

# Document de travail



## Pourquoi, dans les grosses équipes, favoriser des réunions en sous-équipes est une nécessité clinique, éthique et organisationnelle ?

**Contexte** : Les échanges au sein de la Commission Éthique et Clinique du 7 avril ont mis en évidence un consensus important : les réunions d'équipe sont un pilier du travail clinique, en tant qu'espaces de dépôt, d'élaboration, de conflictualité et de soutien du/de la clinicien·ne.

Cependant, ces mêmes échanges ont souligné les limites structurelles des réunions en grande équipe, particulièrement lorsque celles-ci visent un travail clinique approfondi : difficulté à prendre la parole, dilution des responsabilités, perte de finesse clinique, exposition excessive des situations et tensions avec les logiques gestionnaires.

Dans ce contexte, la multiplication de formats différenciés, notamment des réunions en sous-équipes, apparaît moins comme une concession organisationnelle que comme une réponse éthiquement fondée à la complexité du travail clinique. Or, certaines inspections pointent ce dédoublement des temps de réunion comme un problème organisationnel. Nous souhaitons par cette note documenter cette question : **Pourquoi, dans les grosses équipes, favoriser des réunions en sous-équipes est une nécessité clinique, éthique et organisationnelle ?**

## 4 apports de la psychologie sociale

### 1. Taille du groupe et qualité de l'engagement : l'apport de Hackman et Vidmar

Les travaux fondateurs de J. Richard Hackman et Neil Vidmar (1970) montrent que :

- La satisfaction des membres d'un groupe diminue à mesure que la taille du groupe augmente ;
- L'optimum se situe autour de 4 à 5 personnes, équilibre entre visibilité individuelle et capacité de coordination.

Ce résultat est particulièrement éclairant pour les réunions cliniques.

La réflexivité, entendue comme la capacité à interroger sa pratique, ses impasses, ses doutes et ses résonances subjectives, suppose :

- De se sentir suffisamment visible pour que sa parole compte ;
- D'évoluer dans un espace où l'exposition de la vulnérabilité professionnelle est possible.

Dans les grandes équipes, cette condition est fragilisée : certains professionnels parlent peu ou se taisent, non par désintérêt, mais parce que le cadre groupal ne soutient pas suffisamment leur engagement subjectif.

La réunion en sous-équipe rétablit cette visibilité minimale, condition de la confiance et du travail clinique en profondeur.

## 2. Effets de dilution et perte de performance : l'éclairage de Ringelmann et de Mueller

Les travaux de Maximilien Ringelmann, puis les recherches ultérieures sur la  *paresse sociale*, montrent que :

- Dans les groupes de grande taille, la contribution individuelle tend à diminuer ;
- Au-delà d'environ 9 personnes, l'effort se dilue et le sentiment de responsabilité s'affaiblit.

Les observations partagées lors de la CEC rejoignent pleinement ces constats :

dans des réunions trop larges, la parole devient souvent plus descriptive que réellement clinique, la responsabilité semble collective mais devient en réalité floue, et la décision se trouve retardée ou désincarnée.

Les travaux plus récents de Jennifer Mueller (2012) ajoutent une dimension essentielle : la perte de performance ne serait pas uniquement liée à l'effort, mais aussi à une perte relationnelle. Les membres de grandes équipes se sentent :

- Moins soutenus,
- Moins connectés à leurs pairs,
- Plus exposés au jugement implicite.

Or, sans sécurité relationnelle, il n'y a ni mise en travail du contre-transfert, ni conflictualité féconde, ni créativité clinique. Les sous-équipes permettent de restaurer cette qualité relationnelle.

## 3. La surcharge communicationnelle : la loi de Brooks

La loi de Brooks, issue de *The Mythical Man-Month*, apporte un argument structurel décisif.

Le nombre de canaux de communication augmente selon la formule :

$$n(n - 1)/2$$

Ainsi :

- Un groupe de 5 personnes gère 10 canaux ;
- Un groupe de 12 personnes en gère 66.

Dans les réunions cliniques, cette surcharge n'est pas neutre, elle

- Favorise les malentendus,
- Accroît la nécessité de clarification permanente,
- Détourne l'énergie du travail clinique vers la régulation du cadre.

Les méthodes agiles (comme Scrum), qui recommandent des équipes de 7 membres  $\pm 2$ , reconnaissent implicitement cette limite humaine à la coordination intensive.

La CEC a souligné que le temps de réunion (3 à 6 heures hebdomadaires) constitue un temps de soin indirect précieux.

