

LE TRAVAIL EN ÉQUIPE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

UN DOSSIER À L'USAGE DES PROFESSIONNELS, DES ÉTUDIANTS ET DES PARENTS :
DES INFORMATIONS POUR TOUS AFIN DE COMPRENDRE CE QUI EST MIS EN ŒUVRE
DANS UNE ÉQUIPE DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE

ÉDITORIAL



Partager pour soigner

Travailler en équipe est un fondamental du soin psychique, en particulier dans le champ de l'enfance et de l'adolescence.

L'équipe est un reflet vivant de la nature profondément polymorphe du développement du psychisme, de la diversité de ses besoins, de ses liens au monde et de ses actions. L'équipe pluridisciplinaire permet d'éclairer la complexité de ce psychisme et de mettre en œuvre une palette de stratégies thérapeutiques ajustées à chaque sujet. Le CEREP est un organisme vivant qui réunit de nombreuses équipes, toutes différentes, mais animées par un même but et complémentaires par leurs moyens.

La recherche conduite par Héloïse Haliday en apporte de nouvelles preuves, avec son regard extérieur et les exigences de la méthode scientifique.

Du partage des savoirs et des engagements humains découle le partage des responsabilités. Dans une association dont les buts se partagent entre la perspective psychothérapeutique, la rééducation, l'éducatif et le pédagogique, la direction ne peut que s'appuyer sur un collectif. Gouverner n'est peut-être pas une mission impossible quand il s'agit d'organiser et de faire vivre un organisme vivant, en lien étroit avec les équipes, des équipes qui peuvent alors partager et soutenir le travail administratif.

Partager, c'est aussi ce que font les équipes du CEREP avec les familles, comme avec l'extérieur : nos partenaires de l'enfance, les différentes structures sanitaires ou médico-sociales, leurs administrations, l'école et même le monde du travail.

Jacques Angelergues, pédopsychiatre, psychanalyste (SFP) et vice-président de Cerep-Phymentin

Approches théoriques

(L'ÉQUIPE EN SANTÉ MENTALE)



Une pluralité de facteurs déterminants et de bénéfiques pour les usagers et les professionnels

La notion d'équipe est essentielle pour comprendre l'organisation des soins et des accompagnements dans le monde de la santé. Elle l'est plus encore dans le champ de la santé mentale, où l'ambiance de travail est un élément à part entière du prendre soin : un article signé Héloïse Haliday, psychologue clinicienne, Docteure en psychopathologie et chercheuse associée au CLIPSYD (Université de Nanterre)

La littérature scientifique sur ce sujet montre que le sentiment de faire équipe procède d'une dynamique riche et complexe, combinant de multiples facteurs qui peuvent aider ou empêcher le fonctionnement collectif, déterminant ainsi pour partie la qualité des soins proposés ainsi que la qualité de vie au travail des personnes qui les prodiguent.

Vous avez dit « équipe » ?

L'apparente diversité des équipes ne doit pas masquer que les caractéristiques des équipes qui fonctionnent et des dispositifs à même de maintenir ce bon fonctionnement font l'objet d'un fort consensus dans la littérature. Plutôt que de définir ce qu'est une équipe, tâche difficile quand l'on sait qu'il existe autant de façons de faire équipe que de structures d'accueil, il est intéressant de s'attarder sur quelques éléments fondamentaux du sentiment de faire équipe et de la capacité de cette équipe à agir collectivement : attention portée aux relations interpersonnelles, à la coopération et à la communication entre les membres, incluant la gestion des conflits, le maintien de la motivation, le management des affects et de la confiance au sein de l'équipe, le partage d'informations et la participation des membres, mais aussi l'anticipation et l'analyse des difficultés et l'évaluation régulière de leur performance et de leur fonctionnement afin d'édifier une stratégie globale reposant sur des objectifs clairs.

