée à la coopération interprofessionnelle, contribue directement à réduire les erreurs médicales, à améliorer la qualité des soins et à renforcer la satisfaction du patient. [18]

c. Une coordination indispensable

Le document "Être un membre efficace en équipe " de la HAS met en lumière l'importance croissante du travail en équipe dans un système de santé de plus en plus complexe, marqué par la spécialisation, les comorbidités et la pénurie de ressources humaines. Dans ce contexte, une équipe soignante efficace est celle qui :

- connaît les rôles de chacun,
- agit avec un objectif commun centré sur le patient,
- communique de manière claire et fluide,
- partage les responsabilités et s'appuie sur un leadership réparti.

Les risques liés à une mauvaise communication ou à une répartition floue des tâches sont illustrés par plusieurs études de cas, montrant que des erreurs graves peuvent survenir en cas de non-transmission d'informations entre infirmiers et médecins, ou de manque d'alerte en situation critique.

Ces constats peuvent s'appliquer à la relation interprofessionnelle entre les équipes soignantes et administratives : si au sein d'un même corps de métier ces problèmes peuvent causer des risques, alors le fait que les catégories professionnelles soient différentes peut les majorer.

Peu d'études sur ces relations entre ces deux équipes sont menées, il est donc difficile de s'appuyer sur la littérature.

d. La perception des tâches administratives par les soignants

Pour que le parcours du patient soit bien coordonné, certaines tâches administratives doivent être prises en charge par les soignants. Mais dans la pratique, ces tâches sont souvent perçues comme une charge en plus, déconnectées du soin.

Selon l'article d' Audrey Parvais (2024) , ce n'est pas tant la quantité de travail administratif qui a augmenté, mais plutôt la manière dont il s'intègre dans la pratique soignante qui pose problème. Les tâches administratives ne seraient pas intégrées de manière optimale dans le quotidien des soignants c'est ce qui leur poserait principalement problème. Cela relève de problèmes organisationnels au sein des établissements.

D'après Mathias Waelli (Université de Genève) dans l'article d'Audrey Parvais, près de 70 % du travail infirmier comporte une dimension administrative (coordination, gestion des lits, transmissions...) parfois invisible, et jugée comme un vrai fardeau ; pourtant, il n'a pas diminué le temps passé auprès des malades, mais seulement sa perception. Cette perception des tâches administratives influence directement la coordination interprofessionnelle : si les soignants estiment que ces activités sont déconnectées de leur

cœur de métier, ils seront moins enclins à les réaliser ou à les partager avec d'autres professionnels. Pour améliorer le parcours patient, il est donc essentiel de revaloriser ces tâches, de les intégrer dans la chaîne de soin comme un prolongement du soin lui-même, en redonnant du sens, en formant dès le début, et en adaptant les outils et l'organisation du travail. [19]

B. Rôle et responsabilités des équipes administratives

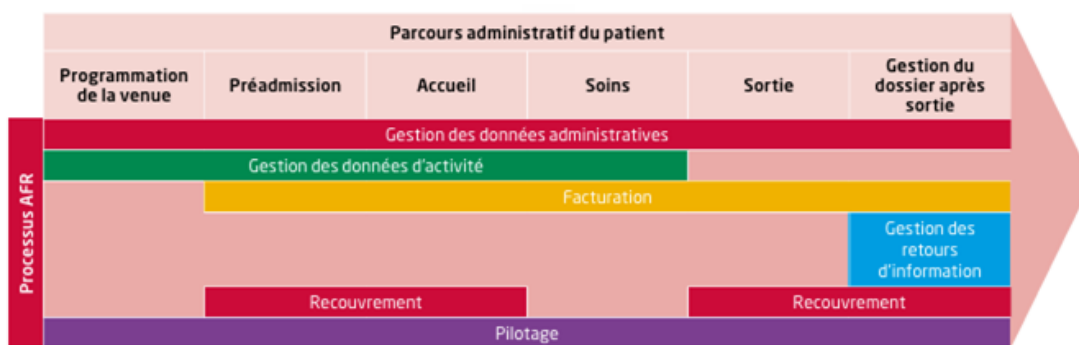
Les équipes administratives assurent la gestion des dossiers patients, la planification des rendez-vous, la coordination des ressources et le soutien logistique nécessaire au bon déroulement des soins. Elles jouent un rôle clé dans la fluidité du parcours de soins et la satisfaction des patients.

Dans un établissement de santé, les équipes administratives jouent un rôle fondamental dans le bon déroulement du parcours patient. Elles ne sont pas au contact direct avec le soin, mais leur travail conditionne la fluidité du parcours, la fiabilité des données du patient et l'efficacité globale de la prise en charge.

Le référentiel AFR (Accueil - Facturation - Recouvrement) de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) identifie six grandes étapes du parcours administratif du patient :

1. Gestion des données administratives,
2. Gestion des données d'activité,
3. Facturation,
4. Gestion des retours d'information,
5. Recouvrement,
6. Pilotage.

Ces étapes se déroulent tout au long du séjour hospitalier, depuis la programmation de la venue jusqu'à la gestion du dossier après la sortie.



Le référentiel des activités et des compétences s'appuie sur ce découpage du processus en 6 étapes.

Figure 2 – Parcours administratifs du patient en lien avec le processus (ANAP)

Le schéma montre comment le parcours administratif du patient s'organise en parallèle des phases cliniques (pré-admission, accueil, soins, sortie...). Chaque couleur représente un type d'activité administrative.

Par exemple :

- **En rouge foncé** : la gestion des données administratives, qui commence dès la préadmission et continue jusqu'à la gestion du dossier après la sortie.
- **En jaune** : la facturation, qui s'étend aussi sur plusieurs étapes.
- **En bleu** : la gestion des retours d'information, qui intervient surtout après la sortie.
- **En rouge également** : le recouvrement intervient lors de la préadmission et l'accueil patient puis pendant et après la sortie.
- **En violet** : le pilotage, présent tout au long du parcours. [20]

Cela montre que les équipes administratives interviennent en continu, avant, pendant et après l'hospitalisation. Leur travail n'est donc pas "à part", il est essentiel pour que le parcours du patient soit fluide et bien coordonné.

a. Des missions précises et complexes

Les activités des équipes administratives sont très variées. Selon le référentiel de l'ANAP, elles incluent par exemple :

- Vérifier l'identité du patient et éviter les doublons,
- Contrôler les pièces justificatives et les droits de couverture sociale,
- Réaliser les devis, gérer les demandes de prise en charge,

- Assurer la facturation et suivre les paiements,
- Traiter les rejets d'information de la Sécurité sociale ou des mutuelles,
- Gérer les contentieux, les relances et les indicateurs d'activité.

Chaque tâche demande rigueur, maîtrise des outils numériques et connaissance des règles de droit, notamment sur l'identitovigilance*, les droits du patient et la confidentialité des données.

En parallèle, ces professionnels doivent aussi faire preuve de compétences relationnelles : informer, rassurer, orienter les patients et leurs proches.

b. Leur contribution à la coordination

Les agents administratifs ne soignent pas, mais leur rôle est indispensable pour éviter les ruptures dans la prise en charge. Une erreur de dossier, une mauvaise information ou un oubli dans la facturation peuvent avoir des répercussions directes sur la qualité du soin :

- rendez-vous annulés ou décalés,
- soins non pris en charge,
- patient mal orienté ou mal informé,
- médecin qui n'a pas accès au bon dossier...

De plus, leur travail influence directement la communication interservices.

Par exemple, s'ils identifient un dossier incomplet, ils doivent en informer rapidement les soignants pour éviter tout blocage de prise en charge.

Enfin, ils participent à la performance économique de l'établissement, car une mauvaise facturation ou un recouvrement tardif affecte les finances. [20]

c. Une reconnaissance encore limitée

Malgré leur rôle important, les équipes administratives souffrent souvent d'un manque de reconnaissance. Elles sont confrontées à une forte charge de travail, à un sous-effectif chronique et parfois à des missions mal définies ou peu valorisées.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

Le référentiel ANAP alerte aussi sur le manque de gestion des compétences dans ces services : peu d'évolution de carrière, peu de formation, et parfois une affectation par défaut de certains agents. Cela peut entraîner de la démotivation et donc nuire à la qualité de la coordination avec les autres professionnels.

5. Les attentes des patients

Dans sa thèse, Isabelle Aubert s'appuie sur une étude menée par Waelli en 2021 auprès de patients atteints de cancer. Cette recherche met en évidence que les attentes des patients ne se limitent pas aux seuls aspects médicaux. En effet, de nombreux besoins exprimés concernent l'organisation globale de la prise en charge : une meilleure coordination entre les professionnels, la possibilité d'adapter les rendez-vous en fonction des contraintes personnelles, ou encore la présence d'un interlocuteur dédié pour les accompagner tout au long de leur parcours.

Les patients eux-mêmes attendent une meilleure coordination entre les professionnels. Ils souhaitent être entendus, bien accueillis, et que les différents acteurs de leur parcours travaillent ensemble pour leur bien-être. Cela passe par une reconnaissance mutuelle des rôles, une meilleure circulation de l'information, et une organisation centrée sur leurs besoins.

La coordination est de ce fait nécessaire d'un point de vue fonctionnel mais c'est également une attente des patients dans leur prise en charge.

En somme, la satisfaction des patients est une fin essentielle pour les établissements de santé et s'acquiert en répondant à leurs attentes, notamment vis-à-vis de la coordination entre professionnels.

II. Les dysfonctionnements de la coordination

Même si la coordination entre professionnels est reconnue comme un élément essentiel pour assurer une prise en charge fluide et de qualité, de nombreux obstacles viennent freiner sa mise en œuvre sur le terrain. Ces difficultés se retrouvent à plusieurs niveaux : dans l'organisation du travail, la communication entre les équipes, le manque d'outils partagés, ou encore les différences de culture professionnelle.

Mintzberg a défini 6 mécanismes de coordination et on en trouve des illustrations dans les relations entre les soignants et administratifs : par le partage de certains protocoles (standardisation des procédés de travail), mais aussi par des échanges verbaux, ils font donc de l'ajustement mutuel. Néanmoins, ces mécanismes se heurtent à des limites ou ne fonctionnent pas très bien.

1. Facteurs organisationnels

A. Ces facteurs organisationnels qui posent problèmes

Les difficultés de coordination observées à l'hôpital s'expliquent en grande partie par des dysfonctionnements d'ordre organisationnel. L'étude de Véronique Zardet et al. (2011) met en lumière plusieurs obstacles structurels récurrents qui freinent la fluidité du parcours de soins et la collaboration entre les équipes.

Parmi les premiers constats figure une organisation souvent défailante du travail infirmier, marquée par une planification instable, des missions mal définies, et un manque d'harmonisation dans la répartition des tâches. Cette désorganisation pèse sur les soignants, accroît leur charge de travail et limite leur disponibilité pour coordonner efficacement avec les autres professionnels.

La gestion du dossier patient constitue également un point faible : informations incomplètes, accès inégal selon les professions, défaut de mise à jour ou outils numériques non interopérables. Ces lacunes compromettent la transmission d'informations essentielles et nuisent à la continuité des soins.

Par ailleurs, l'absentéisme du personnel soignant, lorsqu'il n'est pas anticipé ni régulé, entraîne des réajustements en urgence qui désorganisent les équipes. Le positionnement

incertain des secrétariats et des accueils ajoute à cette confusion, ces services n'étant pas toujours intégrés dans la dynamique de coordination.

On observe également une faiblesse dans la gestion du personnel, avec peu d'outils de management de proximité ou de suivi des compétences, et une structuration rigide des responsabilités. Les organisations ne permettent pas toujours la mise en œuvre de pratiques managériales adaptées aux réalités du terrain.

À cela s'ajoutent des conditions matérielles de travail parfois inadaptées (locaux exigus, équipements manquants), qui peuvent favoriser des glissements de tâches entre professionnels. Cette situation crée des tensions sur le périmètre d'action de chacun et nuit à la coopération.

Enfin, le manque d'implication des professionnels dans la stratégie de l'établissement constitue un frein majeur. Les espaces de concertation sont souvent insuffisamment structurés, ou peu utilisés comme leviers d'action collectifs. Ce déficit de participation rend difficile la construction d'une vision partagée, pourtant essentielle pour améliorer durablement la coordination.

B. Des rôles mal définis et organisation du travail peu claire

Dans les établissements hospitaliers, les fonctions et responsabilités de chacun ne sont pas toujours bien identifiées. Plusieurs études, comme celle de Véronique Zardet et al. (2011), montrent que le quotidien des équipes est souvent marqué par la confusion autour de "qui fait quoi", ce qui engendre des doublons, des glissements de tâches et une charge de travail déséquilibrée entre les professionnels. Ces dysfonctionnements, liés à un écart entre les fonctions affichées et les réalités de terrain, détériorent la qualité des soins et épuisent les équipes.

Les services doivent parfois réinventer eux-mêmes leur mode de fonctionnement, sans référentiel formalisé. Ainsi, en cas de départ ou de changement de personnel, tout est à reconstruire. Cela entraîne des pertes de temps, de l'inefficacité, et surtout une perte de repères pour les professionnels et les patients susceptibles d'affecter la coordination.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

C. Un manque de communication entre les équipes

Un des principaux freins à une bonne coordination reste le cloisonnement entre les professions et les services. Il existe souvent une séparation nette entre les équipes soignantes et les équipes administratives, qui travaillent "en parallèle" sans réelle transversalité ni échanges structurés. Comme le souligne la Simonet, « il ne suffit pas de réunir des professionnels autour d'un patient pour parler de collaboration : encore faut-il partager un objectif commun, construire une culture de travail commune, et instaurer une communication claire et respectueuse ».

Ce manque de dialogue peut aussi se retrouver à l'intérieur même des équipes de soins. Par exemple, infirmiers et médecins n'ont pas toujours la même vision de leurs rôles. Les infirmiers attendent plus d'échanges et de reconnaissance, tandis que les médecins agissent souvent de manière autonome sans inclure les autres professionnels dans le processus décisionnel. Cette asymétrie crée de la frustration et nuit à la qualité de la prise en charge.

Si même au sein des métiers du soin, la compréhension des rôles et les attentes sont différentes, on peut imaginer que pour les soignants et administratifs qui eux ont des métiers complètement différents, le manque de dialogue doit être beaucoup plus important.

Les échanges entre services ou même entre catégories professionnelles (soignants, administratifs, encadrement) sont limités, parfois formels et peu intégrés dans l'organisation quotidienne. Ce cloisonnement génère des retards, des doublons ou encore des prises de décisions fragmentées.

D. Des outils de coordination insuffisants ou mal utilisés

Un autre frein majeur à la coordination est l'absence d'outils communs efficaces.

Les établissements utilisent parfois des tableaux de bord ou des grilles, mais ceux-ci sont souvent conçus comme des outils de reporting ou de contrôle, plutôt que comme de véritables instruments de pilotage et de communication au quotidien. Par conséquent, ils ne permettent pas d'anticiper les difficultés ou de partager l'information entre services. Les soignants associent souvent ces outils à de la "paperasse administrative", ce qui renforce

le fossé entre les métiers.

L'étude de McLaney et al. (2022) montre qu'un cadre de travail clair, partagé et soutenu par des outils concrets favorise pourtant la collaboration entre les équipes, notamment dans les milieux hospitaliers complexes.

Sans cela, la coopération reste très fragile et dépendante des relations interpersonnelles ou de la bonne volonté des acteurs.

E. Des freins culturels et structurels persistants

Au-delà des aspects techniques ou organisationnels, les difficultés de coordination trouvent aussi leur origine dans des résistances culturelles profondes et dans le mode de fonctionnement historique des établissements de santé. Chaque profession – médecins, infirmiers, secrétaires, agents d'accueil, cadres, etc. – construit son propre langage, ses priorités, ses méthodes, ses habitudes. Cette spécialisation est nécessaire, mais elle génère souvent des logiques en silo, qui compliquent le travail collectif.

Dans la Revue Médicale Suisse (2017), Martine Louis-Simonet p.1 explique que « l'essentiel de nos pratiques et formations professionnelles se fait à l'intérieur de "silos" qui constituent le socle de notre identité professionnelle. Cette identité peut se sentir menacée par une pratique collaborative si les compétences spécifiques liées à chaque profession sont ignorées ». Cela signifie que certains professionnels peuvent ressentir la collaboration comme une perte de reconnaissance, d'autonomie ou de légitimité, ce qui freine les échanges.

Cela peut révéler également un manque de reconnaissance mutuelle entre les professionnels, mais aussi un déséquilibre dans les rapports hiérarchiques. Comme l'indique la Revue Médicale Suisse, « les médecins reconnaissent leur dépendance envers les infirmiers, mais continuent souvent à agir de manière autonome sans les associer réellement aux décisions ». Ce type de fonctionnement renforce les sentiments d'exclusion et les tensions.

Dans son étude, Véronique Zardet et al. (2011) souligne aussi que l'organisation hospitalière repose sur une certaine rigidité structurelle, avec peu d'espace laissé à l'ajustement collectif. Les soignants comme les administratifs doivent souvent "composer

avec", faute d'avoir les moyens de repenser ensemble leurs pratiques.

Par ailleurs, le temps manque pour se coordonner. Les emplois du temps sont morcelés, les urgences nombreuses, et les temps collectifs réduits au strict minimum. La visite médicale sans le patient décrite par Louis-Simonet (2017), où le médecin, l'infirmière et l'ordinateur se concentrent sur le dossier sans écouter le patient, illustre bien ces dérives. Le travail d'équipe semble alors vidé de son sens : chacun joue son rôle, mais personne ne construit véritablement une vision commune de la prise en charge.

Comme le rappelle aussi McLaney et al. (2022), ces freins ne peuvent être dépassés que si l'on développe une culture commune, basée sur la confiance, la réflexion collective et la valorisation des compétences de chacun. Cela nécessite des temps de formation, de dialogue et de partage, mais aussi un soutien institutionnel fort pour réorganiser les modes de fonctionnement internes. Sans cela, les efforts restent isolés, fragiles et difficilement transférables.

Finalement ces études montrent que la complémentarité des compétences n'est pas toujours perçue comme une richesse, mais parfois comme une menace pour l'identité professionnelle de chacun.

F. Absence de protocoles ou procédures claires

L'absence de directives claires peut conduire à des incohérences dans les soins, des malentendus entre les équipes et une prise en charge inefficace des patients. Des recherches indiquent que l'établissement de protocoles standardisés peut améliorer la coordination et la qualité des soins. C'est ce qu'on retrouve dans la pensée de Mintzberg avec la standardisation des procédés.

2. Facteurs humains : les jeux d'acteurs

Dans les établissements de santé, la coordination est un vrai défi, surtout entre les équipes soignantes et administratives. Ces deux groupes professionnels ont des logiques de travail différentes. Les soignants sont centrés sur la qualité des soins et la relation avec le patient. Les administratifs, eux, s'occupent de la gestion, de l'organisation et de la réglementation.

