



HAL
open science

Travailler en équipe : de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ?

Dominique Efros

► To cite this version:

Dominique Efros. Travailler en équipe : de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ?. Soins Cadres, 2004, 49, pp. 26-29. hal-01291309

HAL Id: hal-01291309

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01291309>

Submitted on 22 Mar 2016

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.

TRAVAILLER EN EQUIPE,
DE QUELLE EQUIPE ET DE QUEL TRAVAIL PARLE-T-ON ?

Dominique Efros, sociologue,
Département d'Ergologie, université de Provence

On peut considérer que les activités de soins hospitaliers sont si particulières que les connaissances forgées dans d'autres milieux professionnels ne sont d'aucune utilité. Mais si on prend le parti de considérer ces activités comme des formes de l'activité humaine, alors certaines "commensurabilités" peuvent alimenter la réflexion (1). Ainsi que sait-on de ce qu'on appelle "travail d'équipe" ? Que dire des "aspects collectifs" d'un travail ? L'approche ergologique des situations de travail a permis de forger un concept, "les entités collectives relativement pertinentes" (ECRP) qui ouvre l'horizon sur une manière de saisir les processus de coopération à l'œuvre dans la réalisation de toute activité et qui peut contribuer aux débats actuels sur l'évolution des métiers hospitaliers et des pratiques d'encadrement.

1) LES FRONTIERES DE CES ECRP SONT TOUJOURS SINGULIERES

Contrairement aux "équipes", aux "unités" de travail repérables par des catégories socio-professionnelles (infirmière, aide soignante, agent de service hospitalier, secrétaire) ou par des catégories organisationnelles et hiérarchiques (fonctions et responsabilités schématisés dans un organigramme), les ECRP ne pré-existent pas à la mise en œuvre des actes de travail, ce sont les nécessités du "travailler ensemble" qui les font exister de manières différentes selon les moments.

Ainsi dans un atelier de production à "feu continu", l'équipe de base était composée de trois opérateurs mais les contours du collectif opérationnel variaient. Dans la journée, les contacts et échanges avec des membres de la hiérarchie se multipliaient, la hiérarchie étant plus "étoffée" que la nuit ; il fallait intégrer ponctuellement l'activité des opérateurs de maintenance, assurer la sécurité des travaux qu'ils effectuaient sur les installations. En général, la collaboration avec les chauffeurs des camions citernes, salariés par une entreprise extérieure chargés d'évacuer le produit en aval, était plus fréquente qu'avec les opérateurs de l'atelier en amont qui fournissaient la matière à travailler (2). Dans un service de neurologie, l'analyse de l'activité d'une équipe soignante a montré qu'à l'effectif officiel, il fallait ajouter des personnes qui, même sans avoir forcément de compétence médicale ou thérapeutique, participaient concrètement à l'activité et à l'efficacité de l'équipe. Tel était le cas de la secrétaire, au cœur des relations entre les malades et leurs familles, entre l'équipe médicale et l'équipe soignante, entre le service et les autres services de l'hôpital. Le personnel paramédical (psychologue, kinésithérapeute) participait également à l'efficacité collective dans la mesure où il apportait des éléments de connaissance sur les patients (3). Une ECRP n'est donc pas calquée sur un collectif prédéfini, ses contours varient en fonction du contenu et du rythme de

l'activité de travail, et c'est ce qui justifie l'usage du terme "entité" qui désigne cette indétermination a priori.

2) LA DIMENSION COLLECTIVE N'EST PAS TOUJOURS APPARENTE

Peut-on considérer qu'un collectif de travail n'est plus efficace au delà de quinze membres ? N'est-ce pas réduire d'office les multiples relations requises et permises par les situations de travail ? La densité et la matérialité de ces relations couvre un large éventail de possibles.

Prenons l'exemple du conducteur de train SNCF seul dans sa cabine. L'agent peut conduire son train "par paliers" ou être adepte de la "marche sur l'erre". Dans le premier cas, la vitesse est maintenue au maximum autorisé partout où cela est possible, jusqu'à l'action in extremis sur les moyens techniques de freinage, l'argumentation porte sur le gain de temps ; dans le second cas au contraire, les agents choisissent de laisser chuter la vitesse à l'avance, pour n'exercer qu'une action insensible sur les moyens de freinage, l'attention est plus centrée sur le confort des voyageurs. On peut donc dire que *"l'acteur individuel, par la nature des choix opérés, par la façon dont il réunit les éléments d'efficacité de son action propre, manifeste ainsi son appartenance à l'une ou l'autre des mouvances de ce collectif inapparent"* (4). Ces *"gestes naturels du métier"* font partie de la relation aux pairs.

