



HAL
open science

Le travail en équipe dans les établissements de santé, une ressource pour la résilience ?

Racha Lamari

► **To cite this version:**

Racha Lamari. Le travail en équipe dans les établissements de santé, une ressource pour la résilience ? : Cas : service de cardiologie. 10ème conférence Francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, GISEH2020, Oct 2020, Valenciennes (virtuel), France. hal-03198090

HAL Id: hal-03198090

<https://hal.science/hal-03198090>

Submitted on 14 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Le travail en équipe dans les établissements de santé, une ressource pour la résilience ?

Cas : service de cardiologie

Racha LAMARI

Doctorante-ATER à Université Paris Nanterre. Laboratoire : CEROS

Adresse : UFR – SEGMI, Bureau 516 A, 200 av. de la République - 92001 Nanterre Cedex.

Mail : lamari.racha@gmail.com

Les travaux sur la résilience en milieu professionnel se sont principalement concentrés sur la résilience au niveau individuel. Or, dans les organisations de santé les individus ne travaillent pas en vase clos ce niveau d'analyse est donc insuffisant pour capter, d'une part, toute la complexité des interactions et des interdépendances, et d'autre part, comprendre les processus au sein de l'équipe qui conduisent à la gestion des événements incertains et à risque. Cet article s'attache à explorer et à produire des connaissances fines et plus approfondies sur la manière dont la résilience de l'équipe se développe et se déploie. Ensuite, nous identifions les ressources qui rendent une équipe résiliente, nous explorons également les activités au travers desquelles ces ressources sont investies.

Mots-clés : équipes de travail, résilience, hôpitaux, incertitude.

Les organisations de santé sont des systèmes ouverts sur leur environnement, ce qui les rend particulièrement sensibles aux influences externes. Elles évoluent dans un environnement incertain, complexe, et de plus en plus contraignant. Pour assurer une meilleure sécurité pour les patients, deux approches de la sécurité se confrontent. La première, plus traditionnelle, définit la sécurité comme un état à atteindre (Madni, Jackson, 2008). Ainsi, pour gérer les risques et améliorer la sécurité des soins, les organisations tentent de mettre en place des stratégies d'anticipation par la création et la mise en place des procédures et des règles. Néanmoins, cette standardisation des pratiques peut aussi conduire à une rigidité organisationnelle (Nobre, 2013). La deuxième approche correspond à une vision plus récente de la sécurité, développée par le courant de recherche sur la fiabilité et la résilience organisationnelle (Weick, Sutcliffe et Obstfeld, 2008 ; Sutcliffe, Vogus, 2003 ; Weick, 1993). La sécurité est définie ici comme « une capacité dynamique » et « une propriété émergente », qui doit être constamment renforcée, car le niveau de sécurité n'est jamais suffisant (Madni, Jackson, 2008, Reiman et al, 2014). Ainsi, en dépit des différentes mesures de prévention et de précaution pouvant être entreprises, il n'est impossible de créer des procédures pour anticiper toutes les situations et tous les scénarios à venir. L'incertitude est indissociable du fonctionnement des systèmes de soins, elle est intrinsèquement liée à la pratique médicale et peut, en partie, être générée par la complexité de ces systèmes qui évoluent dans un environnement dynamique (Han et al., 2011 ; Plsek et Greenhalgh, 2001). La résilience peut s'avérer être une capacité positive importante, elle permet aux membres de l'organisation d'improviser, de s'adapter et de rebondir face à des changements significatifs ou à des situations potentiellement stressantes (West, Patera, & Carsten, 2009). La résilience est définie comme « la capacité intrinsèque d'un système d'ajuster son fonctionnement avant, pendant ou après les changements et les perturbations » (Hollnagel, 2011, p 275). Une compréhension approfondie de la résilience organisationnelle passe inévitablement par l'examen de ce qui le rend le système résilient. Dans ses travaux sur l'ingénierie de la résilience, Hollnagel

(2011) identifie quatre capacités qui caractérisent un système résilient : répondre, surveiller, apprendre et anticiper (voir Tableau 1). Pour l’auteur, ces capacités sont nécessaires, dans la mesure où l’absence de l’une d’entre elles rend la résilience du système impossible.

Tableau 1 : Les quatre capacités de résilience (adaptées de Hollnagel, 2011)

Capacités	Définitions
La capacité de répondre	Savoir quoi faire : être capable de réagir aux perturbations et aux menaces régulières et irrégulières en activant des actions préparées ou en ajustant et en adaptant le fonctionnement normal du système.
La capacité de surveiller	Savoir ce qu’il faut rechercher : être capable de surveiller ce qui constitue ou pourrait constituer une menace à court terme, et qui pourrait sérieusement affecter les performances du système positivement ou négativement. Le système doit surveiller ses propres performances et ce qui se passe dans l’environnement.
La capacité à apprendre	Savoir ce qui s’est passé : être capable de tirer des leçons et de bons enseignements d’une expérience.
La capacité à anticiper	Savoir à quoi s’attendre : être capable d’anticiper les évolutions et d’identifier les menaces et leurs conséquences à plus long terme.