Ce décalage peut créer des tensions et des incompréhensions. Une coordination interprofessionnelle suppose de connaître les acteurs susceptibles d'être impliqués autour du patient.

Selon Crozier et Friedberg (1977), au sein d'une organisation les acteurs ne sont pas forcément alignés avec les objectifs de l'organisation avec lesquels ils travaillent.

Le but d'un établissement est d'avoir une réelle harmonisation en terme d'administration, soignants et médecins. S'il y a une bonne coopération entre ces acteurs, le patient sera d'autant mieux soigné. Mais les acteurs peuvent avoir des stratégies individuelles comme une stratégie de carrière ou encore avoir pour but de moins travailler etc. Cependant, pour pouvoir les mettre en œuvre, ils doivent maîtriser certaines zones d'incertitude de l'organisation, c'est-à-dire des domaines de l'organisation qui ne sont pas totalement réglés, définis, protocolisés... laissant subsister des marges de manoeuvre dont les acteurs se saisissent pour orienter cette organisation dans un sens qui leur est favorable.

On peut illustrer leur propos par le fait que si un professionnel est le seul à maîtriser une information qui peut être importante pour un collègue, alors une position de pouvoir s'installe à son profit : il peut choisir le moment où l'information sera transmise et s'il l'a donne de manière exhaustive ou partielle. Cette stratégie sera mobilisée car elle sert ses intérêts pour différentes raisons possibles (pour avoir le temps pour faire d'autres choses, etc..)

Pour Crozier et Friedberg les acteurs sont stratégiques ils disposent de ressources (maîtrise de l'information, des compétences etc..) donc les professionnels vont peut-être utiliser ce pouvoir là pour orienter l'organisation du travail dans un sens qui leur est favorable. En effet, on peut parfois entendre « j'ai gardé cette information pour moi parce que je veux être tranquille avant de faire autre chose ». Cela a pour conséquence des dysfonctionnements de relation entre les équipes soignantes et administratives.

3. Facteurs technologiques

Comme vu dans l'article d'Audrey Parvais, le sentiment de perte de sens concernant les tâches administratives est renforcé par la difficulté d'usage des outils numériques. Les soignants se sentent parfois déshumanisés ou frustrés lorsque les logiciels ne sont pas intuitifs ou bien intégrés « *Rien que dans mon établissement, nous avons 144 logiciels* »,

pointe-t-il. « *Ils rendent service, [...] mais quand la prise de rendez-vous n'est pas interfacée avec la gestion des lits, par exemple, on peut comprendre qu'ils provoquent de l'agacement chez les personnels* »

III. Conséquences des dysfonctionnements sur la prise en charge des patients

1. Impact sur la prise en charge

L'objectif fondamental de la coordination est d'assurer la continuité, la fluidité et la sécurité du parcours de soins du patient. Or, lorsque les professionnels notamment issus d'équipes soignantes et administratives ne parviennent pas à s'organiser efficacement, le patient devient le premier vecteur d'information entre les services. Il doit parfois répéter son parcours, rappeler ses rendez-vous, ou signaler lui-même des oublis ou erreurs de planification. Il se substitue alors aux professionnels pour assurer lui-même la coordination entre eux et avec lui.

Comme la HAS le rappelle dans son référentiel de certification, l'anticipation, la concertation interprofessionnelle, et la bonne circulation de l'information sont des conditions incontournables pour garantir un soin pertinent et coordonné. La qualité et la sécurité des soins dépendent fortement de la coopération et de la coordination entre professionnels. Les défauts de coordination sont identifiés comme des causes qui engendrent principalement les événements indésirables, de ruptures de parcours et d'insatisfaction pour les patients.

L'absence de règles partagées entre les services, ou leur méconnaissance, provoque des ruptures organisationnelles, souvent imperceptibles pour les gestionnaires mais à fort impact pour les patients : retards de rendez-vous, files d'attente prolongées, annulations injustifiées, etc.

L'amélioration de la coordination est donc un enjeu central pour optimiser l'expérience patient.

Plus spécifiquement, le ministère de la santé évoque que les risques liés au problème d'identitovigilance sont nombreux. C'est l'une des tâches qui relie les professionnels soignants et administratifs et sur laquelle ils doivent être vigilants tout au long du parcours. Entre autres, les événements indésirables les plus récurrents dans les établissements

découlant d'une erreur d'identitovigilance sont « l'administration de soins au mauvais patient. » Mais elle peut aussi « être source : de retard de prise en charge, d'erreur diagnostique, d'erreur thérapeutique, d'échange d'informations erronées entre professionnels (imagerie, examens de biologie), d'enregistrement de données de santé dans le dossier d'un autre usager (collision), de création de plusieurs dossiers pour un même usager (doublons), d'erreur de facturation... ». [26]

De plus, plusieurs publications sont régulièrement faites par la Cellule régionale d'identitovigilance (CRIV). Elles sont basées sur des retours d'expérience d'événements indésirables liés à des erreurs d'identification. Par exemple on retrouve les fiches suivantes :

- Erreur d'identification d'un patient conduit au bloc opératoire

Conséquences : aucune sur la santé du patient du fait de la détection et de la récupération de l'erreur mais une désorganisation temporaire du bloc opératoire qui va forcément engendrer du retard pour les patients suivants. - Il s'agit donc d'un presque accident.

- Erreur d'attribution d'une identité numérique

Conséquence : Enregistrement de données erronées dans le dossier du patient de 6 ans (collision). Il n'y a pas réellement de conséquence observée sur la santé du patient pris en charge mais un risque potentiel pour les patients concernés avec des résultats absents pour le patient plus âgé et un risque de retard diagnostique et thérapeutique ainsi que des résultats inappropriés dans le dossier de l'enfant pouvant théoriquement être source d'une décision médicale infondée. Une perte de temps pour le chirurgien. Et une facturation bloquée à la suite du signalement réalisé après la découverte de l'anomalie. Elle aurait pu effectivement avoir de graves conséquences sur la prise en charge du patient avec des examens transmis au mauvais patient, des examens réalisés au mauvais patient etc.

Néanmoins certaines situations peuvent et heureusement ne pas mener à de graves conséquences ou celles-ci peuvent être évitées. Malgré tout, le risque reste présent. La HAS a de ce fait en 2025 introduit une nouvelle notion dans les Fiches d'Évènements Indésirables (FEI) avec les « presque accidents » qui permettent aux établissements de garder une trace de ces risques et ainsi essayer de mettre en place des actions afin de les éviter dans le futur.

Pour conclure, cette revue de littérature a permis de montrer que la coordination est un élément central du fonctionnement hospitalier, essentiel pour garantir un parcours de soins fluide, sécurisé et cohérent. Toutefois, si de nombreux travaux portent sur la coordination en général, peu d'études s'intéressent précisément aux liens entre les équipes soignantes et administratives. Cet aspect reste encore mal connu, alors qu'elle joue un rôle clé dans la prise en charge du patient. C'est pourquoi ce mémoire se concentrera sur cette zone encore peu explorée, en analysant les problèmes de coordination entre ces deux catégories de professionnels, afin de mieux comprendre leurs impacts et d'établir des recommandations.

PARTIE II – MÉTHODOLOGIE

I. Objet de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans une volonté de mieux comprendre les conséquences des dysfonctionnements de coordination entre les équipes administratives et les équipes soignantes dans une structure sanitaire. Plus précisément, il s'agit d'interroger l'impact de ces dysfonctionnements sur la qualité de la prise en charge des patients.

Cette problématique a émergé à la suite de plusieurs constats observés lors de mes expériences professionnelles : des incompréhensions réciproques, une communication fragmentée, des rôles mal définis, et une organisation parfois rigide entravant la fluidité du parcours patient.

L'étude vise ainsi à identifier les mécanismes qui sous-tendent ces difficultés de coordination, à mettre en lumière les points de tension entre les services, mais aussi à recueillir les pistes d'amélioration proposées par les professionnels concernés. En posant un regard croisé sur les perceptions des équipes soignantes et administratives, elle entend contribuer à une meilleure compréhension des enjeux managériaux et organisationnels dans une structure sanitaire.

II. Choix de la méthodologie

La méthode qualitative est la méthode retenue pour traiter la problématique du mémoire. Comme le souligne Hervé Dumez (2013), la recherche qualitative poursuit une visée compréhensive : elle ne cherche pas à produire des lois générales, mais à analyser les actions, les discours et les interactions des acteurs dans leur contexte. Il s'agit ici de « faire voir les acteurs penser, parler, agir et interagir » au sein de leur environnement professionnel, à travers une description fine et incarnée de leurs pratiques.

Comme le précisent Mays et Pope (1995), elle permet de « développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels », en mettant l'accent sur le vécu des participants plutôt que sur des données chiffrées. Elle permet d'explorer le sens que les individus donnent à ce qu'ils vivent, et à mieux saisir la complexité de certaines situations.

Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet d'avoir un cadre clair pour poser les mêmes grandes questions à tous les

participants, tout en laissant la liberté de développer leurs réponses, ou même d'aborder des points auxquels on pourrait ne pas penser.

III. Justification du choix d'une étude de cas unique

L'étude repose sur une analyse approfondie d'un seul terrain, au sein d'une structure sanitaire spécialisée. Ce choix d'étude de cas unique est assumé et pertinent au regard des critères méthodologiques proposés par Yin (2003). En effet, le contexte étudié peut être qualifié de cas « révélateur », dans la mesure où il donne à voir des problématiques courantes dans de nombreuses structures de santé, tout en offrant un éclairage détaillé sur un phénomène jusqu'alors peu étudié dans ce type de structure. Le terrain d'enquête présente également un intérêt en tant que cas « commun » : il s'inscrit dans des pratiques organisationnelles quotidiennes, sans particularité extrême ni caractère exceptionnel, ce qui en fait un exemple représentatif de situations fréquemment rencontrées dans le secteur sanitaire. Cette représentativité permet d'envisager, à travers une analyse approfondie, des enseignements généralisables à des établissements similaires.

En outre, le choix d'une étude de cas unique permet une immersion prolongée dans le terrain et autorise un niveau de finesse analytique difficilement atteignable dans le cadre d'une étude comparative (cas multiple). Il s'agit ici de comprendre un système dans sa globalité, en croisant les logiques de différentes catégories professionnelles, afin d'en cerner les zones de friction mais aussi les dynamiques collaboratives potentielles.

Or, l'établissement dans lequel l'étude a été effectuée m'était connu par mon stage de Master 1. Avant même d'effectuer mes entretiens, j'avais déjà un certain recul sur le sujet grâce à cette période d'immersion.

IV. Terrain d'étude

L'étude a été menée au sein d'un établissement de santé privé appartenant à un groupe national majeur dans le champ hospitalier. Par souci de confidentialité, nous le désignerons sous le nom d'Établissement X. Cet hôpital de court séjour, situé dans une métropole du nord de la France, est spécialisé dans plusieurs disciplines, notamment la médecine nucléaire, la radiologie interventionnelle, la cardiologie, la chirurgie, et les soins ambulatoires. Il s'agit d'un établissement sanitaire de type Médecine, Chirurgie, Obstétrique

(MCO), disposant de plateaux techniques performants et accueillant une patientèle à la fois locale et régionale.

Ce terrain présente un intérêt tout particulier dans le cadre de cette recherche. D'une part, il illustre les réalités organisationnelles propres aux établissements privés sous contrat, confrontés à des logiques de performance, de qualité ainsi que des injonctions de coordination entre services aux cultures professionnelles diverses. D'autre part, l'établissement X constitue un lieu d'observation privilégié des interactions entre les fonctions soignantes et administratives, notamment dans la gestion des flux patients, la planification des soins et la gestion des dossiers médicaux et administratifs.

Le choix de ce terrain repose également sur l'accès facilité à des professionnels issus des deux versants de l'organisation administratif et soignant ce qui a permis de croiser les regards et d'enrichir la compréhension du phénomène étudié. En effet, l'établissement ne m'étant pas inconnu, son fonctionnement était plus simple pour moi à étudier que sur un autre site où il aurait fallu assimiler les tâches et les procédés de chacun. De plus, la taille de l'établissement facilite le contact avec les professionnels.

Enfin, les observations et échanges réalisés sur ce site ont révélé des enjeux concrets de coordination, tant au niveau stratégique (politiques internes de parcours) qu'au niveau opérationnel (gestion quotidienne des admissions, planification, communication interservices). Cet établissement étant centré sur sa Durée Moyenne de Séjour (DMS) qui se veut courte, il est donc essentiel sans cesse d'optimiser la gestion des entrées et des sorties, ce qui impose des échanges fréquents entre les services administratifs et médicaux. Il y a donc des enjeux de coordination forts entre les équipes administratives et soignantes.

Ce cadre institutionnel, bien que spécifique, présente des caractéristiques largement représentatives de nombreuses structures sanitaires privées et publiques en France, ce qui en fait un cas pertinent dans une perspective exploratoire et qualitative.

V. Modalités de recueil des données

L'outil de recueil utilisé est un guide d'entretien semi-directif. Il a été construit à l'aide de la revue de littérature et des premières observations de terrain.

Quatre guides d'entretien ont été élaborés : l'un destiné aux professionnels soignants IDE et aide-soignant, un destiné aux cadres de santé, un autre aux membres des équipes administratives et pour finir un pour la responsable relation client. (Cf. ANNEXES 1,2,3,4)

Ces guides, construits autour de grands axes thématiques, visent à explorer les modalités de coordination actuelles, les freins perçus, les attentes en matière de communication et de gestion, ainsi que les leviers d'amélioration.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux catégories d'acteurs :

- Les membres du *personnel administratif*, comprenant les agents d'accueil et la responsable relation client, impliqués dans la gestion des parcours (accueil, gestion des dossiers, interface avec les familles, pilotage des admissions, etc.)

Les *professionnels soignants* en lien avec ces mêmes parcours (infirmiers, cadres de santé, aide-soignant).

Les entretiens ont été menés en présentiel, dans des conditions garantissant la confidentialité et la liberté d'expression des participants. Ils ont été effectués selon les disponibilités des professionnels, de l'activité des services et ont duré environ 45 minutes.

L'enregistrement audio des échanges, avec accord préalable des personnes interrogées, a permis une retranscription fidèle et intégrale, préalable indispensable à l'analyse.

Le nombre d'entretiens réalisés a été jugé suffisant dès lors que les propos recueillis devenaient redondants et n'apportaient plus de données qualitativement nouvelles, dans une logique de saturation.

Au total, 10 entretiens semi-directifs ont été réalisés.

Tableau 2 – Tableau récapitulatif des entretiens semi-directifs

Entretien	Fonction	Service	Date réalisée
1	Responsable relation client.	Accueil/ Facturation	6 Mars 2025
2	Agent d'accueil	Accueil/ Facturation	6 Mars 2025
3	Agent d'accueil	Accueil/ Facturation	6 Mars 2025
4	Agent d'accueil	Accueil/ Facturation	12 Mars 2025
5	Cadre de santé	Service ambulatoire / Chirurgie A	17 Mars 2025
6	Aide-soignante coordinatrice (AS)	Service ambulatoire / Chirurgie A	19 Mars 2025
7	Cadre de santé	Services de chirurgie	19 Mars 2025
8	Infirmière Diplômé d'État (IDE)	Service ambulatoire	20 Mars 2025
9	IDE	Service de chirurgie	21 Mars 2025
10	IDE	Service de chirurgie	21 Mars 2025

VI. Limites de l'étude

Comme toute étude qualitative, ce travail présente des limites. Les entretiens ont été menés dans un seul établissement, avec un nombre réduit de participants. Les résultats sont donc liés à un contexte précis et à des parcours professionnels particuliers.

Cela veut dire que les résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les structures de santé. Toutefois, certains éléments observés peuvent ressembler à des situations vécues dans d'autres établissements.

Une autre limite importante est que seuls des professionnels soignants et administratifs ont été interrogés. Le point de vue des patients n'a pas pu être recueilli. Or, leur avis est essentiel pour comprendre les conséquences réelles des dysfonctionnements de coordination sur leur prise en charge. Cette absence limite donc l'analyse, qui reste centrée sur ce que perçoivent les professionnels et ne permet pas d'appréhender directement l'impact vécu par les patients. De même pour les médecins qui n'ont pas été interrogés, car la problématique cible les équipes administratives et soignantes.

Il est aussi possible que certaines personnes interrogées aient voulu donner une image valorisante de leur travail, en insistant sur les réussites ou en minimisant les difficultés. J'ai donc rappelé systématiquement l'anonymat des propos et essayer de créer un climat de confiance, afin de favoriser une parole libre. Le croisement des discours entre soignants et administratifs a aussi permis de mieux cerner les incohérences ou les écarts de perception.

Enfin, ma propre posture a nécessairement influencé la manière dont les données ont été recueillies et analysées. Les entretiens ont été réalisés avec une grille de lecture qui est forcément influencée par ma formation et mon expérience de terrain. J'ai donc veillé à garder une attitude réfléchie et méthodique tout au long du processus, en questionnant mes propres interprétations et en restant attentive à ce que les personnes interrogées voulaient réellement exprimer.

VII. Méthode d'analyse

Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse thématique, selon une démarche inductive. Après une phase de lecture flottante, les propos ont été organisés autour de thématiques récurrentes, parfois enrichies ou reformulées au fil de l'analyse. Cette méthode a permis de structurer les discours autour de plusieurs axes :

« Perception de la coordination, les dysfonctionnements rencontrés, attentes formulées, les points de convergence et de divergence entre les différents niveaux d'acteurs interrogés ». L'objectif étant de dégager des lignes de force et de faiblesse propres au fonctionnement de la structure, tout en identifiant des marges de manœuvre concrètes pour une amélioration de la collaboration entre les soignants et le personnel administratif.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

PARTIE III – ANALYSE ET DISCUSSION

I. Analyse

Les 10 entretiens réalisés dans le cadre de cette étude ont permis de recueillir des témoignages riches et concrets sur la manière dont se vit la coordination entre les équipes soignantes et administratives dans un établissement sanitaire. Les professionnels interrogés occupent des fonctions variées, pour mémoire : infirmiers, cadres de santé, agents d'accueil, responsable de la relation client, aide-soignante coordinatrice. Cette diversité de profils a offert une vision globale des difficultés rencontrées, mais aussi des dynamiques internes, des ressentis et des pistes d'amélioration évoquées par chacun.

L'objectif de cette partie est d'analyser de manière transversale les propos recueillis afin d'identifier les problématiques communes, les points de tension spécifiques à certains niveaux de responsabilité, ainsi que les écarts ou les incompréhensions entre les équipes. Cette analyse vise à mieux comprendre les mécanismes qui freinent une coordination efficace et à mettre en lumière les leviers possibles pour améliorer la prise en charge des patients au quotidien. Les résultats sont organisés sous 4 axes.