Multiplier les canaux de communication au-delà d'un certain seuil réduit paradoxalement l'efficacité de ce temps et en fragilise la légitimité institutionnelle.

## Conclusion

A partir de ces différents travaux de psychologie sociale, les participants de la Commission Éthique et Clinique ont prolongé la réflexion mettant certains éléments à l'épreuve de leurs pratiques.

Ils ont insisté sur un point central pour permettre une réflexion clinique approfondie : la confiance n'est pas un présupposé, c'est une construction collective fragile.

Cette confiance permet :

- Un débat serein et l'expression des différents points de vue,
- La reconnaissance des résonances subjectives et du nécessaire travail de débat comme leviers de créativité clinique.

Or, cette dynamique est beaucoup plus difficile à soutenir dans des groupes trop nombreux, où la parole devient plus normative, plus prudente, parfois autocensurée.

Les réunions en sous-équipes :

- Offrent des espaces plus protégés,
- Favorisent une parole moins défensive,
- Soutiennent une réflexivité incarnée, au service du/de la clinicien·ne référent·e sans le/la déposséder de sa responsabilité éthique.

Elles s'articulent ainsi pleinement avec les préoccupations éthiques évoquées lors de la CEC : respect des places, maîtrise de l'information partagée, prévention des effets d'exposition excessive du patient et du professionnel.

La diversité des dispositifs semble intéressante. Certains décrivent des dispositifs articulant grandes équipes et sous-équipes, permettant « *d'aller vraiment beaucoup plus dans les détails dans la clinique* », tout en pointant les limites des petites équipes, notamment la problématique de l'absentéisme qui se fait fortement sentir quand on travaille en petite équipe.

Les discussions mettent en évidence des tensions entre confidentialité, articulation des rôles et partage de l'information, certains évoquant « *des choses qu'on n'a pas envie d'échanger quand toute l'équipe est là* » et le besoin d'espaces protégés.

La division des grandes équipes en petite équipe pluridisciplinaire peut se faire

- Par public (enfant-adulte)
- Par problématique (AICS, assuétudes, Exil...)
- De manière variable (chacun s'inscrit selon sa disponibilité ou selon le cas qui sera discuté)

Si cette division est permanente, l'enjeu est alors de garder un fil clinique et éthique entre les différentes sous-équipes. Un SSM a expérimenté la formule variable : il utilise un tableau affiché dans le local commun où les participants peuvent s'inscrire volontairement et dans une limite définie (temps et nombre). La personne qui partage la situation ajoute quelques éléments de contexte pour décrire la situation qui sera travaillée.

La division Enfant/adulte quant à elle ne fait pas jouer la pluridisciplinarité dans toute sa richesse car dans une équipe mixte. En effet, la pluridisciplinarité se joue également dans le fait d'apporter un regard sur le vécu potentiel des enfants dans une situation « adulte » mais de faire voir également de manière plus prégnante, l'enfant dans l'adulte en présence.

Une autre problématique des grandes équipes est le fait de mobiliser tout le monde pour l'analyse des demandes, qui prend un temps très important. Un SSM a mis en place une sous-équipe « analyse des demandes » où 3 personnes de diverses disciplines sont habilitées à analyser les demandes qui arrivent au SSM, à appeler les personnes pour mieux comprendre la demande et à présenter les demandes en réunion. Cela permet de gagner un temps très important dans la réunion hebdomadaire de l'équipe dans son ensemble.

L'autre stratégie possible est la mise en place à côté des réunions hebdomadaires de supervisions et/ou interventions cliniques. Dans ce cadre, la taille de l'équipe reste une question prégnante.

Compte tenu des travaux mobilisés (Hackman & Vidmar, Ringelmann, Brooks) et des constats cliniques de la CEC, on peut formuler une réponse nuancée mais robuste.

La taille maximale d'une équipe clinique pluridisciplinaire efficiente réflexion clinique se situe autour de 8 à 12 professionnel·les, à *condition* que :

- Le travail clinique approfondi se fasse en sous-équipes de 4 à 6 personnes,
- La grande équipe conserve une fonction surtout organisationnelle, identitaire et de coordination.

Au-delà de 12 personnes, l'efficacité clinique collective décroît nettement si aucune segmentation n'est prévue. Favoriser des réunions en sous-équipes dans les grosses structures ne relève donc ni d'un confort organisationnel, ni d'une entorse aux exigences institutionnelles.

Il s'agit d'une nécessité clinique, relationnelle et éthique, condition de la qualité du soin, de la confiance entre professionnels et de la créativité clinique.