

Recommandations de bonne pratique — Manager en structure de médecine d’urgences*

Good Practice Recommendations —Manager in Emergency Department

M. Oberlin · C. Lemaire · M. Douplat · M. Abdeljalil-Diné · C. Baret · F. Bonnet · J. Bradwejn · C. Bruyere · F. Burellier · J.-B. Capgras · P.-N. Carron · E. Casalino · A. Chenou · A. Chevalier · R. Chocron · P.-G. Claret · T. Delomas · C. De Stefano · B. Douay · O. Ganansia · L. Giraud · I. Goergescu · C. Gil-Jardine · S. Goddet · A. Jenner · V. Kokoszka · H. Lefort · C. Merdinger-Rumpler · A. Messenger · M. Noizet · G. Potel · L. Soulat · G. Valdenaire · L. Veran · C. Pascal · F. Thys

Reçu le 21 octobre 2023 ; accepté le 26 octobre 2023
© SFMU et Lavoisier SAS 2022



M. Oberlin (✉)
Structure des urgences, Smur, centre hospitalier (CH) de Sélestat,
rue Louis Pasteur, F-67600 Sélestat, France
mathieu.oberlin@outlook.fr

C. Lemaire
Magellan, IAE Lyon, université Lyon-III–Jean-Moulin,
6, cours Albert-Thomas, F-69000 Lyon, France

M. Douplat
Structure des urgences, groupement hospitalier Sud,
Hospices civils de Lyon, 165, Chemin du Grand Revoyet,
F-68495 Pierre Bénite, France

M. Abdeljalil-Diné
Coactis, IAE de Saint-Étienne, université Jean-Monnet,
2, rue Tréfilerie, F-42100 Saint-Étienne, France

C. Baret
Faculté d'économie et de gestion, université Aix-Marseille,
14, avenue Jules-Ferry, F-13100 Aix-en-Provence, France

F. Bonnet
Centre hospitalier Simone-Veil-de-Blois, mail Pierre-Charlot,
F-41000 Blois, France

J. Bradwejn
Jacques-Bradwejn, faculté de médecine, université d'Ottawa,
451, Smyth-Road, Ottawa Ontario, Canada

C. Bruyere
IAE, université Jean-Monnet, 2, rue Tréfilerie,
F-42100 Saint-Étienne, France

F. Burellier
IGR-IAE, CREM UMR 6211, université de Rennes,
11, rue Jean-Macé, F-35700 Rennes, France

J.-B. Capgras
IFROSS, université Lyon-III–Jean-Moulin,
6, cour Albert-Thomas, F-69000 Lyon, France

P.-N. Carron
Service des urgences, centre hospitalier universitaire Vaudois
(CHUV), université de Lausanne, rue du Bugnon 46,
CH-1011 Lausanne, Suisse

E. Casalino
Structure des urgences, université Paris-Cité,
groupe hospitalier Paris Nord,
Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP–HP),
46, rue Henri-Huchard, F-75018 Paris, France

A. Chenou
Structure des urgences,
hôpitaux universitaires de Strasbourg,
Nouvel hôpital civil, 1, place de l'Hôpital
F-67000 Strasbourg, France

A. Chevalier
SAU/Smur, AP–HP, Cochin Hôtel-Dieu,
27, rue du Faubourg Saint-Jacques,
F-75014 Paris, France

R. Chocron
Structure des urgences, Smur, université Paris-Cité,
AP–HP, hôpital européen Georges-Pompidou,
F-75015 Paris, France

P.-G. Claret
Structure des urgences, Smur, université de Montpellier,
CHU de Nîmes, 4, rue du Professeur-Robert-Debré,
F-30000 Nîmes, France

* Texte validé par la commission des référentiels de la SFMU le 22 juin 2023 et par le conseil d'administration de la SFMU le 26 septembre 2023.

Résumé Le management consiste à organiser, à coordonner et/ou à planifier une tâche. Les structures de médecine d'urgences (SMU) sont soumises à des défis organisationnels du fait de l'activité qui leur est propre, de l'interprofessionnalité au sein de l'équipe et avec les partenaires intra- et extrahospitaliers. Pour aider à relever ces défis, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a souhaité réunir des experts exerçant en SMU et des experts enseignants-chercheurs pour proposer un référentiel de management en SMU à partir des données de la littérature. Si le manager doit

être reconnu pour ses compétences médicales, il doit également développer ses compétences de leader grâce à des formations spécifiques. Ces compétences lui permettront d'adapter son style de leadership aux situations et aux équipes pour favoriser la motivation et l'engagement des équipes. Son rôle, à l'interface entre les équipes de terrain, la direction et les partenaires institutionnels, doit permettre de favoriser le dialogue et de sécuriser les équipes. Le rôle et les moyens du manager doivent être formalisés avec la direction, en particulier l'accès à l'information pour que le

T. Delomas
Structure des urgences, Samu-Smur, centre hospitalier memorial
France-États-Unis, 715, rue Dunant, F-50009 Saint-Lô, France

C. De Stefano
Samu 93, UFR Recherche, Enseignement, Qualité,
université Sorbonne Paris-Nord, 125, rue de Stalingrad,
F-93000 Bobigny, France

B. Douay
Structure des urgences et Smur, AP-HP, hôpital Beaujon,
100, boulevard du Général-Leclerc, F-92110 Clichy, France

O. Ganansia
Structure des urgences, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph,
185, rue Raymond-Losserand, F-75014 Paris, France

L. Giraud
IAE Savoie Mont Blanc, 4, chemin de Bellevue,
F-74940 Annecy, France

I. Goergescu
MRM, université de Montpellier, Montpellier Management,
rue Vendemiaire, F-34000 Montpellier, France

C. Gil-Jardine
Population Health — Inserm U1219 — équipe aHeAD,
service des urgences-adultes, pôle urgences Samu-Smur CAPTV,
université de Bordeaux, CHU de Bordeaux,
F-33000 Bordeaux, France

S. Goddet
Département universitaire de médecine d'urgence,
centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon,
boulevard Jeanne-d'Arc, F-21000 Dijon, France

A. Jenner
ADJ Partenaire, 9, place du Général-de-Gaule,
F-67460 Souffelweyersheim, France

V. Kokoszka
Université catholique de Lille, CEM-ETHICS (EA 7446),
Maison des chercheurs, 14, boulevard Vauban,
F-59016 Lille Cedex, France

H. Lefort
27 Structure des urgences, Smur,
hôpital d'instruction des armées Laveran,
34, boulevard Laveran, F-13384 Marseille, France

C. Merdinger-Rumpler
28 HuManiS (UR 7308), École de management Strasbourg,
université de Strasbourg, 61, avenue de la Forêt-Noire,
F-67000 Strasbourg, France

A. Messenger
29 Faculté de médecine, université d'Ottawa,
451, Smyth-Road, Ottawa Ontario, Canada

M. Noizet
30 Structure des urgences, Samu-Smur,
groupe hospitalier régional Mulhouse Sud Alsace,
hôpital Émile-Muller, 20, avenue du Docteur-René-Laennec,
F-68100 Mulhouse, France

G. Potel
31 Structure des urgences, université de Nantes, CHU de Nantes,
5, allée de l'Île-Gloriette, F-44000 Nantes, France