AXE 1 – La perception de la coordination entre les équipes

AXE 2 — Les dysfonctionnements rencontrés dans la coordination

AXE 3 — Les attentes formulées par les professionnels

AXE 4 – Les points divergence entre les niveaux d'acteurs interrogés

À partir de ces axes, l'analyse qui suit croisera les différents témoignages afin d'en ressortir les enseignements les plus pertinents pour comprendre les freins actuels à la coordination, mais aussi les leviers mobilisables dans une logique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge.

1. AXE 1 – La perception de la coordination entre les équipes

Les entretiens menés révèlent une représentation de la coordination comme un enjeu central du bon fonctionnement du parcours patient. Tous les professionnels interrogés qu'ils soient agents d'accueil, soignants ou cadres s'accordent à dire qu'une bonne coordination est essentielle. Toutefois, cette coordination est aussi décrite comme fragile, souvent dépendante de la bonne volonté individuelle, et encore trop peu structurée par des outils ou des procédures partagées.

A. Une collaboration perçue comme cordiale, mais insuffisamment organisée

Globalement, la collaboration entre les services est ressentie comme cordiale. Plusieurs professionnels affirment que les échanges se passent « bien » sur le plan humain, mais soulignent en parallèle l'absence de cadre institutionnel. Comme le résume une infirmière du service ambulatoire « On n'a pas de soucis avec l'équipe d'en bas, mais il y a juste un manque de lien entre nous deux. On s'entend bien, oui, mais ce n'est pas suffisant. »

Elle met en avant le fait que les besoins et contraintes des équipes administratives ne sont pas connus d'elle, d'où la nécessité de communiquer. Le lien actuel semble superficiel.

Une cadre de santé du service de chirurgie explique « La communication et le fait de... Les décisions doivent être collégiales, c'est-à-dire qu'on ne va pas décider de son côté une nouvelle organisation sans parler aux autres. Parce qu'on ne connaît pas l'impact que ça aura sur les autres. »

Elle insiste sur l'importance d'associer les équipes concernées lorsqu'une décision organisationnelle est prise, afin d'anticiper les impacts en aval et de garantir une meilleure coopération.

B. Une méconnaissance mutuelle persistante entre les équipes

Ce déficit d'organisation de la coordination semble alimenté par une méconnaissance mutuelle des fonctions et des personnes, souvent évoquée dans les entretiens. L'absence de contact direct entre les équipes renforce une certaine distance relationnelle, malgré les échanges quotidiens. Une infirmière affirme ainsi « *On ne se connaît pas en vrai. On travaille ensemble, mais on n'a pas de visage derrière les appels.* »

Ce sentiment est largement partagé, y compris chez les agents d'accueil

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

« Des fois, j'aimerais bien savoir à qui je parle, avoir un repère. Parce qu'on échange tous les jours, mais sans se voir. » (Agent d'accueil)

« Moi je ne connais pas les agents d'accueil, je ne sais pas qui est qui. » (Aide-soignante coordinatrice)

Cette méconnaissance a des conséquences concrètes sur la qualité de la coopération. En l'absence de liens interpersonnels, la communication peut devenir plus tendue, plus formelle, et moins efficace. Une autre agente d'accueil confirme ce ressenti *« Nous, on travaille en bas, on ne sait pas vraiment comment ça se passe dans les étages. »*

Ce cloisonnement empêche aussi l'émergence d'une culture commune autour de la coordination, chaque équipe restant centrée sur ses propres contraintes.

C. Une communication essentielle mais perçue comme fragile

La communication est fréquemment présentée comme le pilier de la coordination... mais aussi comme sa principale faiblesse. Les échanges se font essentiellement par téléphone, ce qui peut être source d'erreurs ou de malentendus. Une infirmière du service chirurgie illustre bien ce problème *« C'est souvent du téléphone arabe... La fille de l'accueil dit quelque chose au patient, le patient comprend autre chose, et c'est nous qui devons rattraper derrière. »*

Ce flou informationnel peut générer des tensions avec les patients, notamment en cas d'erreurs sur les forfaits, les chambres ou les consignes. Une infirmière ambulatoire témoigne *« Le patient nous dit "j'avais réservé une chambre seule", mais on n'a pas cette info. L'accueil le sait, mais nous non. Et c'est nous qui devons gérer la frustration. »*

En l'absence d'un outil de communication partagé ou de protocoles clairs, ces situations reviennent fréquemment. Plusieurs soignants expriment leur désarroi face à cette absence d'anticipation, soulignant que les informations ne circulent pas toujours à temps.

D. Des représentations du travail de l'autre parfois stéréotypées

Le manque de lien direct peut aussi alimenter des préjugés ou des incompréhensions sur les rôles de chacun. Une agent d'accueil rapporte :

« De toute façon, elles ont leurs fesses assises toute la journée. [...] Mais au final, elles ne

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

s'arrêtent pas une minute. »

Ce verbatim illustre bien le décalage entre l'apparence des tâches et la réalité du travail, qui n'est comprise que lorsque les équipes prennent le temps d'observer ce que fait réellement l'autre.

E. Un besoin partagé de mieux se connaître pour mieux coopérer

Malgré ces difficultés, tous les professionnels interrogés expriment une volonté claire de renforcer la coordination, notamment en développant une meilleure compréhension des contraintes mutuelles. Une infirmière formule cette attente simplement « Il faudrait que chacun voie le travail de l'autre. Que les équipes passent un peu de temps dans le service de l'autre. On parle de coordination, mais en fait on ne se connaît pas. »

Du côté des cadres, ce besoin de visibilité croisée est aussi identifié comme une priorité managériale, pour sortir d'un fonctionnement en silos et créer les conditions d'une coordination réelle.

2. AXE 2 — Les dysfonctionnements rencontrés dans la coordination

Les entretiens menés mettent en évidence une diversité de dysfonctionnements organisationnels qui affectent directement la coordination entre les équipes et entraînent des répercussions concrètes sur la prise en charge des patients. Ces dysfonctionnements concernent principalement les erreurs d'identification, les changements de forfait non anticipés, les documents manquants, et une mauvaise transmission d'informations au sein des parcours.

A. Des erreurs d'identité ou des données administratives incomplètes

Plusieurs professionnels ont décrit des cas où l'identité du patient était mal renseignée, entraînant des erreurs sur les documents officiels et parfois des blocages de soins. Comme le rapporte une infirmière du service chirurgie « On se retrouve avec un patient qui ne peut pas être transfusé parce que le nom est mal écrit, et du coup le labo bloque tout. Et c'est déjà arrivé. » (Infirmière, chirurgie).

Une autre infirmière du service ambulatoire précise que ces erreurs peuvent sembler mineures mais génèrent un surcroît de travail et des retards « Si l'identité est mal saisie, on

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

doit tout recommencer : refaire les étiquettes, rappeler l'admission, parfois même faire redescendre le patient. » (Infirmière, ambulatoire).

B. Une désorganisation récurrente liée au défaut de transmission d'informations

L'un des dysfonctionnements les plus fréquemment mentionnés concerne les changements de forfaits de chambre (particulière ou double), souvent décidés sans concertation avec les services soignants. Cela entraîne une désorganisation des soins et une frustration des patients. Une cadre de santé relate « On reçoit un patient qui pense être en chambre particulière, mais on ne nous a rien dit. Résultat, il est en chambre double et il n'est pas content du tout. » (Cadre, chirurgie).

Les infirmières doivent alors gérer seules les tensions générées : « Le patient arrive et dit qu'il avait réservé une chambre seule. Cependant, nous n'avons pas cette information. Nous devons alors gérer sa frustration sans avoir les moyens d'agir. » (Infirmière, chirurgie).

Le manque de communication en temps réel entre les services est un facteur aggravant de ces dysfonctionnements. Les informations circulent mal ou trop tard, comme le souligne une infirmière « Le changement de forfait, on le découvre parfois une heure avant. Impossible d'adapter les soins ou les repas à temps. » (Infirmière, ambulatoire).

Cette absence d'anticipation a aussi des conséquences émotionnelles pour les patients « Le patient se sent trahi. Il pensait avoir une chambre avec un confort particulier, et au final, il se retrouve dans une autre situation. » (Cadre, chirurgie).

C. Des retards et désorganisations liés à des dossiers incomplets ou absents

Des retards importants sont fréquemment causés par l'absence de pièces administratives essentielles (carte d'identité, mutuelle, pré-admission), comme le décrit une agent d'accueil « Un patient est monté directement sans passer aux admissions. Il n'avait pas de pièce d'identité, pas de mutuelle. On a dû attendre qu'un membre de sa famille vienne en fin de journée. » (Agent d'accueil).

Ce type d'incident entraîne des retards au bloc opératoire ou dans les soins programmés, et désorganise toute la chaîne de prise en charge « Le patient est attendu au bloc, mais

comme son dossier n'est pas complet, il n'est pas pris en charge. Ça décale toute la programmation. » (Cadre, chirurgie).

D. Des impacts sur la qualité de prise en charge et la relation soignant-patient

Ces dysfonctionnements nuisent à la qualité des soins mais aussi à la relation de confiance avec le patient, qui perçoit ces erreurs comme un manque de professionnalisme. Une aide-soignante témoigne « Ce n'est pas une bonne prise en charge. On doit faire sortir le patient plus tôt, ou improviser. On bricole au lieu de soigner. » (Aide-soignante coordinatrice).

Une infirmière ajoute que cela pèse aussi sur l'équipe « On prend du retard, et ensuite on doit courir toute la journée. Et c'est stressant aussi pour le patient, qui sent que tout est mal organisé. » (Infirmière, ambulatoire).

A partir des dysfonctionnements on peut procéder à une catégorisation pour mieux comprendre et par la suite apporter des solutions.

E. Typologie des dysfonctionnements de coordination

L'analyse des dix entretiens semi-directifs révèle une diversité de dysfonctionnements dans la coordination entre les équipes soignantes et administratives. Ces dysfonctionnements peuvent être regroupés en six grandes catégories.

a. Dysfonctionnements liés à un défaut de transmission d'informations et de communication interservices

Ce dysfonctionnement apparaît dans tous les entretiens. Il concerne aussi bien l'absence d'informations essentielles (forfaits, chambres, identité du patient) que le non-signalement de modifications importantes (changement de prestation ou d'entrée, urgence non prévue).

« J'ai eu un patient qui est parti sans se faire opérer parce qu'il a attendu trop longtemps. Il était prévu, mais personne n'était au courant. » (Agent d'accueil)

« Des fois, on reçoit un patient, mais il n'y a rien dans Hôpital Manager (HM). On doit appeler tous les services pour trouver à qui il est destiné. »* (Responsable relation client)

Le dysfonctionnement est majoré par des difficultés pratiques à joindre certains interlocuteurs.

*Explication du mot dans le glossaire.

« Après, pour peu qu'on doit les appeler aussi, c'est compliqué de les avoir au téléphone. Que ce soit l'accueil principal, beaucoup, c'est très compliqué de les avoir. Des fois, il faut attendre longtemps. Même les box, des fois, c'est un petit peu pas évident. » (IDE chirurgie)

Ayant observé le terrain, il est vrai que certains agents d'accueil évitaient de répondre au téléphone pour ne pas être dérangés dans leurs tâches et éviter d'aller gérer une situation.

« Mais du coup, des fois, on n'a pas l'information et on se retrouve dans des situations où on peut faire, si je peux me permettre une boulette, parce qu'on ne le savait pas. [...] on a eu une mort foetale récemment et on n'a pas été prévenus. [...] Et au-delà de ça, la fille de l'hôtellerie, qui a été en chambre, qui n'était pas au courant parce qu'à la base elle venait pour un accouchement, elle est arrivée en disant « Comment ça va ? Comment ça se passe ? Le bébé va bien ? » C'est un peu compliqué. Donc derrière, on a fait un point avec la famille, on s'est excusés, on a dû faire un geste commercial. » (Responsable relation client)

Ce défaut de transmission peut provoquer du stress chez le patient, une perte de temps importante et une détérioration de la relation patient / établissements mais aussi interservices.

b. Dysfonctionnements liés à un mauvais séquençement des tâches

Plusieurs situations décrites dans les entretiens montrent un enchaînement désordonné des étapes du parcours patient, notamment en chirurgie. Cela entraîne des retards, des tensions et une perte de fluidité.

« *Un médecin accepte un patient en urgence, mais l'annonce n'est pas faite. Il arrive sans qu'on sache pour qui, pourquoi, ni pour quand.* » (Agent d'accueil)

« *On fait tout à l'envers. Le patient monte, on fait le dossier après. Et pendant ce temps, il attend, parfois dans un mauvais service.* » (Agent d'accueil)

Le mauvais séquençement est souvent aggravé par le manque d'outils partagés ou de protocole d'entrée clair, mais aussi à une organisation qui n'est pas optimisée, notamment en cas d'urgences ou de transferts inter-établissements.

c. Dysfonctionnements liés à l'absence de compétence ou de légitimité au moment requis

Certaines situations soulignent un report de responsabilités ou une incompréhension des périmètres de compétence, notamment lorsque des décisions médicales sont attendues alors que seuls les agents sont présents.

« J'ai déjà dû appeler les pompiers moi-même avec mon propre téléphone, parce que personne ne voulait prendre une patiente. » (Agent d'accueil)

« Le patient arrive, il n'est pas prévu, l'agent d'accueil appelle le soin. Le soin lui répond : "débrouille-toi pour trouver une chambre." » (Responsable relation client)

« J'ai une patiente qui se tord de douleur à l'accueil, mais tant que le chirurgien ne répond pas, je ne peux rien faire. » (IDE chirurgie)

« Je n'ai jamais été formée à un protocole de coordination. On apprend sur le tas, et chacun fait à sa manière. » (IDE ambulatoire)

Ce type de dysfonctionnement crée un désengagement, de la souffrance professionnelle et une perte de repères organisationnels.

d. Dysfonctionnements liés à des erreurs administratives (identitovigilance, dossiers, lettres)

Les erreurs dans la saisie des identités, la remise de documents erronés ou le traitement incomplet des dossiers sont fréquentes. Elles sont généralement interceptées, mais elles engendrent des retards, de la désorganisation et, potentiellement, des risques pour le patient.

« On a déjà eu des patients sortis avec la lettre du voisin. Ou avec leur cathéter encore en place. » (agent d'accueil)

« La dame avait dit à l'accueil qu'elle ne voulait plus son nom marital. Mais l'infirmière a saisi son ancien nom. Résultat : deux bracelets, deux identités. » (agent d'accueil)

« Les prénoms, les noms à rallonge, ça bloque la commande de sang. Si l'identité ne correspond pas, on ne peut pas transfuser. » (IDE chirurgie)

« La complétude du dossier. Je sais que nous, plutôt nous, les responsables, on est impacté quand on fait des demandes Trajectoire sur les convalescences. On doit trouver la mutuelle, on doit trouver la sécu et on ne trouve pas tout dans tous les dossiers. » (Cadre de santé chirurgie)

Ces erreurs nuisent à la qualité de prise en charge et augmentent la charge mentale des soignants comme des agents d'accueil. Ces dysfonctionnements sont visibles et subis par tous les professionnels. Ils ont surtout un impact grave sur la prise en charge du patient avec des soins qui ne peuvent être effectués, des documents d'examens transmis au mauvais patient etc..

e. Dysfonctionnements liés à un cloisonnement organisationnel ou culturel

Plusieurs témoignages décrivent une culture de travail trop segmentée, où chaque service agit dans son périmètre sans prise en compte de l'ensemble du parcours patient. Le manque de compréhension des contraintes de l'autre équipe est récurrent.

« En fait, on ne sait pas comment ils travaillent là-haut. Donc on ne peut pas juger, mais du coup on ne comprend pas ce qu'ils font. » (Agent d'accueil)

« Le soignant se retrouve avec 10 entrées, tout seul. Il ne comprend pas pourquoi l'accueil lui envoie tout d'un coup. Et inversement. » (Responsable relation client)

« Il y a des secrétaires médicales qui disent : allez directement en chirurgie. Et le patient ne passe pas par l'admission. » (Agent d'accueil)

« mais pour le coup, ce n'est pas nous qui gérons les chambres. Donc, il y a peut-être la cellule de régulation à appeler entre deux. En fait, je pense que dès qu'ils ont un dysfonctionnement sur le forfait, c'est directement l'infirmière qui doit gérer ce problème-là, alors qu'on a une cellule de régulation de lits qui est censée régler ce problème-là. » (Cadre de santé chirurgie)

On observe l'incompréhension des rôles entre professionnels avec ici les agents d'accueil qui vont contacter les IDE alors qu'il ne s'agit pas du bon interlocuteur pour résoudre le problème rencontré, du moins pas le premier à contacter.

Ce cloisonnement empêche une approche partagée du parcours de soin et entretient des tensions latentes.

Au-delà de la transmission d'informations, plusieurs agents soulignent le manque de contact humain entre les équipes. L'absence de rencontres, de temps d'échanges ou de connaissance mutuelle alimente les incompréhensions et les tensions.

« On est 400 dans l'hôpital, il y a des gens que je n'ai jamais vus. Le fait de ne pas connaître la personne au bout du fil, ça change tout. » (Responsable relation client)

« On ne sait jamais à qui on a affaire par téléphone. Et comme il y a beaucoup de nouvelles, on ne sait même pas qui travaille là-haut. » (Agent d'accueil)

Cette distance favorise des réactions de rejet ou d'irritation et contribue à entretenir une forme de clivage symbolique entre "le soin" et "l'administratif".

f. Dysfonctionnements dus à des outils ou processus inadaptés

Enfin, plusieurs entretiens évoquent les limites des outils utilisés : logiciels non partagés, trop de fax, absence d'alerte sur les changements, ou encore manque de formation sur les procédures.

« On travaille encore avec des fax. On ne sait pas s'il est bien arrivé, s'il a été vu, ou perdu. » (AS)

On peut effectivement s'interroger le fait qu'ils soient vus.

« L'accueil nous appelle pour savoir si le patient est bien sorti. On fait ça à la main, avec des pastilles de couleur sur l'ordinateur. C'est archaïque. » (IDE chirurgie)

Ces dysfonctionnements peuvent aussi créer des conflits et creuser l'écart entre les services.

« Ça faisait déjà des conflits parce qu'elle nous disait, tu comprends, j'ai le patient devant moi, qu'est-ce que je fais avec ? Du coup, ça faisait un petit peu des conflits. Mais tous les deux, on se retrouvait dans une impasse parce qu'elle avait le patient qui était devant elle. Mais nous, on avait quelqu'un dans la chambre, on ne pouvait pas le mettre dehors. » (IDE chirurgie)

Ces limites renforcent la dépendance aux échanges informels et à l'initiative individuelle, avec un risque accru d'erreurs.