Dans les systèmes de santé, et dans certains services hospitaliers en particulière (les urgences, la chirurgie, etc.), la résilience est omniprésente dans la pratique médicale. La sécurité et l’adaptation positives aux différentes situations font déjà partie du travail des professionnels de santé. En effet, la capacité d’adaptation du personnel soignant aux conditions existantes et aux circonstances constitue un élément central du travail clinique (Johnson, Lane, 2017). Autrement dit, le fonctionnement des systèmes de soins et la capacité de fournir des soins de haute qualité dépendent essentiellement de leur capacité de « résilience » (Fairbanks et al. 2014). Cependant, cette fiabilité peut rendre invisibles les mécanismes par lesquels les situations sont gérées. En effet, l’attention est rarement portée sur les résultats positifs. Il est plus facile de déceler l’absence de résilience, par le niveau de dégradation du système et de son incapacité à rebondir après une perturbation, que de reconnaître la résilience et les caractéristiques d’un système résilient. C’est un réel défi pour les systèmes de santé, car d’une part cela peut réduire la vigilance, le sentiment de vulnérabilité et la qualité de l’attention des professionnels (Sutcliffe, Weick, 2013). D’autre part, les résultats positifs ne relèvent pas tous de la résilience. Des stratégies de contournement et de déviance peuvent être à l’origine des adaptations positives. La prédominance du recours à ces stratégies peut être contreproductive, et pourrait se traduire par une compensation d’un manque de fiabilité (Wears, Vincent, 2013).

Dans ce travail, nous avons fait le choix de centrer notre niveau d’analyse sur les équipes de soins, et sur le processus de construction collective d’une réponse résiliente face aux changements et aux perturbations. Ce choix peut être justifié par les raisons suivantes. En dépit de l’abondance des travaux consacrés à la résilience individuelle notamment en psychologie, la production de connaissances sur la résilience collective et sur les mécanismes d’adaptation des équipes reste insuffisante. De plus, compte tenu de la spécificité du fonctionnement des équipes, les niveaux d’analyse aussi bien individuel qu’organisationnel ne permettent pas de découvrir les déterminants de la résilience d’équipe ni ce qui

permet de la renforcer. D'autre part, la mise en place d'un groupe de personnes résilientes ne conduit pas forcément à la construction d'une équipe résiliente, et ce, pour de nombreuses raisons (Alliger et al, 2015 ; Home III et Orr, 1997). Tout d'abord, les processus sociaux sont cruciaux pour l'émergence de tels phénomènes collectifs. Comme le souligne Karl Weick, « les racines de la résilience doivent être trouvées dans la nature des interactions humaines » (Vidaillet, 2009, p160). Dans les systèmes sociotechniques précisément, la résilience repose en grande partie sur la dynamique des interactions entre les éléments qui composent ces systèmes (Gittell, 2008 ; Powely, 2009). Par conséquent, la capacité de résilience devient « observable et définie par l'étude de la dynamique des interactions et des modes de coordination » (Nyssen, 2011, p 235).

I- Méthodologie de recherche :

Pour comprendre la dynamique de la résilience au niveau des équipes de soins, notre choix s'est porté sur une approche qualitative. Dans notre travail, nous nous sommes intéressés aux situations de presque-accidents (Le Coze et al, 2006). Ces situations nous permettent de mieux analyser la capacité d'adaptation des équipes de soins. Nous avons mené, durant le mois de juillet 2017, vingt-et-un entretiens semi-directifs auprès du personnel paramédical (les Infirmières Diplômées d'Etat et les aides-soignants) du service de cardiologie d'un hôpital en région parisienne. Le service regroupe trois équipes : une unité d'hospitalisation (26 lits), soins intensifs (40 lits), et l'exploration fonctionnelle cardiaque. La durée de chaque entretien est d'environ 40 minutes. Dans ce travail, nous avons choisi, particulièrement, les équipes paramédicales qui fournissent un contexte riche pour étudier la résilience pour plusieurs raisons. Le milieu de travail de ces équipes présente des caractéristiques liées entre autres à la charge de travail, à la nature imprévisible des soins de santé, au niveau élevé d'interdépendance entre les employés, et à la coordination parfois complexe des flux de travail (Tucker et Edmondson, 2002, 2003). Ces caractéristiques répondent à deux conditions essentielles pour notre étude. D'une part, l'interdépendance entre les membres est pertinente pour étudier un concept collectif. D'autre part, ces conditions de travail complexe et dynamique nous offrent un cadre idéal pour comprendre comment ces professionnels répondent à différentes exigences de travail ; celles de fonctionner sans erreurs, de gérer les situations imprévisibles et de fournir des soins de haute qualité aux patients. L'ensemble des entretiens a été enregistré et intégralement retranscrit. Par ailleurs, nous avons choisi le service de cardiologie, car il constitue un système de soins propice pour étudier la résilience, c'est-à-dire qui présente les deux caractéristiques suivantes : il est à la fois considéré dans le champ de la sécurité des soins comme un système sûr, et en même temps il est confronté à une importante variabilité et à de nombreuses incertitudes. Nous avons organisé notre guide d'entretien en 2 séries de questions couvrant un large éventail de thèmes d'investigation : a) le fonctionnement de l'équipe (l'organisation du travail, le rôle des membres de l'équipe, l'esprit d'équipe, les relations hiérarchiques, la communication, la conception d'un bon fonctionnement d'équipe selon les membres), b) le récit d'incident critique (une description détaillée de l'origine de l'événement et de la situation, une description des actions de toutes les personnes ayant participé à la gestion de l'événement, les résultats des actions prises, et les changements ayant été mis en place après l'incident). L'ensemble des informations a donné lieu à une exploitation de contenu thématique.

