



HAL
open science

Promoting team meetings for better patient care: how psychiatry's expertise could prove useful to other medical disciplines

Héloïse Haliday, Frédéric Khidichian

► To cite this version:

Héloïse Haliday, Frédéric Khidichian. Promoting team meetings for better patient care: how psychiatry's expertise could prove useful to other medical disciplines. *Éthique & Santé, A paraître*, 10.1016/j.etiqe.2019.09.002 . hal-02387866

HAL Id: hal-02387866

<https://hal.science/hal-02387866>

Submitted on 30 Nov 2019

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.

Réunir les équipes pour soigner les patients : comment le savoir-faire psychiatrique peut éclairer les autres disciplines médicales

Promoting team meetings for better patient care: how psychiatry's expertise could prove useful to other medical disciplines

Héloïse Haliday, docteure en psychopathologie et psychanalyse, A.T.E.R. à l'Université Picardie Jules Verne (Amiens), Chemin du Thil, 80025 Amiens¹.

Frédéric Khidichian, psychiatre chef du pôle de psychiatrie Paris Centre, Président de CME des Hôpitaux de Saint-Maurice, 12/14 rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice.

¹ Auteur correspondant. 41 avenue Georges Pompidou 92300 Levallois-Perret, @ : heloise.haliday@gmail.com, Tél. : 06 63 27 33 02.

Résumé :

Objectif : Cet article veut montrer comment le savoir-faire accumulé en psychiatrie française et américaine depuis les années 50 en matière de théorisation du travail pluriprofessionnel et plus particulièrement des réunions peut bénéficier aux autres disciplines médicales.

Matériel et Méthode : Nous comparons trois corpus : des recherches récentes sur le rapport entre qualité de vie au travail et fonctionnement d'équipe, des recherches anglo-saxonnes plus anciennes sur le travail d'équipe en psychiatrie rassemblées grâce au moteur de recherche PubMed et des retours d'expérience du courant de la « psychothérapie institutionnelle » tels que rassemblés dans une thèse de doctorat.

Résultats : Les réunions pluriprofessionnelles aident à organiser le travail en équipe. La psychiatrie, et plus particulièrement la psychothérapie institutionnelle, peuvent en proposer une théorisation et un modèle spécifique à partir de quatre points fondamentaux concourant à l'organisation démocratique d'une équipe : la distinction entre réunions clinique et institutionnelles, l'invitation de tous les professionnels, la garantie de la liberté de parole, et enfin une prise de décision collective.

Conclusions : La pierre angulaire de l'opérationnalisation du modèle des réunions tel que conçu par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle est la distinction entre décision et responsabilité clinique. L'organisation des réunions en psychiatrie est donc partiellement transférable à d'autres disciplines médicales, ou peut en tout cas les inspirer afin de prendre soin de leur travail d'équipe.

Mots-clés : psychiatrie, travail d'équipe, réunions pluriprofessionnelles, hiérarchie, qualité de vie au travail.

Abstract :

Objective : In a context where most occidental healthcare systems are struggling with budgetary constraints, turnover and burnout, pluriprofessional teamwork has become the center of every hospital reorganization and the key concept of many studies focusing on professionals' quality of working life. Our paper aims at showing that the knowledge

accumulated by psychiatric teams on the matter since the 1950's could help other medical disciplines take care of their teams.

Material and method : We will compare three corpuses: recent research on the relationship between quality of life at work and team functioning, English-speaking research literature concerning teamwork in psychiatry dating from the 1950's up to the 1990's and found via PubMed, and written works from the "institutional psychotherapy" movement which were gathered for a doctoral thesis.

Results : Pluriprofessional team meetings are an important tool for effective teamwork in healthcare. Early researches and written feedbacks from French and American psychiatrists showed a specific way of organizing team meetings was much more efficient in sharing information and had a positive impact on the climate of services. We describe the pillars of the psychiatric pluriprofessional team meeting : distinguishing between clinical and organizational meetings, inviting every professional to the meetings, promoting freedom of speech in the service and taking decisions collectively.