« Je trouve que c'est un petit peu mal fait. En fait, le patient, il vient, il se présente à l'accueil. La dame de l'accueil, donc, nous appelle. Nous, on dit... Ben, attends, je vais appeler le

chirurgien. On pose des questions et tout ça. Je vais appeler le chirurgien. On appelle le chirurgien qui nous dit... Tu l'hospitalises.

Alors, je sais pas, par exemple, tu le sondes. Et tu mets... Enfin, bref, peu importe. Et donc, nous, on rappelle l'accueil en disant... Ben, il peut monter.

Sauf qu'en fait, le patient monte. Nous, on lui fait remplir une feuille.

En chambre. Avec numéro de Sécu. Enfin, identité de la personne à prévenir et tout ça. On la faxe à l'accueil. Et l'accueil, ils ouvrent le dossier.

Alors que le patient, il vient de l'accueil [rire]. On pourrait faire tout directement à l'accueil. En termes de... Parce que surtout, si on n'a pas le dossier d'ouvert, légalement, on peut rien faire. Même prendre une tension, on ne peut pas le faire. Il n'est pas dans nos murs, en fait, s'il n'est pas sur le PC. Donc, on ne peut pas s'en occuper.

Et en fait, ça, pareil, je trouve que ça a aussi un impact sur la prise en charge du patient, parce qu'en fait, ça retarde beaucoup de choses. Parce que tant qu'on n'a pas le dossier d'ouvert, on ne peut pas faire venir le laboratoire. Tant que le labo n'est pas là, on n'a pas les résultats de la prise de sang. Donc, des fois, ça nous arrive d'hospitaliser des gens. Et la condition, c'est juste d'attendre la prise de sang pour savoir si on garde le patient ou s'il peut sortir parce qu'il n'y a rien de grave. Sauf que le temps que le patient remplisse la feuille, le temps qu'on la faxe à l'accueil, que l'accueil ouvre le dossier, en fait, mine de rien, ça peut prendre des fois une demi-heure, trois quarts d'heure.

Et en fait, c'est une demi-heure, trois quarts d'heure qu'on perd inutilement, alors que le patient, il vient quand même... Pour une urgence, au final. Parce que la plupart du temps, quand ils sont en bas, dans 50% des cas, ils sont algiques, ils sont douloureux, ils ne sont pas bien, ou même ils saignent. Donc, en fait, c'est des choses à faire assez rapidement, oui. La plupart du temps. Donc, je trouve que le fait qu'il y ait plein d'étapes comme ça, de faxes, de machins, d'appels, c'est vraiment pas... Enfin, ça facilite pas le parcours C'est pas fluide, quoi. »

Cette situation est un exemple concret de dysfonctionnement lié à une procédure inadaptée. On crée une attente et un impact qui pourrait être évité dans la prise en charge du patient. On peut aussi constater que les professionnels ont conscience des dysfonctionnements organisationnels et c'est pour ça qu'il serait intéressant d'entendre les équipes pour régler ces problèmes de coordination.

Cette typologie montre que les problèmes de coordination ne relèvent pas d'une seule cause, mais d'une confusion de facteurs humains, techniques et organisationnels. Les conséquences sont multiples : retards, stress, désorganisation, tension entre professionnels, et dans certains cas, une prise en charge dégradée pour les patients.

3. AXE 3 — Les attentes formulées par les professionnels

Au-delà des constats et des dysfonctionnements identifiés dans les échanges précédents, les professionnels interrogés formulent des attentes fortes et récurrentes pour améliorer la coordination entre les équipes. Ces attentes portent à la fois sur l'organisation, la communication, la reconnaissance du travail de chacun et les outils concrets à mettre en place. Elles sont le reflet d'un besoin de transformation structurelle, mais aussi culturelle, dans la manière dont les métiers interagissent au quotidien.

A. Le besoin de reconnaissance mutuelle

Plusieurs agents d'accueil expriment une attente claire de reconnaissance de leur rôle dans la chaîne de prise en charge. Ils souhaitent que leur travail ne soit pas perçu comme purement administratif et qu'il soit valorisé dans le parcours patient. Une agente d'accueil explique.

« On a l'impression des fois d'être le service qui ne sert à rien, parce que c'est que des papiers. Mais à la base, c'est nous qui déclenchons tout. » (Agent d'accueil).

Cette demande de reconnaissance est aussi liée à un manque de compréhension mutuelle des contraintes de chaque service. Certains espèrent que des moments partagés ou des immersions croisées permettent de mieux s'apprécier.

« Je pense que c'est important de savoir ce que... les difficultés que rencontre l'accueil, les difficultés que rencontre le service, les impacts que ça peut engendrer sur le patient. » (Cadre de santé, chirurgie).

B. Des temps d'échange réguliers et structurés

L'une des attentes les plus fréquemment citées concerne la mise en place de réunions inter-services, afin de créer un espace de dialogue et de résolution collective des problèmes. Plusieurs agents d'accueil évoquent positivement des expériences passées de réunions

avec les équipes soignantes, qu'ils aimeraient voir institutionnalisées.

« Il y avait une certaine époque où on avait mis en place des réunions avec quelques soignants et quelques administratifs. Les problèmes qu'on rencontrait, on en parlait. On se voyait, et ça, c'était assez cool. » (Agent d'accueil).

Du côté des cadres, cette attente est aussi formulée de manière explicite, notamment dans le souhait d'organiser des debriefings conjoints après des incidents ou des situations complexes.

« Pourquoi ne pas dire : voilà, il s'est passé ça, on se met autour d'une table, la fille de l'accueil, la fille du service, et on en discute. » (Cadre de santé, chirurgie).

C. Une meilleure anticipation des admissions et des parcours

Les soignants comme les administratifs pointent un manque d'anticipation dans les parcours patients, avec des admissions de dernière minute ou des prestations modifiées sans concertation. Une aide-soignante coordinatrice résume bien cette frustration.

« Quand une chambre est vendue alors qu'on ne l'a pas encore libérée, c'est nous qui devons gérer. On fait sortir les patients plus tôt. Ce n'est pas une bonne prise en charge. » (IDE).

Les professionnels aimeraient être mieux informés en amont des changements de forfait, d'identité ou de chambre. Une infirmière ajoute « Si on pouvait être prévenus la veille, ou même le jour J, avant que la chambre soit vendue... Juste pour vérifier si c'est possible, en fait. » (IDE ambulatoire).

D. Des outils de coordination plus efficaces

Enfin, plusieurs entretiens font état de limites dans les outils existants (téléphone, dossiers papier, absence de traçabilité claire). Les professionnels aimeraient bénéficier d'outils numériques partagés, comme un tableau de suivi ou une messagerie interne pour transmettre les informations sans délai ni confusion. « Un tableau partagé avec les chambres réservées, les forfaits, ça éviterait qu'on vende une chambre déjà prise. » (Agent d'accueil)

Une autre suggestion va dans le sens d'une clarification des rôles et des circuits d'information « Il faudrait que chacun sache qui fait quoi. Qu'on ait un référent côté accueil,

un côté soins, pour chaque parcours. » (Infirmière, chirurgie)

4. AXE 4 – Les points de divergence entre les acteurs interrogés

Les entretiens ont également mis en lumière des points de vue parfois similaires mais aussi profondément divergents selon les catégories professionnelles, que ce soit entre les soignants et les agents d'accueil, entre les cadres et les équipes de terrain, ou encore entre la responsable de la relation client et les agents d'accueil. Ces écarts de perception influencent directement le fonctionnement global et la fluidité de la coordination entre les services.

A. Le changement d'organisation : entre soulagement administratif et désorganisation clinique

L'une des divergences les plus visibles concerne la nouvelle organisation consistant à faire monter les patients sans appel téléphonique préalable. Pour les agents d'accueil, cette décision a été perçue comme un gain de temps essentiel et une réponse à une situation difficilement tenable.

« Avant on appelait pour chaque entrée. Sauf que des fois, on passait cinq bonnes minutes, voire dix à essayer de les joindre... On perdait du temps. Maintenant, on ne les appelle plus. » (Agent d'accueil)

En revanche, les infirmières ont exprimé une incompréhension et un sentiment d'abandon, car elles reçoivent des patients sans être prévenues, ce qui nuit à leur organisation.

« Maintenant, les patients arrivent sans qu'on soit prévenus. On se retrouve avec des patients dans le service, sans savoir qui c'est ni ce qu'on doit en faire. » (Infirmière, chirurgie)

La cadre de santé concernée par cette décision exprime également son désaccord sur la méthode utilisée.

« C'est typiquement une organisation qu'on n'a pas discutée avec moi. Et les équipes, elles voient arriver des patients sans numéro de chambre... On ne sait même pas s'ils sont là. » (Cadre de santé, chirurgie)

Cette situation illustre bien une décision imposée par le haut, vécue de manière opposée selon les acteurs, avec une intention de gain de fluidité du côté administratif, mais une perte de repères et de sécurité du côté soignant. En fin de compte, le problème a simplement été déplacé.

B. Le traitement des erreurs ou imprévus : entre vigilance administrative et frustration clinique

Autre point de divergence, la manière de gérer les patients non prévus ou mal orientés. Du côté administratif, cela génère du stress et une perte de temps considérable

« On reçoit un patient, il n'est pas prévu, il n'y a rien dans l'HM. On appelle les services, personne ne le reconnaît... Le patient s'énerve, nous aussi. » (Agent d'accueil)

Pour les soignants, ce type de situation est perçu comme une conséquence d'un manque de rigueur en amont, et c'est à eux que revient la charge de « réparer » l'erreur. *« C'est nous qui devons gérer la colère du patient parce qu'il s'attendait à autre chose. L'information ne circule pas, et c'est nous qui encaissons. » (Infirmière, chirurgie)*

Ici encore, les mêmes situations sont vécues différemment selon le rôle exercé, ce qui alimente des tensions et des jugements parfois négatifs entre les services.

C. Les perceptions du rôle de chacun : entre complémentarité attendue et sentiment d'ingérence

Plusieurs agents d'accueil se plaignent d'un manque de reconnaissance ou d'une forme de condescendance perçue chez les équipes soignantes. *« On ne sait jamais à qui on a affaire, et on sent parfois que ce qu'on fait est considéré comme pas important. » (Agent d'accueil)*

Certaines infirmières, de leur côté, estiment que les agents d'accueil s'impliquent parfois sur des sujets qu'ils ne maîtrisent pas, ce qui peut générer des malentendus.

« Les patients arrivent en nous disant des choses que l'accueil leur a dites, mais ce n'est pas toujours la réalité. Et c'est à nous de réexpliquer. » (Infirmière, chirurgie)

Ces témoignages traduisent un manque de clarté des périmètres de chacun, et un besoin d'explicitation des rôles et missions afin de limiter les jugements ou les confusions.

D. Les attentes envers la direction et les initiatives non partagées

Enfin, des écarts de perception apparaissent entre les agents d'accueil et la responsable relation client, cette dernière ayant une vision plus globale et stratégique, alors que les

agents ressentent souvent un manque d'écoute sur leurs contraintes concrètes. « *Il y a des changements qui sont décidés, mais on n'a pas forcément notre mot à dire. Pourtant, c'est nous qui les mettons en œuvre.* » (Agent d'accueil)

La responsable, quant à elle, identifie des limites systémiques et défend l'idée de faire évoluer les pratiques. « *Peut-être qu'on n'a pas utilisé le bon canal de communication... Il faut remettre les gens dans une dynamique collective.* » (Responsable relation client)

II. Discussion

1. La perception de la coordination entre les équipes : un idéal partagé, mais une réalité fragilisée par le manque de connaissance mutuelle.

Les professionnels interrogés s'accordent sur l'importance de la coordination dans le parcours patient. Toutefois, celle-ci est perçue comme fragile, souvent dépendante de la bonne volonté individuelle plus que de mécanismes collectifs formalisés. Cela rejoint l'analyse de Mintzberg (1982), selon qui plusieurs mécanismes de coordination peuvent coexister dans les établissements de santé : standardisation des qualifications, supervision directe, ajustement mutuel, etc. Or, ces mécanismes sont difficilement applicables dans un contexte où soignants et administratifs n'ont pas les mêmes codes professionnels.

L'une des difficultés qui se dégage clairement des entretiens réalisés concerne la faible connaissance que les équipes soignantes et administratives ont les unes des autres. Ce manque de lien humain et professionnel entre les deux pôles engendre non seulement de l'incompréhension, mais surtout un sentiment de travail "en parallèle", comme l'avait déjà souligné la littérature sur le cloisonnement des fonctions au sein des établissements de santé de Zardet et al. (2011) et de Louis-Simonet (2017), qui dénoncent une organisation cloisonnée et en « silos » et une absence de culture commune entre professions, empêchant la création de liens interprofessionnels réels. L'idée que chacun reste dans son périmètre, sans vision globale, est récurrente dans les retours d'expérience. Ce manque de lien humain, de rencontres interprofessionnelles, alimente les incompréhensions et

empêche le développement de la confiance mutuelle, pourtant essentielle à une bonne coordination.

Ces constats rejoignent pleinement ce que la littérature décrit comme un manque de transversalité dans les échanges quotidiens et un défaut d'intégration des services dans la dynamique globale de coordination. Selon la HAS, une coordination efficace repose non seulement sur la circulation fluide de l'information, mais aussi sur une compréhension mutuelle des rôles et des contraintes de chaque acteur. Lorsque les professionnels ne se connaissent pas, il est plus difficile de coopérer de manière constructive et de s'adapter aux imprévus du parcours patient.

Enfin, cette méconnaissance entre services, associée à une absence de vision globale du parcours patient, crée une situation paradoxale : les acteurs sont interdépendants, mais isolés. Le manque de proximité physique et organisationnelle nuit à la coopération. Comme le souligne une cadre de santé :

« Chacun fait ce qu'il a à faire, mais on ne prend pas le temps de comprendre ce que l'autre fait. »

Ce cloisonnement altère les possibilités d'un véritable ajustement mutuel tel que défendu par Mintzberg. Cependant les propos tenus sur le fait qu'il faudrait qu'ils aient une idée du travail de l'autre viennent confirmer les apports théoriques de Mintzberg sur la nécessité d'un ajustement mutuel, particulièrement dans les contextes complexes comme les hôpitaux.

La coordination ne peut pas reposer uniquement sur la standardisation des procédés de travail : elle doit aussi intégrer des moments d'échange, de visualisation du travail de l'autre, et d'ajustement au quotidien.

2. Les dysfonctionnements rencontrés dans la coordination

Les entretiens montrent que les dysfonctionnements les plus fréquents concernent la mauvaise transmission d'informations, les changements de forfaits mal communiqués, les erreurs d'identité ou encore les documents manquants. Ces défaillances organisationnelles, bien documentées dans la littérature, ont des effets en chaîne sur la qualité de la prise en charge.

Selon la HAS, l'anticipation, la communication interprofessionnelle et la circulation fluide de l'information sont des prérequis pour assurer un soin coordonné et sécurisé. Quand ces éléments sont absents, comme dans les cas rapportés d'erreurs de chambre ou d'absence de dossier, c'est le patient qui devient le vecteur principal d'information, une situation dénoncée dans de nombreux travaux sur la coordination des parcours.

Concernant la problématique liée à l'identitovigilance, le Ministère de la Santé a évoqué les erreurs d'identification et le fait qu'elles peuvent entraîner de graves conséquences : administration de soins au mauvais patient, erreurs de facturation, création de doublons, voire erreurs diagnostiques ou thérapeutiques. Les constats faits à la suite des entretiens convergent avec ceux du Ministère de la Santé.

Ces situations sont d'autant plus préoccupantes qu'elles touchent un point de rencontre entre les soignants et les administratifs, censé être parfaitement coordonné.

Les témoignages font également écho aux données de la CRIV, qui mettent en garde contre les risques liés aux erreurs d'identification, telles que l'administration de soins au mauvais patient ou l'échange de résultats médicaux entre deux identités similaires.

Ces dysfonctionnements sont reconnus comme des causes fréquentes d'événements indésirables. Ils illustrent aussi une coordination insuffisante sur un point pourtant central et partagé entre soignants et administratifs : la sécurisation de l'identité du patient. En théorie, cette tâche devrait constituer un terrain de collaboration naturelle. Mais dans les faits, elle reste trop souvent un point de friction, faute de formation conjointe ou de procédures partagées.

De plus, la littérature montre que les zones d'incertitude dans les organisations peuvent être exploitées stratégiquement. Les travaux de Crozier et Friedberg (1977) expliquent que certains acteurs peuvent « garder » volontairement une information pour conserver un avantage ou éviter une surcharge. Ce phénomène a été perçu dans certains témoignages, notamment lorsque les soignants reçoivent l'information trop tard, ou lorsqu'aucun canal de transmission formel n'existe pas.

Dans certaines situations, ce manque de visibilité sur les processus des autres équipes donne une ouverture à la rétention d'information qui permet aux agents administratifs de préserver leur indépendance dans leur travail, un contrôle sur le timing et les ressources administratives, souvent en dehors du regard des autres équipes.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

3. Les attentes des professionnels : vers une coordination plus structurée et reconnue

Les professionnels interrogés expriment le besoin de renforcer la coordination via des temps d'échange formels, une meilleure reconnaissance mutuelle et des outils partagés. Cette attente est en phase avec les recommandations de Le Boterf (2018) qui rappelle que la compétence collective suppose la combinaison du "savoir coopérer", du "vouloir coopérer" et du "pouvoir coopérer".

En d'autres termes, une coordination efficace repose sur des éléments structurels (protocoles, outils), mais aussi culturels (confiance, reconnaissance). L'appel des professionnels pour des réunions interservices, des immersions croisées ou des formations partagées s'inscrit dans cette logique de construction d'une culture commune de la coordination.

La littérature souligne également l'intérêt de recourir à des dispositifs tels que les staffs pluriprofessionnels, les outils de suivi informatisés (DPI), ou encore les réunions de synthèse pour renforcer la concertation interprofessionnelle et la transparence de l'information.

4. Les divergences entre acteurs : une réalité plurielle et parfois conflictuelle

Des décisions vécues comme pratiques par les administratifs (ex. faire monter les patients sans appel) sont perçues comme désorganisées, voire intrusives, par les soignants. Ce phénomène illustre ce que Zardet et al. (2011) appellent les « malentendus structurants », c'est-à-dire des désaccords qui perdurent parce qu'ils s'ancrent dans des logiques de métier différentes. Chaque profession agit avec ses propres priorités, parfois sans percevoir l'effet en chaîne sur les autres maillons du parcours.