II- Résultats :

1- le fonctionnement du groupe et le climat de travail :

Le point de départ de notre étude consistait à étudier le fonctionnement de l'équipe, qui constitue un indicateur important pour comprendre les variations dans les processus et les résultats. Les premières données recueillies nous ont permis d'identifier la perception du fonctionnement du service, et des relations de travail par le personnel paramédical. Une perception globalement positive pour l'ensemble des acteurs de première ligne (une équipe le plus souvent caractérisée par une bonne entente, l'entraide informelle, et la communication...). Néanmoins, l'analyse de l'ensemble des résultats, sur notre échantillon, révèle que le travail est réalisé tout en faisant face aux défis des relations humaines et des personnalités différentes. De plus, le travail d'équipe peut ne pas se produire naturellement dans le service étudié, pour plusieurs raisons : distance hiérarchique avec le professeur-chef de service, une équipe quelque peu individualiste, et un turn-over. Nous présentons ci-dessous un extrait de notre analyse du fonctionnement de l'équipe :

Tableau 2 : Extrait de l'analyse du fonctionnement de l'équipe

Caractéristiques	Forces	Faiblesses
Esprit d'équipe	<p>- De nombreuses formes d'entraide informelle existent. «...les points positifs on va dire que globalement il y'a une bonne entente...il y'a de l'entraide » (AS-6). «...quand il y'a une infirmière qui a moins de travail ou est un peu plus libre, elle va aider l'autre.. » (I-3).</p> <p>- Facilité d'échange au sein de l'équipe. «...les personnes avec qui on a le plus d'affinité ça roule tout seul, on n'a pas besoin des fois de se parler on sait qu'on doit venir aider...» (I-8)</p> <p>-Le soutien et la confiance existent, mais ne sont pas accordés spontanément. « ...y'a des gens à qui je demandais rien parce que j'avais pas confiance.. Il y'a d'autres gens à qui non seulement j'ai confiance, mais qui étaient disponibles pour me répondre... » (I-7)</p>	<p>-Le travail en binôme se fait principalement en fonction des « affinités ». « ...je sais très bien que si parfois j'ai besoin d'aide pour x raisons, y'a certains collègues infirmiers ou j'aurais pas d'aide... après on sait à qui s'adresser et à qui on s'adresse moins » (AS-4).</p> <p>-L'individualisme. « ...je dirais que l'individualisme de chez certains collègues est le plus gros point négatif dans notre équipe» (AS-9).</p> <p>-Les passagers clandestins « il y a certaines personnes qui se la laisse aller tranquillement pendant que vous vous êtes en train de travailler... ça c'est indéniable! » (I-8)</p>
Conséquences du turnover des médecins et de la rotation du personnel infirmier.	<p>-Le groupe n'est pas fermé sur lui-même. « Nous avons des collègues qui ont travaillé dans différentes spécialités, ça nous aide, on apprend beaucoup, car on partage nos connaissances » (I-5)</p>	<p>-Manque de familiarité et temps d'adaptation. « ...tous les six mois, il y'a de nouveaux internes, tous les six mois rebelote, les premières semaines on va dire les deux premiers mois c'est compliqué, surtout si c'est de jeunes internes, le temps qu'ils s'adaptent... » (I-8) « les internes changent beaucoup donc aussi ça va dépendre à quel moment on se situe dans l'arrivée des internes. Si on est au début, c'est chaotique. Si on est en fin de parcours, c'est plus fluide parce qu'ils ont plus d'expérience » (I-5)</p>
Le leadership	<p>Cadre de santé : Proximité avec l'équipe. « elle est très accessible, on peut aller la voir directement quand on a besoin d'elle » (I-1).</p> <p>Médecins : encouragent l'autonomisation « ils nous encouragent [à prendre des initiatives], mais surtout, ce qu'ils veulent c'est qu'on communique, pas faire les choses dans notre coin et le dire après plus tard »(I-4).</p>	<p>Médecin :</p> <p>-Distance hiérarchique. "les médecins, quand ils ne connaissent pas les personnes ils n'ont pas confiance...quand ils ne connaissent pas l'infirmière des fois, ils ont du mal à déléguer ou à donner des instructions" (I-3)</p>

Communication au sein de l'équipe	-Principalement verbale « On commence nos journées avec des débriefings sur ce qui doit être fait au courant de la journée... » (I-8) « le débriefing est très important, car on peut poser nos questions et faire le point sur les problèmes qu'on rencontre avec certains patients... » (I-12)	-Faible communication sur le dossier du patient au cours de la journée. « On a toujours un peu de soucis dans la relation infirmier-médecin par le manque de communication sur le devenir du patient... » (I-3). « ..c'est souvent nous les infirmières qui allons à la pêche aux informations ». (I-1)
--	---	--

2 - Interprétation du processus de déploiement de la résilience :

À partir des résultats de notre étude exploratoire, de l'analyse des récits d'évènements et de notre revue de littérature, nous avons développé un premier modèle (ci-dessous) qui représente les étapes de déploiement de la résilience au sein de l'équipe paramédicale. Nous présentons dans ce qui suit un résumé des phases qui seront détaillées dans la partie discussion.