Conclusions : The values carried by seemingly outdated books and articles in the field of French and American psychiatry are still very useful to help organize pluriprofessional teamwork in psychiatric services, and could be transferred to other medical disciplines.

Keywords : psychiatry, teamwork, pluriprofessional meetings, hierarchy, quality of working life.

Introduction

Dans un contexte où l'hôpital public est sous tension, en France comme dans d'autres pays européens, le travail en équipe pluriprofessionnelle est souvent brandi à la fois comme la richesse humaine de l'hôpital public et comme un facteur déterminant de la performance des organisations de santé. Si des expériences comme la démarche participative se sont récemment développées dans certains services de soins pour patients atteints de pathologies chroniques (1), il reste pourtant beaucoup à faire pour convaincre l'ensemble des disciplines médicales de l'intérêt d'une véritable réflexion sur les aspects relationnels et non-techniques de leur travail d'équipe.

La psychiatrie, quant à elle, a depuis longtemps réfléchi à ce qui fonde le travail d'équipe, sans pour autant avoir valorisé cet héritage intellectuel, qu'il s'agisse des recherches anglo-saxonnes ou françaises. Nous proposerons donc une mise en perspective entre articles récents des sciences de gestion et du management et écrits psychiatriques plus anciens, afin de montrer comment le savoir-faire acquis en psychiatrie peut aider les autres disciplines médicales à prendre soin de leur travail d'équipe grâce à une conceptualisation fine de l'outil fondamental des réunions pluriprofessionnelles. Nous soulignerons le rôle du principe de liberté et de valorisation de la parole de chacun, d'une mise en suspens des hiérarchies hospitalières traditionnelles au profit de hiérarchies plus fonctionnelles et d'une fonction de décision partagée qui n'ignore pas pour autant la notion de responsabilité médicale.

Méthodologie

Cet article est né d'une collaboration au sein du Groupe de Travail « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé » de la Fédération Hospitalière de France, auquel ses deux premiers auteurs ont contribué par la rédaction d'une revue de littérature et la co-construction d'un livret de préconisations destiné aux hôpitaux publics². La revue de littérature a permis de rassembler des textes en gestion et en management concernant l'apport des réunions au travail d'équipe en santé, tandis que le travail de thèse du premier auteur de cet article a consacré plusieurs sous-chapitres à la question des réunions en psychiatrie.

La proximité des résultats de la littérature scientifique actuelle avec les savoirs expérientiels accumulés dans le champ psychiatrique au sujet des réunions a été une découverte accidentelle ; afin de faire le pont entre ces deux corpus et de vérifier qu'il ne revenait pas à la seule psychiatrie française d'avoir saisi l'importance des réunions pour l'activité de soin, nous avons complété nos corpus par une recherche d'articles anglophones disponibles sur PubMed portant expressément sur le travail d'équipe en psychiatrie et datant des années 1950 à 1990.

Les bénéfices du travail d'équipe en santé

Les recherches disponibles en management, gestion, sciences infirmières et psychologie convergent aujourd'hui autour de plusieurs constats : travailler avec d'autres contribue à la qualité et à la sécurité des soins en réduisant les erreurs médicales (2,3), en permettant une meilleure répartition de la charge de travail ou encore en diminuant le risque de *burnout* (4). Si la notion de modèles mentaux partagés (*shared mental models*) fait consensus dans la littérature scientifique anglo-saxonne (3,5–8), beaucoup d'études adoptent

² Ces écrits sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF-sur-la-QVT-les-actions-a-partager-les-engagements-attendus>.

également une approche plus interactionniste du travail d'équipe dans le monde du soin et s'intéressent ainsi à l' « ambiance » des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership (9,10), ou comme un climat de travail propice au développement des individus dans l'organisation (5,7). Cette ambiance est dépendante de la qualité de la coopération interprofessionnelle, qui dans le modèle traditionnel de management hospitalier ne va toutefois pas sans difficultés : la forte spécialisation, la formation professionnelle en silo et la forte hiérarchie tendent plutôt à la conservation des particularismes et des « chasses gardées », comportement classique des organisations bureaucratiques (11).