La revue de littérature insiste également sur le besoin d'aligner les perceptions pour construire une dynamique de coopération. Comme le montre l'étude de McLaney (2022), plus les professionnels ont une compréhension partagée de leur contribution respective, plus ils sont capables de résoudre collectivement les imprévus. À l'inverse, l'absence de

cadre commun conduit à des tensions répétées, des jugements négatifs, voire une perte de confiance interprofessionnelle.

En ce qui concerne l'impact sur les patients, ils peuvent être avérés ou potentiels.

Des risques liés à l'identitovigilance sont principalement potentiels dans les témoignages recueillis, les équipes sont conscientes que l'impact peut être grave et lié aux soins du patient. Comme transfuser la mauvaise personne ou encore envoyer des résultats au mauvais patient.

Tandis que l'impact avéré sur la prise en charge des patients comporte principalement les retards, le stress des patients qui s'ajoute et donc une mauvaise expérience au sein de l'établissement pour eux.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

PARTIE IV – RECOMMANDATIONS

À partir des résultats obtenus et des discussions menées, plusieurs recommandations peuvent être proposées pour renforcer la coordination entre les équipes soignantes et administratives. Ces suggestions ne cherchent pas à instaurer un modèle unique, mais à identifier des solutions concrètes et réalistes, basées sur les pratiques constatées et les attentes exprimées par les professionnels. L'objectif est de trouver des actions efficaces pour améliorer la coordination et simplifier le travail des équipes, en tenant compte des réalités sur le terrain.

I. Pistes d'actions

1. Désignation d'un référent coordinateur pour chaque service.

Le référent coordinateur serait chargé d'animer la dynamique collective du service, d'organiser et participer aux réunions liées à la coordination, de centraliser les informations et de faire le lien entre les différents acteurs (soignants, administratifs, partenaires extérieurs).

C'est un levier essentiel pour structurer la coordination. Comme pour les parcours inter organisationnels et les dispositifs qui sont mis en place avec par exemple le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) ou des structures comme l'ADAR qui comportent des coordinateurs hospitaliers qui suivent et coordonnent le parcours de soins des patients. Instaurer dans les établissements ce genre de poste pourrait faciliter la coordination entre les professionnels puisqu'on aurait un référent qui suivrait les patients dans leur parcours lors de leur séjour. Cela permettrait de signaler les oublis, erreurs, manque d'informations nécessaires au bon déroulement du parcours de soin. Il peut être amené à faire des comptes rendus lors du comité de coordination qui sera expliqué plus bas, en analysant les FEI qui sont engendrés par les problèmes de coordination. Comme pour un référent d'un autre domaine (identitovigilance, système d'information, pharmacovigilance etc..).

2. Référents patient et binôme au service de la coordination du parcours de ces patients

Dans les établissements les patients ont ce qui s'apparente à des référents soignants pour leurs soins. Développer ce système au niveau administratif peut aider à la coordination en permettant une communication plus efficace car il s'agirait de deux interlocuteurs chargés d'un même patient qui aurait une meilleure connaissance du dossier en cas de situation complexe. Il faudrait pour cela associer par binôme les soignants et administratifs ce qui permettrait aussi une connaissance mutuelle et une dynamique de travail plus efficace.

L'idée n'est pas d'enfermer deux personnes à travailler continuellement ensemble mais de permettre à tous les professionnels concernés ici d'échanger, de communiquer, de se connaître et d'apprendre à travailler main dans la main pour une bonne coordination du parcours de soins des patients. Un roulement sur plusieurs mois pourrait de ce fait être envisagé.

Bien entendu cela n'exclut pas le fait que si plusieurs problèmes surviennent, un autre soignant ou un autre administratif puissent prendre le relais pour décharger un collègue. Le travail d'équipe interprofessionnel est essentiel mais celui entre les équipes elles même sont au même titre indispensable.

3. Favoriser l'interconnaissance des professionnels

A. Interconnaissance informelle

Il faut créer un lien entre les deux équipes est nécessaire pour faciliter la communication, que les professionnels soient plus à l'aise avec un interlocuteur qu'ils connaissent, pour qu'une confiance soit installée.

Il faut organiser des rassemblements entre équipes soignantes et administratives qui peuvent être informels pour créer du lien entre les professionnels qui, comme nous avons pu le voir dans l'analyse, ne se connaissent pas forcément. Pour cela, organiser des coffee Time tous les 3 mois, des repas inter service, etc.

B. Interconnaissance formelle

Lorsque des problèmes sont identifiés, il serait bénéfique de réunir les équipes concernées autour d'une table, et pas uniquement les cadres. Mettre face à face les professionnels impliqués dans le processus permettrait de mieux comprendre les réalités de chacun et d'ajuster l'organisation en conséquence. En étant sur le terrain, ces professionnels connaissent les enjeux concrets et sont en mesure de proposer des ajustements pratiques. Cette approche favoriserait un dialogue constructif, permettant d'explorer les solutions les plus adaptées aux besoins de chaque équipe. Bien que satisfaire tout le monde soit souvent difficile, l'objectif est d'améliorer la coordination, en tenant compte des contraintes de chacun, et d'inciter les équipes à mieux se comprendre et à s'adapter mutuellement.

Il faut donc mettre en place des temps d'échange entre les équipes soignantes et administratives comme il était fait auparavant pour permettre aux équipes d'échanger sur les problèmes liés à leur coordination.

De plus, instaurer un comité pour la coordination qui pourra se rassembler 1 à plusieurs fois dans l'année pour discuter de ce sujet, des problèmes rencontrés, mais aussi pour constater ce qui fonctionne pour éventuellement élargir le plan d'action à d'autre service après une phase d'essai dans un service. Et bien entendu en invitant les référents de la coordination des équipes. Il faut prendre des décisions de manière collégiale et non unilatéralement.

Ce qui nous amène pour finir à une proposition d'évènement à mettre en place comme « **vis ma vie** » qui est un dispositif qui permet aux équipes pluridisciplinaires de vivre une journée ou ½ journée les réalités de terrain des autres professionnels, de se mettre « dans leur peau » le temps de quelques heures et de se rendre compte des contraintes organisationnelles qu'ils peuvent rencontrer.

4. Outils d'interconnaissance

Un annuaire des professionnels interne à l'établissement permet d'identifier rapidement les interlocuteurs pertinents (médecins, cadres de santé, secrétaires, assistantes sociales, etc.) et de fluidifier les contacts pour la gestion des parcours patients. Cet outil est bien présent dans l'établissement mais reste compliqué d'utilisation et souvent n'est pas clair quand on

cherche à contacter une personne en particulier.

De ce fait, il est intéressant de pouvoir équiper chaque professionnel d'un téléphone nominatif et de noter sa fonction, son service voire même les horaires de travail.

S'ensuit du problème indiqué par les équipes sur le fait qu'elles ne mettent pas un visage sur les personnes de d'autres équipes. Il faut mettre en place des trombinoscopes dans tous les services et par service faire un classeur ou document informatique avec les photos de toutes les équipes leur noms, prénoms, fonctions et leur numéro de Digital Enhanced Cordless Telecommunications (DECT)*.

Il serait également intéressant de protocoliser les parcours patient au sein de l'établissement pour avoir un visuel sur l'enchaînement des tâches des différents professionnels. Et à chaque étape notifier qui fait quoi et insérer les procédures liées.

En cas d'information urgente à transmettre un pop-up pourrait être envoyé sur les ordinateurs des postes. Pour que même si les professionnels sont occupés, le message vient s'afficher directement sur les écrans.

5. Outils organisationnels

Les agents d'accueil ont proposé de mettre en place un tableau de suivi des ventes de chambre pour avoir un visuel sur le reste de chambre disponible afin d'éviter les ventes lorsque certaines d'entre elles ne sont plus disponibles.

6. Outils d'évaluation

Les erreurs de coordination sont souvent invisibilisées ou traitées sur le moment sans retour collectif. Il faudrait intégrer des indicateurs de coordination dans les démarches qualité (ex : taux d'erreurs de forfaits, incidents dus à une mauvaise coordination etc...). Ce qui rendra visibles les incidents de coordination sur la qualité et en ressortir une démarche d'amélioration continue.

C'est pourquoi proposer également une cartographie des risques liés à la coordination pour établir visuellement les dysfonctionnements principaux permettra ensuite d'y remédier et ainsi rassembler toutes les actions devant être mise en place au sein du Plan d'Amélioration de la Qualité des Services de Soins* (PAQSS).

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

7. Formation interprofessionnelle à la coordination

Il semble important de développer des modules de formation à destination des professionnels à la coordination pour qu'ils se rendent compte de son importance dans la démarche du parcours de soins du patient. Il serait intéressant d'y expliquer le rôle de la coordination, son importance, celle de la coopération, la collaboration entre équipes etc. Mais avant, lors de ces formations, il faut leur rappeler leur but commun qui est la prise en charge du passage et le bon déroulement de son parcours.

Des affichages sur la coordination pour familiariser les équipes avec ce concept peuvent être mis en place au sein de l'établissement pour qu'elles aient un rappel de son importance.

8. Clarification et valorisation des rôles

Rappeler l'importance du rôle de chacun me paraît également essentiel car tout le monde a un rôle à jouer dans la prise en charge et aucun poste n'est à négliger. On a souvent tendance à ne pas considérer les administratifs pour leur travail en le dévalorisant, mais sans eux l'organisation serait difficile tant sur la convocation des patients que sur leur accueil etc. On oublie souvent que c'est un appui considérable aux soignants et ce sont des tâches qu'ils n'ont donc pas à faire. Et inversement sans les soignants pas de soins donc pas d'activité.

9. Organisation du travail

La réorganisation des tâches et la logique des parcours indépendamment des personnes. Pour qu'ils soient optimisés et que l'enchaînement des tâches soit cohérent. Effectivement, certains procédés ne sont pas cohérents, les équipes ne comprennent pas la logique des enchaînements de tâches liés au parcours.

Une autre piste d'amélioration serait de mieux penser l'organisation du travail, en intégrant le travail administratif dès la formation à l'école des soignants et dans la pratique quotidienne car le travail administratif reste une grande partie de leurs missions. Même si l'on peut aussi, des assistants de parcours, souvent à partir du profil des aides-soignants, afin d'alléger la charge administrative des équipes soignantes. Il serait intéressant de formaliser cette pratique à tous l'établissement puisqu'en ambulatoire c'est un poste

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

existant. Il apporte un support aux deux équipes.

II. Méthodes

Les pilotes de ces potentiels dispositifs sont bien évidemment les cadres, et la direction qui jouent un rôle important dans cette mise en place.

Cependant, faire participer les équipes à la mise en place d'actions de ce genre peut également être intéressant, car selon moi, elles ont besoin de ressentir un sentiment d'implication dans une démarche qui les concerne directement.

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

Conclusion

Ce mémoire s'est attaché à explorer les mécanismes de coordination entre les équipes soignantes et administratives dans un établissement de santé, en se concentrant sur leurs impacts concrets sur la prise en charge des patients. À travers une revue de littérature structurée et une analyse qualitative menée à partir de dix entretiens semi-directifs, plusieurs constats clés ont émergé.

Il apparaît d'abord que la coordination interprofessionnelle, bien que reconnue comme essentielle par l'ensemble des acteurs, reste encore trop dépendante des initiatives individuelles. Le manque de dispositifs formels, l'insuffisance de temps de concertation, ainsi que la méconnaissance mutuelle des rôles freinent une coopération fluide et efficace. Ces lacunes entraînent des dysfonctionnements récurrents : erreurs d'identité, changements de forfait pour les chambres non anticipés, communication tardive, ou encore absence de visibilité sur les admissions. Ces problèmes ne sont pas sans conséquences : ils dégradent la qualité de la prise en charge, augmentent le stress des professionnels, et nuisent à l'expérience des patients.

Les attentes exprimées par les professionnels convergent vers la mise en place d'outils communs, de temps d'échange réguliers, et d'une meilleure reconnaissance des compétences de chacun. L'analyse met également en lumière des divergences de perception selon les fonctions occupées, révélant l'importance de construire une culture commune du parcours patient.

Ainsi, plusieurs pistes d'amélioration ont été formulées, allant du renforcement des formations croisées à la création de protocoles partagés, en passant par la désignation de référents pour chaque service. Ces propositions visent à replacer la coordination au cœur de l'organisation des soins, non plus comme une compétence secondaire, mais comme un levier fondamental de qualité et d'efficacité.

En définitive, ce travail rappelle que la coordination ne peut être laissée au hasard : elle doit être pensée, structurée, et soutenue au quotidien. Car derrière chaque dysfonctionnement, c'est la continuité des soins et la sécurité du patient qui sont en jeu. Mettre en œuvre une coordination efficace, c'est donc œuvrer collectivement pour une prise en charge plus humaine et plus juste.

Références bibliographiques

- [1] : HAS. (2024). Fiche pédagogique, L'évaluation du parcours intra hospitalier, selon le référentiel de certification.
- [2] : OMS. (2016). Integrated Care Models
- [3] : Larousse, définition de coordination.
- [4] : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, Définition de coordination
- [5] : « Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins » - André-Pierre Contandriopoulos - p.73 dans Gestion 2000 2019/3).
- [6] : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, Définition de coopération.
- [7] : Smith, K. G., Carroll, S. J., & Ashford, S. J. (1995). Intra- and interorganizational cooperation: Toward a research agenda. *Academy of Management Journal*, 38(1), 7–23.
- [8] : ALSENE E., PICHAULT F., 2007, « La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel », *Gérer et Comprendre*, 87, mars, p. 61-77.
- [9] : Jaeger, M. (2010) L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, *Vie sociale*, n°1, 13-23.
- [10] : La coordination une fonction complexe dans un univers en mouvement co publier l'actif et andesi.
- [11] : Christine Vander Borght, 2019, « Coopération » p.160 à 161.
- [12] : Guy Le Boterf, 2018, « la coopération, clé de la compétence collective et individuelle »
- [13] : Henry Mintzberg, 1982, « Structure et dynamique des organisations »
- [14] : Lamothe, L. (1996) : La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultra-spécialisés. Thèse présentée à la faculté des études supérieures et de la recherche en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (PhD) en administration.
- [15] : Décision et modes de coordination : supervision, standardisation, ajustement – H.Mintzberg, *SI & Management* [site]
- [16] : HAS, 2014, Axe : Travail en équipe pluriprofessionnelle.
- [17] : Référentiel d'activité et de compétences AS/IDE
- [18] : HAS « Etre un membre efficace en équipe »
- [19] : Audrey Parvais, 2024, « Tâches administratives : à quand une meilleure intégration dans la pratique du soin ? »
- [20] : Agence Nationale d'Appui à la Performance des Établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), 2022, Référentiel des activités et des compétences de la chaîne AFR

(Accueil - Facturation – Recouvrement)

[21] : Isabelle Aubert. Mutations du système de santé et logique de parcours: enjeux de complexité, de coordination et d'action publique. Gestion et management. Université Paris sciences et lettres, 2021.

[22] : Véronique Zardet et al., « Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital », Journal d'économie médicale 2011/6 (Vol. 29), p. 277-293.

[23] : Pr.Martine Louis Simonet, «Collaboration inter professionnelle et pratique collaborative en milieu hospitalier : un véritable défi. », 2017, Revue Médicale Suisse

[24] : McLaney E, Morassaei S, Hughes L, Davies R, Campbell M, Di Prospero L. A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. Healthc Manage Forum. 2022

[25] : Crozier et Friedberg, « L'acteur et le système », 1977, p 82-83.

[26] : Identitovigilance – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2024.

[27] : CRIV, Erreur d'identification d'un patient conduit au bloc opératoire, 2020

[28] : CRIV, Erreur d'attribution d'une identité numérique, 2020

[29] : Michel Villette. Dumez (Hervé), Méthodologie de la recherche qualitative. Les 10 questions clés de la démarche compréhensive. Paris, 2013. *Revue française de sociologie*, 2015, 56 (1), pp.194-196.

[30] : Pope, C. and Mays, N. (1995) Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. British Medical Journal, 311, 42-45.

[31] : Yin, R. (2003) : Case study research. Design and methods. Sage publications. Third edition.

Table des matières

Remerciements.....	3
Table des matières	4
Liste des abréviations	5
Glossaire.....	6
Liste des figures.....	7
Liste des tableaux.....	7
Introduction	8
PARTIE I – REVUE DE LITTÉRATURE	11
I. Les fondements de la coordination dans les parcours de soins	11
1. Définitions et importance de la coordination des parcours de soins	11
A. Concept de parcours de soins : définition et objectifs	11
B. Concept de coordination : définition et objectifs	11
C. Concept de coopération : définition et objectifs.....	13
2. Lien entre la coordination et la coopération	14
3. Modèles de coordination dans les structures sanitaires	15
A. Les modalités de coordination.....	16
4. Rôles des différentes équipes	19
A. Rôles et responsabilités des équipes soignantes.....	19
a. Le rôle des aides-soignants (AS)	19
b. Le rôle des Infirmiers Diplômé d'État (IDE).....	20
c. Une coordination indispensable	20
d. La perception des tâches administratives par les soignants	21
B. Rôle et responsabilités des équipes administratives.....	22
a. Des missions précises et complexes	23
b. Leur contribution à la coordination	24
c. Une reconnaissance encore limitée	24
5. Les attentes des patients.....	25
II. Les dysfonctionnements de la coordination	26
1. Facteurs organisationnels	26
A. Ces facteurs organisationnels qui posent problèmes.....	26
B. Des rôles mal définis et organisation du travail peu claire	27
C. Un manque de communication entre les équipes	28
D. Des outils de coordination insuffisants ou mal utilisés	28
E. Des freins culturels et structurels persistants	29

F. Absence de protocoles ou procédures claires.....	30
2. Facteurs humains : les jeux d'acteurs	30
3. Facteurs technologiques	31
III. Conséquences des dysfonctionnements sur la prise en charge des patients	32
1. Impact sur la prise en charge	32
PARTIE II – MÉTHODOLOGIE.....	35
I. Objet de l'étude	35
II. Choix de la méthodologie.....	35
III. Justification du choix d'une étude de cas unique.....	36
IV. Terrain d'étude	36
V. Modalités de recueil des données.....	38
VI. Limites de l'étude.....	39
VII. Méthode d'analyse	40
PARTIE III – ANALYSE ET DISCUSSION.....	41
I. Analyse	41
1. AXE 1 – La perception de la coordination entre les équipes	42
A. Une collaboration perçue comme cordiale, mais insuffisamment organisée ..	42
B. Une méconnaissance mutuelle persistante entre les équipes.....	42
C. Une communication essentielle mais perçue comme fragile.....	43
D. Des représentations du travail de l'autre parfois stéréotypées.....	43
E. Un besoin partagé de mieux se connaître pour mieux coopérer	44
2. AXE 2 — Les dysfonctionnements rencontrés dans la coordination	44
A. Des erreurs d'identité ou des données administratives incomplètes.....	44
B. Une désorganisation récurrente liée au défaut de transmission d'informations	45
C. Des retards et désorganisations liés à des dossiers incomplets ou absents..	45
D. Des impacts sur la qualité de prise en charge et la relation soignant-patient.	46
E. Typologie des dysfonctionnements de coordination.....	46
a. Dysfonctionnements liés à un défaut de transmission d'informations et de	
communication interservices	46
b. Dysfonctionnements liés à un mauvais séquençage des tâches	47
c. Dysfonctionnements liés à l'absence de compétence ou de légitimité au	
moment requis.....	48
d. Dysfonctionnements liés à des erreurs administratives (identitovigilance,	
dossiers, lettres)	48
e. Dysfonctionnements liés à un cloisonnement organisationnel ou culturel ..	49
f. Dysfonctionnements dus à des outils ou processus inadaptés	50
3. AXE 3 — Les attentes formulées par les professionnels.....	52
A. Le besoin de reconnaissance mutuelle	52

