

LA REVUE DE L'ENCADREMENT ET DE LA FORMATION DES CADRES DE SANTÉ

# SOINS

## cadres

Tiré à part  
2015



<http://www.em-consulte.com/revue/scad>



## Le travail en équipe

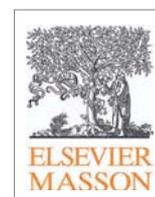


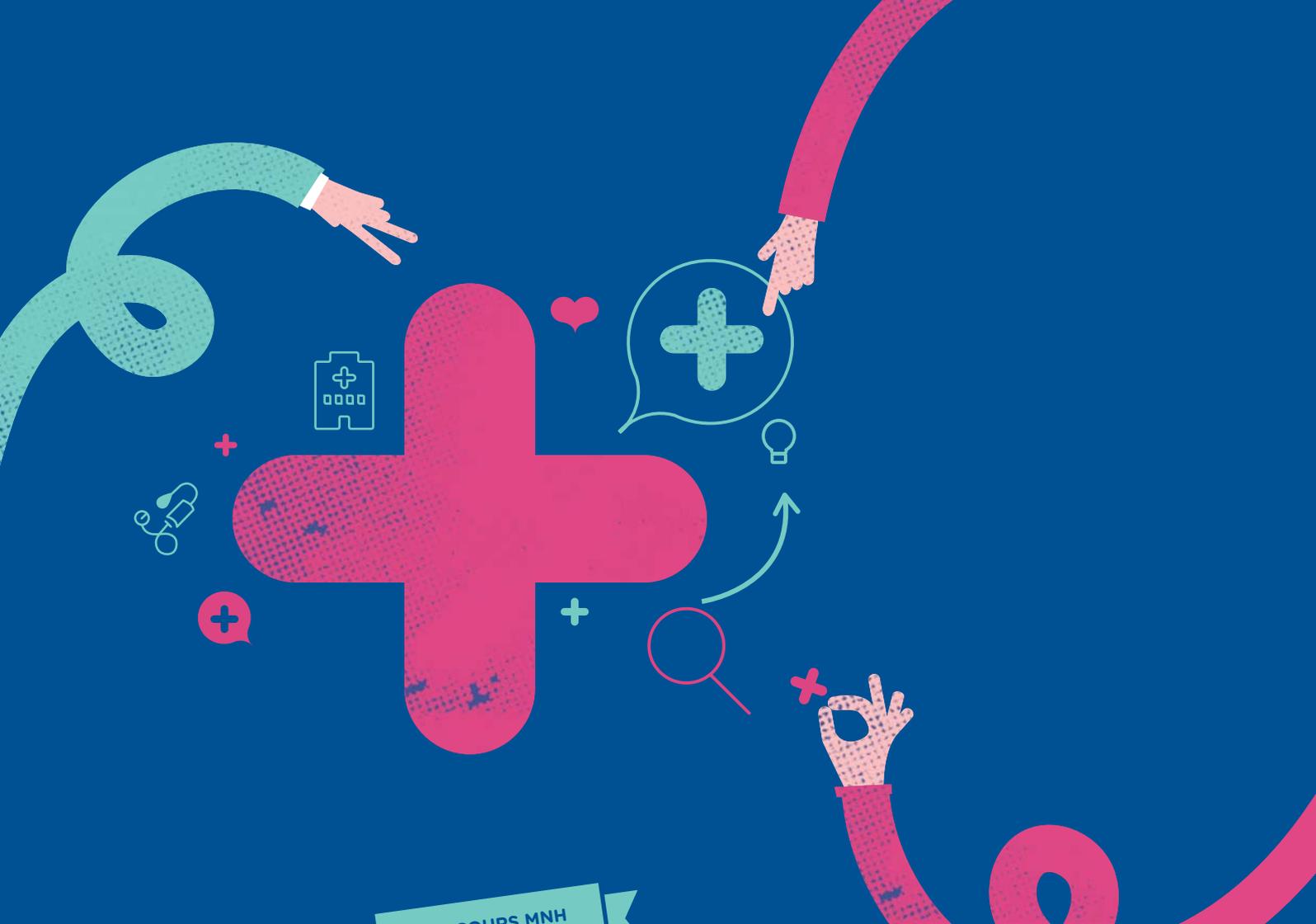
85141



Fiches réalisées en partenariat avec la MNH

Cette revue est téléchargeable sur [www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)





CONCOURS MNH  
DES ÉTUDIANTS 2015

# IMAGINEZ LA SANTÉ DE DEMAIN.

THÈME 2015 : LES PETITS RIENS  
DU SOIN QUI CHANGENT TOUT !

CONCOURS MNH DES ÉTUDIANTS  
20  
ans

INSCRIPTION SUR  
[CONCOURS.MNH.FR](http://CONCOURS.MNH.FR)  
ENTRE SEPTEMBRE ET DÉCEMBRE 2015



GAGNEZ  
JUSQU'À 4 500 € !

L'ESPRIT HOSPITALIER EN +

**MNH**  
Assurance - Banque - Services

# 1/6 La définition du travail en équipe et de sa dynamique

Les transformations internes des organisations de santé, la médiatisation de mauvaises conditions de vie au travail, l'augmentation des événements indésirables graves (EIG) ont remis en lumière la première condition nécessaire aux pratiques et actes de soins dans les établissements de santé, c'est-à-dire : le travail en équipe. Des définitions, des caractéristiques sur le nombre d'individus dans l'équipe, une approche de la dynamique d'équipe vont nous permettre d'avoir une meilleure compréhension de celui-ci.



© 2014 Viggo

## LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

### 1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique

- Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe
- Les enjeux du travail en équipe
- Les maux du travail en équipe
- Le rôle du cadre dans le travail en équipe
- Perspectives : impact du programme Pacte

## DÉFINITIONS

Le mot "équipe" est polysémique. La variabilité des regards de chacun et des représentations selon les postes occupés ne permet pas de lui apporter une définition définitive. Chacun possède sa propre compréhension de celui-ci. À l'issue d'une revue de littérature, il peut être défini qu'une équipe est constituée par :

- un nombre d'individus (ou professionnels), au-delà de deux ;
- des relations (interactions) en direct entre les professionnels ;
- une collaboration pour un objectif commun (projet de soins, activités de soins) ;
- un territoire commun d'exercice (le service, le pôle) ;
- une organisation des rôles et une interdépendance entre les professionnels ;
- une coordination assurée par un responsable désigné.

Dans l'environnement hospitalier au sens large, une équipe de soins fait partie d'un tryptique constitué par les patients et les acteurs permettant la réalisation de l'activité de soin [1].

### Le travail en équipe

■ "Travail en équipe" ou "travail d'équipe" ou "équipe de travail" font référence à un ensemble ou groupe de personnes (l'équipe) réuni pour un but au travers de la production d'un acte tel que le soin.

Le travail en équipe est la représentation de toutes les activités qui nécessitent une coordination entre les personnes constituant l'équipe. Roger Mucchielli [2], psycho-sociologue, le définit comme une « entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès ».