La littérature scientifique est prompte à affirmer que les processus constitutifs d'une « bonne » équipe reposent toujours sur les relations interpersonnelles, et plus encore sur la coopération et la communication entre professionnels (3). Ces axes de travail convergent toutefois vers un même outil organisationnel à la popularité duquel la discipline psychiatrique a contribué : la tenue de réunions pluriprofessionnelles entre agents du même service. Ces espaces représentent en effet, s'ils sont soutenus par l'établissement et considérés comme partie intégrante du travail d'équipe, un levier efficace de préservation de la santé mentale des soignants, en leur offrant le soutien social nécessaire à la poursuite d'une activité stressante (12).

Nous pensons qu'une partie du savoir-faire acquis en psychiatrie depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale en France consiste en une théorisation des réunions qui mériterait d'être mise en valeur, et ce pour deux raisons essentielles. Premièrement, elle apporte une conceptualisation de ces espace-temps qui n'ignore pas la hiérarchisation statutaire encore palpable des métiers à l'hôpital public, mais donne des arguments pour lui préférer une hiérarchie plus fonctionnelle au cours des échanges. Deuxièmement, l'exemple de la

conceptualisation historique des réunions en psychiatrie démontre que l'innovation organisationnelle peut trouver à se construire et s'étoffer d'un regard dans les archives (13). Nous nous appuyerons sur un corpus de textes rattachés au courant de la « psychothérapie institutionnelle » afin d'affirmer son actualité et la nécessité de sa relecture et ainsi de montrer ce qu'il peut apporter à toute équipe de soins peu importe son champ d'exercice.

La réunion, outil fondamental du travail collectif : apports de la psychiatrie d'après-guerre

Que ce soit sous la forme de la « synchronisation des temps médicaux et non-médicaux » (14) ou des « espaces de discussions » (12), le thème de la réunion des professionnels est revenu en force dans le monde de la santé ces dernières années. Or la pratique des réunions en tous genres est l'un des éléments les plus anciens et les plus ancrés du travail en psychiatrie : de nombreux auteurs anglo-saxons et français ont très tôt reconnu que le fonctionnement d'une institution en dépendait directement.

Dans le monde anglo-saxon, la question des modalités du travail d'équipe en psychiatrie a fait l'objet de nombreux apports empiriques et de retours d'expérience dès les années 50. Aux Etats-Unis, les sociologues Stanton & Schwartz (15) l'avaient constaté lors de leur recherche dans la clinique psychiatrique de *Chesnut Lodge* : les relations entre les soignants, qui déterminent le degré de communication interne et donc de cohérence d'une l'équipe, constituaient un facteur d'amélioration ou au contraire d'aggravation de l'état clinique des patients. Dans leur étude intitulée *The mental hospital*, ils en étaient arrivés à la conclusion que les symptômes, notamment d'agitation, étaient le résultat d'un désaccord dans l'équipe, désaccord dont les protagonistes n'était eux-mêmes - pour reprendre l'expression des auteurs - pas conscients (*unaware*). Un autre article princeps, datant de la même époque,

montrait quant à lui que la sévérité des symptômes observés chez les patients pouvait être une conséquence de conflits et de non-dits dans l'équipe, desquels résultaient des problèmes de communication et de transmission d'informations (16). Les chercheurs en avaient tiré une conclusion importante : les conséquences délétères des tensions dans les équipes sur la prise en charge d'un patient peuvent souvent être évitées par l'institution de réunions où les conflits seraient discutés.