Modèle de la résilience au niveau de l'équipe

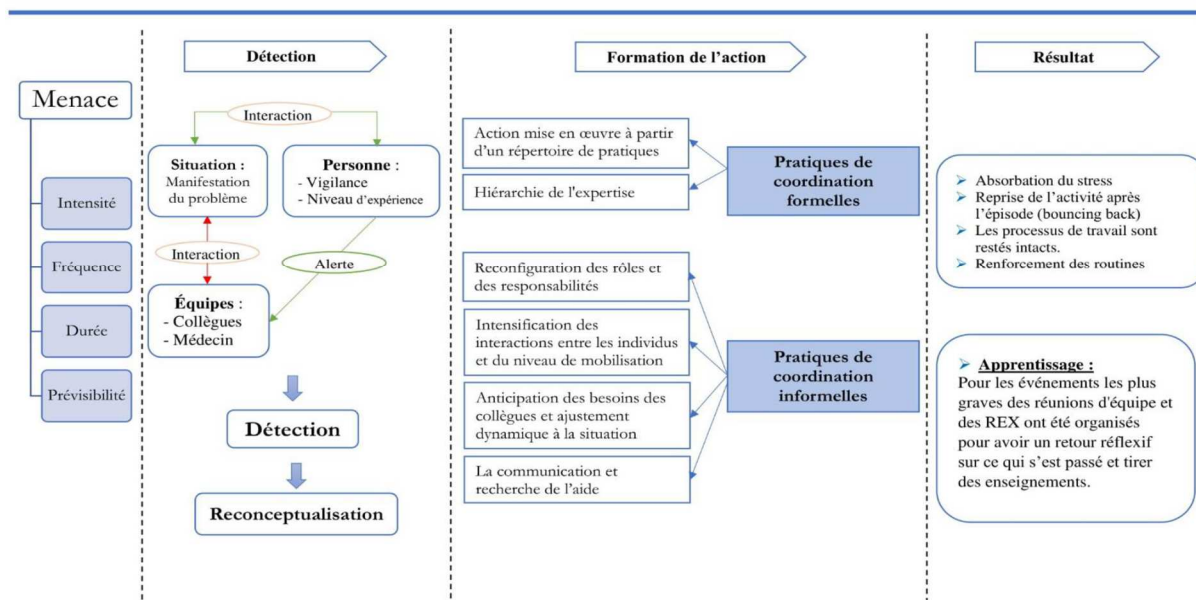


Tableau 3 : Description synthétique des trois phases

Phases	Description synthétique
Phase I	<p>Dans la première phase de détection, nous avons relevé que la capacité d'une personne à reconnaître un évènement à risque dépend de son niveau d'expérience, surtout de sa vigilance qui constitue un élément central, car nous avons relevé que les signaux d'alerte ne se manifestent pas toujours de manière saillante.</p> <p>La reconceptualisation c'est le fait pour l'individu et les collègues qui sont impliqués dans la gestion de l'évènement d'organiser et d'interpréter les informations à l'instant où il se manifeste pour mieux comprendre la situation.</p>
Phase II	<p>Dans cette partie nous avons étudié les différentes pratiques formelles et informelles qui ont été mobilisées pour la formation d'une action résilience.</p> <p>Nous avons relevé, par exemple, que l'anticipation des besoins des collègues et la compréhension mutuelle permettaient à chacun de prévoir les actions de l'autre afin de mieux intégrer leurs efforts au sein de l'équipe et mieux synchroniser les tâches.</p>

	Nous avons relevé que plus la situation est incertaine et le risque important plus les interactions s'intensifiaient les actions prises reposaient de plus en plus sur des pratiques de coordination émergentes et partiellement improvisées.
Phase III	<p>Pour la majorité des récits recueillis, nous avons constaté que les pratiques informelles et partiellement improvisées mises en place de manière ad hoc pour faire face aux perturbations disparaissent juste après l'évènement. Ils n'ont pas été intégrés dans les routines. Donc l'équipe maintenait sa stabilité interne et ses routines.</p> <p>Pour les évènements plus graves, des REX étaient organisés pour tirer des enseignements pour mieux anticiper les perturbations futures.</p>

III- Discussion :

Dans ce travail, nous avons pour objectif d'identifier et d'analyser la manière par laquelle certains facteurs peuvent façonner du moins influencer la capacité de résilience de l'équipe. Nous avons dans un premier temps étudié la structuration et le fonctionnement de l'équipe. Nous nous sommes attachés à observer le travail tel qu'il est réalisé, en analysant les tâches quotidiennes des acteurs. En particulier, le rôle que joue la qualité des interactions et des relations entre les membres du groupe sur le travail, ceci permet de comprendre la dimension relationnelle de la résilience. Nous avons consacré le deuxième volet de notre étude à l'analyse et la comparaison des récits d'évènements, en séparant les résultats « positifs » qui relevaient de la « chance » (Boin et al, 2010), ou d'un concours de circonstances, et ceux qui relevaient de la résilience. Notre but est d'identifier et de décrire comment l'individu et le groupe reconnaissent, s'adaptent et absorbent les variations et, en particulier, les évènements hors de l'ensemble des perturbations que le service de cardiologie devait gérer. Ensuite, les modèles de comportement (patterns of behaviour) qui ont émergé de notre analyse nous permettent, in fine, de décrire et expliquer comment certaines décisions, actions, et modes de coordination contribuent directement à la formation d'une action collective résiliente. Nous avons pu confronter les facteurs qui caractérisent l'équipe pendant le fonctionnement normal du système tel que la communication, le climat social, l'organisation du travail...etc. et leur rôle direct et indirect dans la gestion des évènements imprévus et dans la construction une réponse résiliente.

A- Détection :

La détection consiste à reconnaître les évènements critiques, de découvrir les erreurs et les menaces, ou tout simplement de percevoir l'écart entre une situation à laquelle le personnel soignant s'attend et ce qu'il observe en réalité. Il s'agit de l'interaction entre l'individu et la situation. Nous avons relevé dans les différents récits étudiés que le signal ou l'alerte ne se manifeste pas toujours de manière saillante et directe. Cet extrait d'entretien avec une infirmière illustre cette situation.