L. Soulat
32 Structure des urgences, Smur-Samu, université de Rennes,
CHU de Rennes, 2, rue Henri-le-Guilloux,
F-35000 Rennes, France

G. Valdenaire
33 Centre médical Les Terrasses, 18, rue du Docteur-
Constant-Colbert, F-64250 Cambo-les-Bains, France

L. Veran
34 IFROSS, université Lyon-III-Jean-Moulin,
18, rue Chevreul, F-69007 Lyon, France

C. Pascal
35 IFROSS, université Lyon-III-Jean-Moulin,
6, cour Albert-Thomas, F-69000 Lyon, France

F. Thys
36 Pôle d'appui clinique aigu, université catholique de Louvain,
grand hôpital de Charleroi, rue Marguerite-Depasse,
B-6060 Gilly, Belgique

Commission des référentiels de la SFMU : Jean-Baptiste Bouillon (Clermont-Ferrand), Pierre Catoire (Bordeaux), Anthony Chauvin (Paris), Delphine Douillet (Angers), Xavier Dubucs (Toulouse), Cédric Gil-Jardine (Bordeaux), Jérémy Guenezan (Poitiers), Maxime Jonchier (La Rochelle), Pierrick Le Borgne (Strasbourg), Philippe Le Conte (Nantes), Nicolas Peschanski (Rennes), Geoffroy Rousseau (Tours), Barbara Villioing (Paris)

Conseil d'administration de la SFMU : Sandrine Charpentier (Toulouse), Anthony Chauvin (Paris), Tahar Chouihed (Nancy), Florence Dumas (Paris), Jean-Paul Fontaine (Paris), Patricia Jabre (Paris), Olivier Mimos (Poitiers), Yann Penverne (Nantes), Catherine Pradeau (Bordeaux), Patrick Ray (Dijon), Dominique Savary (Angers), Karim Tazarourte (Lyon), Nicolas Termoz-Masson (Grenoble), Youri Yordanov (Paris)

manager puisse porter une vision stratégique auprès des équipes et des partenaires. La mise en place d'un projet et la tenue de réunions doivent être organisées avec une stratégie efficace. Pour cela, l'énonciation et le partage d'objectifs clairs, les règles de fonctionnement, l'implication des agents dans les décisions sont des outils efficaces pour limiter la résistance au changement et favoriser la coconstruction des transformations. Le développement des compétences par le biais de formations individuelles et collectives permet les temps d'échanges nécessaires à l'épanouissement des professionnels, au renforcement de la motivation et à la construction de valeurs communes. Certains facteurs sont directement associés à l'attractivité d'une SMU comme l'ambiance de travail, la diversification de l'activité et la gestion individualisée des carrières. Les organisations mises en place doivent permettre d'assurer une sécurité psychologique et une collaboration interprofessionnelle effective pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins. La communication et la gestion de crise doivent être réfléchies et organisées avec méthode pour construire une SMU où chaque collaborateur pourra s'investir et se reconnaître. Les experts s'accordent à penser que manager une SMU doit être une activité organisée avec des outils et des compétences qui lui sont propres. Ce rôle doit être reconnu par les équipes, la direction et les partenaires.

Mots clés : Management · Leadership · Structure des urgences

Abstract Management involves organizing, planning, coordinating, and/or scheduling a task. Emergency medical services (EMS) are subject to organizational challenges due to their specific activity, interprofessional relations within the team and with partners inside and outside the hospital. To help meet these challenges, the French Society of Emergency Medicine (SFMU) wanted to bring together experts practicing in EMS and teaching, and research experts to propose a set of guidelines for EMS management based on data from the literature. While managers must be recognized for their medical skills, they must also develop their leadership skills through specific training. These skills will enable them to adapt their leadership style to situations and teams in order to encourage team motivation and commitment. As the interface between teams in the field, management, and institutional partners, their role should be to encourage dialogue and reassure teams. The manager's role and resources need to be formalized with management, in particular access to information so that the manager can convey a strategic vision to teams and partners. The implementation of a project and the holding of meetings must be organized with an effective strategy. To achieve this, setting out and sharing clear objectives, operating rules, and involving staff in decision making are effective tools for limiting resistance to change and

encouraging the co-construction of transformations. The development of skills through individual and group training provides the time for exchanges necessary for professionals to flourish, for motivation to be strengthened, and for shared values to be built. Certain factors are directly associated with the attractiveness of an EMS, such as the working environment, diversification of activities, and individualized career management. The organizations that put in place must ensure psychological safety and effective interprofessional collaboration to improve the quality of working life and the quality of care. Communication and crisis management must be carefully thought out and methodically organized to build an EMS in which every employee can invest and feel at home. The experts agree that managing an EMS must be an organized activity with its own tools and skills. This role must be recognized by the teams, management, and partners.

Keywords: Management · Leadership · Emergency Department

Introduction

Ces recommandations s'adressent à tout professionnel de structure de médecine d'urgences (SMU) en charge d'une mission ou d'une fonction d'encadrement, qui serait amené à organiser, à planifier, à coordonner et/ou à contrôler. Les SMU sont constituées des structures des urgences, des structures mobiles d'urgences et de réanimation (Smur) et des services d'aide médicale urgente (Samu) [1]. Les experts s'accordent pour affirmer qu'aucune recommandation professionnelle ne pourra remplacer les nombreux ouvrages et formations en management. Un professionnel en charge d'une mission ou d'une fonction d'encadrement doit posséder des compétences adaptées au contexte. Ces compétences se travaillent et s'entretiennent dans le temps.

Avec ces recommandations, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) a voulu proposer un socle commun sur lequel les managers en place ou en devenir pourront s'appuyer pour remplir leurs missions. Elles visent également à proposer aux responsables de formation en management dans le milieu de la santé des pistes d'enseignement et de formation pour le manager en SMU. Les questions managériales sont des préoccupations relativement récentes à l'hôpital et font l'objet d'un intérêt croissant [2]. Les équipes de SMU et leur encadrement sont particulièrement concernés par ces questions. Les SMU sont soumises depuis plusieurs années à des défis organisationnels au gré des crises successives. Les différents rapports et audits pointent l'augmentation de l'activité des SMU, la forte incidence des polyopathologies et des situations complexes, la restriction des capacités d'hospitalisation d'aval et la pénurie de solutions

de soins en extrahospitalier [3–5]. Toutes ces difficultés se sont aggravées depuis la pandémie de Covid, conjuguées à une pénurie de personnel médical et non médical. Le défi est systémique, et ce qui est qualifié de « crise des urgences » implique en réalité le système de santé dans son ensemble et appelle des réponses globales.

Le management des équipes de SMU présente un certain nombre de spécificités. En effet, les équipes, souvent de grande taille, fonctionnant en interprofessionnalité sont à l'interface de multiples activités avec des partenaires intra- et extrahospitaliers. Par ailleurs, les SMU peuvent être qualifiées de systèmes de travail à engagement et performance élevés car elles permettent à des individus experts d'exprimer leurs talents et leur motivation grâce à une certaine autonomie de fonctionnement [6]. Ces spécificités, que l'on peut retrouver dans d'autres services ou d'autres organisations, sont particulièrement prégnantes dans les SMU. Conjuguées à la situation actuelle, elles représentent des enjeux majeurs pour les managers des SMU.