Des actes exercés seuls peuvent aussi être indirectement adressés aux membres absents d'un collectif. Ainsi l'analyse de l'activité d'une aide soignante à l'arrivée de patients dans un service de chirurgie cardiaque a mis en valeur le travail "d'enracinement symbolique" du malade dans le service, travail qu'elle conduit à travers le rituel d'installation et l'effectuation d'un "protocole psychologique" (5). L'aide soignante récolte des informations en parlant avec le patient, en consultant son dossier ou en téléphonant à la surveillante, elle les reportera sur la feuille de réanimation et sur la feuille de température ; elle réalise certains actes comme le pesage, le rasage et surtout, elle observe les réactions du patient lorsqu'elle évoque l'opération à venir. Une sorte de grille informelle fonctionne qui permet la répartition des "entrants" en trois catégories : le stressé enfermé dans son silence, le content d'être opéré, le nerveux qui ne se satisfait de rien. Ces catégories *"répertoriées nulle part"* complètent les indications de la surveillante et serviront à définir un ordre de passage au bloc. *"A l'arrière plan du premier interlocuteur qu'est toujours le patient, les "protocoles psychologiques" à l'œuvre dans le travail de l'aide soignante s'adressent aussi aux autres professionnels du service. Tous développent également ce qu'on pourrait désigner comme une clinique opérationnelle de soins"*, clinique basée sur le travail que le patient doit faire vis-à-vis de sa propre situation.

En termes de méthodologie d'analyse, on voit là de façon évidente qu'il est impossible de saisir finement des relations sans en débattre avec les principaux concernés, seuls à pouvoir aider à éclaircir ces liens invisibles. Mais ce principe de co-construction pour définir et interpréter des actes et des situations de travail s'avère incontournable, quelque soit ce qu'on cherche à connaître, dès lors qu'on s'accorde à reconnaître qu'en sciences humaines et sociales, chacun est à la fois juge et partie et que l'objectivité "pure" n'existe pas.

3) LES TACHES SE REDISTRIBUENT EN FONCTION DE MULTIPLES CRITERES

Le temps, l'espace, l'objet du travail, la nature des opérations et procédures à réaliser, le but à court ou moyen terme de l'activité, autant d'éléments pour caractériser une situation dans laquelle plusieurs individus œuvrent. La co-activité réunit dans un même espace des professionnels de différentes spécialités qui poursuivent des buts différents ; la coopération suppose par contre que les individus agissent ensemble sur le même objet de travail en visant le même "but proximal" ; dans la collaboration, les individus ne réalisent pas les mêmes opérations, par contre ils travaillent sur le même objet avec un but commun ; quant à l'entraide, elle consiste soit à seconder quelqu'un, soit à faire le travail à sa place (6). Ces catégories peuvent aider à l'analyse des entités collectives mais elles n'en dessinent pas les contours ; les entités collectives sont "pertinentes" en ce que sans l'instauration de ces relations, "cela ne pourrait pas marcher", leur existence est essentiellement liée à des questions d'efficacité qu'il faut analyser dans chaque cas..

Ainsi on a pu comprendre que les réorganisations de l'activité la nuit dans un service de néonatalogie, répondaient aux exigences des tâches à réaliser tout intégrant le fait biologique de baisse de vigilance en milieu de nuit, c'est pourquoi c'est surtout en début de nuit que les infirmières maximisaient leur aide aux auxiliaires puéricultrices. Ailleurs, on constatera qu'une aide soignante présente depuis sept heures du matin dans le service sera dispensée, dans la mesure du possible, de faire les tâches les plus pénibles entre 14 heures et 15 heures. Ces arrangements ne sont possibles que si chacun connaît le service, les malades, le travail qu'il doit faire, qu'il s'est "familiarisé" avec la nature et les contraintes du travail des autres, qu'il peut évaluer les priorités du moment en se tenant au courant de l'activité dans l'ensemble du service. Un simple couloir offre de nombreux repères visuels sur le déroulement du travail dans un service, les chariots de soins ou de ménage indiquant la nature et l'avancement des tâches ; il peut aussi être un lieu d'échanges privilégié car tout le monde s'y croise, membres du personnel comme malades et familles ; l'office est aussi un lieu d'échanges essentiel.