■ Selon des recommandations canadiennes [3], le travail d'équipe se définit comme « un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçues comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles. »

### Grille de lecture d'une équipe

De ces définitions, il est possible de se construire une grille de lecture du travail en équipe en regardant des professionnels travailler ensemble :

- Ont-ils un même objectif ? Des valeurs communes ?
- Ont-ils des moyens communs ?
- Ont-ils des fonctions complémentaires et/ou dissemblables ?
- Ont-ils un "chef" ?
- Sont-ils impliqués et/ou motivés dans leurs activités ?
- S'entraident-ils et/ou se partagent-ils les activités ? Si la réponse est oui, ils ont de fortes chances de constituer une équipe plutôt qu'un groupe de travail.

## LES TYPES D'ÉQUIPE

■ Une équipe ne ressemble à aucune autre. Les objectifs, le contexte de travail, les statuts des personnes, les relations entre les professionnels définissent sa structure : projet, groupe de réflexion, de travail, etc. Elle est une "entité vivante" [4] où chaque professionnel tient un rôle dans l'activité du service. Comme tout organisme vivant, elle passe par différents stades de vie et de fonctionnement avec des périodes de stabilité et d'instabilité, étant non structurée ou très structurée, conflictuelle ou équilibrée, selon le contexte. Une équipe de professionnels

de soins sera différente d'une équipe sportive et de sa perspective de gagner, d'une équipe créée pour une circonstance particulière (projet spécifique).

■ Qu'est-ce qui va faire "équipe" ou qu'est-ce que signifie faire équipe ? Plusieurs éléments y participent, notamment l'intérêt des individus pour l'activité réalisée et une envie de faire ensemble ou la manière de manager du cadre pour la mobilisation des professionnels. Travailler ensemble peut être complexe et difficile et le facteur "nombre de personnes" participe à cette complexité.

GILLES DESSERPRIT  
Directeur de l'IFCS de l'AP-HP

47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@dfc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

### RÉFÉRENCES

- [1] Mellier D. Ce qui fait équipe, exigence d'un travail pulsionnel et appareillage psychique groupal d'équipe ? Nouvelle revue de psychosociologie. Érès, 2012/2 ;14:131-44.
- [2] Mucchielli R. Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective. Thiron: ESF; 2011.
- [3] Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services au Canada, Recommandations et synthèse pour politiques, juin 2006, [http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf)
- [4] Devillard O. Dynamiques d'équipes. Paris: Éditions d'organisation; 2005.
- [5] Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632579>
- [6] Lewin K. Une théorie du champ dans les sciences de l'homme. Paris: Vrin; 1968.
- [7] Buton F. et al. La cohésion des groupes sportifs : évolutions conceptuelles, mesures et relations avec la performance. Movement & Sport Sciences, 2006/3 ;59 : 9-9.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Déclaration d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### NOMBRE DE PERSONNES ET TRAVAIL EN ÉQUIPE

■ **Les textes réglementaires** ne donnent pas d'indications sur le nombre de professionnels constituant une équipe de soins à l'exception de certaines spécialités notamment la réanimation [5].

■ **Existe-t-il un nombre idéal pour composer une équipe ?** Aucun texte abordant le travail en équipe ne fournit une réponse à cette question : généralement, un groupe entre 5 et 12 personnes est évoqué. Il existe trop de variables pour fixer un chiffre précis et idéal. Celui-ci dépend du contexte. Ainsi, un nombre trop petit risque d'engendrer des tensions pas toujours apparentes dans le quotidien mais qui auront un effet négatif dans et sur le travail. À l'inverse, un nombre

trop important risque d'entraîner des difficultés de communication, des problèmes relationnels et impacter la qualité du travail. Des professionnels ont alors le sentiment d'être moins concernés par l'activité et s'impliquent moins dans leur travail.

■ **Aujourd'hui, les équipes ont tendance à être de moins en moins nombreuses.** Le recours aux vacataires ou intérimaires est ainsi de plus en plus fréquent.

■ **Quand chacun des membres de l'équipe se sent responsable des résultats de l'ensemble,** alors la taille idéale semble être atteinte.

### LA DYNAMIQUE DU TRAVAIL EN ÉQUIPE

■ **La construction d'une équipe est un processus qui s'inscrit dans le temps.** Parler de dynamique d'équipe ou de groupe revient à s'intéresser au fonctionnement interne de celle-ci dans son environnement. Kurt Lewin [6], psychologue américain, a le premier étudié ces phénomènes et conceptualisé la notion de dynamique de groupe, c'est-à-dire la manière dont les individus travaillent et se comportent entre eux.

■ **Parmi l'ensemble des processus intervenant dans la dynamique d'équipe,** trois facteurs contribuant à une "bonne" dynamique de travail en équipe peuvent être mis en avant :

- **l'identification au groupe** ou l'"esprit d'équipe" qui sous-entend un engagement personnel dans un travail collectif ;

- **la cohésion d'équipe** pouvant se traduire par "rester ensemble". Il s'agit d'une caractéristique importante [7] qui dépasse les différentes problématiques individuelles. L'intérêt de l'activité (le soin) et la confiance facilitent la cohésion interne et sont primordiaux dans la continuité de l'équipe ;

- **la coopération** est de l'ordre de l'entraide entre les membres de l'équipe dans la réalisation d'une activité. Elle est un déterminant dans l'efficacité ou non du travail.

### CONCLUSION

Travailler en équipe n'est ni facile ni évident. Chaque équipe est unique et son équilibre dépend de plusieurs facteurs dont le nombre de personnes. Une bonne cohésion au sein des membres de l'équipe demande du temps. Il faut bien se connaître et savoir se remettre en question quand il le faut. Il faut évoquer également l'engagement personnel,



© F. Souffir/Elsevier Masson SAS

l'identification au groupe, l'intérêt de l'activité, la confiance et la coopération. En outre dans l'environnement hospitalier, il ne faut pas oublier que l'équipe englobe également les patients. De tous ces facteurs dépendra la dynamique d'équipe. Une équipe qui fonctionne bien et où existe la solidarité est plus performante. ■

## 2/6 Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe

La politique de santé en France est déterminée par l'État au travers du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et de deux de ses directions (direction générale de la santé – DGS et direction générale de l'offre de soins – DGOS). Elle se concrétise par la parution de textes réglementaires fondant et organisant la gouvernance du système de santé.

### INTRODUCTION

■ **Des choix politiques et des textes réglementaires [1] ont bouleversé dans un sens ou un autre l'organisation interne des établissements** et donc le travail en équipe. Certains ont eu des impacts directs et d'autres des effets indirects. Ils ont

en commun l'objectif de répondre aux problématiques de prises en charge et de qualité des soins.

■ **Quatre orientations seront présentées** qui ont eu, ont encore aujourd'hui et vont avoir un impact sur le travail en équipe.

### CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

■ **L'accréditation puis la certification des établissements de santé ont changé le regard des équipes de soins** sur leur propre pratique individuelle et collective. Après avoir enclenché la démarche d'amélioration continue de la qualité (première procédure d'accréditation de 1999), la quatrième version V2014 met l'accent sur 3 axes : « *L'évaluation sur l'identification des risques, la qualité réelle de la prise en charge et le travail en équipe* » [2].