La SFMU propose des recommandations professionnelles pour aider les managers en SMU. Ces recommandations ont été rédigées par un groupe d'experts. Ce groupe était composé de professionnels de santé impliqués dans les questions de management exerçant en SMU et d'enseignants-chercheurs en management. La SFMU a souhaité cette double expertise, afin d'apporter une vision académique à des questions pratiques et quotidiennes que se posent les managers en SMU. Le terme de « management » a souvent été critiqué, accusé d'être à l'origine des difficultés structurelles du système de santé. Le management désigne pourtant une action inhérente à toute organisation, à savoir planifier, organiser, diriger et contrôler une organisation [7,8]. L'organisation est entendue comme un ensemble de personnes rassemblées afin d'atteindre des objectifs, par une division du travail et des fonctions, grâce à des modalités de coordination définies [9]. Le management fait appel à des compétences de gestion (entendu au sens strict) et de leadership.

Dans la littérature et au sein du groupe d'experts, les notions de manager et de leader ont été largement débattues. Sur certains aspects, nous pourrions différencier manager et leader [10]. Le manager posséderait des compétences en termes d'organisation et de planification comme la gestion de planning, l'affectation de ressources, l'anticipation et l'organisation de l'activité par exemple. Le leader déterminerait la stratégie, communiquerait une vision de l'avenir, mettrait en place les stratégies de changement et posséderait une capacité de mobilisation et d'influence d'un groupe afin de le fédérer autour d'une action collective [11]. Nous sommes convaincus que tout professionnel de SMU en charge d'une mission ou d'une fonction d'encadrement doit acquérir à la fois des compétences de manager et de leader [12]. En ce sens, le leadership est une compétence managériale quel que soit le niveau de responsabilité du manager (manager

de proximité ou manager à responsabilité stratégique), en particulier dans les SMU [13].

Ces recommandations ne couvrent pas l'ensemble des aspects du management en SMU. Elles demandent à être approfondies par des formations spécifiques, des lectures, des échanges entre pairs. Chaque SMU étant différente par sa taille, son histoire, ses projets ou l'équipe qui la constitue, il n'existe aucune recette miracle qui permettrait de manager efficacement. Ces recommandations constituent donc un socle commun sur lequel tous les managers pourront s'appuyer pour construire une SMU performante dans la qualité des soins et dans la qualité de vie au travail [14]. Le management à l'hôpital est une thématique de recherche dynamique. Ces recommandations seront probablement amenées à évoluer avec le temps, en fonction des données de la science. Le groupe d'experts encourage les équipes de SMU à poursuivre leurs efforts dans le domaine de la recherche en management.

Méthodes

Ces recommandations sont le résultat du travail d'un groupe d'experts réuni par la SFMU. Ce groupe d'experts internationaux, constitué d'une quarantaine de personnes de formations différentes, a échangé sur des problématiques concrètes en s'appuyant sur la littérature disponible dans le champ du management en général et dans celui du management hospitalier en particulier. L'agenda du groupe a été fixé en amont, et le conseil d'administration de la SFMU a fixé les objectifs de ces recommandations. Dans un premier temps, le comité d'organisation a proposé les thèmes à traiter. Il a ensuite regroupé les experts pour une première réunion en présentiel et visioconférence afin de rédiger, de valider les questions à traiter et de définir les champs à aborder pour chacune d'elles. Au cours de cette réunion, les experts ont défini 15 questions. Le comité d'organisation a, dans un second temps, désigné des experts pour chaque question (binôme d'experts sur 12 questions et un trinôme sur 3 questions) en fonction du domaine d'expertise de chacun. Ces binômes et trinômes étaient composés au minimum d'un expert professionnel de santé en SMU et d'un expert enseignant-chercheur en management dans le domaine de la santé. L'analyse de la littérature était laissée libre. En raison d'un degré de preuve insuffisant de la littérature, les questions ont fait l'objet de recommandations sous la forme d'un avis d'expert (« les experts proposent... »). Les propositions de recommandations étaient présentées et discutées une à une. Le but n'était pas d'aboutir obligatoirement à un avis unique et convergent des experts sur l'ensemble des propositions, mais de dégager les points de concordance et les points de divergence ou d'indécision. Chaque recommandation était ensuite évaluée par chacun des experts et soumise à leurs

cotations individuelles à l'aide d'une échelle allant de 1 (désaccord complet) à 9 (accord complet). La cotation collective était établie selon une méthodologie Grade grid [15]. Pour valider une recommandation, au moins 70 % des participants devaient avoir une opinion qui allait dans le sens d'un accord. En l'absence d'accord fort, les recommandations étaient reformulées et soumises à nouveau à cotation dans l'objectif d'aboutir à un consensus.

Ces recommandations sont regroupées en deux champs : être un manager en SMU et manager une équipe de SMU. Le travail de synthèse des experts a abouti à 23 recommandations.

Champ premier : Être un manager en SMU

1. Quelles sont les compétences nécessaires pour être un manager performant en SMU ?

Recommandation :

R1. Les experts proposent que le manager soit un praticien reconnu pour ses compétences médicales et possède des compétences de gestionnaire et de leadership

Le bon fonctionnement d'une SMU requiert la mobilisation de connaissances médicales et de techniques thérapeutiques intégrant les dernières avancées scientifiques pour permettre l'amélioration continue de la qualité des soins et optimiser les parcours patients et les filières de soins. Afin de garantir cet objectif, le manager en SMU doit planifier, coordonner et contrôler les actions de l'ensemble des membres de l'équipe en s'appuyant sur leurs compétences et leurs ambitions respectives [13,16]. Il doit prendre des décisions stratégiques pour l'organisation des soins à l'échelle du service, de l'établissement et du territoire [17].

Plusieurs auteurs ont étudié ce qui caractérisait, aux yeux d'une équipe, la fonction de manager à l'hôpital et en SMU. D'après ces auteurs, un manager est considéré par son équipe comme un praticien reconnu pour sa compétence médicale et sa crédibilité [17–20]. D'autres compétences sont mises en avant dans la littérature, qui peuvent être définies comme des compétences de gestionnaire et des compétences de leadership [16,17]. Les compétences de gestionnaire permettent par exemple de planifier les actions, d'allouer des ressources selon les besoins, d'affecter les collaborateurs aux bons postes ou de contrôler le fonctionnement de son organisation [16]. Les compétences de leadership permettent de diriger et de motiver l'ensemble d'une équipe en intégrant les spécificités et les contraintes de chacun dans le respect de l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle [19,21]. Le manager en SMU doit favoriser le travail en équipe et être en capacité de résoudre les

conflits. Il doit être capable de communiquer de manière claire et efficace avec les différents partenaires (patients, personnel soignant, direction, autorités de santé) et d'établir des relations de confiance et de collaboration avec eux [13]. Sa capacité d'écoute lui permet de faire remonter des informations à la hiérarchie, de montrer qu'il est attentif aux préoccupations de son équipe et qu'il est en mesure de représenter leurs intérêts auprès de la direction [22]. Il s'appuie à cet effet sur des *soft skills* indispensables telles que la disponibilité, l'écoute active, la confiance, la délégation, l'intelligence émotionnelle, l'empathie, la réflexivité et la résilience [13,16].