En fait, les individus ont toujours une perception globale, une représentation synthétique de la situation de travail, et c'est à partir de celle-ci qu'ils collaborent, coopèrent, s'entraident ou s'affrontent, qu'ils évaluent ce qui est vivable, car le "travailler ensemble" est aussi un "vivre ensemble". La combinaison d'éléments participant à ces arrangements sera toujours unique.

4) LA CONFIGURATION DES ACTES AUTORISES/INTERDITS EST FLUCTUANTE

En matière de répartition du travail, fonctions et responsabilités sont attribuées, formalisées, reconnues dans divers référentiels et statuts professionnels. Dans le secteur des soins, les actes professionnels sont régulièrement inventoriés par "décrets de compétence" (1984, 1993, 2001), les domaines d'activité des métiers sont définis par des listes d'examen, d'actes ou de thérapeutiques susceptibles d'être prescrits. L'histoire de la profession et de la formation en soins infirmiers montre d'ailleurs combien les soins médicaux sont valorisés relativement aux soins infirmiers réalisés sans prescription médicale (7). On peut penser que la gravité des conséquences de certains actes, ou d'actes qui n'ont pas été faits, pèse d'une façon particulière

sur l'octroi de responsabilités et sur les processus de délégation. Mais comme dans toute activité de travail, lorsque différents professionnels interviennent pour la production d'un même objet, service ou résultat, on trouve des "chevauchements".

Chaque protagoniste, médecins, infirmière, aide soignante et agent de service, possède son propre savoir, son "cœur du métier" ; les surveillantes veillent dans la mesure du possible au respect des normes en matière d'effectifs et de qualifications, mais dans le déroulement des activités, une infirmière peut être amenée "à brancarder", une aide soignante à faire des plâtres, un agent de service qualifié à faire la toilette de personnes âgées. La position des aides soignantes est probablement celle qui connaît en tendance le plus grand "écartèlement fonctionnel", elles sont à la fois tirée vers le haut, les infirmières peuvent leur déléguer une partie des activités de "nursing", et vers le bas, parce que faute d'agents de service en nombre suffisant, elles sont aussi obligées d'assurer une partie du ménage ; autrement dit du point de vue de la gestion des personnels, *"elles ne font plus ce qui est prévu par leur statut"* (8).

De façon générale, on observe que la gestion collective des aléas et des variabilités de l'activité repose sur les marges de temps et de ressources que les individus peuvent dégager dans la réalisation de leur activité et sur les choix qu'ils font pour déterminer les tâches prioritaires. Ces glissements sont plus ou moins coûteux en termes de risque, de responsabilité et de fatigue, ils participent aux développements de la polyvalence déjà favorisée par les systèmes de "temps choisi", mais jusqu'où ces "ouvertures des métiers" peuvent-elles contribuer à l'efficacité ou au contraire, s'avérer causes de problèmes majeurs ? Ce sont toutes ces questions que l'idée de "relative" pertinence des entités collectives pointe ; leur existence est fragile, à moitié clandestine, sujette au consentement des uns et des autres.

5) QUELLE PRISE EN COMPTE DES ECRP DANS LA GESTION DES ACTIVITES ?

La question peut être posée du point de vue général de la définition des professions de la santé ou du point de vue plus particulier des pratiques d'encadrement de personnels.

Face aux pénuries de professionnels dans certaines catégories, des modifications dans le système de délégation d'actes professionnels des médecins aux professions paramédicales sont actuellement à l'étude, la réflexion sur les transferts entre professions paramédicales viendra dans un second temps. L'idée est de *"régulariser des pratiques existantes non reconnues, éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de qualité des soins, apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux"*. Mais en même temps, les textes définissant les contours des métiers, et des coopérations ou "articulations" attendues, doivent éviter de définir de façon étroite des contenus de métier pour se contenter d'en décrire les contours *"dans leurs grands principes"* (9). Il est donc envisagé d'élargir de façon formelle et légale la nature des actes délégués auprès des *"acteurs susceptibles d'accepter le partage des tâches"* mais répertorier des actes en exclura automatiquement d'autres, d'où l'idée de définir des contours de principe. Ces redéfinitions de métiers auront des incidences directes sur l'émergence et la dynamique des ECRP dans les situations de travail concrètes, dans quelle mesure est-il possible de les préfigurer ?

Pour l'encadrement de proximité, toute la difficulté consiste à favoriser l'émergence et la relative stabilité des ECRP tout en garantissant le respect des procédures et des prescriptions. Dans le secteur du bâtiment, une analyse fine a montré que pour faire face aux événements qui surgissent de façon imprévisible, comme il y en a dans toute situation de travail, l'encadrement de proximité utilise un mode de "prescription floue" qui consiste à ne pas décrire par le détail tout le travail à faire et toutes les coordinations nécessaires à la réalisation du chantier dans les délais impartis. Cette façon de prescrire laisse place à une prise en charge individuelle et collective des aléas et des contraintes lorsqu'ils se présenteront (10).