« Un jour, je distribue les médicaments à mes patients et un des patients m'a fait une remarque : tient c'est bizarre, c'est un nouveau traitement qu'on m'a mis ? Je n'avais pas l'info, je lui ai dit : écoutez peut-être, ni plus ni moins, je lui donne ses médicaments. Et le lendemain rebelote, dans une autre chambre, le patient me dit : ce traitement-là je ne l'ai jamais eu pourquoi on me le donne ? là je ne sais pas pourquoi ça me met la puce à l'oreille...je me renseigne et surtout je regarde les prescriptions qu'il y avait avant, et en fait, je me rends compte que ce n'était pas du tout les mêmes prescriptions...le médecin qui avait refait les prescriptions a interverti les deux feuilles » (1).

Dans la première partie de cet extrait, nous relevons le recours à la « simplification de l'interprétation » contre laquelle Weick met en garde, car elle produit à la fois une rigidité et conduit à ignorer certaines situations (Weick, Sutcliffe, 2007, p. 10). Selon cet extrait, si cet incident s'est uniquement produit avec

le premier patient, il aurait probablement continué à recevoir le mauvais traitement. Par ailleurs, bien que cet évènement aurait pu mettre la vie des deux patients en danger, néanmoins, la réaction de l'infirmière dès la deuxième remarque, a permis d'éviter une iatrogénie médicamenteuse. La recherche d'information lui a permis de réduire cette incertitude. Cette situation renforce également l'idée de vigilance et de sensibilité permanente des acteurs au contexte opérationnel largement défendu par Weick dans ses travaux sur les organisations à haute fiabilité (Weick, Sutcliffe, et Obstfeld, 2008).

B- Formation de l'action :

1. Les pratiques de coordination informelles :

Les infirmières que nous avons suivies lors de notre étude empirique, étaient le souvent confrontées à une forte incertitude liée à l'occurrence d'évènements imprévus engageant dans certains cas la vie des patients, mais également à des fluctuations de la charge de travail. L'observation du travail des paramédicaux a montré que l'exécution des tâches complexes et hautement interdépendantes reposait sur des pratiques de coordination émergentes et partiellement improvisées. L'extrait d'entretien (2) illustre cette situation.

« ...juste après nos transmissions, sa femme (du patient) est venue nous voir pour dire qu'il n'allait pas bien du tout, du coup **ma collègue du matin**, moi j'étais d'après-midi, **est restée avec moi pour qu'on fasse les soins**, et du coup on a du faire un ECG...et le fait qu'elle soit restée, du coup ça était une entraide hyper positive, parce que sans elle par exemple, j'aurais pas pu aller aussi vite, et **elle n'était pas obligée de rester, puisqu'elle avait finie, elle avait fait les transmissions, normalement elle pouvait rentrer chez elle**...il y avait personne pour l'accompagner à l'IRM cérébrale qui est dans l'autre bâtiment et du coup **c'est elle qui a fait le brancardage, parce que les brancardiers, ils n'allaient pas arriver hyper vite. Donc toutes ces petites choses, cette entraide là, ça a fait qu'on a pris hyper vite le patient en charge...** » (IC3).

Les pratiques informelles reposent principalement sur l'incertitude et les interdépendances entre les acteurs. Ces interrelations sont en partie inconnues et changent de manière imprévisible. La manière par laquelle les situations sont gérées au sein de cette équipe attire l'attention sur l'importance de l'aspect « émergent », « informel » et « adaptatif » de la coordination. Par ailleurs, nous avons relevé que l'improvisation qui est au cœur de ces pratiques informelles n'est réellement efficace que si elle est effectuée dans une atmosphère de confiance. Ou les acteurs décident librement de changer temporairement de rôle ou de concevoir et mettre en place des actions auxquelles ils n'ont jamais pensé auparavant.

2. Les pratiques de coordination formelles :

La qualité des soins médicaux est déterminée par deux facteurs majeurs : la qualité des décisions qui déterminent les actions prises, et la qualité avec laquelle ces actions sont exécutées, c'est-à-dire, ce qu'il faut faire et comment le faire (Eddy, 1990). Dans ce travail, nous nous sommes particulièrement intéressées à la prise de décision en situation d'incertitude et de pression temporelle. Nous avons relevé au cours de notre étude exploratoire la composition déséquilibrée de l'équipe en termes d'expertise, avec des infirmières et des aides-soignants ayant moins de deux ans d'expérience et d'autres plus de 30 ans.

Comme cela a été mentionné plus haut, les événements que nous avons recueillis font partie du large spectre des situations possibles. Dans cette étude, nous avons observé deux modes de gestion des événements imprévus et à risque. Cette disparité était fortement liée à l'expérience des acteurs. Les infirmières ayant le plus d'expérience étaient plus susceptibles de prendre des décisions sans considérer d'autres options. Contrairement aux novices dépourvus d'expérience, qui pour reconnaître les situations et mettre en place des réponses efficaces, ces acteurs doivent générer un éventail de solutions dans l'espoir que l'une d'entre elles pourrait fonctionner. Nous avons ensuite relevé que lorsqu'un événement imprévu et à risque était conduit par un binôme (expert-novice), cette gestion était de loin la plus efficace. En effet, lorsque l'évènement est géré dans un climat de confiance, les deux acteurs pouvaient confronter leurs différentes interprétations de la situation, avec d'un côté le regard neuf que pose l'acteur le moins expérimenté, et de l'autre, le paramédical le plus expérimenté qui puise ses réponses dans un registre constitué au cours du temps de situations répertoriées. En résumé, dans un climat de confiance et de respect mutuel, mixer les niveaux d'expertises révèle être une source non négligeable pour la résilience d'équipe. Néanmoins, l'observation de cette équipe révèle que le choix du binôme, l'entraide et la communication dépendent essentiellement des relations interpersonnelles, une partie du personnel interrogé considère que lorsqu'ils expriment des préoccupations ou posent des questions au travail, ils risquent d'être considérés comme incompetents «...je sais très bien que si des fois j'ai besoin d'aide pour x raisons, y'a certains collègues infirmiers ou j'aurais pas d'aide... après on sait à qui s'adresser et à qui on s'adresse moins » (AS3).