Pour toutes ces raisons, le manager en SMU ne doit pas se former seul ni compter sur ses compétences innées ou son statut. Il doit disposer d'une expérience de terrain et bénéficier d'une formation et d'un accompagnement adaptés afin de développer ses compétences de gestionnaire et de leadership (voir recommandation 5) [16,21,23,24].

2. Quels styles de leadership en SMU favorisent une organisation performante ?

Recommandation :

R2.1. Les experts ne sont pas en mesure de définir un style de leadership plus performant qu'un autre
R2.2. Les experts proposent que le manager adapte son style aux caractéristiques des membres de l'équipe et de la tâche à accomplir

Dans la littérature en management, la conceptualisation des styles de leadership a donné naissance à de nombreuses approches [25–30]. La *path-goal theory* repose sur l'idée que, pour être performants, les managers doivent soutenir la motivation de leurs collaborateurs pour assurer le niveau de satisfaction professionnelle le plus élevé possible. Pour cela, le manager va accompagner le développement de leurs compétences, apporter du soutien, définir les objectifs à atteindre, clarifier le chemin, surmonter les obstacles en palliant ce qui manque dans l'environnement de travail [25,31,32]. La *path-goal theory* propose quatre styles de leadership permettant à une équipe d'être performante :

- **le style « directif »** est centré sur les objectifs et tâches à réaliser. Le manager décide, structure, planifie et contrôle les activités. Ce style est adapté à un environnement de travail sous pression (tâches urgentes, complexes, ambiguës) ou à des collaborateurs peu compétents pour la tâche ;
- **le style « de soutien »** est centré sur la qualité de la relation avec les collaborateurs, avec une attention à leur bien-être. Ce style est adapté aux tâches répétitives ou stressantes, ainsi qu'aux collaborateurs ayant un fort besoin d'affiliation. Il n'est efficace que si les collaborateurs ont

confiance en leur manager et le recours à ce style parallèlement au style directif renforce ce dernier ;

- **le style « participatif »** associe les collaborateurs à la prise de décision. Le manager consulte les collaborateurs, récolte leurs idées et opinions, intègre leurs suggestions aux décisions. Ce style est particulièrement adapté lorsque les collaborateurs sont compétents pour la tâche et ont un fort besoin de contrôle ;
- **le style « orienté réalisation »** incite les collaborateurs à travailler à leur meilleur niveau dans une perspective d'amélioration continue. Ce style est adapté aux collaborateurs visant l'excellence, challengés par des tâches difficiles et stimulantes.

En marge de leur modèle, House et Mitchell [25] font référence à une situation où les collaborateurs ne ressentent pas le besoin d'un leadership fort (les collaborateurs sont compétents et engagés, le système d'autorité est établi, les normes de groupe sont fortes) qui est proche du style délégatif de Hersey et Blanchard [26,28,33]. Le manager est en retrait et transmet la responsabilité de la décision aux collaborateurs. Il reste cependant disponible pour répondre à leurs sollicitations.

Le manager doit développer une fluidité comportementale lui permettant de changer de style de leadership selon les collaborateurs et les situations, voire d'être capable de manifester plusieurs styles simultanément [13,24,31,32]. En SMU, la littérature souligne également la nécessité d'adopter différents styles de leadership [24,34,35]. Malgré les limites de leur étude, Lahiri et al. ont montré que dans la SMU et sur le processus étudié, les managers ont tendance à utiliser préférentiellement le style directif, alors que certaines situations mériteraient de recourir à d'autres approches plus adaptées et plus performantes [32].

3. Quel doit être le positionnement du manager de SMU avec les partenaires institutionnels ?

Recommandation :

R3. Les experts proposent, pour assurer le bon fonctionnement de la SMU et la sécurisation des équipes, que le manager ait une posture d'ouverture et un rôle de médiateur entre les différentes parties prenantes dont les partenaires institutionnels

Le manager de SMU a un rôle à exercer qui dépasse le périmètre de son service. Il est à l'interface d'une diversité de partenaires institutionnels internes et externes à son établissement, directs et indirects, qui participent à l'écosystème de la SMU comme contributeur, collaborateur, autorité fonctionnelle ou hiérarchique, ou encore comme force d'influence (directeur, président de commission médicale d'éta-

blissement [CME], service d'incendie et de secours, préfecture, agence régionale de santé [ARS], élus...). Il exerce ainsi un pouvoir d'influence informel au-delà du périmètre officiel prescrit dans l'organigramme.

La SMU doit être vue comme un système social dans lequel les différentes parties prenantes jouent un rôle déterminant [36]. Le manager de SMU doit donc avoir une posture d'ouverture aux attentes et directives des partenaires, tant internes qu'externes. La responsabilité du manager de SMU est alors de trouver un juste équilibre entre les besoins internes de son service et les demandes externes. En ce sens, le manager de SMU a une position de marginal sécant au sein de l'établissement et vis-à-vis des partenaires extérieurs comme l'ARS.

Le concept de « marginal sécant » a été identifié par les spécialistes de l'innovation dans les années 1970 et utilisé par Crozier et Friedberg dans leur théorie de référence dite de sociologie des organisations [37]. Le « marginal sécant » est « un acteur qui est partie prenante de plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres » [37]. Il est capable d'entendre et de comprendre des discours différents et de les mettre en lien, de s'appuyer sur d'autres disciplines que la sienne pour mettre en lumière ce qu'elles ont en partage. La figure du « marginal sécant » illustre la position du manager de SMU, c'est-à-dire d'un acteur qui est « partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires ».

Le manager de SMU, de par sa position et son statut, a une position stratégique. Il se trouve à la croisée des logiques soignante, médicale et gestionnaire et doit adopter une position d'interface entre les parties prenantes et les acteurs de terrain. Cette posture lui permet d'entretenir des liens avec des personnes issues de métiers et de catégories socio-professionnelles très différents et d'agir de façon constructive à la jonction des différents systèmes d'actions. Il joue surtout le rôle de traducteur et de fédérateur, en composant avec différentes parties prenantes aux attentes et langages spécifiques [38].

Mais cette posture peut tout aussi être délicate. D'une part, le marginal sécant peut parfois susciter une certaine défiance du fait de son pouvoir informel. D'autre part, le manager de SMU ne doit pas se trouver enfermé dans une posture de manager-tampon, tiraillé entre les partenaires extérieurs et les équipes. Il ne s'agit pas de choisir son camp mais de s'inscrire dans une attitude dialogique et ouverte qu'il est essentiel de préserver. Sa position hybride lui permet de soutenir les décisions de son équipe vis-à-vis des partenaires institutionnels et réciproquement. Cette posture de médiateur est d'une part facilitante pour engager des démarches de coopération nécessaires au bon fonctionnement du service et d'autre part essentielle pour sécuriser les

équipes en filtrant et en adaptant les informations jugées indispensables à son fonctionnement.