Le fonctionnement d'une équipe repose sur une conscience aigüe, chez chacun de ses membres, de l'interdépendance des expertises professionnelles. Elle a donc besoin, pour travailler de façon collaborative – et pour choisir une façon de faire qui lui convienne –, de disposer d'une certaine autonomie et d'un pouvoir décisionnel qui s'exercera en fonction de ses valeurs et de ses objectifs, d'une identité locale façonnée par l'histoire institutionnelle et des modèles que partagent ses membres de ce qu'est un « bon » soin ou un « bon » accompagnement. Une équipe fonctionne mieux lorsque les rôles et responsabilités sont bien répartis sans pour autant que cette répartition soit rigide :

ainsi se développent des sentiments de confiance, de respect, de reconnaissance et d'acceptation de l'autre qui permettent à chacun de mettre ses compétences au service de la personne accueillie.

La réussite des accompagnements portés par une équipe pluriprofessionnelle repose donc majoritairement sur la qualité du collectif de travail, qualité qui dépend de fonctionnements relationnels (comprenant la socialisation mais aussi les tensions de pouvoir entre professionnels), processuels (comme le temps et l'espace qui influent sur le travail réalisé, organisationnels (allant du style de direction à la taille de l'hôpital) et contextuels (comprenant les mouvements politiques, économiques et sociaux plus globaux qui peuvent affecter le travail collectif).

Ainsi peut-on affirmer que l'activité d'une équipe n'est efficace pour l'usager que lorsqu'elle est collaborative, et qu'il est par conséquent important que l'équipe ait le temps et la disponibilité psychique suffisante pour prendre soin d'elle. Cela nous semble d'autant plus important que le fonctionnement par équipes apporte une reconnaissance existentielle aux professionnels, avec des effets bénéfiques repérés dans la littérature scientifique sur la qualité et la sécurité des soins, la réduction des erreurs médicales, la répartition de la charge de travail ou encore la diminution du risque de burnout.

Un savoir psychiatrique déjà ancien sur les équipes « suffisamment bonnes »

Parce que la question des modalités du travail d'équipe en psychiatrie a fait l'objet, dans le monde anglophone, d'apports empiriques et expérimentaux au même rythme qu'en France, la psychiatrie française et anglo-saxonne apporte nous semble-t-il des pistes importantes en la matière. Dès les années 50, plusieurs études américaines avançaient déjà que la sévérité des symptômes observés chez les patients pouvait être une conséquence de conflits et de non-dits dans l'équipe, engendrant des problèmes de communication (Modlin & Faris, 1956; Stanton & Schwartz, 1954), avec pour principale conclusion que les conséquences délétères des tensions dans les équipes sur la prise en charge d'un patient pouvaient être évitées par l'institution de réunions où les conflits seraient discutés. En France, le livre de Denise Rothberg (1968), *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*, et un article princeps de Jean Oury faisant des réunions un pilier de l'arsenal thérapeutique (1966) ont eux aussi marqué leur époque.

Certains facteurs sont par conséquent prédictifs de l'échec à venir d'une pratique collaborative : un manque de temps pour réunir et stimuler la réflexivité des équipes, un manque de formation (initiale ou continue) interprofessionnelle, la persistance de silos professionnels, une grille salariale qui peine à récompenser la collaboration, des liens ténus entre les pratiques collectives et les objectifs individuels ou encore le manque d'attention accordée à l'évaluation et à la communication de ses résultats aux différentes parties prenantes, usagers inclus.

Même si une bonne équipe produit de meilleurs résultats qu'un agrégat d'individus lorsqu'elle nourrit un engagement partagé de ses membres dans le travail et occasionne alors des effets de sagesse collective, certains auteurs préviennent que la simple convergence entre les modèles du soin et de l'accompagnement portés par les professionnels n'implique pas pour autant que ceux-ci sont intrinsèquement bons : une équipe peut collectivement se tromper. Parler de l'équipe au singulier pourrait par ailleurs induire l'idée qu'il existe un seul modèle de travail collectif applicable à tous les contextes de travail et que le travail d'équipe serait une solution universelle aux problèmes de communication. La littérature insiste au contraire sur le fait que ce n'est pas le cas. Si la recherche

propose certes des concepts qui semblent garantir un bon fonctionnement des équipes ou sont a minima corrélés avec des améliorations de leur performance, comme les modèles cognitifs partagés, l'auto-gestion, la communication ou le soutien du management, certains auteurs avertissent qu'une promotion inconditionnelle du travail en équipe serait improductive, tant les questions d'équipe ne peuvent être totalement décorréélées de leur contexte d'émergence.