■ **Ces trois axes se retrouvent dans le critère 1.f "Politique et organisation de l'évaluation**

**des pratiques professionnelles (EPP)".** Démarche d'EPP et de développement professionnel continu (DPC) en tant que démarche pluriprofessionnelle sont mises en avant et constituent une perspective pour le travail en équipe.

■ **Le critère 3.a "Management des emplois et des compétences" met à la fois l'accent sur un maintien et un développement des compétences collectives de l'équipe,** et également sur un développement du travail en équipe qui sont les coopérations entre professionnels de santé.

### AMÉNAGEMENT OU RÉDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL

■ **L'accord sur la réduction du temps de travail (RTT) a été signé en 2001** et mis en œuvre dans les établissements de santé dans les années qui ont suivi [3]. Cette mise en œuvre s'est concrétisée sous la forme de jours RTT allant, selon les établissements, de 15 à 20 avec la possibilité de moyens supplémentaires. Cette RTT devait être l'occasion de revoir et réfléchir aux organisations de travail et de soins. Réflexion qui globalement n'a pas eu lieu et « *a mis les organisations en tension* » [4] par notamment une densification du travail [5] avec toutes les incidences induites : absentéisme, pénibilité augmentée, diminution du travail collectif, etc.

■ **Un des impacts de la RTT a été une nouvelle façon de penser le travail** de la part des professionnels, concrétisée par des débats concernant la durée quotidienne de travail, le cycle de travail, etc. sans mise en perspective du "faire ensemble et en équipe".

■ **Les différents bilans réalisés récemment** (bilan des 35 h au Sénat en février 2014, commission d'enquête de la Fédération hospitalière de France – FHF en septembre 2014) mettent en avant la nécessité de repenser les organisations de travail dans le contexte actuel de tension financière et de détérioration des conditions de travail.



© Julien Eichinger/fofolia



© 2014 VIGI

### LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique
2. **Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe**
3. Les enjeux du travail en équipe
4. Les maux du travail en équipe
5. Le rôle du cadre dans le travail en équipe
6. Perspectives : impact du programme Pacte

GILLES DESSERPRIT

Directeur de l'IFCS de l'AP-HP

47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

### RÉFÉRENCES

- [1] <http://www.social-sante.gouv.fr/le-ministere,149/presentation-et-organigrammes,294/la-direction-generale-de-l-offre,14767.html>
- [2] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante)
- [3] Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298>
- [4] Commission d'enquête relative à l'impact social, économique et financier de la RTT, FHF, fichiers.acteurspublics.com/redac/pdf/Septembre/etude\_FHF\_35h.pdf
- [5] [http://www.sante-et-travail.fr/horaires-decales--salaries-a-contretemps\\_fr\\_art\\_674\\_35084.html](http://www.sante-et-travail.fr/horaires-decales--salaries-a-contretemps_fr_art_674_35084.html)

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@drc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

## RÉFÉRENCES

- [6] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [7] Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital. Paris: Éditions Seli Arslan; 2006.
- [8] <http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-3187.html>
- [9] Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123217>
- [10] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1743986/fr/dpc-vous-maitrisez-vous-realisez-deja-le-travail-en-equipe-pluriprofessionnel-ou-non](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1743986/fr/dpc-vous-maitrisez-vous-realisez-deja-le-travail-en-equipe-pluriprofessionnel-ou-non)
- [11] <http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/>
- [12] <http://www.sante.gouv.fr/le-projet-de-loi-de-sante.html>
- [13] Couty E, Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital, rapport, mars 2013. <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/dossiers-de-presse,2323/pacte-de-confiance-pour-l-hopital,15636.html>

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Déclaration d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## LA LOI HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES

■ **Instaurant une culture polaire plus que de services**, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) [6] attend une « *rationalisation gestionnaire* » [7] dont le découplage et la mutualisation sont des exemples. Ces deux critères ont vocation à faire bouger les lignes du travail en équipe. De plus, l'article 51 de la loi HPST introduit la notion de coopérations entre professionnels de santé comme une évolution « *naturelle* » du travail en équipe [8]. Dans le contexte de la gestion des risques due aux coopérations entre professionnels, le fonctionnement de l'équipe reprend

des caractéristiques du travail en équipe : interactions et relations entre les professionnels, et communication avec pour but la qualité des soins.

■ **La coopération entre professionnels de santé se retrouve dans les orientations des textes sur le DPC** dont l'origine est l'article 59 de la loi HPST qui stipule que le DPC a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* ».

## LE DPC

■ **En quoi le DPC a-t-il un lien ou un impact sur le travail en équipe ?** L'arrêté du 26 février 2013 [9] présente 6 orientations concernant des programmes de DPC pour les professionnels de santé. « *L'orientation n°4 : contribuer à l'amélioration des relations entre professionnels de santé et au travail en équipes pluriprofessionnelles* » doit permettre de répondre aux objectifs de « *l'amélioration du travail en équipes de soins, la gestion managériale et des équipes* ». Ce lien se retrouve donc dans la reconnaissance formalisée de la combinaison de la formation des professionnels et de l'évaluation des actes de soins par le DPC.

dans la validation des programmes de DPC [10]. Elle utilise dans celui-ci le principe du travail en équipe « *immémorial* » [10] dans les prises en charge pluriprofessionnelles (médicales, paramédicales, etc.). Dans la fiche "Vous maîtrisez / vous réalisez déjà le travail en équipe, pluriprofessionnel ou non", la prise en charge des patients en fin de vie est citée pour expliquer aux équipes comment leurs activités soignantes peuvent être l'objet d'une validation de DPC. Celle-ci est décortiquée dans trois dimensions, « *cognitive, intégrée, évaluation/amélioration* » [10], qui, en étant examinées et suivies par un organisme de DPC, permettront aux équipes de remplir leurs « *obligations* » de DPC.

■ **La Haute Autorité de santé (HAS) donne l'exemple d'une traduction du travail en équipe**

## LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

■ **Les nouvelles priorités affichées** sont donc clairement celles de l'ambulance, à l'hôpital et en ville, de la prévention et du travail en équipe [11].

■ **Elles sont présentes dans le projet de loi de modernisation du système de santé**, notamment dans l'article 25 au travers des informations partagées entre l'équipe pour assurer la prise en charge du patient (1°), et une définition de l'équipe de soins qui « *est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou*

*aux actions nécessaires à leur coordination* » (article 1110-12) [12].

■ **Le rapport d'Édouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital**, s'il n'est pas directement intégré dans la stratégie nationale de santé, propose d'inclure entre autres dans la formation des futurs professionnels « *l'apprentissage du travail en équipe* » [13] pour le découplage, la cohésion et la qualité et sécurité des soins. Surtout, il propose un nouveau mode de fonctionnement des organisations fondé sur le partage, la médiation et la confiance. ■

## 3/6 Les enjeux du travail en équipe

Les différentes évolutions, ces dernières années, dans les établissements de santé, ont mis en avant l'enjeu du travail en équipe, pour la réussite des objectifs et des multiples projets des hôpitaux et centres de soins. En se fondant sur la définition du terme "enjeu", il s'agit ici d'appréhender où ils se situent et quels sont les gains et/ou les pertes possibles en lien avec le travail en équipe.