4. Quels moyens doivent être mis en place pour s'assurer que le manager de SMU puisse accomplir sa mission ?

Recommandation :

R4.1. Les experts proposent que le manager bénéficie d'un accès facilité à l'information dans une relation simple et directe avec la direction afin de pouvoir porter une stratégie partagée et favoriser la remontée des besoins des équipes

R4.2. Les experts proposent que le rôle et les moyens à disposition du manager soient formalisés dans un contrat d'engagement réciproque entre la direction et l'encadrement (médical et/ou paramédical)

Le rôle d'un manager est de diriger et de guider son équipe vers l'atteinte des objectifs fixés. Pour être légitime dans cette fonction et prendre les meilleures décisions, il est important que le manager ait un accès privilégié à l'information et à la décision. L'information est à entendre comme celle, descendante, relative à la stratégie d'établissement et aux événements qui l'impactent, et comme celle, ascendante, qu'il fait émerger de son équipe.

La fonction de communication est d'autant plus cruciale que le rythme de travail est intense [17,39]. En tant qu'interface, il est important que le manager soit en mesure de communiquer de manière claire et concise avec les différentes parties prenantes, y compris les usagers, les autres services et la hiérarchie. Le manager doit avoir les compétences et les moyens nécessaires pour fédérer son équipe. Cela peut nécessiter des formations pour améliorer ses compétences de gestion et de leadership (voir recommandation 5). Il est également important que ces compétences soient valorisées lors des entretiens et éventuellement reconnues financièrement pour montrer que la direction soutient le manager dans son rôle. L'institution doit donner les moyens au manager de pouvoir fédérer autour d'événements simples (réussites symboliques) pour saluer les avancées au sein de l'équipe et renforcer le sentiment de solidarité [40]. Enfin, pour conforter officiellement le manager, il est recommandé de mettre en place, plutôt qu'une lettre de mission, un contrat d'engagement entre le manager et la direction (Tableau 1) afin de formaliser la vision commune, les objectifs et les moyens organisationnels nécessaires à leur réalisation. Ce contrat (Tableau 2) permet de faire converger la stratégie d'établissement et la stratégie de la SMU, de rendre lisibles les moyens dédiés et de responsabiliser davantage les parties prenantes [41].

Tableau 1 Proposition pour la définition des axes du contrat d'engagement réciproque

Les composantes du contrat d'engagement

- Définir la durée du contrat
- Définir une stratégie concertée pour le développement de la SMU : où le manager doit-il emmener son équipe ?
- Identifier les référents de la direction pour le manager et leur rôle pour atteindre les objectifs fixés
- Responsabilité partagée de la stratégie ou répartition des tâches ?
- Modalité et régularité des échanges ?
- Définir les axes de formations et les modalités pour le manager et son équipe en lien avec les missions définies dans le contrat

Tableau 2 Proposition de trame pour l'élaboration des objectifs du contrat d'engagement réciproque

- Étudier les besoins de l'administration hospitalière : avant de commencer à restructurer le service, il est important de comprendre les attentes de l'administration hospitalière en termes de résultats et de performance. Cela peut impliquer une analyse des objectifs et des priorités de l'administration, ainsi que des contraintes et des opportunités auxquelles elle est confrontée
- Identifier les forces et les faiblesses du service actuel : avant de proposer des changements, il est important de comprendre les points forts et les points faibles du service actuel. Cela peut impliquer une analyse de la qualité des soins, de la satisfaction des patients, de l'efficacité du personnel, de la gestion des ressources, etc.
- Établir des objectifs clairs et mesurables : une fois que vous avez une bonne compréhension des besoins de l'administration hospitalière et des forces et faiblesses du service actuel, vous pouvez commencer à établir des objectifs clairs et mesurables pour la restructuration. Ces objectifs devraient être alignés sur les priorités de l'administration et permettre de mesurer les progrès de la restructuration
- Élaborer des propositions concrètes : une fois que vous avez défini des objectifs clairs, vous pouvez commencer à élaborer des propositions concrètes pour atteindre ces objectifs. Ces propositions devraient être basées sur des données et des analyses solides et être adaptées aux besoins et aux contraintes de l'administration hospitalière
- Communiquer et échanger : enfin, il est important de communiquer et d'échanger avec l'administration hospitalière et le personnel du service afin de s'assurer que les propositions de restructuration sont bien comprises et acceptées. Cela peut impliquer des réunions de travail, des séances d'information, etc.

5. Quel programme de formation doit suivre un professionnel de MU pour être un manager efficace ?

Recommandation :

R5.1. Les experts proposent, pour accéder à des responsabilités managériales en SMU, que le professionnel suive des formations permettant de développer son « savoir mener » (management et leadership) complémentaire de son « savoir-faire » professionnel reconnu (compétences médicales)

R5.2. Les experts proposent que le « savoir mener » correspondant aux compétences managériales et de leadership fasse l'objet de formations spécifiques ciblées et s'implémente le plus tôt possible dès le début de la formation initiale

La formation des futurs managers est une priorité pour la médecine d'urgence [13,18]. Tout au long de son cursus universitaire et de son expérience professionnelle, le médecin acquiert des compétences médicales. Ce « savoir-faire » est reconnu par l'équipe. En plus de ces compétences médicales, l'acquisition de compétences en leadership et management ou « savoir mener » est essentielle pour définir les orientations stratégiques d'une SMU et répondre aux défis managériaux de gestion d'équipe. Ce développement de compétences doit être organisé autour d'un parcours structuré répondant aux exigences de la fonction de manager.

À l'instar d'autres secteurs professionnels, beaucoup de formations en management se sont mises en place dans le secteur médical. Les effets d'une formation en management sont démontrés à plusieurs niveaux dans la littérature. Au niveau de l'échelon individuel, il a été montré que les formations en management et leadership amélioreraient les résultats sur les connaissances, la motivation, les compétences et les changements de comportement [42], mais également dans la compréhension aux défis des postes du leader [43]. Au niveau organisationnel et clinique, elles améliorent la qualité des soins [42]. Parmi les types d'intervention, les formations les plus efficaces incluent des ateliers avec simulations enregistrées sur vidéo. Elles améliorent les compétences techniques, le travail d'équipe, la communication et le leadership, et renforcent la connaissance de soi [44]. D'autres interventions comme le coaching, le mentorat sont également efficaces. Des programmes spécifiques pour les femmes ont été mis en place et mettent l'accent sur le mentorat afin que les femmes puissent recevoir le soutien et les encouragements d'autres femmes qui occupent déjà des fonctions de leader [43]. Concernant les internes, des programmes de formation au leadership ont montré leur efficacité dans l'acquisition de compétences en leadership au niveau individuel, mais également dans l'amélioration de la collaboration au sein de toute l'équipe [35].

Le contenu de la formation au « savoir mener » permet le développement des qualités de management et de leadership. Le « bien gérer » (comme « manager ») vise les domaines des ressources humaines, la planification, la mesure de performance clinique, les finances, l'informatique et les bonnes relations humaines dans un contexte professionnel. Comme « leader », elle vise à la création de nouvelles méthodes, l'innovation et surtout les compétences de changement comme la vision, les plans stratégiques et tactiques, et la gestion du changement.