Ces constats et ces pistes justifient, encore aujourd'hui, l'adoption dans le champ de la santé mentale de perspectives organisationnelles informées par des travaux psychiatriques même apparemment « datés », tant ceux-ci sont un réservoir de précieux retours d'expériences et d'outils d'amélioration de l'ambiance. Nous pensons ici tout particulièrement au courant dit de la psychothérapie institutionnelle, dont nous citerons dans une bibliographie indicative quelques ouvrages et articles essentiels.

► **Indications :**

Les références scientifiques sur lesquelles s'appuie cet article sont listées dans la bibliographie du rapport de la Fédération Hospitalière de France sur la Qualité de vie au travail à l'hôpital datant de 2017, auquel nous avons participé. Celui-ci est intégralement disponible à l'adresse suivante : www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF-sur-la-QVT-les-actions-a-partager-les-engagements-attendus

Héloïse Haliday pour l'association Cerep-Phymentin, le 9 octobre 2019

ÉTHIQUE, MÉTHODES ET OUTILS DE VALORISATION DES SAVOIRS ORGANISATIONNELS DES ÉQUIPES



Savoirs organisationnels des équipes

" Savoir expérientiel " d'une équipe et modèles organisationnels : un article rédigé par Héloïse Haliday, psychologue clinicienne, Docteure en psychopathologie et chercheuse associée au CLIPSYD (Université de Nanterre)

Si toute équipe a une vie et un rythme propres qui s'élaborent grâce aux expertises professionnelles de ses membres, on peut alors considérer qu'elle possède un « savoir expérientiel » sur ce qui, en matière d'organisation du travail et des parcours des usagers, fonctionne le mieux pour les soins et les accompagnements au quotidien. Il est à ce titre particulièrement intéressant d'étudier les modèles organisationnels actuels car ceux-ci apparaissent, sous des formes plus conformes aux canons scientifiques, comme des re-découvertes de savoirs empiriques des équipes en santé mentale.

Adopter une démarche « participative »

Au milieu des nombreux modèles managériaux anglo-saxons plutôt portés sur la cognition collective, c'est-à-dire sur la compréhension commune des situations (au risque de passer à côté du ciment relationnel et émotionnel des équipes), le modèle français de la démarche participative, issu des soins palliatifs et élaboré par le Pr Philippe Colombat et son équipe au début des années quatre-vingt-dix, semble particulièrement porteur. Cette démarche clinique, visant à faire de l'environnement du travail l'outil de traitement primordial de la souffrance potentielle des professionnels, a donné naissance à un modèle de management d'équipe d'abord reconnu officiellement dans le cadre de la fin de vie – la démarche participative étant obligatoire dans ces services depuis 2008 - puis dans d'autres spécialités traitant des pathologies chroniques, comme l'oncohématologie.

Les quatre piliers de la démarche participative que sont les réunions (« staffs ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet, ont l'avantage d'être conceptuellement accessibles et facilement opérationnalisables. Globalement, le style managérial promu par la démarche participative repose sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration des pratiques et une responsabilisation des acteurs. La démarche participative est donc par essence délégative, reposant sur une confiance réciproque entre l'équipe et les échelons managériaux – la première respectant les règles posées par les seconds, qui en retour soutiennent son auto-gestion.


Le *care* comme boussole éthique

On ne peut qu'être frappé du nombre d'études actuelles, dans le monde du soin, qui s'intéressent à l'« ambiance » des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership ou comme un environnement de travail propice au développement personnel des individus dans une organisation. Ces mêmes études proposent souvent de combiner l'autonomie des équipes à la promotion du *care* comme modèle institutionnel définissant les relations des soignants aux patients et les relations des soignants entre eux.