Les activités de soins ne sont pas épargnées par les modes managériaux (11), là aussi il est question de "management par objectifs", mais comment décliner un objectif tel que celui de la santé publique, comment le décomposer sans le perdre de vue ? Et surtout, comment et à quelles conditions favoriser, préserver les ECRP, gages de l'efficacité collective ?

CONCLUSION

L'approche ergologique de la dimension collective des activités de travail oblige à opérer deux déplacements épistémologiques fondamentaux, de l'équipe formelle aux entités collectives relativement pertinentes, du travail prescrit et prévu à l'activité concrète. On ne peut donc pas comprendre le "travail d'équipe" sans chercher à connaître les ECRP à l'œuvre dans les situations réelles et sans accepter de se confronter en conséquence au difficile problème de la mise en mots des activités dont la résolution n'est toujours que très provisoire.

NOTES

1 - Le terme de "commensurabilités" permet d'évacuer toute idée de comparaison terme à terme, tout en pointant le fait que dans une certaine mesure, il peut y avoir des choses semblables dans leur principe et qu'on rencontre dans des situations de travail concrètes totalement différentes.

2 – **Charriaux M-M.**, (s/d), Qualifications en procès. Situations de travail qualifiantes à Péchiney-Gardanne, rapport de recherche, université de Provence, 1994.

3 – **Fouilleul N., Matheron G.**, Construction collective de l'efficacité dans une unité de soins, *Gestions hospitalières*, n° 360, 1996, pp. 668-672.

4 - **Faïta D.**, dans Schwartz Y., (s/d), Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique, PUF, 1997, pp. 52-53.

5 - **Doray B., Clot Y., Michel A.**, La gestion à cœur : approche de l'efficacité dans le service de chirurgie cardiaque de la Pitié-Salpêtrière, dans, Yves Schwartz (s/d), L'évaluation économique à l'épreuve des services, rapport de recherche, université de Provence, 1992.

6 – **Benckroun T-H., Weill-Fassina A.**, (coord.), Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie, Octarès Editions, 2000.

7 – **Ripert M-C.**, La formation d'infirmière : pour un profil d'exécutante ou pour un professionnalisme intelligent ?, mémoire de DESS APST, université de Provence, 2002.

8 – **Fouilleul N., Matheron G.**, L'efficacité dans un service de neurologie : de multiples connexions à élucider, dans, Yves Schwartz (s/d), L'évaluation économique à l'épreuve des services, rapport de recherche, université de Provence, 1992.

9 - **Berland Y.**, Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et compétences, rapport d'étape au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

10 - **Duc M.**, Le travail en chantier, Octarès Editions, 2002.

11 – **Le Goff J-P.**, Contre les illusions du management, Soins, n° 46, Mai 2003.

MOTS CLES

Activité de travail

Travail d'équipe

Collectif

Coopération

RESUME (sous le titre)

Les aspects collectifs d'une activité de travail sont tout aussi bien observables qu'invisibles, formellement prescrits que clandestins, formalisés et référencés qu'indicibles ou inclassables, et la notion de "travail d'équipe" réduit considérablement le champ d'analyse de ce que peut être l'efficacité collective. Connaissances générales et savoirs pratiques doivent être conjugués pour progresser dans la prise en compte de ce que les pratiques collectives produisent.

BIBLIOGRAPHIE

Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A., Comprendre le travail pour le transformer, Editions de l'ANACT, 1991, (3^{ème} édition 1997).

Matheron G., L'accueil et la médiation à l'hôpital : les apports du dispositif Nouveaux Services-Emploi Jeunes. L'exemple de l'hôpital Nord à Marseille, mémoire de l'ENSP, 2000.

Peneff J., L'hôpital en urgence, Editions Métailié, 1992.

Schwartz Y., Durrive L., (Ed.), Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine, Octarès Editions, 2003, pp. 141-157.

PRECISION

Cet article fait référence à des travaux menés dans le cadre du département d'Ergologie de l'Université de Provence, depuis 20 ans spécialisé en analyse pluridisciplinaire des situations de travail (APST). A signaler 12 -13 mars 2004 : rencontres sur le thème des apports de la médecine à l'approche ergologique (04.42.95.33.29).