© 2014 Viggo

### LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique
2. Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe
3. **Les enjeux du travail en équipe**
4. Les maux du travail en équipe
5. Le rôle du cadre dans le travail en équipe
6. Perspectives : impact du programme Pacte

### GILLES DESSERPRIT

Directeur de l'IFCS de l'AP-HP

47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

### NOTE

<sup>1</sup> Un enjeu définit d'après le dictionnaire Larousse « ce que l'on peut gagner ou perdre dans une entreprise quelconque ».

### DES ENJEUX DIFFÉRENTS

Le travail en équipe (TEE) prend un sens différent et a d'autres enjeux<sup>1</sup> selon qu'il est perçu par l'institution, le collectif de travail (l'équipe) et le cadre de santé, sans

oublier les soins de la personne prise en charge qui sont la finalité de l'organisation (tableau 1).

TABLEAU 1. Les enjeux du travail en équipe

Enjeux du travail en équipe	Gains ou bénéfices (attendus)	Pertes ou risques potentiels
En institution	Performance Efficience Coopération des professionnels "Rendement", augmentation de la productivité	Événements indésirables graves dans les soins Augmentation des coûts
Dans le collectif de travail	Amélioration de la gestion des risques Amélioration de la qualité des soins Qualité de vie au travail	Mal-être au travail Risques psycho-sociaux Démobilisation des acteurs

### LES ENJEUX DU TEE POUR L'INSTITUTION

■ **Si le besoin d'être performant** a été pour les établissements une nécessité, le contexte de contrainte et de tension, notamment économique (tarification à l'activité – T2A), renforce cette notion. Selon son cadre de référence (soignant, administratif, médecin), la notion de performance prend un sens spécifique : elle possède une caractéristique multidimensionnelle et s'évalue en fonction des objectifs posés par l'établissement. Elle peut concerner aussi bien ce qui relève de la qualité des soins que la maîtrise des aspects financiers. Concernant le TEE, pour une institution, la part consacrée aux dépenses de personnels représente environ 67 % du budget [1] et constitue le premier poste de dépense.

■ **D'où tout l'intérêt d'un établissement pour la promotion du TEE en lien avec la performance** plus globale de l'établissement. Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, de 2010 à 2012, a écrit dans la préface du livre *Réflexions et pratiques RH à l'hôpital* que « la gestion des ressources humaines à l'hôpital est un enjeu pour l'avenir de notre système de santé, parce que si nous avons la chance que notre système de santé soit l'un des meilleurs au monde, c'est bien grâce à nos personnels de santé »

[2,3]. De nombreux auteurs ont écrit sur la connexion entre pratique de gestion des ressources humaines (GRH) et performance [4]. Il ressort de leurs études trois façons différentes d'aborder ces liens (universaliste, contingente, configurationnelle) auxquelles s'est ajoutée la notion d'engagement organisationnel [4].

■ **Le deuxième terme associé dans les discours à la performance est l'"efficacité"**. À l'hôpital, celle-ci a émergé avec le développement des problèmes de financement des soins. "Efficacité" peut se définir comme « la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles » et donc tenter de concilier des aspects quantitatifs et qualitatifs [5].

■ **Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), paru en avril 2012, met également en perspective l'importance du TEE**, que celle-ci soit médicale, administrative ou soignante. Pour que cette efficacité soit présente, plusieurs conditions sont nécessaires, parmi lesquelles : « L'autonomie professionnelle, une bonne collaboration entre équipes, un ratio de personnel adéquat, l'importance de la qualité » [6].

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@dfc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

RÉFÉRENCES

- [1] <http://www.hopital.fr/Nos-missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>
- [2] Vallejo J. La modernisation des services RH hospitaliers : un enjeu stratégique ? Business administration. 2013.
- [3] Barbot JM., Legendre L. Réflexions et pratiques RH à l'hôpital. Paris: Berger-Levrault; 2011
- [4] [http://www.rag.sn/IMG/pdf/Article\\_de\\_Godouou\\_et\\_al\\_revu\\_janvier\\_2014\\_bb.pdf](http://www.rag.sn/IMG/pdf/Article_de_Godouou_et_al_revu_janvier_2014_bb.pdf)
- [5] Livartowski A. Efficience hospitalière et efficience du système de santé, Revue hospitalière de France. 2010;536 :40-3.
- [6] [http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2012\\_Management\\_efficience\\_hospitaliere\\_evaluation\\_determinants\\_IGAS.pdf](http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2012_Management_efficience_hospitaliere_evaluation_determinants_IGAS.pdf)
- [7] Zaïbet-Greselle O. Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas, Management & Avenir 4/ 2007 ;14:41-59.
- [8] Tremblay M, Wils T. La mobilisation des ressources humaines : une stratégie de rassemblement des énergies de chacun pour le bien de tous. Gestion. 2005 ;30(2) :37-49.
- [9] Bichon A. Comment appréhender les comportements de mobilisation collective des salariés, Gestion 2005 ;30(2) :50-9.
- [10] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe)
- [11] [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_synthese-bienveillance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-bienveillance.pdf)
- [12] <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Synthese-Debats.pdf>

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Déclaration d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

LES ENJEUX DU TEE POUR LE COLLECTIF DE TRAVAIL

■ **Le principal enjeu** pour le TEE de soins est la réalisation de soins de qualité. Pour se faire, réussir à travailler ensemble et être efficace devient également un enjeu fort pour l'équipe afin de réaliser l'activité soignante et ceci dans les meilleures conditions. Ainsi, deux notions ou concepts sont susceptibles d'être intéressants ici en termes d'enjeux : le premier est celui de la notion d'intelligence collective et le second la notion de mobilisation.

■ **Développer une intelligence collective dans le TEE** a été mis en avant par certains chercheurs curieux de comprendre les mécanismes conduisant une équipe à être efficace. Ainsi, par exemple, Olfa Zaïbet-Greselle, dans un article sur l'intelligence collective dans le travail en équipe, dresse un panorama des différentes théories de cette idée [7]. Il n'est pas question ici de reprendre l'ensemble des approches développées par l'auteur mais, dans le contexte de cet article, de mettre en avant que l'intelligence collective est rendue visible au travers des capacités de l'équipe à avoir une vision/ représentation partagée, une élaboration commune, une cohésion pour réaliser son activité soignante [8]. Avec un environnement qui se complexifie, qui obéit à un ensemble de normes de plus en plus nombreuses, l'intelligence collective devient un outil de compréhension d'environnement complexe, tel que l'hôpital.

■ **Par ailleurs, la notion de mobilisation**, quant à elle, est plus développée dans les sciences de gestion et dans le domaine des ressources humaines (RH). Développée d'abord au Canada puis en France, la mobilisation a eu différentes définitions selon les orientations des auteurs. Michel Tremblay et Thierry Wils, professeurs à l'École des hautes études commerciales (HEC) à Montréal, définissent la mobilisation collective comme « une masse critique d'employés qui accomplissent des actions bénéfiques au bien-être des autres, de leur organisation et à l'accomplissement d'une œuvre collective » [8]. Il transparait dans cette définition non seulement la volonté de faire, mais aussi un engagement dans une activité et donc une nécessaire coopération entre les différents professionnels [9]. En revanche, comme le relèvent d'autres auteurs, cette mobilisation n'est pas spontanée et se construit dans les interactions entre les personnes.