Il s'agit d'être attentif à l'autre en tant qu'être singulier mais aussi en tant que collègue possédant des compétences spécifiques, afin de « prendre soin » de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. La prise en compte, ressentie par chaque membre de l'équipe, de son irréductible singularité personnelle et dans le travail, permet en retour à tout professionnel de s'impliquer selon ses compétences, ses savoirs et savoir-faire, dans les projets institutionnels. Cette éthique managériale améliorerait la qualité de vie au travail des soignants en contrecarrant les effets néfastes de l'intensification du travail. Le *care* offrirait-il alors une alternative durable au Nouveau Management Public ? La question mérite d'être débattue, tant ce corpus théorico-pratique est plébiscité chez les professionnels de santé, qui voient en lui une façon de réintroduire de l'humain dans le soin et dans la gestion et plus largement de redonner du sens à leur travail.

Un préalable à tout sentiment de « faire équipe » : l'art de bien se réunir

Parmi les outils mis à la disposition des équipes pour prendre soin d'elles, la littérature a particulièrement insisté sur les espaces de discussion, débriefings et autres réunions cliniques. Ceux-ci sont des aides précieuses pour la coordination des comportements des praticiens, mais aussi des modes de médiation fondamentaux des interactions interpersonnelles au sein d'une équipe, et plus



largement des opérateurs fondamentaux de la santé et de la qualité de vie au travail (Detchessahar, 2013). Soulignons que la place centrale des réunions pluriprofessionnelles non-hiérarchiques, du pouvoir de décision partagé et du soin porté à l'ambiance des services avait déjà été théorisée par de nombreux psychiatres français dès les années 60/70 sous le vocable de « psychothérapie institutionnelle »... Et que les lignes suivantes feront donc certainement écho à des pratiques déjà mises en place ou déjà connues de nos lecteurs !

Les espace-temps de communication les plus importants sont les « staffs » cliniques pluriprofessionnels auxquels assistent tous les professionnels d'un service, quelle que soit leur qualification. Ces réunions, au cours desquelles l'équipe peut reprendre des cas cliniques ou revenir sur des questions éthiques, permettent a posteriori de réinterroger les prises en charge et de proposer des améliorations en identifiant voire en modifiant les normes, les valeurs et les « modèles mentaux » sous-jacents au travail clinique – à condition d'être des lieux d'expression libre et démocratique des personnels, et de valorisation des contributions de chacun. Les encadrants ne doivent pas systématiquement être exclus des groupes d'échange : au contraire, la liberté de parole qu'implique le décentrement hiérarchique leur est à ceux aussi bénéfique, car ils sont tout autant sujets aux risques psychosociaux que leurs collègues. En revanche, comme nous l'avons souligné dans notre premier article, le travail d'équipe n'a rien d'une évidence et peut se trouver miné si les émotions des membres sont mal canalisées (Abrams & Sweeney, 1982; Mohr, 1995). Par conséquent, les aspects organisationnels - orientés sur les processus de coopération des professionnels - et psychothérapeutiques - orientés sur les décisions cliniques et le sens du soin - doivent être traités dans des espaces-temps différents, afin que les désaccords n'aient pas d'impact néfaste sur les décisions cliniques.

La plupart des études portant spécifiquement sur les réunions de services s'accorde finalement pour dire que si elles sont soutenues par l'organisation et considérées comme faisant partie intégrante du travail d'équipe, elles peuvent alors représenter un levier efficace de préservation de la santé mentale des soignants, en leur offrant le soutien social nécessaire à la poursuite d'une activité génératrice d'émotions fortes et de stress et en réduisant les potentiels clivages entre corps de métier.

Les moments de communication en face à face que représentent les temps de réunion font donc partie des éléments à préserver autant que possible dans le quotidien des structures sanitaires et médicosociales, que ce soit en matière d'organisation de l'espace (architecture des locaux, répartition des salles) ou de gestion des rythmes de travail.

Héloïse Haliday pour l'association Cerep-Phymentin, le 9 octobre 2019

(BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE



Psychothérapie institutionnelle, réunions, ouvrages pratiques, management...