B.	Des temps d'échange réguliers et structurés	52
C.	Une meilleure anticipation des admissions et des parcours	53
D.	Des outils de coordination plus efficaces	53
4.	AXE 4 – Les points de divergence entre les acteurs interrogés	54
A.	Le changement d'organisation : entre soulagement administratif et désorganisation clinique.....	54
B.	Le traitement des erreurs ou imprévus : entre vigilance administrative et frustration clinique	55
C.	Les perceptions du rôle de chacun : entre complémentarité attendue et sentiment d'ingérence	55
D.	Les attentes envers la direction et les initiatives non partagées.....	55
II.	Discussion.....	56
1.	La perception de la coordination entre les équipes : un idéal partagé, mais une réalité fragilisée par le manque de connaissance mutuelle.	56
2.	Les dysfonctionnements rencontrés dans la coordination	57
3.	Les attentes des professionnels : vers une coordination plus structurée et reconnue	59
4.	Les divergences entre acteurs : une réalité plurielle et parfois conflictuelle	59
	PARTIE IV – RECOMMANDATIONS	61
I.	Pistes d'actions	61
1.	Désignation d'un référent coordinateur pour chaque service.....	61
2.	Référents patient et binôme au service de la coordination du parcours de ces patients	62
3.	Favoriser l'interconnaissance des professionnels	62
A.	Interconnaissance informelle.....	62
B.	Interconnaissance formelle	63
4.	Outils d'interconnaissance.....	63
5.	Outils organisationnels	64
6.	Outils d'évaluation	64
7.	Formation interprofessionnelle à la coordination	65
8.	Clarification et valorisation des rôles	65
9.	Organisation du travail.....	65
II.	Méthodes	66
	Conclusion	67
	Références bibliographiques	68
	Table des matières	70
	Annexes.....	I

Annexes

ANNEXE 1 : Guide Entretien Responsable Relation Client

Introduction :

- Présentation de l'objectif de l'entretien (comprendre les enjeux de coordination et leurs impacts).
- Assurance de la confidentialité.

Thématiques et questions :

1. Organisation et supervision des équipes administratifs

- Quel est votre rôle dans la coordination entre les agents d'accueil et les équipes soignantes ? Quelle place vous avez dans cette organisation-là ? (Pour voir l'implication)
- Comment organisez-vous la communication/collaboration entre les agents d'accueil et les équipes soignantes ? au niveau de l'institution ?
- Quels outils ou protocoles sont en place pour garantir une bonne coordination entre services ?
- Quels sont les principaux défis liés à la coordination entre ces deux services ?

2. Identification des problèmes de coordination et impacts sur les patients

- Quels sont les principaux problèmes de coordination que vous observez entre les agents d'accueil et les soignants ?
- Pouvez-vous donner des exemples concrets de situations où problème de coordination a impacté la prise en charge d'un patient ?
- Quelles sont les conséquences les plus fréquentes de ces problèmes (retards, erreurs, stress des équipes...) ?
- Selon vous, comment les problèmes de coordination influencent-ils la prise en charge des patients ?
- Sur quels parcours les problèmes sont plus fréquents ? (Sur des parcours en hospitalisation complète, ou en HDJ, ou après un passage aux urgences)
Est-ce que ça change quelque chose quand le patient entre par les urgences ou que l'intervention est programmée ?
- Et est-ce que les pratiques de certains services/spécialités exposent davantage à des problèmes de coordination que dans d'autres services, et pourquoi ?
- Est-ce que certaines modalités de sortie posent plus de problèmes que d'autres ?
- Ces problèmes-là sont plus avec un service qu'avec d'autres ?
- Quand le patient sort à domicile ou quand il part en convalescence ?
- Vous m'avez parlé de différents types de problèmes de coordination et d'impact sur les patients mais si vous deviez me faire le top 3 des problèmes les plus fréquents ?

3. Outils et suggestions d'amélioration

- Quelles actions avez-vous mises en place pour améliorer la coordination ? Sont-elles efficaces ?
- Quels seraient les moyens (formation, outils numériques, protocoles) qui pourraient améliorer la situation ?
- Quel rôle pourrait jouer la direction pour renforcer la coordination entre services ?
- Comment pourriez-vous faciliter le travail collaboratif entre les agents d'accueil et les soignants ?

4. Gestion des ressources

- Disposez-vous des ressources nécessaires (humaines, matérielles, technologiques) pour assurer une bonne coordination ?

ANNEXE 2 : Guide Entretien Agents d'accueil

Introduction :

- Explication de l'objectif de l'entretien.
- Assurance de la confidentialité (anonymat)

Thématiques et questions :

1. Organisation et rôle dans le parcours patient

- Pouvez-vous décrire vos principales missions et votre rôle dans l'accueil et l'orientation des patients ?
- Quelles informations devez-vous transmettre aux équipes soignantes ? Et inversement ?
- Quels sont les outils que vous utilisez pour assurer cette transmission d'informations ?

2. Problèmes de coordination et leurs conséquences

- Comment se déroule la communication entre votre service et les équipes soignantes (IDE, médecins, etc.) ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour transmettre ou obtenir des informations des soignants ?
- Pouvez-vous citer des exemples de situations où un manque de coordination a posé un problème ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour transmettre des informations aux équipes soignantes ? (Retards, informations incomplètes, dossiers mal renseignés...)
- Sur quels parcours les problèmes sont plus fréquents ? (Sur des parcours en hospitalisation complète, ou en HDJ, ou après un passage aux urgences)
Est-ce que ça change quelque chose quand le patient entre par les urgences ou que l'intervention est programmée ?
- Est-ce que les pratiques de certains services/spécialités exposent davantage à des problèmes de coordination que dans d'autres services, et pourquoi ?
- Est-ce que certaines modalités de sortie posent plus de problèmes que d'autres ?
- Avez-vous déjà été confronté à des erreurs administratives (de votre part ou des soignants) ayant eu un impact sur la prise en charge d'un patient ? Pouvez-vous donner des exemples ?
- Comment gérez-vous les situations où il manque des informations essentielles pour un patient ?
- Avez-vous déjà vécu une situation où un manque de coordination (collaboration) avec les soignants a eu un impact négatif (affectés la prise en charge) sur un patient ? (Retard, erreur, absence de suivi...)
- Quelles sont les conséquences les plus fréquentes de ces problèmes (retards, erreurs, stress des équipes...) ?

- Selon vous, comment les problèmes de coordination influencent-ils la prise en charge des patients ?
- Ces problème-là cst plus avec un service qu'avec d'autres ?
- Quand le patient sort à domicile ou quand il part en convalescence ?
- Vous m'avez parler de différents types de problème de coordination et d'impact sur les patients mais si vous deviez me faire le top 3 des problèmes les plus fréquent ?
- Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à une bonne coordination ? (Problèmes techniques, surcharge de travail, manque de clarté des responsabilités...)

3. Outils et suggestions d'amélioration

- Quelles solutions existent actuellement pour améliorer la coordination (réunions interservices, outils numériques...) ? Sont-elles efficaces ?
- Selon vous, quelles actions pourraient être mises en place pour améliorer la coordination entre équipes soignantes et administratives ?
- Avez-vous déjà été formé à l'utilisation d'outils ou de protocoles facilitant cette coordination ?

4. Expérience personnelle

- Pouvez-vous partager une expérience positive ou négative liée à la coordination avec les équipes soignantes ?

ANNEXE 3 : Guide Entretien Cadre de santé

Introduction :

- Explication de l'objectif de l'entretien
- Assurance de la confidentialité.

Thématiques et questions :

1. Organisation et supervision des équipes soignantes

- Comment sont organisées les transmissions d'informations entre équipes soignantes et agents administratifs ?
- Quel est votre rôle dans la coordination entre les équipes soignantes et les services administratifs ? quelle place avez-vous dans cette organisation-là ? (Pour voir l'implication)
- Quels outils sont utilisés pour assurer une bonne coordination entre les équipes (dossiers patients informatisés, réunions, messagerie interne...) ?
- Quels sont les principaux défis liés à la coordination entre ces deux services ?

2. Identification des dysfonctionnements et de leurs impacts

- Quels sont les principaux problèmes de coordination que vous observez entre les agents d'accueil et les soignants ?
- Pouvez-vous donner des exemples concrets de situations où problème de coordination a impacté /entraîner des complications dans la prise en charge d'un patient ?
- Quelles sont les conséquences les plus fréquentes de ces problèmes (retards, erreurs, stress des équipes...) ?
- Selon vous, comment les problèmes de coordination influencent-ils la prise en charge des patients ?
- Sur quels parcours les problèmes sont plus fréquents ? (Sur des parcours en hospitalisation complète, ou en HDJ, ou après un passage aux urgences)
est-ce que ça change quelque chose quand le patient entre par les urgences ou que l'intervention est programmée ?
- Est-ce que les pratiques de certains services/spécialités exposent davantage à des problèmes de coordination que dans d'autres services, et pourquoi ?
- Est-ce que certaines modalités de sortie posent plus de problèmes que d'autres ?
- Quand le patient sort à domicile ou quand il part en convalescence ?
- Vous m'avez parlé de différents types de problème de coordination et d'impact sur les patients mais si vous deviez me faire le top 3 des problèmes les plus fréquents ?
- Comment évaluez-vous la qualité de la communication entre les équipes soignantes et les services administratifs ?
- Quels sont les principaux obstacles à une coordination efficace ?
- Avez-vous déjà identifié des problèmes de transmission d'informations entre les équipes soignantes et les agents administratifs ? Quels sont les plus fréquents ?

- Quelles sont les conséquences les plus fréquentes sur le travail des équipes soignantes ? (Surcharge, frustration, perte de temps, erreurs médicales...)
- Comment les problèmes de coordination affectent-ils la qualité des soins et l'expérience des patients ?

1. Outils et suggestions d'amélioration

- Avez-vous mis en place des actions spécifiques pour améliorer la coordination ?
- Quels sont les freins qui empêchent d'améliorer la communication entre équipes ?
- Selon vous, quelles solutions pourraient être mises en place pour optimiser la coordination entre les IDE et les services administratifs ? Quels seraient les moyens (formation, outils numériques, protocoles) qui pourraient améliorer la situation ?
- Comment pourriez-vous mieux organiser les échanges d'informations ?
- Comment pourriez-vous faciliter le travail collaboratif entre les agents d'accueil et les soignants ?
- Quels outils ou formations pourraient aider vos équipes à mieux collaborer avec les services administratifs ?
- Quel rôle pourrait jouer la direction pour renforcer la coordination et donc la coordination des équipes entre services ?
-

2. Gestion des ressources

- Disposez-vous des ressources (humaines, matérielles, technologiques) nécessaires pour assurer une bonne coordination ?

ANNEXE 4 : Guide Entretien Soignants

Introduction :

- Présentation de l'objectif de l'entretien (comprendre les difficultés de coordination et leurs impacts sur les patients).
- Assurance de la confidentialité des réponses. (anonymat)

Thématiques et questions :

1. Organisation et communication entre équipes

- Pouvez-vous décrire votre rôle dans la prise en charge des patients et votre relation avec les équipes administratives ?
- Quels types d'informations doivent être échangées entre vous et les agents d'accueil ?
- Comment se passe cette communication au quotidien ? modalités pratique (Outils utilisés, réunions, transmission de dossiers...) Quels sont les outils que vous utilisez pour assurer cette transmission d'informations ?
- Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la transmission d'informations administratives ? Pouvez-vous donner des exemples ?
- A quelle fréquence ?

2. Problèmes de coordination et impacts sur la prise en charge des patients

- Avez-vous déjà vécu une situation où un manque de coordination (collaboration) avec l'administration a eu un impact négatif (affectés la prise en charge) sur un patient ? (Retard, erreur, absence de suivi...)
- Sur quels parcours les problèmes sont plus fréquents (sur des parcours en hospitalisation complète, ou en HDJ, ou après un passage aux urgences)
Est-ce que ça change quelque chose quand le patient entre par les urgences ou que l'intervention est programmée ?
- Est-ce que certaines modalités de sortie posent plus de problèmes que d'autres ?
- Est-ce que les pratiques de certains services/spécialités exposent davantage à des problèmes de coordination que dans d'autres services, et pourquoi ?
- Comment gérez-vous les situations où il manque des informations essentielles pour un patient ?
- Quelles sont les conséquences les plus fréquentes de ces problèmes (retards, erreurs, stress des équipes...) ?
- Selon vous, comment les problèmes de coordination influencent-ils la prise en charge des patients ?
- Avez-vous déjà constaté des retards ou des erreurs dans la prise en charge liés à des problèmes administratifs ?
- Vous m'avez parlé de différents types de problème de coordination et d'impact sur les patients mais si vous deviez me faire le top 3 des problèmes les plus fréquents ?
- Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à une bonne coordination ? (Problèmes techniques, surcharge de travail, manque de clarté des responsabilités...)
- Comment ces problèmes influencent-ils votre travail et la qualité des soins ?
-

3. Outils et suggestions d'amélioration

- Quelles solutions existent actuellement pour améliorer la coordination (réunions interservices, outils numériques...) ? Sont-elles efficaces ?
- Selon vous, quelles actions pourraient être mises en place pour améliorer la coordination entre équipes soignantes et administratives ?
- Avez-vous déjà été formé à l'utilisation d'outils ou de protocoles facilitant cette coordination ?

4. **Expérience personnelle**

- Pouvez-vous partager une expérience positive ou négative liée à la coordination avec les équipes administratives ?

ANNEXE 5 : Entretien retranscrit

[Ines]

Alors du coup, pour commencer, comment est-ce que la communication est organisée, communication ou collaboration en gros, entre les agents d'accueil et les équipes soignantes ? Donc au niveau de l'institution, comment est-ce que le travail est organisé ?

[Responsable RC]

Alors, on a l'habitude de travailler directement, soit on échange par téléphone, soit on a des demandes qui nous arrivent par fax. Par exemple, quand on a des urgences, soit qui arrivent par le SAM ou directement par les services, ils nous faxent les informations du patient avec sa pièce d'identité, ça nous permet de faire le dossier. Donc voilà, on a une communication. Après, on a un CRM qui trace tout, donc techniquement, c'est notre principal outil de communication.

Ines

Et c'est quoi un CRM ?

[Responsable RC]

Un CRM, c'est un outil qui centralise l'information chez nous. Du coup, c'est HM, excuse moi, j'en perds mes mots. Effectivement, il y en a HM qui regroupe toutes les données patientes, aussi bien sur son hôtellerie que sur le médical, donc quand on a besoin, toutes les informations passent par là.

Maintenant, si on a besoin de communiquer, soit on a une communication en direct, en live téléphonique, ou alors quand ça doit être un peu plus formel, comme du traçage d'urgence, on nous envoie par fax.

[Ines]

Du coup, au niveau de cette coordination quel est ton rôle, c'est quoi ta place au niveau de cet échange entre ces deux équipes ?

[Responsable RC]

Bah du coup moi il faut que je.. Des fois, il y a un rôle d'arbitre un petit peu à avoir, parce que le soignant a une manière de communiquer qui est parfois un peu...Bah ils sont dans l'action, donc directive.

Après, l'administratif, lui, a ses contraintes qui sont les siennes aussi, donc c'est faire se rencontrer de monde. Des fois, en termes de communication, ce n'est pas forcément évident parce qu'on n'a pas forcément les mêmes enjeux et les mêmes priorités, et les mêmes irritants aussi.

Donc du coup, effectivement, des fois, il y a un petit rôle d'arbitre, si je peux dire, à faire en termes de communication. Non, il n'a pas voulu dire ça, oui, c'est comme ça, et puis un peu trancher sur ce qu'il y a à faire. Mais voilà, ce qui est compliqué, c'est qu'on est dans une dynamique où bah on est perpétuellement en mouvement, c'est français, donc du coup, c'est vrai qu'il faut savoir, des fois, se poser et tirer les leçons.

Donc, on a eu des soucis en termes de communication, il y a eu des ratés, des informations qui ne sont pas revenues aussi. Donc, quand il y a des petits ratés, du coup, je prends le point, et puis on voit avec les différents services comment ça se fait que l'information n'est pas venue jusqu'à nous,

ou jusqu'à eux, parce que c'est nous aussi qui pouvons avoir un défaut de communication, et comme ça, on corrige nos process ou nos manières de faire si on a besoin. Je m'éparpille beaucoup.

[Rire]

[Ines]

Non non [Rire] Faut t'exprimer, il n'y a pas de soucis au contraire. Du coup, au niveau des outils, protocoles, tu m'as dit principalement HM, téléphone, fax, .. Est-ce qu'il y en a d'autre ?

Après, sur la partie un peu restauration aussi, on communique avec les services via Estia, qui permet de commander en cuisine les repas pour les patients, mais voilà, c'est les seuls, je réfléchis, on peut se faire des mails aussi entre services, principalement nous en administratif vers le service facturation ou comptabilité. Je réfléchis où est-ce qu'ils sont amenés à communiquer aussi. Au service régulation aussi, ça peut arriver, mais voilà.

Après, c'est vrai qu'on utilise un peu tous les canaux de communication qui sont à notre disposition. Mais après, ça passe toujours par la téléphonie interne, c'est pas de l'externe, c'est pas de la messagerie privée, c'est pas non plus leur téléphone portable perso, c'est les boîtes mails pro et c'est la téléphonie interne.

[Ines]

Ok. Donc oui vous avez quand même plusieurs manières et outils pour transmettre une information et de communiquer entre vous.

Madeleine

Oui, effectivement ces outils sont nécessaires et importants pour justement bien communiquer.

[Ines]

Ok, et c'est quoi les principaux défis qui peuvent être liés à la coordination entre ces deux services, entre les soignants et les équipes administratives ?

[Responsable RC]

C'est que tout le monde aille dans le même sens [Rire], c'est l'intérêt du patient aussi, parce que in fine on est tous là pour ça, et même si on a nos contraintes qui sont chacune différente, même si on a nos objectifs qui ne sont pas totalement les mêmes, notre objectif quand même commun, c'est la satisfaction et le soin du patient. Donc voilà, le but c'est qu'on aille tous dans cette même direction.