Du côté français, la notion de réunion a fait l'objet d'une attention toute particulière dans le courant dit de « psychothérapie institutionnelle » (17), qui dès les années 60 parlait de la nécessité de soigner les institutions pour soigner les malades. La réunion s'est vite trouvée au centre des débats de la psychothérapie institutionnelle (18–20), puis au cœur du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française de 1971 dont le rapport inaugural, écrit par des psychiatres promoteurs de la psychothérapie institutionnelle, insista sur leur grande variété : « Réunions de techniciens (médecins, ergothérapeutes, infirmiers), réunions de pavillon, réunions d'équipe, réunions de malades, toutes sont abondamment décrites » (21). La psychothérapie institutionnelle a donc dès le départ de sa réflexion eu l'ambition de pérenniser certaines réunions, et ce d'autant plus qu'elles étaient vues comme des « instruments du changement » (22). C'est par conséquent plus particulièrement sur les apports de ce courant pour la théorisation des réunions pluriprofessionnelles que nous souhaitons à présent nous pencher.

Derrière « la » réunion, quelques éléments fondamentaux

Distinguer la clinique des aspects institutionnels

De l'histoire des réunions en psychiatrie subsiste une distinction principale entre réunions cliniques et institutionnelles, qui toutes deux font partie des fondements éthique du soin dans cette discipline (23,24). Les professionnels ne sont en effet pas placés dans la même position lorsqu'il s'agit d'évoquer un malade et sa clinique que lorsqu'ils sont amenés à exprimer leurs points de vue sur l'organisation et le fonctionnement d'un service. Cette intuition de départ, plutôt empirique, s'est trouvée confirmée par certaines études anglo-saxonnes, qui montrent que la performance d'équipe peut se trouver minée si les émotions des membres sont mal canalisées et impactent les décisions cliniques (25,26). Ainsi, les aspects organisationnels - orientés sur les processus de coopération des professionnels - et psychothérapeutiques - orientés sur les décisions cliniques et le sens du soin – sont-ils traités dans des espace-temps différents, afin que les désaccords n'aient pas d'effet néfaste sur la qualité des soins.

La réunion clinique a plusieurs finalités, même si l'objectif principal reste le meilleur soin au patient. Il s'agit toujours de décrire l'état présenté par le patient et d'étudier les meilleures propositions thérapeutiques ; en psychiatrie, elles prennent toutefois une dimension supplémentaire en laissant la place à l'expression du ressenti de chacun vis-à-vis du patient. Cet aspect est fondamental car il permet aux soignants de partager leurs difficultés et leurs émotions pour tenter de s'en distancier, améliorant de surcroît la qualité des soins prodigués par une meilleure gestion de la relation soignant-soigné et une meilleure connaissance des limites de chacun. Contrairement aux revues de morbi-mortalité, ce type de réunion peut et doit exister en l'absence d'accidents graves, car elle constitue un outil de régulation collective de l'activité de soin.

La réunion institutionnelle est un moment tout aussi fondamental, mais dans une période où le temps apparaît comme un bien rare, il est parfois mal compris et peut être perçu comme un gaspillage. Elle doit pourtant être d'autant plus défendue qu'elle participe à éviter

l'éclatement de conflits et permet à chacun de considérer l'importance de sa place au sein de l'ensemble des acteurs du soin. Les questions traitées et débattues ensemble sont celles ayant trait à l'organisation du service, ses projets, ses partenaires et sa politique de ressources humaines. Même si les décisions arbitrées seront ensuite prises par un(e) supérieur(e) hiérarchique, elles ont été évoquées, discutées avec toutes celles et tous ceux qui en seront impacté(e)s, positionnant chaque agent comme sujet et non objet du processus décisionnel, lui attribuant une place dans l'équipe à laquelle il appartient.

Convier tous les professionnels

Le modèle psychiatrique du travail collectif tel que porté par la psychothérapie institutionnelle soulignait par conséquent que les réunions n'étaient pluriprofessionnelles que si elles permettaient la participation de tous les agents formant l'équipe en charge du patient. Les patients sont en effet amenés à investir affectivement un certain ensemble de personnes selon les caractéristiques diverses qu'ils présentent (27), et pour reprendre les mots de Denise Rothberg en 1968, « cela est justement d'une grande importance pour le malade, ces possibilités multiples de rencontres dans un hôpital psychiatrique, ces différentes possibilités d'être ressenti d'une manière différente par son entourage (personnel et autres malades) ». (20). La réunion d'équipe peut alors faire fonction de « lieu d'articulation » (20), mais cela requiert de militer pour que les discussions cliniques et institutionnelles se partagent avec *toutes* les catégories professionnelles du service concourant aux prises en charge³. La difficulté et en même temps l'intérêt de cette diversité des professionnels présents est d'obliger à l'emploi d'un langage compréhensible par tous, au bénéfice d'une meilleure circulation de la parole dans le service.