Champ deuxième : Manager une équipe de SMU

6. Comment mettre en place de manière performante un projet dans une SMU ?

Recommandation :

R6. Les experts proposent, pour mener un projet de manière performante, de mettre en place un dialogue de gestion régulier organisé et animé autour d'un tableau de bord

Le manager en charge d'un projet doit mettre en place un système de contrôle qui lui permettra en permanence de faire le point sur l'avancement du projet [45]. Ce système de contrôle est construit autour d'un objectif commun cible, d'objectifs secondaires et de la mise en place d'indicateurs. La réalisation des objectifs nécessite que les professionnels de santé concernés partagent le référentiel d'évaluation et les indicateurs. Les indicateurs (satisfaction patient, qualité des soins, accès aux soins, par exemple) doivent permettre de mesurer une situation ou un risque en donnant des indications d'alerte ou de bon avancement du projet [46]. La coconstruction avec les acteurs participe à sa légitimation et réduit les éventuelles oppositions [47]. Le système de contrôle, au sein duquel les différents professionnels de santé sont amenés à travailler, permet que chacun soit autonome. La diffusion de l'information permet que les acteurs soient en capacité de prendre, à leur niveau de responsabilité, les bonnes décisions et de partager une vision commune de l'état du projet. Les deux principaux outils de ce système de contrôle sont les rapports et les tableaux de bord (Fig. 1) qui apportent une vision transversale du projet et un socle commun de communication [45].

Une fois ce langage commun défini et alimenté, il faut faire vivre le dialogue de gestion autour du projet par l'analyse régulière du tableau de bord et décider des actions correctrices futures [48]. Les réunions sont le meilleur moyen de communiquer autour des indicateurs et de maintenir la dynamique collective et l'implication dans le projet. Le rythme des réunions, les acteurs y participant et la durée des réunions sont à définir en fonction de l'étendue du projet

| Objectif du projet | | Date de début | | Date de fin | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------|--------------|----------------------|---------------|--------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|--|--|
| Pilote (Nom Prénom Grade) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Groupe de travail - Comité de pilotage (PM, PNM, Administratifs,...) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comité stratégique (PM, PNM, Administratifs,...) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description de la situation actuelle et des enjeux | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICATEURS | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICATEUR | Définition | Valeur initiale | Valeur cible | Valeur intermédiaire | Valeur finale | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLAN D'ACTION ET CALENDRIER | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIONS | ACTEURS | CALENDRIER | | | | | | | | | | | | | |
| | | Juil-23 | août-23 | sept-23 | oct-23 | nov-23 | déc-23 | janv-24 | févr-24 | mars-24 | avr-24 | mai-24 | juin-24 | | |
| Constitution du groupe de travail, définition de l'objectif, choix des indicateurs | Pilotes + groupe | Fait | | | | | | | | | | | | | |
| Validation de l'objectif opérationnel | Comité stratégique | | À faire | | | | | | | | | | | | |
| Etat des lieux (définition de la valeur initiale) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Définition du plan d'action | | | | | | | | | | | | | | | |
| etc... | | | | | | | | | | | | | | | |

Fig. 1 Exemple de tableau de bord dans la mise en place d'un projet PM : personnel médical ; PNM : personnel non médical

et de sa durée. Pour cela, il est nécessaire d'identifier les moments où il est important pour l'équipe projet de s'exprimer, de critiquer et de proposer. Les réunions réalisées doivent permettre un retour d'information permanent. Elles identifient les compétences manquantes ou les comportements inadaptés afin de rectifier le plus vite possible et ne pas mettre en péril le projet [49]. Cette approche ouverte est également un facteur clé de renforcement de la solidarité interne, ce qui permet de mettre en valeur les actions et les contributions de l'équipe et de remettre l'équipe en énergie.

7. Comment aborder le changement de manière efficace dans des SMU ?

Recommandations :
R7.1. Les experts proposent, afin de mieux mettre en œuvre le changement dans le système d'engagement et de performance élevés typique des SMU, de s'appuyer sur une coconstruction des transformations

R7.2. Les experts proposent, afin de mieux mettre en œuvre le changement, six recommandations managériales clés : communiquer clairement, impliquer les agents, former les équipes, garantir un soutien managérial, entretenir l'agilité et suivre les changements

Les SMU sont souvent confrontées au défi de gérer les changements organisationnels tout en poursuivant son activité quotidienne de soins aux patients. Une transformation organisationnelle correspond à une sollicitation supplémentaire en produisant une rupture dans un équilibre existant puis un effort nécessaire pour s'adapter et créer une nouvelle zone de confort. Ce défi homéostatique organisationnel semble d'autant plus délicat à relever que les changements ne se produisent généralement pas de manière isolée [50,51]. Les SMU peuvent être considérées comme des systèmes de travail à engagement et performance élevés où des experts travaillent dans une certaine

autonomie. Cette autonomie intensifie l'engagement et renforce la performance. Ce système, pour être efficace, nécessite d'associer tous les acteurs aux différentes étapes de la transformation [51]. En suivant la séquence des trois grands temps du changement (*Dégel – Changement – Règle*), voici donc six recommandations pour aider les managers en SMU à gérer efficacement leurs changements organisationnels :

- **Communiquer clairement, avec transparence et cohérence** : il est important d'expliquer les raisons du changement et comment celui-ci sera mis en œuvre et quels seront les résultats attendus. Donner sens à la transformation aide effectivement à réduire l'ambiguïté et l'incertitude chez les agents [52]. Pour ce faire, le manager doit montrer l'exemple. Celui-ci doit aussi être prêt à écouter et à répondre à toute préoccupation ou question que ses collègues médicaux, paramédicaux ou les autres parties prenantes pourraient exprimer. Une telle attitude permet généralement d'instaurer la confiance et le soutien des personnels envers les changements et l'équipe managériale.
- **Impliquer les agents dans le processus de changement** : cela contribue à susciter le soutien et l'adhésion aux changements mis en œuvre, en réduisant la résistance aux transformations. La résistance est souvent une énergie qu'il convient d'utiliser positivement. Consulter (au moins partiellement et dans la mesure du possible) les agents dans le processus de prise de décision permet effectivement de les convertir en ambassadeurs de la transformation pour mieux convaincre les autres cibles du changement sur le terrain (et notamment les plus réfractaires).
- **Former et accompagner les équipes en gestion du changement** : la formation et les ateliers participatifs représentent de formidables espaces-temps pour la communication et la coconstruction des transformations, idéalement avec les parties prenantes hors SMU. Au-delà de la montée en compétences, ces précieux moments d'échange entre acteurs permettent de se poser pour réfléchir, de se sentir mieux préparés et d'entretenir l'émulation collective. Leur confiance dans leur capacité à faire face aux changements s'en trouve renforcée.
- **Garantir un soutien managérial** : un soutien managérial continu devrait permettre aux agents engagés de ne pas se sentir seuls face aux changements. Cette nécessaire implication des managers pour la mise en place des transformations est d'autant plus importante que les SMU semblent être des systèmes de travail à engagement et performance élevés pour lesquels la qualité du leadership est primordiale, notamment pour éviter l'épuisement des équipes [6,53]. Une ligne managériale claire permet d'apaiser la relation à l'incertitude, de limiter les errements managériaux et de faciliter ainsi le travail des équipes face aux exigences de soin et de changements.