Même si effectivement, ton process, c'est pas celui-là, il faut t'adapter. Même si voilà, t'as pas eu l'information tout de suite, effectivement, on va trouver comment mieux communiquer à l'avenir, mais là tu l'as maintenant, donc il faut qu'on y aille. Donc c'est vraiment, voilà, emmener tout le monde vers dans la même direction en fait.

[Ines]

C'est ça qui est un peu le plus compliqué.

[Responsable RC]

C'est ça, parce que la communication, le problème, c'est toujours plus ou moins la même chose,

X

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

c'est qu'on a tendance à s'arrêter un peu à notre problématique individuelle, et remettre les gens dans une problématique collective et dans une dynamique collective de, bah in fine il faut que ça marche, c'est pas toujours évident. Parce que bon, un soignant, je vais prendre l'exemple d'un soignant par exemple, tu vas l'appeler parce que t'as une problématique x ou y que t'as besoin de régler avec lui, bah lui il va peut-être avoir besoin d'aller faire un soin, il est peut-être tout seul dans son service, il est peut-être en sous-effectif, il peut y avoir mille raisons différentes qui feront qu'il va peut-être t'envoyer bouler. Sauf que in fine, bah si tu fais pas l'action toi derrière que t'as besoin de faire, lui aussi peut-être qu'il va être pénalisé par la suite aussi. Donc peut-être qu'on n'a pas appelé au bon moment, peut-être qu'on n'a pas utilisé le bon canal de communication, et lui faire comprendre que c'est dans l'intérêt de son patient aussi.

[Ines]

Ok et quels sont en gros les principaux problèmes de communication, ça rejoint un peu ce que t'as dit aussi, en gros que t'as pu observer concrètement entre les agents d'accueil et les soignants ?

[Responsable RC]

Les principaux problèmes de nous vers les soins, clairement c'est l'accessibilité parce que nous on n'a pas de vision de ce qui se passe dans les soins, donc tu tombes forcément des fois sur des moments où ils sont en train de faire leur tour, ce genre de choses, donc c'est dur de les avoir. Après voilà, avec le service régulation aussi on a du mal à communiquer, mais après voilà, c'est juste avoir les retours en temps et en heure, parce que tout le monde à sa charge de travail aussi, ça aussi c'est une problématique, parce que tout le monde à sa charge de travail qui lui est propre, et avoir parfois des retours rapides c'est compliqué, et ça c'est après c'est la priorisation, mais il faut apprendre aux gens des fois à prioriser.

[Ines]

Est-ce que tu aurais des exemples concrets de situations ou problèmes justement de coordination qui a impacté la prise en charge d'un patient ?

[Responsable RC]

Oui, par exemple là récemment on a un patient qui arrivait aux admissions, donc il s'est présenté directement en disant voilà je rentre, sauf que nous on n'avait pas ce qu'on appelle une annonce, donc une trace de son passage sur notre CRM qui s'appelle HM, donc là forcément aux admissions c'est un petit peu la panique.

On appelle le service qui n'a pas l'air non plus de trop savoir ce qui en retourne, il n'y avait pas de service régulation, on n'arrivait pas à les joindre, donc là on s'est retrouvé un petit peu dans une situation où c'était un petit peu compliqué, le patient arrivait le matin. Il faut savoir que le matin à 7h, on a toutes nos entrées qui arrivent en même temps, donc en plus il fallait gérer le flux de patients dans les entrées qui arrivent simultanément. Ce qui s'est passé, c'est qu'en fait cette urgence s'est créée la veille au soir vers 5h30-6h, sauf qu'à cette heure-ci, il n'y avait plus de régulation.

Donc la secrétaire qui en plus venait d'arriver, qui est récente, ne savait pas trop comment faire, l'annonce n'a pas été très bien créée, le service régulation n'était pas prévenu, donc en fait il y a eu vraiment un gros défaut de communication, peut-être aussi un défaut de formation à la base sur le secrétariat médical et la nouvelle intégrante arrivante plutôt. Donc du coup on s'est retrouvés sur un couac de communication où on a perdu 8 ans parce qu'il a fallu appeler la terre entière pour savoir est-ce qu'on prend bien ce patient, est-ce que du coup on a bien une chambre, où est-ce

qu'on le met, donc ça nous a fait perdre une demi-heure là où si la veille on avait bien les informations, ne serait-ce que nous faire un petit mail en disant voilà j'ai une urgence, j'ai pas eu la règle, mais ce patient là va arriver à telle heure, on aurait pu anticiper directement. Mais bon voilà c'est tout, on a pris le point avec la nouvelle secrétaire. Pour lui expliquer un petit peu comment ça se passe, c'est qu'il ne faut pas rester avec une urgence la veille au soir pour le lendemain parce que voilà sinon après nous c'est compliqué. Mais euh voilà.

[Ines]

Et c'est quoi les conséquences en fait les plus fréquentes de ces problèmes au final ?

[Responsable RC]

C'est des retards blocs, clairement, parce que moi si on va être honnête déjà les patients ont tendance à arriver trois minutes avant, sauf que forcément on a du flux patient donc le temps que ça passe pas les admissions, surtout s'ils n'ont pas fait leur papier, on reperd 5-10 minutes. Mais s'il faut commencer à appeler les services, savoir d'où ça vient, est-ce que ça va bien, ça vient bien, est-ce qu'on prend en charge, ce genre de choses, ça va forcément entraîner un retard de bloc parce que moi je vais le faire monter plus tard en haut.

En haut, le temps que les soignants ou l'infirmière prennent en charge son patient, récupèrent les papiers et fassent la préparation du patient, ça risque d'entraîner un retard de bloc et ça nous est déjà arrivé qu'il y ait des retards de bloc à cause de ça. C'est le principal danger, on va dire, mais après voilà, tu retardes un bloc, s'ils ne sont pas réactifs en haut, à prendre le patient numéro 2 à la place du patient numéro 1 que toi tu avais, du coup ça peut un peu désorganiser le bloc. Donc c'est pour ça que c'est important d'avoir ces informations en amont.

Au-delà de ça, ça entraîne aussi un stress général, parce qu'au niveau du patient, forcément on se dit, je ne suis pas attendue, déjà on ne vient pas à l'hôpital de gaieté de coeur, surtout quand c'est de l'urgence, donc il y a déjà un stress patient à la base. Là, on génère un stress patient x2, donc le risque derrière de la moindre petite chose va se transformer en réclamation, c'est compliqué. Après, on génère un stress sur la personne qui est à l'entrée ou à l'admission, parce qu'elle c'est elle qui se retrouve à devoir appeler tout le monde et qui a le patient en face de lui avec son stress, et dans le service aussi, parce qu'on se dit bah mince, c'est pas attendu, ça va désorganiser mon organisation.

Donc voilà, c'est les principaux dangers, on va dire, du manque de communication.

[Ines]

Ok. Et sur quel parcours vous rencontrez plus fréquemment ce genre de problème ?

Est-ce qu'il y a un parcours spécifique ou plusieurs ?

[Responsable RC]

Je dirais principalement, c'est pas tant en termes de parcours, mais c'est plus en termes de... C'est propre aux médecins et au cabinet.

Donc on a plus, par exemple, chez nous, tout ce qui est vasculaire, où effectivement, ils ont tendance à facilement dire à leurs patients, venez tel jour, venez demain matin. Voilà, donc c'est un petit peu compliqué. Voilà, c'est plus en termes de parcours, effectivement.

Mon gros point noir, ça va être toute la partie chirurgie vasculaire, où ils ont tendance un peu à fonctionner comme ça, aux pieds levés. Donc ça met un petit peu tout le monde dans la sauce. Donc

c'est tout, on réagit.

C'est malheureux, mais on a l'habitude, entre guillemets. Mais sinon, c'est pas tant Ambu ou au Hospi, c'est plus propre aux médecins et au cabinet aussi, qui donne l'information.

[Ines]

Et au niveau des...Si je prends, par exemple, un parcours en chir, du coup, il y a des étapes spécifiques, donc dans le parcours du patient, où on va avoir les équipes soignantes et les équipes administratives qui vont devoir justement collaborer à certains moments pour bien prendre en charge le patient. Est-ce que tu sais un peu m'en parler et me dire où et comment ?

[Responsable RC]

Alors, collaborer, c'est...Oui, alors attends, laisse-moi, je refais un parcours depuis le début. On a arrêté, mais avant, sur la partie ambulatoire, il fallait appeler systématiquement les services. On a arrêté, c'est de piloter un petit peu leurs arrivées.

Mais voilà, après ça va être sur la partie hospitalisation, de bien prévenir avant de faire monter ton patient pour pas qu'il se balade comme ça dans les couloirs. Après, c'est en termes de... Toujours pareil, sur les non-prévus, ce genre de choses, où effectivement, il faut savoir travailler ensemble pour trouver une chambre, parce que si le service de régulation n'est pas là, tu vas devoir appeler ton service de soins.

Et lui dire, écoute, voilà, j'ai ça qui arrive. Comment on fait ? Est-ce que tu peux me trouver une chambre ?

Tout ça, tout ça. Après, nous, on a des... Par rapport aux prestations hôtelières aussi, on a des chambres confort avec des menus particuliers, où on doit collaborer avec eux pour la commande des menus, tout ça.

Mais voilà, c'est plus sur du transverse où on va collaborer avec eux, parce que nous, à partir du moment où l'annonce est faite, c'est un parcours classique hors urgence, si tout va bien, entre guillemets. Tout se fait via l'outil HM, donc on n'a pas directement à collaborer avec eux. Vraiment, si on reçoit une urgence aussi, par exemple, hors SMUCA, si on a des post-op qui vont directement en urgence, on doit collaborer avec eux pour récupérer les papiers, parce qu'il faut qu'ils nous préviennent que ce patient-là est arrivé, parce que nous, on a des actions à faire dans l'outil.

On doit aller récupérer les papiers, monter en chambre pour effectuer son entrée. On fait des sorties en paiement en chambre aussi, donc là, on leur demande un petit coup de main, donc il y a un petit peu de collaboration là-dessus aussi, parce qu'on les appelle pour leur dire qu'il faut nous prévenir sur quels que vous avez comme sorties aujourd'hui, donc ils vont nous faire un listing. Et voilà, quand est-ce qu'on peut passer aussi pour ne pas venir perturber les soins en chambre, parce que par exemple, en maternité, il y a les pédiatres, ce genre de choses, donc il y a des créneaux sur lesquels il ne faut pas passer.

Donc voilà, c'est vraiment de la collaboration au quotidien sur des petites choses, mais régulière.

[Ines]

Et quand ça ne fonctionne pas, au final, tu retrouves un impact sur le patient, sur sa prise en charge, sur son parcours ?

[Responsable RC]

De toute façon, à partir du moment où il y a un coup de communication, ça va entraîner une réclamation derrière, parce qu'il se fait que nous, on n'a pas réussi à bien communiquer le patient, du coup forcément ça va l'impacter, soit sur son séjour directement, ou alors sur les prestations qu'il a pu avoir, ou alors la manière dont il a été reçu, parce que si ça crée une tension, je vais dire une bêtise, il y a un patient qui arrive, il n'est pas prévu, il y a du monde derrière, la personne à l'accueil, on va être honnête, est un peu stressée, le patient va tout de suite ressentir son stress, va se sentir pas forcément bien, c'est malheureux, ça ne devrait pas arriver, mais bien accueilli. Le soignant, pareil, ça va arriver en haut, ce n'était pas prévu, ça va chambouler complètement son organisation, il va peut-être être sec aussi, parce que lui, il est dans sa routine, donc déjà là, c'est un petit peu compliqué, et pour faire changer après un a priori, parce qu'il faut à peu près 7-8 secondes pour que le cerveau se fasse une idée, c'est terminé après. Pour redresser la situation, c'est compliqué, donc on en arrive à devoir faire des gestes commerciaux, par exemple, pour éviter l'insatisfaction, donc soit de l'alignement sur les mutuelles, ou des réductions sur les chambres, ou alors par exemple sur des gens qui prennent des chambres individuelles, on peut être amené à offrir des repas un peu plus VIP, entre guillemets, pour calmer ça, calmer le jeu, et éviter effectivement d'avoir des réclamations qui prennent des proportions énormes, parce que déjà, à la base, on a eu un défaut de communication, et donc du coup, le patient est directement impacté. C'est compliqué.

[Ines]

Oui, ça entraîne beaucoup de conséquences aussi.

[Responsable RC]

Bah on dirait pas, mais il suffit d'une petite chose, des fois un petit grain de sable, pour qu'on arrive à des réclamations assez conséquentes.

[Ines]

Et est-ce que, en gros, les pratiques de certains services, ou de certaines spécialités, tu m'avais plus parlé de vasculaire, etc., mais est-ce qu'à ce niveau-là, t'en as certains qui exposent davantage à des problèmes de coordination, dans d'autres services ?

[Responsable RC]

On a déjà parlé un petit peu des problèmes de vasculaire, qui ont tendance, tous les médecins de vasculaire sont comme ça, à fonctionner de manière au pied levé.

Je ne sais pas si c'est propre à leur spécialité, mais en tout cas, c'est un peu le cas. Après, je crois qu'on a une réunion de coordination la semaine prochaine, avec moi, la responsable qualité formation, et la responsable, justement, de notre CRM, la référente HM, pour organiser une réunion avec l'ensemble des secrétariats, parce qu'eux aussi, c'est le premier moyen de la communication, et aussi dans leur création d'annonces, pour éviter toutes ces problématiques dont on parlait, de faire un petit cœur de rappel sur les bonnes pratiques. Donc ça, il faut qu'on organise ça, parce que les secrétariats sont à la base de beaucoup de choses.

S'ils ne créent pas leurs annonces en temps et en heure, c'est compliqué. S'ils créent mal leurs annonces, c'est compliqué aussi. S'ils ne donnent pas le bon message à leurs patients, ça peut être compliqué aussi, parce que, par exemple, on a certains médecins pour lesquels on pratique le

paiement à l'entrée, notamment les esthétiques qui ont des forfaits, ou alors, maintenant on fait pour des médecins du dentaire, où ils doivent payer à l'entrée.

Si la secrétaire ne donne pas le bon message à l'entrée, on s'est retrouvé là cette semaine cette semaine, systématiquement le patient le sait, mais là, ce patient-là n'a pas eu l'information, ça entraîne une insatisfaction, et puis le patient n'a pas forcément tout de suite la sur lui à l'entrée. Donc voilà, c'est à la base de l'information les plus gros problèmes. Si j'ai autre chose qui vient, je compléterai.

[Ines]

Et spécifiquement dans les services avec les équipes soignantes, par exemple une IDE ou une AS, est-ce qu'il y a des pratiques dans le service, je ne sais pas moi, des réticences justement à partager l'information ou des choses comme ça ?

[Responsable RC]

En fait, il faut savoir que le soignant, considère que lui il est soignant et pas du tout administratif. Ça aussi c'est un challenge au quotidien parce que, par exemple, un exemple tout bête, le soignant est censé valider son admission et faire sa sortie.

Il dépique, il doit faire sa sortie. Eux estiment que ce n'est pas de leur ressort qu'ils sont là pour faire du soin et qu'ils n'ont pas du tout à s'occuper de l'administratif ok. Sauf que du coup, étant donné qu'ils ne font pas leur sortie, nous on se retrouve avec tous les dossiers patients du soir, pour moi ils sont toujours dans l'hôpital.

Donc du coup, en termes de responsabilité, on n'y est pas. La régulation ne peut pas placer ses lits sur le lendemain parce que tant que tu n'as pas sorti un patient sur le logiciel, tu ne peux pas faire tes placements de lits de l'autre côté. Donc c'est un petit peu compliqué.

Donc c'est plus sur leur partie, l'administratif ce n'est pas notre souci entre guillemets parce que, après j'entends, on est soignant avant tout pour le soin, mais c'est leur faire comprendre qu'ils ont aussi une part d'administratif à faire. Ça c'est compliqué.

[Ines]

Et justement, quand ils ne font pas cette manip au niveau des sorties, est-ce que le patient a un impact sur sa sortie ?

[Responsable RC]

Alors lui directement, si tout se passe bien, c'est ce que je lui souhaite, ça va. Maintenant, imaginons qu'il sorte, je ne lui souhaite pas, mais il se casse une jambe. En termes de responsabilité, après c'est compliqué parce que nous, techniquement, il est censé être toujours dans l'hôpital.

Même vis-à-vis de l'employeur, ça nous est déjà arrivé d'avoir des heures de sortie qui ne correspondaient pas avec ce qu'un employé a dit à son employeur. Donc du coup, en termes de responsabilité, c'était un peu compliqué. Et en plus, ça entraîne une surcharge de travail pour les équipes administratives parce qu'en fait, on reprend le travail que les soignants n'ont pas fait.

Donc là, il y a un travail qui est en train d'être fait parce que par rapport à tout ce sujet-là, avec Lucie qui vient de nous rejoindre, parce qu'on a une nouvelle RUS responsable de services qui a repris l'ambulatoire et qui a repris notamment ce sujet-là. Donc là, le soignant, maintenant, va faire sa

sortie pour éviter toutes ces problématiques.

[Ines]

Ok.

Est-ce que, justement, il y a des modalités de sortie qui posent plus de problèmes que d'autres ?

[Responsable RC]

Des modalités de sortie, c'est-à-dire ?

[Ines]

Si un patient doit sortir, il doit aller en convalescence ou s'il sort tout simplement, une sortie classique ou s'il est transféré ?

Est-ce que, justement, l'information du soignant à l'administratif ici, elle se fait correctement ou des fois, il y a des couacs ?

Madeleine

Alors, techniquement, quand on a des sorties, on appelle ça des sorties ambulance parce qu'ils vont aller en réhabilitation, en rééducation, pardon.

En général, parce qu'on a un établissement qui est juste derrière, ils sont censés mettre sur le type de sortie sur le logiciel, soit un retour domicile ou un départ ambulance, peu importe, mais ils sont censés le mettre. C'est parfois pas correctement renseigné. Donc, nous, on n'a pas forcément les informations, donc ça peut parfois venir sur des petits couacs parce que, par exemple, sur les sorties, on fait du paiement en chambre pour les sorties en ambulance justement parce que ces gens, les ambulanciers, n'ont pas forcément le temps de passer par les admissions et puis souvent, on est sur une population de personnes âgées globalement qui est un petit peu perdue au moment de la sortie, donc on doit aller en chambre. Des fois, on n'a pas forcément l'information, il y a des sorties ambulance qui partent comme ça sans qu'on le sache parce que le motif de sortie n'est pas correctement renseigné.