■ **À l'inverse de la mobilisation, la démobilitation des individus** ou du collectif est un risque fort dans le TEE. Dans les deux cas, des conséquences vont apparaître dans les comportements (comportement contre-productif), les attitudes (baisse d'implication dans le travail) des acteurs, et au final dans la production des soins (dysfonctionnements, erreurs, mauvaise qualité des soins).

VERS DE BONNES PRATIQUES DU TEE ?

■ **Les enjeux que représente le TEE pour l'organisation et le collectif de travail ont amené différentes agences à travailler sur de bonnes pratiques** ou à développer des programmes de travail sur cette thématique [10] dans le domaine sanitaire et médico-social. C'est le cas dans le secteur médico-social avec l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) qui, dans ses différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles, pose le travail d'équipe (ou travail en équipe) comme un enjeu indispensable. Ainsi, par exemple, « la réflexion collective sur les pratiques », « la réflexion éthique des professionnels », « l'approche globale et réponses adaptées aux situations des personnes accompagnées » [11], apparaissent transversalement dans ces recommandations.

■ **Ces enjeux se retrouvent dans le projet de loi de modernisation du système de santé** au tra-



© puhthar/Photo12

vers notamment de la coopération des professionnels de santé et de leurs formations. Ainsi, la synthèse des débats dans les régions sur ce projet de loi contient dans ses conclusions que « les formations des professionnels de santé (champs sanitaire et social) doivent être décloisonnées notamment pour favoriser la culture de travail en équipe multi-professionnelle » [12]. ■

## 4/6 Les maux du travail en équipe

Dans la réalisation d'un travail en équipe, interviennent, plus souvent que l'on ne souhaite, des difficultés qui compliquent l'objectif poursuivi dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité. Mettre en lumière les maux du travail en équipe, combinaison de plusieurs phénomènes, est l'une des premières étapes vers leur résolution. Il existe trois classes de maux parmi les plus courants, en lien avec la tâche ou l'activité, l'organisation du travail et les professionnels eux-mêmes.



### LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique
2. Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe
3. Les enjeux du travail en équipe
4. **Les maux du travail en équipe**
5. Le rôle du cadre dans le travail en équipe
6. Perspectives : impact du programme Pacte

### DÉFINITIONS

■ Le dictionnaire Larousse définit les maux par « ce qui est susceptible de nuire, de faire souffrir, ce qui n'est pas adapté – Le mal est fait. Inconvénient, difficulté, problème, tout ce qui perturbe quelque chose – Entre deux maux, il faut choisir le moindre » [1]. Deux termes peuvent être extraits de cette définition, "difficulté" et "problème", dans la mesure où ils font partie de nombreux discours et travaux de recherche sur leur analyse et les moyens à mettre en œuvre pour les solutionner.

■ Citons, par exemple, le séminaire organisé par la Haute Autorité de santé en 2010 sur la "Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé" qui aborde au travers de ce thème les différents aspects du travail en équipe [2]. Dans un contexte de plus en plus contraint et en tension, ces maux se retrouvent en grande partie aujourd'hui sous une appellation générique, "les risques psychosociaux", de par leur aspect multifactoriel et leur niveau de complexité [3].

### LES MAUX EN LIEN AVEC L'ACTIVITÉ

Les premiers types de maux sont ceux en lien avec l'activité même des professionnels.

■ Le premier point concerne une attente de plus en plus forte des responsables d'établissements en termes d'activité de travail et de résultat (réalisation de soins de qualité et de

gestion des risques) dans des organisations fonctionnant parfois à flux tendus. De nombreuses équipes y compris soignantes y sont soumises [4]. Ces attentes se traduisent par une intensification du travail qui a tendance à produire un ressenti de travail "mal fait" et une insatisfaction des professionnels et des équipes. Pour Yves Clot, psychologue du travail, « ceux qui travaillent ont du mal à se reconnaître dans leur activité » [5]. Il souligne l'idée d'activité empêchée où les professionnels ne peuvent plus faire ce qu'ils considèrent comme important pour eux.

■ Le deuxième point, moins visible, traite des valeurs soignantes portées par les professionnels qui se trouvent également mises à mal par cette intensification et une compression des temps consacrés à la personne soignée. La mise en œuvre des 35 heures a eu pour contre-coup de compacter les temps des transmissions, des réunions et même les temps de pause et de diminuer ces instants parfois considérés comme "perdus" bien que permettant des moments de régulation d'échanges et de respiration pour les professionnels.



GILLES DESSERPRIT  
Directeur de l'IFCS de l'AP-HP  
47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@dfc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

RÉFÉRENCES

- [1] Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maux/48790>
- [2] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes\\_seminaire\\_qvt\\_has\\_20101021.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf)
- [3] [http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll\\_les\\_essentiels/RPS-Plaquette-RPS-2014.pdf](http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_les_essentiels/RPS-Plaquette-RPS-2014.pdf)
- [4] <http://www.travaillermieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>
- [5] Coll. Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé. Actes de séminaire. La Plaine Saint-Denis : Haute Autorité de santé; 2010.
- [6] [http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/02/21/sortir-de-la-souffrance-au-travail\\_1483153\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/02/21/sortir-de-la-souffrance-au-travail_1483153_3232.html)
- [7] Bonastre J, Journeau F, Nestrigue C, Ora Z. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Questions d'économie de la santé. 2013;186. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>
- [8] Aubé C, Rousseau V. Des équipes de travail efficaces – ce qu'il faut faire et ne pas faire, Gestion. 2009;2;34 :60-67.
- [9] Rousseau V, Aubé C. Le rôle de l'équité des contributions dans les équipes de travail. Actes du 33e congrès de l'Asac; 2005.
- [10] Colloque Mieux être au travail : quels leviers d'actions ? [https://www.cdc.retraites.fr/IMG/pdf/actes\\_colloque\\_fnp.pdf](https://www.cdc.retraites.fr/IMG/pdf/actes_colloque_fnp.pdf)

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Déclaration d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

LES MAUX EN LIEN AVEC L'ORGANISATION

■ **Les changements intervenus dans le monde de la santé** (nouveau management public, tarification à l'activité -T2A, etc.) nécessitent une adaptation des professionnels quant à leur façon de travailler. Cette adaptation ou ces ajustements génèrent des tensions qui peuvent amener à poser la question d'une organisation devenue "pathogène". Christophe Dejournes, psychologue, met en avant l'orientation gestionnaire et la volonté des dirigeants de quantifier l'ensemble des activités réalisées par les professionnels [6]. Si certaines activités peuvent être quantifiées, d'autres ne le sont guère car elles nécessitent d'être appréhendées sur un versant plus qualitatif.

■ **L'exemple de la mise en œuvre de la T2A**, avec son virage sur des résultats et des réalisations d'objectifs conditionnant le financement des éta-

blissements, a généré des effets pervers (réduction de la durée des séjours avec comme corollaire des taux de réadmission des patients à court terme plus élevés pour certaines pathologies ou recentrage sur certaines activités au détriment d'autres, par exemple) [7]. Ce déterminant médico-économique se traduit dans le quotidien des établissements par la nécessité de respecter l'état prévisionnel des recettes et des dépenses comprenant dans sa structure le tableau des effectifs rémunérés.