C- Transition (résultats et apprentissage) :

La résilience est le plus souvent définie comme la capacité de « rebondir » vers un état d'équilibre après un choc ou une perturbation (Wildavsky, 1998 ; Alexander, 2013 ; Gittel et al., 2006). Le retour à un fonctionnement normal constitue l'une des formes de réponses, qui n'est souhaitable que lorsque le système est confronté à des événements sans grandes conséquences. Cependant, face à des événements plus graves pouvant occasionner des préjudices importants, les systèmes peuvent rebondir en procédant à des changements plus importants. Il ne s'agit pas d'une simple récupération (bounce back), le rebondissement doit dépasser le statu quo pour aller de l'avant et permettre à l'organisation de se développer (bounce forward) (Manyena et al., 2011). Cette situation renvoie à un niveau supérieur d'adaptation, dans lequel un processus d'apprentissage organisationnel est inévitablement déclenché pour tirer profit de tout ce que l'évènement peut offrir.

Nous avons relevé sur l'ensemble des récits que les individus organisent davantage leurs comportements à travers des interactions directes et locales. Ces interdépendances font émerger des pratiques informelles et partiellement improvisées. Sur la totalité des récits recueillis, nous constatons que les pratiques et les interactions mises en place de manière ad hoc, dynamique et non planifiée pour faire face aux perturbations, disparaissent juste après l'évènement. Il s'agit le plus souvent d'actions mises en oeuvre dans un contexte spécifique. Aucune réunion ni discussion, sur leur pertinence pour les prochains événements, n'a été organisée. Les seules réunions qui nous ont été rapportées sont des RMM (Revue de Mortalité et de Morbidité), qui ont eu lieu suite à des décès ou à des chutes :

« Quand il y'a un accident, on essaie de faire en sorte que ça ne se reproduise pas, donc on essaie de voir ou était le problème, pour remonter la filière...Par exemple, on a beaucoup de patients qui chutent

dans le service, on a fait une RMM il y'a pas longtemps pour voir d'où ça venait... j'ai participé à l'élaboration des recherches des causes...on était en trios avec un médecin, ma cadre et moi, après la RMM, a été présentée en public...On avait déjà une RMM qui avait eu lieu sur une chute aussi une année auparavant...on a surtout regardé si les actions qui avaient été demandées à être mises en place, si oui ou non elles avaient été mises en place.... Après la procédure elle a été respectée, c'était en journée les médecins étaient là, il y'a eu une réactivité qui n'y avait pas eu pour la première RMM » (I-6).

Le tableau suivant résume les objectifs des RMM qui ont été organisées dans le service :

Comité de retour d'expérience

	Thèmes	Objectifs
2016	Blessures dues à des chutes de patients âgés	Trouver des solutions pour prévenir et réduire la fréquence des chutes de patients dans le service de cardiologie.
	Mort du patient: arrêt cardiaque soudain du patient	- Fournir un soutien utile pour gérer l'impact émotionnel de la mort du patient sur le personnel infirmier.
2017	Mort du patient: détérioration rapide de la santé du patient	- Discussion ouverte pour comprendre ce qui s'est passé
	Protocole de prévention des chutes chez les patients âgés	Suivi de la mise en place des procédures de chutes des patients âgés, décidé l'année précédente.

À l'exception des RMM, aucune réunion n'a été organisée pour discuter des actions qui ont permis la gestion réussie des événements imprévus. Pourtant, une partie des personnes interrogées considèrent que, si certaines pratiques sont institutionnalisées, elles pourraient permettre d'anticiper les prochains événements. Le manque de réunions ou de discussions sur ces situations pourrait avoir une conséquence directe sur la performance à long terme de l'équipe. Car, bien que la résilience soit une capacité positive importante au niveau de l'équipe, qui permet à ses membres d'improviser, de s'adapter face à des situations potentiellement stressantes. Néanmoins, dans cette équipe, la résilience correspond davantage à une capacité permettant de mettre en place des solutions à court terme. La possibilité d'enquêter ou de chercher les causes racines qui ont conduit, par exemple, les individus à improviser des solutions pour dépasser un problème organisationnel (ex : retard des brancardiers dû au manque d'effectif) est ignorée, ce qui n'offre aucune possibilité d'apprentissage. Le potentiel des acteurs de première ligne n'est pas complètement exploité. Alors qu'ils sont souvent les mieux placés pour suggérer des changements dans les processus et dans les activités sur la base de leur connaissance pertinente des résultats de la gestion des situations et de leur contact direct et permanent avec les patients.