- **Entretenir l'agilité** : les changements en SMU peuvent se produire rapidement et de manière inattendue. Il est important pour leur personnel d'être flexible et adaptable afin de réagir efficacement. Cela peut impliquer d'être ouvert aux nouvelles idées et d'être disposé à apporter des ajustements au besoin, pas seulement aux soins mais aussi à l'organisation du travail. Les experts insistent sur la nécessité d'avoir des équipes agiles et autonomes. Ces compétences se nourrissent à travers des formations des agents et une culture organisationnelle appropriée. Le recrutement d'agents ouverts aux changements facilite par ailleurs la mise en place des transformations organisationnelles.
- **Suivre la mise en place des changements** : il paraît enfin important de « prendre la température » des changements mis en œuvre afin d'ajuster les efforts managériaux si nécessaire. Cela peut se faire à travers des baromètres de suivi du changement qui se nourrissent d'indicateurs pertinents (d'activité, de ressentis des agents face au changement, voire de l'avis d'usagers) [54].

À long terme, soulager les tensions subies par les SMU en optimisant le processus organisationnel (en amont et en aval), tout en sécurisant les ressources (financières, matérielles et humaines par exemple), devrait permettre de faire face aux multiples initiatives de changements de manière plus efficace encore [55–58].

8. Comment préparer et animer une réunion d'équipe en SMU ?

Recommandation :

R8.1. Les experts proposent que toute réunion soit préparée en amont afin d'en fixer la forme, les objectifs et les moyens

R8.2. Les experts proposent de rappeler en préambule de toute réunion les objectifs, la structure, la temporalité, les règles d'interaction et d'animer toute réunion en suivant ce cadre, avec l'aide d'un gardien du temps et d'un preneur de notes

Une réunion d'équipe peut être définie comme un acte de communication regroupant un ensemble d'individus interdépendants dans leurs tâches et qui partagent la responsabilité de leurs résultats [59,60]. Il existe de multiples formes de réunions : d'échange, d'information, de travail, de résolution de problèmes, entre autres. Comme tout acte de communication collective, la réunion peut être sujette à différents obstacles : bruits, perceptions sélectives, doubles contraintes, pensée groupale, ou encore jeux de pouvoir [59,61,62]. Dans un contexte de déficit en ressources humaines chroniques en SMU, le nombre de réunions doit être réfléchi et limité par des alternatives [63–66] : affichage physique ou site

Tableau 3 Comment améliorer la dynamique d'une réunion en dix étapes

1. Questionner l'intérêt et les objectifs au regard des précédentes réunions
2. Fixer le cadre : clinique, technique, administrative, etc.
3. Identifier les participants et leurs rôles
4. Établir un ordre du jour précis
5. Informer les invités : durée (réunion debout ou flash, ou plus longue assise), lieu (présentiel ou à distance), itération (permettant de toucher toutes les équipes lors des relèves par exemple), modalités
6. Permettre des travaux préalables si nécessaire comme alimenter l'ordre du jour, relire ou rédiger des fiches d'experts
7. Structurer la réunion en grandes parties avec une durée fixée
8. Organiser une prise de note pour le rapport de la réunion et sa synthèse
9. Diffuser les conclusions et le compte-rendu
10. Évaluer l'intérêt et les objectifs pour l'organisation des futures réunions

numérique, messagerie, groupes de diffusion, réseaux sociaux par exemple. Les experts proposent que le manager en SMU améliore la dynamique des réunions en dix étapes (Tableau 3).

L'animation d'une réunion nécessite de réexpliquer l'intérêt et les objectifs — pourquoi, pour qui — mais aussi de rappeler les règles et l'organisation qui vont la permettre. Sans être nécessairement l'animateur, il est recommandé qu'un gardien de temps régule les prises de paroles.

9. Comment développer les compétences individuelles et collectives d'une équipe de SMU ?

Recommandation :

R9.1. Les experts proposent, pour développer l'acquisition de compétences individuelles et de compétences collectives d'une équipe, de développer un cadre d'évaluation et de formation et de définir clairement les rôles et missions de chacun

R9.2. Les experts proposent, pour développer un climat de travail favorable au développement des compétences, de favoriser la diversité des profils dans un cadre de travail commun et de renforcer l'engagement

Une équipe performante implique d'une part l'engagement de l'ensemble des membres de l'équipe, dans une claire vision des rôles des missions et des objectifs de chacun, accompagné de latitude décisionnelle (possibilité, dans le

cadre du travail, de décider, d'exercer un contrôle, d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles). Elle devrait d'autre part impliquer un cadre de fonctionnement collectif favorisant les synergies. La constitution d'une équipe performante nécessite dès lors de travailler à la fois sur les compétences individuelles et personnelles de chaque membre de l'équipe, et sur les compétences collectives de l'ensemble des membres de l'équipe réunis autour d'un objectif commun.

Une organisation du travail clairement explicitée permet à chaque professionnel de connaître son rôle et ses missions et de connaître également les rôles et missions des autres membres de l'équipe. Cette clarification favorise la compréhension de son rôle au sein de l'équipe, celui des autres professionnels, et l'identification des besoins et subsidiarités éventuels. Elle peut être établie au travers de cahiers des charges, de descriptifs de missions ou de rencontres interdisciplinaires. Pour chaque profession et chaque collaborateur, l'identification des situations significatives ou prioritaires doit être maîtrisée pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Elle permet d'assurer une compréhension collective des enjeux, priorités, répartition des activités et responsabilité en fonction des rôles de chacun et de ses latitudes décisionnelles [67,68].

L'évaluation et l'autoévaluation de chaque membre de l'équipe, par rapport aux connaissances, savoir-faire et comportements relatifs à ses missions, favorisent un niveau adéquat de préparation pour assurer les missions de chacun. Des actions de formation individuelles ou collectives (vidéos, tutorat, cours médicaux et notes) permettent de combler les lacunes mises en évidence par l'évaluation ou de suivre la mise en œuvre des compétences nouvelles acquises. Des formations périodiques de rappel sont recommandées pour les tâches saisonnières ou rares [69]. La diversité des profils des membres de l'équipe (en termes d'expertises, d'expériences, de genre, d'âge, etc.) favorise leur complémentarité et leur capacité à répondre à une situation imprévue. Cette diversité peut être encouragée dans le cadre des stratégies de recrutement, mais également lors de la gestion des carrières des membres de l'équipe.

Le développement d'un référentiel commun à tous les professionnels, portant sur un savoir et un savoir-faire individuels partagés par tous, favorise le travail en équipe et la coopération. Ce référentiel commun peut être encouragé par la réalisation d'actions de formation pluriprofessionnelles collectives ou de formation d'intégration et par le développement des compétences individuelles. Le rappel régulier de l'organisation collective du travail dans le service doit inclure les rôles et missions de chaque professionnel. Le développement d'un langage partagé par tous les professionnels favorise également la coopération et la cohésion de l'équipe. Ce langage partagé peut être développé au travers d'échanges formels et informels (staffs, analyse de pratiques, retours d'expériences,

analyses pluridisciplinaires de cas de patients, simulations collectives de prise en charge [68,70,71].