³ Aujourd'hui, c'est par exemple sur la pertinence de la présence des ASH et des secrétaires en réunion qu'il importe d'insister.

Il s'agit bien sûr d'échanger des informations et de partager des « modèles mentaux » commun du soin, mais l'on constate rapidement qu'à la dimension cognitive des échanges viennent s'ajouter affects et fantasmes qui doivent être situés dans « l'histoire des groupes et de toutes les interrelations entre les gens placés d'une façon statutaire » (28). Le soin porté à la communication institutionnelle apparaît alors également comme un soin porté à la vie émotionnelle des soignants.

La réalité institutionnelle poussait en effet à reconnaître les apports de l'expérience quotidienne des infirmiers, et donc à repenser la hiérarchie des informations reçues, et le savoir le plus pertinent pouvait tout à coup venir d'un autre acteur que le psychiatre, justifiant alors la valorisation de leur parole dans des espaces collectifs, que ceux-ci prennent le nom de « réunions du personnel », de « réunions de pavillon » ou de « réunions d'équipe » (29). Il s'agit toujours de concilier ce que Jean Oury appelait l'« hétérogénéité » des personnes présentes, étant entendu, pour reprendre les termes d'un autre psychiatre, Jacques Chazaud, que « la localisation et la tactique de l'action relèvent d'une opinion synthétique » (30). L'inclusion et la forte participation de tous les membres de l'équipe dans la réunion, la liberté d'expression dans l'évocation et la discussion des cas complexes et la valorisation des contributions de chacun sont aujourd'hui aussi plébiscitées dans le monde anglo-saxon (31) qu'en France.

Affirmer la liberté d'expression de chacun

L'expérience des réunions en psychiatrie a conduit à mettre un point d'honneur à assurer en amont une réelle liberté de parole aux professionnels présents, notamment dans l'expression de leurs ressentis vis-à-vis des prises en charge difficiles - et ce indépendamment de la position hiérarchique de chacun (30). La valeur de la réunion tient en effet

essentiellement à la liberté de parole qui y est permise, étant cependant entendu qu' « une chose est d'avoir le droit de parler, une autre est de parler » (32). Cette liberté de parole doit donc être énoncée régulièrement - parfois de manière implicite, en encourageant une prise de parole plus timide ou en ne hiérarchisant pas la valeur des propos tenus – et garantie par un président de séance (33).

Articuler ou synthétiser ne signifie pas pour autant homogénéité ni absence de conflits, car tout groupe génère malgré lui des malentendus (34), particulièrement lorsqu'il utilise la parole comme médiateur. Cet accueil crucial de la parole de chacun est soutenu par les résultats de la littérature scientifique actuelle, qui montrent que la première pierre à l'édifice de la qualité de vie au travail des professionnels consiste à favoriser leur expression de façon démocratique et non-descendante (35), tant le manque de temps d'écoute et d'échanges est pointé du doigt par les professionnels de santé et constitue un facteur supplémentaire de risques psycho-sociaux (36). Le sentiment de véritable démocratie dans l'équipe est donc capital afin que la réunion soit le lieu d'un partage des informations plus direct, avec à la clé des décisions cliniques plus justes et un enrichissement des relations soignants-soignés. En contribuant à renforcer le sentiment de travailler en équipe, la réunion pluriprofessionnelle permet par ailleurs une meilleure répartition de la charge de travail (37).

Concevoir une fonction de décision partagée

La réflexion sur le travail d'équipe aujourd'hui plébiscitée dans le monde de la santé ne doit pas amener à croire que ce travail est intrinsèquement bon ou efficace : il requiert une organisation et une collaboration qui passent en premier lieu par l'établissement et la pérennisation de temps collectifs différenciés. Il faut toutefois se garder d'idéaliser ces dispositifs, tant ils peuvent eux aussi être empêchés dans leur fonction constructrice du

sentiment d'équipe si les canaux communicationnels sont bouchés ou empêchés par une hiérarchie statutaire trop rigide.