IV- Les ressources de la résilience :

Notre questionnement de départ portait sur l'étude des mécanismes par lesquels le travail en équipe influence la résilience collective. Pour ce faire, nous avons observé le climat dans lequel les personnes travaillent, qui constitue selon nous un facteur déterminant de la manière dont les membres de l'équipe réagissent et s'adaptent. Nous avons ainsi réalisé que « faire équipe » dans les établissements de santé n'était pas aussi naturel. Ceci confirme les résultats de certains travaux qui soulignent la fausse évidence du travail en équipe dans les systèmes de soins et critiquent le caractère quelque peu « idéalisé » qui lui est conféré (Gittell, 2009). Néanmoins, en dépit du manque de cohésion que nous avons observé au niveau de l'équipe, les membres n'avaient aucune difficulté à dialoguer, partager leur expérience, et surtout à confronter leurs idées et positions divergentes concernant les décisions prises, la gestion des

situations à risque ou l'organisation même du travail. Dans ce cas précis, le manque de cohésion constitue un avantage précieux au sein de l'équipe, car la cohésion peut réduire la volonté de ne pas être d'accord et de défier les opinions des autres (Janis, 1982). Cette possibilité, que nous avons observé, de confronter librement les points de vue sous-tend l'existence d'un sentiment de confiance qui garantit au membre qui s'exprime de ne pas être rejeté ni d'être perçu comme incompetent par le reste de l'équipe. Cela permet également de connaître les points forts des membres et de comprendre les limites de chacun.

De plus, cette mise en évidence des vulnérabilités de chacun apaise les tensions et conduit à des interactions respectueuses. Un cercle vertueux s'établit entre des interactions respectueuses et des discussions franches et sans risque. Nous avons identifié ici l'une des ressources de la résilience proposée par Weick (1993), qui démontre dans ses travaux sur la catastrophe de Mann Gulch l'existence d'un lien direct entre le processus de résilience d'équipe et les interactions respectueuses. Au-delà de ce lien, les interactions respectueuses sont caractérisées par la sécurité psychologique, concept repris par Edmondson (1999) dans ses travaux et le définit « comme un ensemble de croyances partagées par les membres d'une même équipe concernant le sentiment de se sentir protégé » (p. 350). Dans notre étude, nous avons relevé aussi que la sécurité psychologique encourage les membres de l'équipe à formuler des propositions d'amélioration et à prendre des initiatives afin d'anticiper et de prévenir les risques d'erreur ou d'accident. L'extrait d'entretien ci-dessous illustre notre propos :

« ...par exemple, pour la coronarographie ... quand on est arrivé ici¹, c'est moi perso, qui a été chercher, vu qu'on ne savait pas s'il y avait des protocoles ici, personne ne nous donnait quoi que ce soit. Donc quand on est arrivé de moi-même, j'ai demandé comment se passait ici une coronarographie qu'est-ce qu'il fallait préparer, comment préparer, quel bilan faire... j'ai été chercher toutes ces infos là-haut²...et donc moi j'ai fait un petit dossier écrit...je l'ai mis dans le placard ou chacun peut le consulter... » (I-3).

La formalisation des procédures peut aussi relever de l'initiative propre du personnel, pour réduire le risque d'erreur et d'homogénéiser les pratiques intra et inter équipes. La pratique formalisée par l'infirmière pour ses paires (tel que cité dans l'extrait ci-dessous) a permis de répondre à deux besoins. D'abord, son observation des pratiques de la première équipe, et son recueil de données a permis de les faire connaître à sa propre équipe, et par conséquent d'agencer les pratiques entre les deux groupes puisqu'ils travaillent en collaboration. La création de ces règles écrites a permis, de ce fait, une meilleure coordination entre les deux équipes. Cette façon de produire les règles à partir des routines a pour objectif d'améliorer l'efficacité du travail au quotidien. Car les procédures ont été socialement construites (Bottom-up) et découlent de l'expérience de travail des acteurs de première ligne. Elles peuvent constituer un support et un socle pour la résilience, dans la mesure où elles sont plus flexibles, adaptées au contexte, et servent comme « ressources pour l'action située » (Wears, Hunte, 2017, p.167).

V- Conclusion :

Dans les systèmes de soins, la résilience est un phénomène observable au quotidien. Ce dont la littérature a le plus besoin, c'est d'une meilleure compréhension des réponses résilientes aux accidents et incidents qui menacent en permanence le travail des acteurs, à plusieurs niveaux, et de la façon dont

¹ L'équipe des soins intensifs a déménagé dans l'hôpital où nous avons fait notre étude, elle constitue une des trois équipes que comprend le service de cardiologie.

² Les deux équipes se situent sur deux étages différents.

les organisations peuvent contribuer plutôt que de miner cette résilience. De ce fait, l'objectif poursuivi dans ce travail est de produire des connaissances plus approfondies sur la manière dont la résilience de l'équipe se déploie. Notre étude vise à mieux comprendre comment la résilience est créée, quels sont les mécanismes qui permettent de la maintenir et de la renforcer, et qu'est-ce qui cause sa dégradation. Nous avons relevé que la résilience collective s'appuie principalement sur des processus relationnels qui sont fortement influencés par la qualité des interactions. Ce qui, corolairement, influence la capacité de résilience. Les organisations doivent tenir compte de l'effet majeur de cette relation, sur la capacité à long terme des individus et des équipes à absorber les changements et à apprendre, pour faire face aux prochains évènements.