Les contributions bibliographiques sont proposées par Héroïse Haliday, psychologue clinicienne, Docteure en psychopathologie et chercheuse associée au CLIPSYD (Université de Nanterre). Elles sont listées par ordre chronologique de publication. La date de publication peut toutefois être largement postérieure à la date réelle des textes mentionnés.

- **Psychothérapie institutionnelle**

Oury, J. (2001). Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle : traces et configurations précaires. Lecques: Les éditions du champ social.

Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. EMC-Psychiatrie, (37-930-G-10), 47–76.

GTPSI. (2014). L'établissement psychiatrique comme ensemble signifiant. Paris: Editions d'Une.

Oury, J. (2016). La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde. Paris: Editions d'Une.

Haliday, H. (2019). Qui prend soin du réseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le système de santé mentale français. Thèse de doctorat en psychopathologie et psychanalyse. Université Paris VII-Diderot. (<http://www.theses.fr/2019USPCC001>)

- **Réunions**

Oury, J. (1966). Peut-on parler d'un concept des réunions ? Revue de Psychothérapie Institutionnelle, (5), 31–36.

Rothberg, D. C. (1968). Les réunions à l'hôpital psychiatrique. Paris: CEMEA.

Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. Négociations, 1(19), 57–80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>

Haliday, H., & Khidichian, F. (2018). Consolider le travail d'équipe en santé. Apports de l'expérience en psychiatrie. Revue Hospitalière de France, (582), 33–37.

- **Ouvrages pratiques**

Meynckens-Fourez, M., Vander Borgh, C., & Kinoo, P. (2013). Éduquer et soigner en équipe: manuel de pratiques institutionnelles. Bruxelles: De Boeck.

Dupuis, M., Gueibe, R., & Hesbeen, W. (Eds.). (2019). Éthique de l'encadrement de proximité. Paris: Seli Arslan.

- **Management**

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation Des Soins*, 40(1), 39–48.

Bauchetet, C., Chèze, S., Ceccaldi, J., & Colombat, P. (2014). La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie. *Hématologie*, 20(5), 258–263.

Crété, P. (2015). La fonction de direction au service de l'Établissement et de l'Institution. *Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle*, (56), 49–65.

Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2016). Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du *caring* de Watson. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 187–196. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.08.004>

- **Et en associant librement...**

De Certeau, M. (2010). *L'invention du quotidien. Tome 1 : Arts de faire*. Paris : Gallimard.

Héloïse Haliday pour l'association Cerep-Phymentin, le 9 octobre 2019

Sur le terrain


(LE TRAVAIL EN ÉQUIPE À L'IME



Qu'appelons-nous la prise en charge institutionnelle dans nos établissements sanitaires et médico-sociaux ?

L'apprentissage en groupe : un écrit d'Armelle Cadoret, psychiatre et médecin directeur de l'IME Cerep-Phymentin

À la différence des autres lieux d'accueil en groupe (école, activités sportives, associations culturelles...), il ne s'agit pas, avant tout, de permettre un apprentissage en groupe mais un apprentissage du groupe. La population que nous accueillons ne peut, en effet, profiter du milieu ordinaire car elle ne peut répondre aux exigences de l'adaptation nécessaire à la réalisation d'une consigne énoncée dans un grand groupe.



Dans l'histoire de nos patients, les traumatismes de différentes natures se sont succédé et ont entravé le développement cognitif et/ou psychologique harmonieux pour laisser place à des blocages avec des retards de développement plus ou moins homogènes.

Le travail en équipe s'organise autour d'une équipe pluridisciplinaire avec un « cadre de soin » en plus du cadre de fonctionnement permettant une prise en charge thérapeutique individuelle dans le groupe.

Cette équipe est composée d'une équipe de direction administrative et de soin, d'une secrétaire, d'un travailleur social, d'éducateurs techniques et spécialisés, d'infirmiers, de psychologues, de psychomotriciens et d'orthophonistes.

La plupart des institutions ont un partenariat avec l'Éducation nationale pour avoir un enseignant qui travaille dans la structure avec, parfois le soutien d'un éducateur scolaire.