Le courant de la psychothérapie institutionnelle avait justement anticipé que les « canaux de communication » dans une institution étaient multiples, mais que le problème principal soulevé par les réunions serait toujours celui de l'exercice de la fonction de décision de l'équipe (28). La décision est alors à comprendre comme la fin d'une délibération dont seule une réunion combinant les aspects que nous venons de citer (définition claire de son périmètre, prise en compte de la place de chacun et véritable liberté de parole) peut garantir la nature démocratique et collective ; si elle recouvre parfois la question de la responsabilité, ces deux notions ne doivent toutefois pas être confondues. L'article L.1142-1 du Code de la Santé Publique, traitant de la responsabilité en santé, stipule en effet qu'en dehors du « cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé [...] ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. »⁴.

La faute peut être directement celle du médecin (notamment en cas d'erreur de diagnostic ou de mauvais choix de la mise en œuvre du traitement), mais elle peut aussi être dite « imputable à l'organisation du service », par exemple du fait d'un défaut de surveillance ou de présence médico-soignante. Que ce soit en psychiatrie ou du côté des disciplines somatiques, si bon nombre de décisions cliniques concernant la prise en charge des patients impliquent une responsabilité collective, il est donc concevable qu'à un champ de la faute et de la responsabilité relevant spécifiquement de l'organisation des services corresponde un champ décisionnel lui aussi collectif. Reconnaître et travailler ces processus de décision à

⁴ Cet article fait partie des « Principes généraux » du deuxième chapitre de la partie législative, intitulée « Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé ». Le texte est disponible à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020628252&idSectionTA=LEGISCTA000006185260&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180817> suivante : Consulté le 10 février 2019.

plusieurs est d'autant plus indispensable que de récents travaux portant sur le travail d'équipe ont montré que la décentralisation des décisions au niveau opérationnel – autrement dit, celui des équipes de soins – était un facteur important d'amélioration de la performance organisationnelle en santé (5,38,39).

Là encore, les élaborations de l'histoire psychiatrique française n'ont pas perdu de leur pertinence. Du côté de la psychothérapie institutionnelle, la décision était en effet conçue non comme la stricte possession d'un statut donné, mais comme une fonction qui circule lors d'espace-temps dédiés. Autrement dit, dans l'exercice de délibération qu'est la réunion et dont la décision est la fin la plus aboutie, il est nécessaire de suspendre la hiérarchie statutaire afin que le « leader » d'équipe accepte l'existence d'une hiérarchie « fonctionnelle » (30,40). Il devient alors garant d'une fonction de décision collectivisée car ayant pris en compte, dans l'espace-temps de la réunion, l'ensemble des contributions de ceux qui participent au soin et à la prise en charge. Ces propositions pourtant anciennes coïncident tout à fait avec la littérature scientifique au sujet de la qualité de vie au travail des soignants : en distinguant décision et responsabilité au profit de la reconnaissance d'une fonction de décision collective, la psychothérapie institutionnelle militait déjà pour une autonomisation des équipes soignantes dont l'expérience transférentielle avec les patients était alors valorisée. Il n'est à ce titre pas anodin que les nouveaux modèles managériaux privilégiés en santé, qu'il s'agisse du *lean*, des organisations apprenantes ou de l'agilité, insistent sur une nécessaire récupération du pouvoir décisionnel par les professionnels de terrain (35,38,41–43). Ceci impliquerait, par exemple, de renforcer l'opérationnalisation de la notion de « décision médicale partagée » par une conceptualisation des interactions qui déterminent, en amont, la position des professionnels de santé face au patient. A l'étude des processus décisionnels (*decision-making*) pourrait ainsi être ajoutée la reconnaissance d'une fonction de décision partagée qui sous-tend toujours la prise de responsabilité d'une équipe dans les soins.