■ **Les ressources humaines sont l'une des principales variables d'ajustement** pouvant être utilisée par les établissements. Ainsi, l'équilibre entre nombre de postes nécessaires et activité de soins n'est pas toujours pris en compte, ce qui oblige les professionnels dans les services à déployer des stratégies d'adaptation pour jouer leur rôle de soignant.

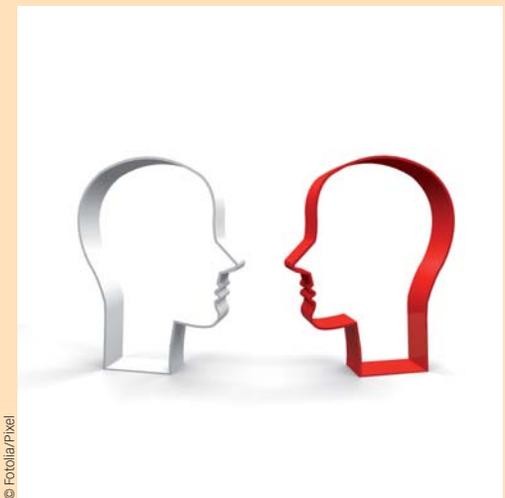
LES MAUX EN LIEN AVEC LES INTERRELATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE

■ **Les interrelations au sein de l'équipe** sont également des causes génératrices de difficultés et de dysfonctionnement. Une grande majorité de professionnels a déjà été confrontée dans sa pratique à ces types de comportement.

■ **Le fonctionnement des équipes de travail est la résultante des interactions** et des comportements productifs et non productifs des professionnels composant l'équipe pluriprofessionnelle. Les travaux de Caroline Aubé et Vincent Rousseau, professeurs à Montréal, sur les équipes de travail, sont consacrés en partie aux comportements contre productifs du travail en équipe qui vont à l'encontre de l'efficacité ou du résultat attendu [8].

■ **Quatre comportements leur apparaissent comme contreproductifs :**

- **le "parasitisme"** qu'ils définissent comme la tendance de certains professionnels à faire faire le travail par leurs collègues. Ce ressenti d'injustice peut susciter des réactions allant jusqu'à la diminution de l'implication dans le travail de la personne « *qui se sent victime de cette iniquité* » [9] ;
- **l'agression interpersonnelle** ou conflit entre des membres de l'équipe ;
- **la survalorisation personnelle** quand certains professionnels considèrent leurs propres contributions aux soins comme supérieures à celles de leurs collègues. Le risque majeur de ce comportement est d'altérer la cohésion du groupe ;
- **l'individualisme**, caractérisé par un minimum d'engagement dans le collectif de travail. Ce



© Fotolia/Pixel

manque de sens partagé concernant le travail va constituer un frein au travail collectif ;

■ **Le cadre de santé a un rôle important dans les maux du travail en équipe**, selon le choix de sa posture managériale (absence ou excès d'autorité) dans des situations données et des décisions prises.

■ **Mathieu Detchessahar, chercheur en gestion, professeur à l'université de Nantes (44)** met en avant le fait que « *les problèmes proviennent, non d'une hyper présence ou d'une pression du management, mais de l'absence du manager de première ligne sur la régulation du travail* » [10] dans les institutions et/ou les équipes. Ainsi le rôle du cadre est important pour organiser et « *arbitrer* » le travail en équipe. ■

## 5/6 Le rôle du cadre dans le travail en équipe

La pratique managériale a évolué vers une diminution de la notion d'autorité et de hiérarchie, notamment par la mise en avant de la notion de management participatif. L'encadrement reste un "rouage" important pour l'institution et le point de repère des professionnels. Parmi les missions du cadre, celles de l'animation et de direction de l'équipe prennent une part importante dans un contexte qui reste tendu (économique, humain, etc.). Sa proximité, sa manière de manager, sa posture managériale, son comportement, son mode de leadership influent sur l'action de son équipe et de son travail.



### LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique
2. Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe
3. Les enjeux du travail en équipe
4. Les maux du travail en équipe
5. **Le rôle du cadre dans le travail en équipe**
6. Perspectives : impact du programme Pacte

### PROXIMITÉ ET TRAVAIL EN ÉQUIPE

■ Plusieurs travaux de recherche sur les organisations mettent en avant l'importance d'un management de proximité et donc du rôle d'un responsable immédiat pour les équipes [1]. Le cadre de santé, se trouve dans un modèle "nouveau" de relations sociales où il doit, au-delà du respect des consignes diverses, coordonner différents professionnels ayant une autonomie relative dans leur travail.

■ Cette notion de proximité est de plus en plus

prégnante après un temps où les décisions des directions étaient de diminuer le nombre de cadres de proximité. Par une connaissance du terrain et des équipes et son positionnement, le cadre a une fonction de facilitateur et de régulateur dans la réalisation des tâches de son équipe. Il n'existe pas de recettes dans la gestion du travail en équipe mais selon le contexte, il s'agit de mettre en œuvre des principes et/ou des manières d'être et de faire.

### PRATIQUES DE GESTION DU CADRE ET TRAVAIL EN ÉQUIPE

Caroline Aubé et Vincent Rousseau, professeurs à Montréal, posent trois principes de "pratiques de gestion" du cadre participant à un travail en équipe efficace [2] :

- la **régulation du travail collectif** qui concerne l'ensemble des interventions que le cadre réalise pour que le travail s'effectue dans les meilleures conditions possibles : fixer des objectifs communs, donner ou transmettre des informations sur la vie du service, du pôle, de l'hôpital, etc. La régulation passe par une compréhension des objectifs fixés et la connaissance par tous du contexte de travail (notamment au niveau des ressources humaines – RH). La capacité d'écoute des équipes est plus importante que ce que l'on pourrait croire ;
- la **valorisation du travail collectif** par le cadre

participe à la reconnaissance du travail réalisé par l'ensemble de l'équipe. Cette démarche de valorisation n'est pas toujours réalisée notamment lors des temps de réunion qui sont des moments importants de la vie d'une équipe, par exemple, ou lors des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ;

• l'**autonomie donnée aux professionnels dans la réalisation de leur travail**, l'autonomie n'étant pas envisagée dans le sens de l'abandon de l'équipe, mais dans celui de la responsabilisation des activités. Il s'agit ici d'un management de proximité où le rôle du cadre est bien dans une attention et un soutien aux professionnels. Le rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail paru en 2010 met en avant que les professionnels sont la « principale ressource des entreprises » [3].