Pour qualifier le travail d'une équipe de soin institutionnel, il est nécessaire de définir un cadre de travail permettant la contenance et l'élaboration des angoisses liées à la mise en groupe.

La première étape est de permettre une activité en commun afin d'éviter des relations trop exclusives risquant de mener à l'explosion et l'exclusion du patient d'autant plus quand il s'agit de structures accueillant des adolescents.

Il faut pouvoir également donner un statut de médiation aux activités partagées.

Ces activités deviennent le prétexte d'une réalisation partagée afin de recueillir une observation des difficultés instrumentales et/ou psychologiques avec des tentatives d'ajustement pour voir émerger des compétences jusqu'alors inhibées.

L'émergence de ces compétences peut alors permettre que les réalisations, les productions des jeunes puissent être montrées au reste de l'équipe puis aux parents.

Les réalisations sont, en fonction des ateliers, techniques, créatives, et/ou culturelles.


Elles permettent également de travailler l'autonomie, le repérage spatio-temporel et la capacité de représentation psychique.

Les médiations sont parfois directement à visée thérapeutique lorsqu'elles ne donnent pas lieu nécessairement à une production ou un apprentissage mais sont travaillées comme support des angoisses créées par la mise en groupe.

Le travail en équipe nécessite aussi que chacun travaille de sa place en fonction de sa compétence. Cette différenciation des fonctions soignante, éducative, pédagogique permet de travailler en unités séparées (unités plus contenant pour des interactions adaptées à chaque patient en prises en charges individuelles ou en moments collectifs en grand groupe).

Il est absolument nécessaire de se séparer afin d'éviter le risque de confusion et de désorganisation liées aux souffrances mises en commun.

Cependant, dans un deuxième temps, le travail doit s'articuler ensemble. Nous veillons à avoir des temps de réunion par unités puis tous ensemble ainsi que des moments transversaux où les



croisements entre les différents professionnels autour de thèmes communs ou au sujet d'un patient permettent de garder une souplesse de fonctionnement pour recueillir une vision globale émanant de la richesse des observations de chacun.

Ainsi, se tisse le travail institutionnel qui permet à chaque soignant de réinterroger ses positions dans l'interaction avec les patients pour les aider à sortir d'une répétition délétère de l'échec et donner un étayage suffisant pour que les compétences émergentes soient travaillées.

Cela passe par le renoncement d'une idéalisation d'un parcours ordinaire.

Le travail d'acceptation de la pathologie avec dépassement du déni des troubles est également accompagné par des entretiens familiaux.

Il est, en effet, indispensable de prendre du temps avec les patients et leur famille afin de construire une alliance thérapeutique. Nous les recevons alors avec plusieurs membres de l'équipe pour avoir des interventions plurielles. Élaborer le deuil d'une scolarité, expliquer la prise en charge, partager les difficultés du patient et pouvoir soutenir des compétences malgré les difficultés avec plusieurs regards afin d'éviter des réactions trop massives et des passages à l'acte créant ruptures des liens et isolement...

Ce tissage au quotidien du travail médico-psychologique, éducatif et pédagogique autour des patients demande une attitude contenante, pare-excitante et liante afin de penser ensemble un accompagnement d'une subjectivité authentique malgré les handicaps.

Armelle Cadoret pour l'association Cerep-Phymentin, le 9 octobre 2019

LE TRAVAIL D'ÉQUIPE



Des intuitions, des relations, des ententes...

Devons-nous avoir un ou des modèles, des méthodologies et des outils, ou avoir des objectifs pour travailler en équipe ? Un écrit de Grégory Magneron, directeur général de l'association Cerep-Phymentin

Devons-nous avoir un ou des modèles, des méthodologies et des outils, ou avoir des objectifs pour travailler en équipe ? Un écrit de Grégory Magneron, directeur général de l'association Cerep-Phymentin

Le travail d'équipe se décline partout, au travail, dans le sport, à la maison... On peut lui trouver des modèles, des origines et des descriptions théoriques, mais d'où qu'il vienne ou quoi qu'il soit, il n'est jamais décrété ou installé, il est dynamique et éprouvé, constamment en mouvement, en changement et en construction.