Conclusion

Les réunions en milieu hospitalier sont un élément fondamental pour les trois piliers du fonctionnement des établissements de santé : pour la qualité de vie au travail des soignants tout d'abord, par la prévention des conflits institutionnels ou interpersonnels et la valorisation des perceptions subjectives des professionnels ; pour la qualité des soins, en ce qu'elles renforcent la cohérence des actions de chacun à travers l'élaboration commune d'une stratégie partagée ; pour la performance enfin, qui bénéficie de cette cohérence renforcée au niveau organisationnel et clinique.

La réunion pluriprofessionnelle, conçue comme une aide à l'amélioration de l'ambiance et de la vie institutionnelle des services hospitaliers, est un outil dont la vaste majorité des équipes psychiatriques se sert encore, sans nécessairement se référer à ses racines historiques. Il nous a semblé nécessaire de revisiter ces racines dans un contexte où les outils managériaux se sont durablement installés à l'hôpital public. Plutôt que de se référer à des modèles de travail collectif exogènes et éloignés du secteur hospitalier, il est possible de valoriser d'autres corpus qui proposent, plus que des protocoles de travail pluriprofessionnel, une véritable conceptualisation des réunions d'équipe.

Nous avons donc, dans cet article, tenté de montrer que l'utilisation des réunions telle qu'elle avait été théorisée par la psychiatrie d'après-guerre en France pourrait informer les autres disciplines médicales, voire les aider à conceptualiser ces espace-temps en commun. Cela nous paraît d'autant plus utile que les résultats des études scientifiques récentes en gestion et en management en ont souligné tant l'importance que la nécessité de se pencher sur leur organisation afin que celles-ci aient une véritable plus-value pour les services.

Conflits d'intérêt : aucun.

Bibliographie

1. Bauchetet C, Chèze S, Ceccaldi J, Colombat P. La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie. *Hématologie*. 2014;20(5):258–63.
2. Freund Y, Goulet H, Leblanc J. Effect of systematic physician cross-checking on reducing adverse events in the emergency department: The charmed cluster randomized trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018 Jun 1;178(6):812–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0607>
3. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009;53(2):143–51.
4. Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthc Pap New Model new Healthc*. 2007;7(Special Issue):26–34.
5. Huzzard T. The Convergence of the Quality of Working Life and Competitiveness. A current Swedish literature review. Stockholm: National institute for working life; 2003. 119 p.
6. Mathieu JE, Heffner TS, Goodwin GF, Salas E, Cannon-Bowers JA. The Influence of Shared Mental Models on Team Process and Performance. *J Appl Psychol*. 2000;85(2):273–83.
7. Minvielle E, Sicotte C, Champagne F, Contandopoulos A-P, Jeantet M, Préaubert N, et al. Hospital performance : Competing or shared values ? *Health Policy (New York)*. 2008;87:8–19.
8. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Promoting partnership for health : Interprofessional teamwork for health and social care. Blackwell Publishing Ltd; 2011. 206 p.
9. Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, et al. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-oncologie*.

- 2011;5:83–91.
10. Shipton H, Armstrong C, West M, Dawson J. The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *Int J Qual Heal Care*. 2008;20(6):439–45.
 11. Houle L, Bareil C, Gosselin A, Jobin M-H. Le déploiement du lean santé au Québec en mode agile. *Quest Manag [Internet]*. 2015;10(2):45–64. Available from: <http://www.cairn.info/revue-questions-de-management-2015-2-page-45.htm>
 12. Detchessahar M. Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*. 2013;1(19):57–80.
 13. Haliday H. Quand la recherche peut inspirer le management : le cas de la qualité de vie au travail. *Perspect soignantes*. 2018;(63):60–76.
 14. ANAP. Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé Démarche méthodologique. 2014;
 15. Stanton AH, Schwartz MS. *The mental hospital : A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New-York, NY, US: Basic Books; 1954. 492 p.
 16. Modlin HC, Faris M. *Brief Communications. Psychiatry Interpers Biol Process*. 1956;19(1):97–103.
 17. Daumézon G, Koechlin P. *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine*. *An Port Psiquiatr [Internet]*. 1952;4(4):271–312. Available from: <http://ceepi.org/la-psychotherapie-institutionnelle-francaise-contemporaine-05234>
 18. GTPSI. *Psychothérapie multiréférentielle dans un milieu institutionnel*. Editions d. Paris; 2015. 200 p.
 19. Oury J. Peut-on parler d'un concept des réunions ? *Rev psychothérapie institutionnelle*. 1966;(5):31–6.
 20. Rothberg DC. *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*. CEMEA. Édi. Paris; 1968. 71 p.
 21. Chaigneau H, Chanoît P, Garrabé J. *Les thérapies institutionnelles - Rapport et thérapeutique, présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LXIXe session - CAEN*. Masson & C. Paris; 1971. 238 p.
 22. Vermorel H, Vermorel M. De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *Inf Psychiatr*. 2012;88(9):759–70.