Bibliographie :

- Alexander, D. E. (2013). Resilience and disaster risk reduction: an etymological journey. *Natural Hazards & Earth System Sciences*, 13(11).
- Alliger, G. M., Cerasoli, C. P., Tannenbaum, S. I., & Vessey, W. B. (2015). Team resilience. *Organizational Dynamics*, 3(44), 176-184.
- Boin, A., Comfort, L. K., & Demchak, C. C. (2010). The rise of resilience. *Designing resilience: Preparing for extreme events*, 1-12.
- Braithwaite J, Wears R, Hollnagel E, (2017), *Resilient Health Care, Volume 3: Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*, CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Christianson, M. K., & Sutcliffe, K. M. (2009). Sensemaking, high-reliability organizing, and resilience. *Patient safety in emergency medicine*, 27-33.
- Cronin, M. A., Weingart, L. R., & Todorova, G. 2011. Dynamics in groups: Are we there yet? *The Academy of Management Annals*, 5(1): 571-612.
- Eddy D, (1990), Anatomy of a Decision, *Journal of the American Medical Association*, 263(3):441-443.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative science quarterly*, 44(2), 350-383.
- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. John Wiley & Sons.
- Fairbanks, R. J. et al. (2014). Resilience and resilience engineering in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(8), 376-383.
- Gittel, J. H., Cameron, K. S., Lim, S., & Rivas, V. 2006. Relationships, layoffs, and organizational resilience. *Journal of Applied Behavioral Science*, 42(3): 300-329.
- Gittel, J. H. (2008). Relationships and resilience: Care provider responses to pressures from managed care. *The journal of applied behavioral science*, 44(1), 25-47.
- Gittel, J. H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. McGraw Hill Professional.
- Hale, A., & Borys, D. (2013). Working to rule, or working safely? Part 1: A state of the art review. *Safety science*, 55, 207-221.
- Han, P. K., Klein, W. M., & Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), 828-838.
- Hollnagel, E., 2004. *Barriers and Accident Prevention*. Ashgate Publishing, Aldershot.
- Home III, J. F., & Orr, J. E. (1997). Assessing behaviors that create resilient organizations. *Employment relations today*, 24(4), 29-39.
- Janis, I. L., & Janis, I. L. (1982). *Groupthink: Psychological studies of policy decisions and fiascoes (Vol. 349)*. Boston: Houghton Mifflin.
- Johnson, A., & Lane, P. (2017). Resilience Work-As-Done in everyday clinical work. In *Resilient Health Care (Vol. 71, No. 87, pp. 71-87)*. ROUTLEDGE in association with GSE Research.

- Le Coze, J. C., Lim, S., & Dechy, N. (2006). Gestion des presque accidents et accidents majeurs : premier bilan d'une enquête sur des sites SEVESO. In Colloque de maîtrise des risques et sûreté de fonctionnement" Risques et performances" Oct 2006, Lille, France.
- Macrae, C. (2013). Reconciling regulation and resilience in health care. *Resilient Health Care*. Farnham: Ashgate, 111-22.
- Madni, A. M., & Jackson, S. (2009). Towards a conceptual framework for resilience engineering. *IEEE Systems Journal*, 3(2), 181-191.
- Manyena, S. B., O'Brien, G., O'Keefe, P., & Rose, J. 2011. Disaster resilience: A bounce back or bounce forward ability? *Local Environment*, 16(5), 417-424.
- Nobre Thierry (2013), L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en oeuvre, Dunod.
- Nyssen, A. S. (2011). From myopic coordination to resilience in socio-technical systems. A case study in a hospital. *Resilience engineering in practice: a guidebook*.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj*, 323(7313), 625-628.
- Powley, E. H. (2009). Reclaiming resilience and safety: Resilience activation in the critical period of crisis. *Human Relations*, 62(9), 1289-1326.
- SUTCLIFFE, K. M., WEICK, K. E. (2013) Mindful organizing and resilient health care. In : *Resilient health care*. Ashgate Publishing Ltd., Surrey, UK,.
- Sutcliffe, K.M. & Vogus, T.J. (2003). Organizing for Resilience. In Cameron, K., Dutton, J.E., & Quinn, R.E. (Eds.), *Positive Organizational Scholarship*. San Francisco: Berrett-Koehler, 94-110.
- Tucker A, Edmondson A, Spear S, (2002), "When problem solving prevents organizational learning", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 15 Iss 2 pp. 122 – 137
- Valentine Melissa A, Nembhard Ingrid M., and Edmondson Amy C, (2014), « Measuring Teamwork in Health Care Settings A Review of Survey Instruments », *Medical Care*.
- Vidaillet, B. (2003). Conclusion-Karl Weick, libre chercheur. *Le sens de l'action*, 159-163.
- West, B. J., Patera, J. L., & Carsten, M. K. (2009). Team level positivity: investigating positive psychological capacities and team level outcomes. *Journal of Organizational Behavior*.
- Reiman Teemu, Rollenhagen Carl, Pietikäinen Elina, Heikkilä Jouko (2014), *Principles of adaptive management in complex safety-critical organizations*, *Safety Science*.
- Wears, R. L., & S Hunte, G. (2017). Resilient procedures: oxymoron or innovation?. In *Resilient health care* (Vol. 163, No. 170, pp. 163-170). ROUTLEDGE in association with GSE Research.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. Jossey-Bass.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2008). Organizing for high reliability: Processes of collective mindfulness. *Crisis management*, 3(1), 31-66.
- Wildavsky, A. B. (1988). *Searching for safety* (Vol. 10). Transaction publishers.
- Wright, P., Pocock, S., Fields, R.E., 1998. The prescription and practice of work on the flight deck. In: Green, T.R.G., Bannon, L., Warren, C.P., Buckley, J. (Eds.), *Cognition and Cooperation: Proceedings of the 9th European Conference on Cognitive Ergonomics (ECCE9)*. EACE Press, pp. 37-42.