### SUIS-JE UN "BON" MANAGER ?

Le cadre doit éviter d'avoir lui-même un comportement contre-productif. Aucun manager n'est à l'abri de ce genre de comportement. Trois principes font écho à ceux évoqués ci-dessus :

• **survaloriser la participation ou la contribution d'un membre de l'équipe**. L'une des conséquences de la survalorisation individuelle est un ressenti d'iniquité, de jalousie ce qui à terme impacte la motivation des personnes. C'est lors des entretiens d'évaluation

annuels qu'il convient d'être prudent dans le choix des missions attribuées à un agent car elles doivent s'intégrer dans les objectifs collectifs ;

• **favoriser une personne au détriment des autres membres de l'équipe**. Ce comportement aura pour conséquence de très vite affaiblir la cohésion de cette l'équipe. L'exemple très souvent rencontré dans la vie d'un service est celui de la pose des congés annuels ou lors des demandes de remplacement ;

GILLES DESSERPRIT  
Directeur de l'IFCS de l'AP-HP  
47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@dfc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

**RÉFÉRENCES**

- [1] <http://www.melchior.fr/Quel-rolle-pour-les-managers-in.10536.0.html>
- [2] Rousseau V, Aubé C. Des équipes de travail efficaces - Ce qu'il faut faire et ne pas faire. Gestion HEC Montréal. 2009/2;34.
- [3] <http://travail-emploi.gouv.fr/documentation-et-publications,49/rapports,51/travail-emploi,900/sante-au-travail,1803/rapport-sur-le-bien-etre-et-l,11292.html>
- [4] <https://www.travailleursante.fr/Travail-et-environnement/Les-thematiques/bien-etre-des-salareisl-comment-prevenir-le-mal-etre.html>
- [5] <http://www.lefigaro.fr/vie-bureau/2014/05/01/09008-20140501ARTFIG00037-jack-bauer-le-patron-reve-des-francais.php>
- [6] [http://www.huffingtonpost.fr/2014/04/23/meilleur-patron-possible-salaries-preferent-jack-bauer-cersei-lannister-renaud-lepic\\_n\\_5196487.html](http://www.huffingtonpost.fr/2014/04/23/meilleur-patron-possible-salaries-preferent-jack-bauer-cersei-lannister-renaud-lepic_n_5196487.html)
- [7] <http://www.courriercadres.com/carriere/gestion-de-carriere/jack-bauer-role-principal-de-24-heures-chrono-serait-le-patron-ideal-23042014>
- [8] <http://www.strategies.fr/actualites/medias/234780W/jack-bauer-patron-ideal-des-francais.html>

**SUIS-JE UN "BON" MANAGER ? (SUITE)**

• **l'autocratie** ou "donner des ordres", "imposer son point de vue" en toutes circonstances. Ce mode de management négatif peut être pertinent seulement dans des situations d'urgence et/ou de crise.

La diminution de la motivation, la baisse de l'implication, voire une attitude de résistance, en sont des conséquences à très court terme préjudiciables au travail d'équipe.

**« MON ÉQUIPE VA-T-ELLE BIEN ? »**

■ **Le cadre, en se posant la question du "bien-être" de son équipe, favorise son efficacité.** Peut être mise en avant l'articulation entre le "bien-être" au travail et la présence de dysfonctionnements au sein de l'équipe avec pour conséquence la non atteinte des objectifs (mauvaise qualité des soins, par exemple).

■ **Comment estimer que son équipe va bien,** au-delà de son observation quotidienne, des comportements des agents, des activités, etc. Les éléments de réponse se trouvent dans les résultats de l'activité et la manière dont ils sont produits. Ainsi, évaluer le travail produit et la manière dont il a été réalisé (avec efficacité ou non) fait partie du rôle du cadre et c'est au

travers de cette évaluation que peut être appréhendé le vécu de l'équipe.

■ **Trois critères, extraits d'une revue de littérature, permettent d'appréhender l'efficacité ou non du travail en équipe :** la performance de l'équipe, l'expérience du groupe, la viabilité de l'équipe et *in fine* son état de "bien-être" ou de mal-être [4] :

• **la performance collective de l'équipe :** la mesure d'écart entre les soins réalisés et les objectifs définis (respect des procédures, soins réalisés en temps et en heure, respect de la qualité des soins) donne des informations au cadre. La lecture des questionnaires de satisfaction par ce dernier peut se révéler instructive ;

• **la qualité de l'expérience du groupe** que l'on peut interpréter par la notion de climat social au sein de l'équipe. Les indicateurs de ce climat social sont par exemple le *turn over* ou l'absentéisme des membres de l'équipe. Ce sont des signaux d'alerte pour le cadre de santé. Selon leur degré d'importance, ils nécessitent d'être analysés ;

• **la viabilité de l'équipe** montre la capacité des professionnels à travailler ensemble, à faire face aux différents changements internes et externes. Ces trois critères sont interdépendants et coexistent à tout moment.



© Fotolia/LES Cunliffe

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



Déclaration d'intérêts  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**CONCLUSION**

■ **Construire le travail de l'équipe** demande une attention permanente, sachant qu'encadrant et encadrés sont co-auteurs des situations et des activités quotidiennes. Le cadre de santé doit avoir en tête le souci :

- **des objectifs de travail** et du sens qu'il leur donne ;
- **des relations interpersonnelles** afin de prévenir le mal-être dans le travail en équipe,

- **de maintenir les temps d'échange** dans l'équipe ;
- **de son propre management.**

■ **Le travail en équipe est bien un enjeu aujourd'hui pour les organisations de santé.** Qu'attendent les professionnels de leur manager ? Les réponses peuvent être nombreuses en fonction des contextes de chacun. ■

## 6/6 Perspectives : impact du programme Pacte

En juin 2013, la Haute Autorité de santé (HAS) a initié le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) afin d'aider les professionnels à travailler en équipe autour d'un programme d'amélioration de leurs pratiques centré autour du patient dans une perspective de continuité de la qualité des soins. Le travail en équipe, mais surtout son efficacité, est le point central de Pacte. Dans un contexte de restructuration interne des établissements, de tensions sur les conditions de travail, Pacte revient sur les fondamentaux du travail : un collectif continu et communiquant de l'ensemble des acteurs de la prise en charge.



© 2014, Viggo

### LE TRAVAIL EN ÉQUIPE

1. La définition du travail en équipe et de sa dynamique
2. Impact des politiques de santé dans l'organisation du travail en équipe
3. Les enjeux du travail en équipe
4. Les maux du travail en équipe
5. Le rôle du cadre dans le travail en équipe
6. **Perspectives : impact du programme Pacte**

### POURQUOI LE PROGRAMME PACTE ?

■ **Le nombre des événements indésirables graves (EIG)** et des accidents au cours des prises en charge dans les établissements ont conduit la Haute Autorité de santé (HAS) à initier et expérimenter le programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) [1]. L'origine de ces dysfonctionnements provient fréquemment, selon des études internationales, de défauts de communication et d'articulation dans le travail en équipe pluriprofessionnelle [1]. Afin de diminuer le nombre d'événements indésirables, le « *travail en équipe efficace* » est un facteur important pour se diriger vers une meilleure qualité des soins. Pacte s'inscrit dans la continuité des objectifs de la HAS sur la qualité et la sécurité des soins.

■ **La HAS par cette expérimentation reconnaît la nécessité du travail en équipe** et la complexité de celui-ci. Les différentes évolutions internes des établissements n'ont pas été sans conséquences sur la notion de collectif de travail davantage construite aujourd'hui sur une juxtaposition d'expertise [1] plu-

tôt que sur la coordination et la coopération au sein de l'équipe. Ce constat renvoie au rôle du cadre de santé dans l'animation et l'organisation de l'équipe pluriprofessionnelle.