23. Cano N. Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. *L'Evolution Psychiatr.* 2006;32(1):205–12.
24. Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Ethique et Sante.* 2009;6(1):3–10.
25. Abrams RC, Sweeney JA. A Critique of the process-oriented approach to ward staff meetings. *Am J Psychiatry.* 1982;139(6):769–72.
26. Mohr WK. A Critical Reappraisal of a Social Form in Psychiatric Care Settings : The Multidisciplinary Team Meeting as a Paradigm Case. *Arch Psychiatr Nurs.* 1995;9(2):85–91.
27. Oury J. *Itinéraires de formation.* Paris: Hermann éd.; 2008.
28. Oury J. *La Décision.* Séminaire de Sainte-Anne, 1985-1986. Cour-Cheverny: Institutions; 2015. 310 p.
29. Poncin C. Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle [Internet]. Saint-Alban (Centre hospitalier, 48120) : Association culturelle du personnel, 1995; 1962. Available from: <http://gtpsi.fr/documentation/textes-de-reference/viewdownload/1-theses/3-essai-d-analyse-structurale-appliquee-a-la-psychotherapie-institutionnelle>
30. Chazaud J. *Introduction à la thérapeutique institutionnelle.* Toulouse: Privat; 1978. 226 p.
31. Griffiths L. Accomplishing team : teamwork and categorisation in two community mental health teams. *Sociol Rev.* 1997;45:59–78.
32. GTPSI. *Position du psychiatre.* Paris: Editions d'une; 2019. 212 p.
33. Scheiderer EG. Guidelines for a psychiatric hospital intake staff meeting. *Psychiatr Q.* 1977;49(2):118–23.
34. Tosquelles F. *De la personne au groupe: à propos des équipes de soins.* Ramonville Saint-Agne: Erès; 2003.
35. Haute Autorité de Santé (HAS). *Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé* [Internet]. 2013. Available from: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014->

36. Desailly-Chanson M-A, Siahmed H, Elshoud-Igaenr S. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Paris; 2016.
37. Simpson A. The impact of team processes on psychiatric case management. *J Adv Nurs*. 2007;60(4):409–18.
38. Comtois J, Paris Y, Poder TG, Chausse S. L’approche Kaizen au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) : un avantage organisationnel significatif. *Sante Publique (Paris)*. 2013;25(2):169–77.
39. Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. Lean in healthcare : the unfilled promise ? *Soc Sci Med*. 2011;73(3):364–71.
40. Delion P. Thérapeutiques institutionnelles. *EMC-Psychiatrie*. 2001;(37-930-G-10):47–76.
41. Benhamou S, Diaye M-A. Participation des salariés et performance sociale : quels liens ? Quels enjeux ? Paris; 2011. Report No.: 2011-02.
42. Nijssen M, Paauwe J. HRM in turbulent times : how to achieve organizational agility ? *Int J Hum Resour Maangement*. 2017;23(16):3315–35.
43. Haliday H. Le management en santé au service de la qualité de vie au travail des professionnels. *Ethique et Sante [Internet]*. 2018;15(2):118–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.03.003>