Donc ça, il y a des rappels réguliers à faire auprès des services. Après, bon, c'est un peu moins réjouissant, mais là où il y a un défaut d'information aussi, c'est quand il y a un décès. Parce que les services sont censés passer un coup de fil à l'accueil, on a un petit carnet où on doit noter les informations parce que de toute façon, les confinés vont se présenter et puis après, il faut les orienter.

Mais du coup, des fois, on n'a pas l'information et on se retrouve dans des situations où on peut faire, si je peux me permettre une boulette, parce qu'on ne le savait pas. Donc c'est un petit peu compliqué, mais là-dessus, effectivement, s'ils ne nous préviennent pas, on ne peut pas avoir l'information en amont. Donc ça aussi, c'est un sujet.

Parce que vis-à-vis de la famille, quand ils se présentent, ce genre de choses... Même là, on a eu une mort fétale récemment et on n'a pas été prévenus. Donc forcément, quand les ambulanciers sont arrivés, euh non pas les ambulanciers, les pompes funèbres sont arrivés, c'était un petit peu plus compliqué.

Et au-delà de ça, la fille, de l'hôtellerie, qui a été en chambre, qui n'était pas au courant parce qu'à la base, elle venait pour un accouchement, elle est arrivée en disant « Comment ça va ? Comment ça se passe ? Le bébé va bien ?

» C'est un peu compliqué. Donc derrière, on a fait un point avec la famille, on s'est excusés, on a dû faire un geste de commerciale là-dessus, mais on n'y était pas en termes d'image. Et tout ça, pourquoi ?

Parce qu'on n'a pas communiqué à la base. Donc voilà, c'est plus des situations comme ça qui impactent là forcément directement le patient, qui est en bout de chaîne forcément.

[Ines]

Ok.

Du coup, au niveau... Tu m'as parlé d'un peu de différents types de problèmes et d'impact au niveau du patient. Est-ce que tu saurais me donner les 3, des problèmes qui sont les plus fréquents qui impactent le patient ?

Vraiment ceux qui... les plus fréquents, en fait, que vous rencontrez le plus ?

[Responsable RC]

Je dirais la non-crédation des annonces sur HM parce que du coup, le patient n'est attendu nulle part. Ça arrive quand même fréquemment.

Ensuite, on a les problèmes des transferts entre hôpitaux. Les services ne préviennent pas forcément qu'ils attendent quelqu'un.

Nous, le patient arrive, il n'a aucun papier sur lui, qu'est-ce qu'on en fait ? Là, on doit perdre du temps parce que techniquement, le service est censé appeler l'hôpital pour récupérer le papier en amont. Du coup, nous, on est obligés de le faire parce que s'il vient sans rien, techniquement, on n'est pas censés prendre le patient.

Ça, ça arrive régulièrement aussi.

Une dernière typologie... Deux choses qui arrivent régulièrement...

Je dirais le placement de chambre aussi. Des fois, tu te retrouves sur des dossiers où il n'y a pas de chambre. Du coup, le soignant ne sait pas quoi faire. Et dit « Moi mon service est plein, on ne peut rien faire ». Il n'y a personne en règle. Tu te retrouves là comme ça, tu ne sais pas quoi faire de ton patient.

Ça arrive quand même assez régulièrement. Je pense que c'est les grosses problématiques qu'on a... Je veux dire, grosses et régulières.

Parce qu'après, il y a toujours des petits cas à la marge, il y a toujours de l'inédit. Mais je pense que c'est des choses qui arrivent régulièrement.

[Ines]

Et du coup, c'est quoi l'impact que ça peut avoir sur le patient. Au niveau de la première, tu m'as dit que c'est la création d'annonces, donc tu ne peux pas forcément faire rentrer le patient au final.

[Responsable RC]

Non c'est ça, du coup, ça lui génère un stress phénoménal parce que lui, il s'est peut-être préparé... Il y a parfois des grosses...

Où alors c'est de l'urgence, lui, il s'est préparé psychologiquement. Et du coup, ça lui génère un stress supplémentaire. On le retient, on fait peut-être des retards moins sur de l'hospi mais plus sur de l'ambu.

Ça peut entraîner un retard de bloc ou carrément une reprogrammation parce qu'il n'y a plus de place. Ou alors tu as des gens qui sont prévus au début du programme, le médecin continue son programme et lui, il passe en dernier. Donc en fait, il va passer la journée ici au lieu de passer une heure.

Donc ces choses-là, ça peut entraîner des problématiques particulières. Après, les problématiques de place et de lit ou de chambre, c'est un peu la même dynamique où il y a du stress à tous les niveaux parce que tu ne sais pas comment orienter ton patient. Des fois, il faut le faire attendre en bas, de pouvoir le faire monter, c'est compliqué.

Après, s'il y a des mouvements, s'il suffit qu'un mouvement un changement de chambre ne soit pas renseigné, là, ça devient une galère phénoménale. On s'est retrouvés il n'y a pas longtemps avec une problématique où il n'y avait plus de place. En fait, en remontée de bloc, ils ont changé la chambre, sauf que du coup, le patient s'est réveillé, il n'était plus dans sa chambre de base, il n'y avait pas ses affaires.

Donc là, du coup, c'est un petit peu compliqué. Après, en termes de responsabilité, c'est compliqué aussi de déplacer les affaires de quelqu'un et donc là ils vont faire un REX un petit peu pour voir comment faire dans ces situations-là et comment ne plus... que ça n'arrive plus, mais ça peut entraîner ce genre de choses.

Un patient qui se réveille d'une anesthésie générale qui est un petit peu perdu et qui n'est plus dans la chambre dans laquelle on l'a amené et tout ça, c'est un petit peu anxiogène.

[Ines]

ça peu le perturber oui.

Du coup, quelles actions est-ce que vous avez mises en place justement pour améliorer la coordination entre les deux équipes ? Est-ce que vous avez déjà mis des choses en place ou il y a des choses qui sont prévues ?

[Responsable RC]

Alors, quand il y a un couac de communication, de toute façon, on fait un RETEX. Donc, on se pose avec les responsables et un membre de la direction pour voir un petit peu ce qui s'est passé, voir si, effectivement, il faut qu'on change un process, il faut qu'on écrive un process. Et du coup, après derrière, on met les actions en place qui vont bien derrière.

Mais en général, quand il y a un couac, on fait un RETEX, sinon on fait ce qu'on appelle une fiche alerte. On a un outil qui nous permet de remplir sur une page. C'est très simple.

On appelle ça des FEI. Des fiches événements indésirables. Et du coup, ça permet de remonter l'information, de centraliser aussi l'information au niveau du service qualité et aussi de pouvoir chiffrer un petit peu tout ça. Donc, on demande à chaque collaborateur de l'hôpital de faire une remontée via une FEI quand il constate un défaut sur différents sujets, mais notamment sur des défauts de communication.

Donc, on a aussi, à part de faire des rétex sur des sujets particuliers, dans le cadre des FEI, on se rencontre une fois toutes les deux semaines pour lire en comité, avec la direction, l'ensemble des fiches incidents. Et on doit répondre à toutes ces fiches incidents. Donc, forcément, le collaborateur, après, reçoit une notification de la réponse qui lui est apportée. Donc voilà

[Ines]

OK. Et est-ce que tu aurais des idées sur les moyens, qui pourraient, justement, améliorer la situation ?

[Responsable RC]

Actuellement, c'est une excellente question. Hors outils, parce que je pense que des outils, on en a suffisamment.

Je pense qu'il faudrait prendre le temps, un petit peu, où on fait de l'échange de services pour se rendre compte, un petit peu, des problématiques de chacun. Puis, ce serait sympa, un peu, qu'un soignant se rende compte de ce qui se passe quand tu as 25 personnes devant toi aux admissions et que tu es bloqué pendant une demi-heure avec un dossier parce que tu as une problématique de chambre ou d'annonce pas créée. Et, à contrario, ce serait intéressant d'être dans un service et de se rendre compte que le soignant, il ne sait plus où donner de la tête parce qu'il y a 10 entrées qui arrivent en même temps, qu'il est tout seul. Qu'il y a un ordre à avoir, qu'il y a le stress des retards qui arrivent derrière. Donc, je pense que c'est plus, c'est un travail de cohésion d'équipe. Je pense de communication informelle, peut-être autour de Coffee Contact, ou de Coffee Time, ou prendre le temps de se dire, une fois tous les 3 mois, on se crée un moment d'échange, un peu informel, parce qu'on n'a pas... En fait, on ne se croise jamais au quotidien.

Et on n'a pas conscience de nos contraintes. Mais je crois qu'il y a plus... Je dis les outils, on les a. Je pense qu'il y a plus un travail à faire de cohésion d'équipe. Avoir conscience des problématiques de l'autre et surtout en prendre aussi... Je ne trouve pas le mot.

Avoir envie de venir en aide à ton collègue. Parce que...je pense que c'est pas toujours le cas. Je pense que c'est plus un travail annexe à faire.

[Ines]

Et au niveau de la direction, pour renforcer cette coordination entre services, quel rôle est-ce que, pour toi, la direction pourrait jouer, justement ?

[Responsable RC]

Aujourd'hui, ils sont euuh.... vachement euuh... impliqués, même en termes de communication, ils ont mis en place ce qu'on appelle des réunions d'expression.

Où ils rencontrent chaque service en équipe individuellement pour avoir un petit peu leur volonté, leurs problématiques et savoir comment les améliorer. A chaque fois, c'est pris en considération et ça leur a permis de mettre des actions en place derrière. Mais on a la chance d'avoir une équipe de direction qui est ouverte avec qui on peut communiquer.

Qui est friante, aussi, d'idées un petit peu nouvelles comme ça. Là, par exemple, je sais qu'en termes de communication, il y avait un problème dans les services, ils sont en train de leur commander des tableaux parce qu'ils vont faire tout un truc sympathique. Parce qu'ils ont des problèmes de

communication.

Mais on a la chance d'avoir un comité de direction qui est assez ouvert aux idées nouvelles et surtout qui est à cœur d'apporter des solutions. C'est pas toujours, mais là, on est plutôt bien le team. Après, ils sont dans toutes les instances.

Ils font partie de, ce qu'on disait tout à l'heure, le comité La COR sur les FEI. Ils organisent les rétex. Ils organisent des réunions régulièrement avec les collaborateurs.

Ils ont une communication en direct plutôt régulière et qui va dans les deux sens. Donc, c'est cool.

[Ines]

Est-ce que, pour toi, tu disposes des ressources nécessaires pour assurer cette bonne coordination entre ces deux équipes ?

[Responsable RC]

Les ressources, on les a parce qu'on a vraiment tous les canaux de communication possibles.

Après, c'est juste prendre du recul et se dire qu'on doit être dans une dynamique de collaboration parce que c'est plus facile de se dire, débrouille-toi avec ton problème et de raccrocher plutôt que respirer et se dire, in fine, c'est pour le bien du patient. C'est plus sur cet aspect-là. Après, on ne peut pas dire qu'on n'a pas d'outils à notre disposition.

Après, c'est vrai que ça serait peut-être sympa d'organiser des rencontres inter-service plus régulières. Déjà, pour que les gens se connaissent, ça fait beaucoup. Parce que le fait, déjà, quand tu décroches le téléphone et qu'on va être honnête, on a tous nos contraintes, nos problématiques. On est tous surchargés. Et la personne qui décroche le téléphone, tu sais pas forcément qui c'est.

Et ne serait-ce que de mettre un visage et puis humaniser un petit peu la relation qui est peut-être un peu déshumanisée parce qu'il y a des gens, je vais être honnête, on est 400 dans l'hôpital, il y en a, je les ai jamais vu en vrai. Donc c'est peut-être réhumaniser un petit peu les rapports, concrètement, entre les collaborateurs.

[Ines]

OK. Bon bh c'est tout pour moi.

Franchement, c'était hyper intéressant, je trouve, de voir un peu justement comment ces deux services en gros sont amenés justement à collaborer, à s'entraider au final parce qu'elles sont censées s'entraider et s'appuyer, tu vois. Pour que justement le patient, il puisse Il est le meilleur séjour Il n'y a pas la matière, bien sûr. Au final.

[Ines]

Comme tu disais tout à l'heure, quand tu ne connais pas forcément la personne que tu as rencontrée, tu as tendance un peu plus à... prendre à la légère. Et puis, c'est facile de dire... mal

XX

*Explication du mot dans le [glossaire](#).

parler ou des fois, remballer un peu.

[Responsable RC]

C'est ça.

Si tu connais la personne, tu ne vas forcément pas avoir la même réaction que si tu ne sais pas déjà à qui tu t'adresses ou à quoi la personne ressemble. Ça peut paraître bête, mais le fait de connaître la personne que tu as au bout du fil, je pense que ça fait beaucoup de choses. On va être honnête, il y en a un qui va t'appeler, un soignant, il y a une problématique.

Tu n'as pas forcément d'affect sur sa problématique à lui parce que c'est sa problématique à lui directement. Toi, elle ne t'impacte pas. Alors si en plus, ça va être cru, mais tu n'en as rien à faire de la personne que tu as au téléphone, tu vas l'envoyer bouler et tu vas avoir tendance à raccrocher.

Et du coup, ça derrière, ça entraîne aussi ce clivage entre soignant et administratif. C'est vraiment un serpent qui se mord la queue parce que du coup, ça va continuer à creuser l'écart entre mon taf, c'est le soin, et toi, débrouille-toi avec l'administratif. Beaucoup de choses découlent de ça aussi.

[Ines]

Mais du coup, tu as déjà vu un peu des tensions, des situations où il y a eu des tensions comme ça avec des personnes de... Oui, ça arrive. Quand on parle de... Oui, il y a un patient qui arrive, il n'est pas prévu. La fille de chez moi, elle va appeler la régulation, ça ne décroche pas. Il y a 20 personnes derrière. Ça fait 20 minutes qu'elle est avec son patient, on est en manque d'effectifs, donc elle se retrouve toute seule. Elle appelle le soin, le soin lui dit débrouille-toi pour trouver ta chambre.

La fille de chez moi, la dernière fois, elle a vrillé. Elle a vrillé parce qu'elle se retrouve toute seule avec son problème. Ce n'est même pas son problème directement, elle est là normalement juste pour faire l'entrée.

Ce qui se passe derrière, le fait de trouver un lit, de prendre le patient, normalement, ce n'est pas sa problématique. Là, en fait, on fait reposer sur elle une problématique qui va la stresser. Derrière, elle sait qu'elle a tous ses patients, donc elle a vrillé, forcément.

Vriller est un grand mot. Mais oui, ils ont eu un couac. Donc, elle l'a envoyé bouler, l'autre a répondu.

Donc, ça a pris une proportion au point que le soignant a fait une fiche alerte. Du coup, j'ai dû rencontrer la responsable des soins. Qui est responsable de ce soignant.

On a pu échanger pour décortiquer un peu la situation. Forcément, il y avait des tensions des deux côtés. Après, c'est tout.

Les collaborateurs, ils ont eu l'occasion de se ravoier au téléphone. Ils se sont excusés l'un à l'autre. Ils ont expliqué leurs problématiques.

Faire aussi à froid, moi, j'avais ça derrière. C'est important aussi de ne pas rester parce qu'on veut être honnête aussi, si tu restes avec ta frustration, la fois d'après, tu vas retomber sur la même personne. Et forcément, ça ne va pas aider.

Tu vas rester avec ton a priori.

[Ines]

Les soignants, ils ont la disponibilité des chambres au final. Tu m'avais dit, si la régule n'est pas dispo, c'est les soignants.

[Responsable RC]

Ils savent comment leur service est organisé parce qu'ils doivent organiser leur tour. Même si le patient n'est pas voué à rester dans cette chambre-là, mets le là, fais le camper là provisoirement. Tu vois ce que je veux dire ? Après, si on doit trouver une chambre qui est mieux parce que dans votre tour, ça vous arrange ou ce n'est pas forcément par rapport à la prestation qu'ils voulaient, ça, on trouvera derrière.

Mais l'objectif, c'est qu'ils montent dans le service pour commencer à être pris en charge pour l'emmener derrière au bloc.

[Ines]

OK. Eh bh merci beaucoup pour ton temps.

[Responsable RC]

Pas de soucis. N'hésite pas.

Les défaillances de la coordination entre équipes soignantes et administratives en établissement sanitaire : caractérisation, effets sur les patients et recommandations.

Ce mémoire explore les **défaillances de coordination** entre **équipes soignantes et administratives** au sein des établissements sanitaires, en analysant leurs causes, leurs effets sur la prise en charge des patients et les pistes d'amélioration envisageables.

À travers une revue de littérature approfondie, il montre que la coordination est un levier essentiel pour garantir un **parcours de soins** fluide, sécurisé et cohérent. Pourtant, cette coordination reste souvent fragile, entravée par des freins organisationnels, humains, culturels et technologiques. Le mémoire met en lumière un manque de reconnaissance mutuelle entre professionnels, des outils mal adaptés, des processus non formalisés, ainsi que des écarts de perception entre les acteurs. Ces **dysfonctionnements** génèrent un impact direct ou potentiel sur la qualité de la prise en charge des patients. Une étude qualitative menée dans un établissement privé à l'aide de dix entretiens semi-directifs (agents d'accueil, soignants, cadres, responsable relation client) a permis de caractériser ces problèmes de coordination, de mieux comprendre les attentes des professionnels, et de proposer des recommandations concrètes. Ce travail souligne l'importance de structurer durablement la **coordination interprofessionnelle** pour renforcer la **qualité des soins**, la satisfaction des patients.

Mots-clés : Défaillances de coordination, Équipes soignantes et administratives, parcours de soins, dysfonctionnements, coordination interprofessionnelle, qualité des soins.

Coordination Failures Between Healthcare and Administrative Teams in Healthcare Facilities: Characterization, Impact on Patients, and Recommendations.

This thesis explores **coordination failures** between **healthcare and administrative teams** within healthcare facilities, by analyzing their causes, their impact on patient care, and possible avenues for improvement. Through an in-depth literature review, it demonstrates that coordination is a key lever for ensuring a smooth, safe, and coherent **care pathway**. However, this coordination often remains fragile, hindered by organizational, human, cultural, and technological obstacles. The study highlights a lack of mutual recognition between professionals, the use of poorly adapted tools, the absence of formalized processes, and significant perception gaps between stakeholders. These **dysfunctions** have a direct or potential impact on the quality of patient care. A qualitative study conducted in a private healthcare facility, based on ten semi-structured interviews (with reception staff, healthcare professionals, healthcare managers, and the client relations manager), helped characterize these coordination issues, better understand the professionals' expectations, and formulate concrete recommendations. This work emphasizes the importance of structuring **interprofessional coordination** over the long term to enhance **care quality** and patient satisfaction.

Keywords: Coordination failures healthcare and administrative teams, care pathway, dysfunctions, interprofessional coordination, care quality.