© Fotolia/GStudio Group

### LES OBJECTIFS DE PACTE

■ **Le cahier des charges du programme Pacte définit deux types d'objectifs** : des objectifs stratégiques à visée des équipes, centrés sur les interactions entre les professionnels, et trois objectifs opérationnels : « *Développer et mettre en œuvre un programme d'intervention fondé sur un modèle de sécurité des patients basé sur le travail en équipe, proposer et tester des méthodes et outils favorisant le travail en équipe, évaluer le programme proposé* [2] ».

■ **Pacte suit les étapes des programmes conduits par la HAS** fondés sur la roue de Deming<sup>1</sup> : déploiement d'une démarche ciblée sur un objectif, la mise en œuvre de cette démarche, son évaluation

et son développement afin d'améliorer les pratiques professionnelles. Pacte, comme le développement professionnel continu (DPC), renforce le dispositif d'amélioration de la qualité et sécurité des soins [3]. Il a vocation à s'intégrer également dans la certification des établissements de santé et l'accréditation des médecins [4]. L'enjeu premier, comme le cible la HAS, concerne la sécurité des patients avec des effets attendus sur la qualité de vie au travail.

■ **À l'issue de l'expérimentation, est prévue la diffusion d'un guide pédagogique** pour les professionnels, accompagné d'outils d'évaluation du travail collectif. L'évaluation collective viendra compléter l'évaluation individuelle des professionnels.

GILLES DESSERPRIT  
Directeur de l'IFCS de l'AP-HP  
47, Boulevard de l'hôpital,  
75651 Paris Cedex 13, France

Adresse e-mail :  
gilles.desserprit@dfc.aphp.fr  
(G. Desserprit).

**NOTE**

<sup>1</sup> Modèle d'amélioration continue utilisé en management de qualité.

**RÉFÉRENCES**

- [1] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe)
- [2] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/2014\\_02\\_14\\_cahier\\_des\\_charges\\_pacte\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/2014_02_14_cahier_des_charges_pacte_vd.pdf)
- [3] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1600674/fr/dpc-et-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1600674/fr/dpc-et-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins)
- [4] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe)
- [5] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/liste\\_equipe\\_pacte.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/liste_equipe_pacte.pdf)
- [6] [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1756016/fr/travail-en-equipeexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756016/fr/travail-en-equipeexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive)

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH



*Déclaration d'intérêts*  
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

**LES MODALITÉS DU PROGRAMME PACTE**

- **Les modalités de Pacte sont décrites dans le cahier des charges [2].** La démarche se divise en trois étapes : diagnostic, mise en œuvre et évaluation.
- **Une phase préalable conduite par la direction** détermine le contour de l'expérimentation (service, équipe) et les référents qui accompagneront la démarche au sein du service retenu : un binôme et un "facilitateur".
- **Le binôme référent est composé d'un professionnel médical et d'un professionnel non médical.** Il a une mission importante dans l'accompagnement et le déroulement de la démarche au sein du service, mais aussi un rôle d'information auprès des instances et des équipes.
- **Il est accompagné par un "facilitateur"** chargé de la qualité au sein de l'établissement ou travaillant à l'extérieur dans le domaine de l'évaluation ou de la qualité. Il a un rôle d'articulation avec la HAS et il représente le binôme référent dans le suivi de la démarche.
- **La phase de diagnostic est primordiale** et comprend plusieurs axes :
  - **donner "de la hauteur" aux professionnels** en inscrivant leur travail d'équipe dans un système plus global : celui de l'hôpital et de l'ensemble des acteurs ;
  - **faire réaliser une analyse par les professionnels** sur leur façon de travailler, d'échanger, de communiquer, de se coordonner et d'articuler leur travail. Les notions de leader et de compréhension commune sont également abordées au travers d'en-

quêtes. La définition donnée du leadership peut être lue et traduite par le positionnement du cadre de santé au sein de l'équipe (voir fiche n°5 sur le rôle du cadre) ;

- **reprendre à partir d'une pratique réelle la disposition de l'équipe** à analyser sa façon de faire et à y répondre.

La durée spécifiée de cette phase dans le cahier des charges est de trois mois.

- **La deuxième phase est celle de la mise en œuvre du programme** sous l'angle d'une conduite de changement pour "développer le collectif de travail". Cette phase conduite en équipe par le binôme évolue selon le contexte et sa propre appréhension de la démarche. Il s'agit ici des relations humaines, du "non technique" comme l'évoque la documentation de la HAS, ce qui est difficilement maîtrisable. L'utilisation "d'outils de communication et de dynamique d'équipe" et de méthodes "de gestion des risques et d'implication du patient" dans sa prise en charge a vocation à être des repères et des guides dans cette conduite de changement. Le cahier des charges décrit largement les outils et les méthodes à utiliser (sur l'ensemble de la démarche, la HAS préconise des outils à utiliser selon les étapes).

- **La troisième phase est celle de l'évaluation des méthodes et des outils** utilisés d'une part, et d'autre part, des transformations repérées à deux moments différents : en 2015 et 2016 dans les équipes volontaires.

**LE CALENDRIER DE PACTE**

- **Le programme Pacte a été lancé en 2013** par une première étape de communication présentant le projet et faisant appel à des équipes pluriprofessionnelles volontaires sur la base du cahier des charges élaboré par la HAS.
- **2014 a été une année d'expérimentation.** La HAS a retenu 16 sites d'expérimentation représentant les différents types d'établissements de soin : centre hospitalier universitaire (CHU), centre hospitalier (CH), établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic), établissement privé, centre de lutte contre le cancer (CLCC) [5]. Les critères de sélection des établissements

ont été notamment la validation de la certification de l'établissement, l'implication de l'équipe de direction de l'établissement et de la commission médicale d'établissement (CME), et "l'absence d'une situation de crise".

- **Après la phase d'expérimentation début 2015,** la HAS se dirige vers la phase de regroupement et d'agrégation des expériences avant de communiquer sur les résultats et d'envisager le développement de Pacte. 2015 doit être à la fois une année de bilan et celle de la perspective du lancement d'une phase pilote avant que la HAS n'étende ce programme en fonction des résultats de l'évaluation en 2016 [6]. ■





Marie - Élève infirmière

14 juin, 14:58



Demain je commence mon stage à l'hôpital, j'ai peur de me planter !

J'aime · Commenter · Partager · 16 12



Maud - Conseillère MNH

14 juin, 15:12



Mais non rassure-toi, avec le Plan de Protection Etudiant MNH tu évites qu'une erreur ne tourne à l'horreur. 😊

J'aime · Commenter · Partager · 24 3



## PLAN DE PROTECTION ÉTUDIANT GRATUIT\*

UNE RESPONSABILITÉ CIVILE ÉTUDIANTE SANS FRANCHISE\*\*, UNE PROTECTION JURIDIQUE, L'ASSISTANCE MNH INTERNATIONAL

L'ESPRIT HOSPITALIER EN +



Souscription sur mnh.fr et au **N° Cristal 09 72 72 00 34**

APPEL NON SURTAXE

\* Détail et conditions, nous consulter.

\*\* cf. notice d'information et conditions générales de l'assurance de la Responsabilité Civile et Protection Juridique Professionnelles.

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social 331, avenue d'Antibes - 45213 Montargis Cedex. La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.