Il implique chacun de manière ponctuelle, permanente ou discontinue ; les investissements personnels dans le travail sont multiples.

Il peut signifier pour une équipe à un moment donné, « bien se comprendre, être efficace, ensemble, du lien humain, de la coordination, de la complémentarité ». Le lendemain, il sera qualifié autrement par chacun des membres de cette même équipe.

Devons-nous avoir un ou des modèles, des méthodologies et des outils, ou avoir des objectifs pour travailler en équipe ? Cela implique bien naturellement le dirigeant ou « manager » qui installe ou instaure ou fait naître un « truc », mais cela concerne également chacun des membres qui doit pouvoir comprendre dans quel contexte il évolue.

D'évidence chacun doit pouvoir se saisir d'outils conceptuels ou pratiques pour s'inscrire dans une équipe.

Mais, d'évidence cela n'est pas suffisant pour le « truc » dont on parle ; sans parler d'alchimie, il faut admettre qu'il y a des intuitions, des relations, des ententes, parfois surprenantes, entre les membres d'un groupe. Il y a même parfois des sentiments, des émotions qui font que l'on se sent bien au sein du groupe et qui permettent d'engager des relations de travail. L'inverse est également vrai.

On pourrait ajouter « renoncement, frustration, effacement, mais aussi confiance, solidarité, relais ».

Doit-il y avoir un objet (intérêt) commun ou un équilibre des objets individuels (intérêts individuels) pour que l'équipe fonctionne, pour que « le truc » prenne ?

Le travail d'équipe présente de multiples facettes ; il peut être équilibré, efficace et fonctionner à merveille, mais il doit aussi être regardé de l'extérieur. Le groupe doit accepter de se laisser observer, de parler de lui s'il veut continuer à vivre et à s'estimer dans le temps.

Alors, que devrions-nous dire à ceux qui se lancent dans le travail d'équipe, aux jeunes professionnels, sportifs ou couples, aux « managers » ou non « managers » ?

Il y a un « truc » (qui ne signifie pas « Travail Réunion Urticaire Confiance ») qui naît, se renouvelle, s'appuie sur des modèles, utilise des outils, qui se façonne, qui n'est jamais acquis et s'entretient avec tous les membres.

Grégory Magneron, octobre 2019

Se former avec des professionnels du terrain

(LA DYNAMIQUE DE GROUPE ET LA RELATION ENTRE SOIGNANTS ET SOIGNÉS



Une formation animée, en mars 2020, par Xavier Moya-Plana, ancien directeur de l'Établissement psychothérapique infantile (Épi), psychologue clinicien, psychanalyste et Jean-Michel Carbutar, psychologue clinicien, psychanalyste, psychodramatiste.

(ÉVÉNEMENT



Projection du film *Ça tourne !*, le 18 décembre 2019

Dialogue chorégraphique entre Raphaël, un enfant atteint de troubles autistiques pris en charge à l'hôpital de jour André Bouloche et un danseur, Philippe Ménard

(WHAT'S UP ?



Retrouvez notre rubrique en page d'accueil de notre site avec des informations sur le secteur sanitaire et médico-social : au programme, des initiatives, des colloques...

(RÉAGIR



Vous souhaitez rédiger un article en lien avec nos thématiques, proposer des ouvrages ou bien nous informer sur des colloques : écrivez-nous. Nous vous répondrons avec plaisir !

vm.com@cerep-phymmentin.org

Notre newsletter est susceptible d'intéresser vos collègues, vos amis ? Proposez-leur de s'inscrire via notre [site Internet](#).

PSYCHIATRIE SOINS FORMATION

CEREP-PHYMENTIN

*Une association reconnue d'utilité publique
depuis 1975*

*Siège social
31 rue du Faubourg Poissonnière
75009 Paris*

Nous appeler : 01 45 23 01 32

Nous écrire : newsletter@cerep-phymmentin.org

www.cerep-phymmentin.org



Version numérique de TEMPO - octobre 2019 :

<http://r.news.cerep-phymmentin.org/ng2pq8n54c.html?t=1571143951>