L'engagement subjectif des membres de l'équipe peut être renforcé par des stratégies collectives, telles que la prise de décision interprofessionnelles, l'explicitation des objectifs (projet de soins) et des valeurs partagées, ou la valorisation des comportements coopératifs. L'encouragement d'un leadership participatif et d'une *followership* actif permet de mobiliser l'équipe vers un objectif commun. Le développement d'un climat de travail favorable permet de renforcer la cohésion de l'équipe et le sentiment de sécurité au sein de l'équipe. Un climat favorable s'exprime au travers du soutien par les pairs, d'espaces d'échange et/ou d'analyse réflexive des situations, d'activités en commun y compris hors du contexte professionnel, et par la prise en compte du bien-être au travail [72-74].

10. Quels sont les leviers pour favoriser la motivation d'une équipe de SMU ?

Recommandation :

R10. Les experts proposent que le manager, pour motiver une équipe de SMU, crée un environnement de travail durable, fondé sur les valeurs de la mission de soin et qui répond aux besoins de compétences, d'autonomie et de proximité sociale de l'équipe

La motivation regroupe les raisons pour lesquelles l'individu agit. La motivation au travail a pour effet d'accroître la performance individuelle et collective [75]. La motivation peut avoir diverses sources, par exemple à l'hôpital : missions de soins, le sens au travail, le travail en équipe, le patient, la diversité du quotidien. La motivation peut s'expliquer, notamment, par la satisfaction des besoins individuels qui sont de trois ordres : le besoin de compétences, d'autonomie et de proximité sociale. Le besoin de compétence correspond à la capacité d'un individu à relever des défis [76,77]. Pour cela, il doit disposer de capacités acquises, par exemple, à l'occasion de formations, d'échanges, de retours d'expériences. Le besoin d'autonomie est lié au sentiment qu'un individu perçoit à pratiquer une médecine selon les règles de l'art et sa capacité à agir. Ce besoin pourra être nourri en permettant une implication dans l'organisation et en favorisant une participation active à la vie du service. La proximité sociale correspond au besoin d'appartenir à un groupe. Cette appartenance peut se manifester au travers des marques d'attentions que le collectif lui porte. La vie d'une équipe, les succès partagés tout comme ses difficultés sont des points majeurs qui nourrissent ce besoin.

Le manager doit créer un environnement durable soutenant ces trois besoins. Pour cela, plusieurs outils sont à sa

disposition : assurer un management de proximité avec des entretiens formels ou informels afin de cerner les attentes des membres de l'équipe, former aux événements critiques et les débriefer, accepter l'expression des émotions pour mieux les gérer, créer un environnement équitable assurant un traitement juste entre les membres de l'équipe, accepter de laisser des interactions spontanées entre les individus et des marges de manœuvre pour que chaque membre puisse y trouver naturellement sa place [78,79]. Il développera des feedbacks factuels et explicatifs des succès et échecs dans la réalisation des tâches. En sus, il contribuera au développement et à la mise en place des moyens technologiques, techniques et logistiques pour soutenir l'accomplissement des missions.

Les formations en management offrent des perspectives intéressantes dans l'accompagnement du manager tant au regard de la gestion de la motivation des membres de son équipe que dans l'organisation du quotidien (voir recommandation 5).

11. Quelles sont les attentes des générations futures pour une SMU attractive ?

Recommandation :

R11. Les experts proposent, pour une SMU attractive, de renforcer les facteurs de satisfaction au travail extrinsèques comme l'ambiance, l'environnement de travail et intrinsèques comme la diversification de l'activité, l'évolution de carrière et la valorisation

Étant donné la particularité et l'évolution du secteur hospitalier, la future génération de médecins urgentistes pourrait présenter des spécificités. Un travail de thèse en 2022 portant sur 971 médecins urgentistes montrait que les facteurs les plus attractifs pour les SMU étaient surtout extrinsèques (c'est-à-dire qu'ils ne concernent pas la nature du travail en soi, mais davantage les facteurs environnants) [80]. Les médecins interrogés citaient comme éléments attractifs : l'ambiance, la facilité d'aval, la présence d'un plateau technique performant et le respect du temps de travail clinique et hors clinique. La diversification de l'activité (SU, Samu, Smur) était l'un des seuls facteurs intrinsèques de satisfaction au travail mentionné pour renforcer l'attractivité d'une SMU. Cette même étude constatait que les centres hospitaliers à faible vacance de postes avaient un nombre de passages annuels élevé, un taux d'hospitalisation faible, et proposaient une diversification de l'activité, une possibilité d'enseigner, un temps de travail hebdomadaire respecté et une ambiance bonne ou excellente. Une autre étude rappelait l'importance de la présence d'un chef de service expérimenté (> 5 ans) [81].

Un environnement de travail ne garantissant pas la sécurité psychologique apparaît comme un facteur-clé de pénurie de personnels infirmiers [82]. Le manque d'encadrement, un temps de travail excessif, une rémunération faible dégradent également les conditions d'exercice et l'ambiance au sein d'un service, ce qui n'aide pas non plus à la fidélisation des soignants. Les établissements hospitaliers sont effectivement invités à repenser leurs indicateurs de performance et à revaloriser leurs soignants pour garantir l'attractivité et la fidélisation des personnels [56,83].

Les réponses managériales semblent effectivement résider dans les expériences vécues en milieu professionnel, car l'appartenance à une génération particulière n'influencerait finalement pas les attitudes au travail telles que l'intention de quitter [84]. La notion d'étape de carrière pourrait aussi être prise en compte pour mieux comprendre les besoins des médecins urgentistes et leur apporter une gestion de carrière individualisée [85]. La fidélisation des personnels de SMU passe aussi par l'accompagnement managérial à la fois individuel et collectif. Des formations en gestion d'équipe pourraient être recommandées, surtout que les SMU semblent être des systèmes de travail à engagement et performance élevés pour lesquels le leadership est primordial, notamment pour éviter l'épuisement des équipes (voir recommandation 5) [6].

De nombreuses organisations développent leur marque employeur, et il apparaît indispensable que les services hospitaliers (notamment les SMU) fassent de même [86]. La marque employeur relève du marketing des ressources humaines en étant la promotion, à l'intérieur et en dehors de l'organisation, d'une idée claire de ce qui rend l'organisation différente et désirable. Celle-ci permet d'améliorer sa visibilité, de réduire le *turnover* et de renforcer l'engagement des agents via une communication externe et interne.

Enfin, il faut réussir à faire travailler ensemble plusieurs générations. Les deux principaux éléments générant des situations de tensions intergénérationnelles et qui sont à prendre en compte sont les modifications opérées dans l'organisation du travail et dans les modalités de recrutement. Ils peuvent être sources de conflit, parce qu'ils remettent en cause les statuts et hiérarchies en place [87].

12. La collaboration interprofessionnelle favorise-t-elle la performance en SMU ?

Recommandation :

R12.1. Les experts proposent, pour améliorer la prise en charge des patients et la qualité de vie au travail des soignants, de favoriser la collaboration interprofessionnelle (CIP)

R12.2. Les experts proposent, pour favoriser effectivement la CIP, que le manager mette en place

une stratégie globale en prenant en compte les facteurs systémiques, organisationnels, interactionnels et émergents

Dans la littérature, la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans le domaine de la santé est définie comme « un partenariat actif et continu entre des professionnels d'origines diverses, ayant des cultures professionnelles distinctes et représentant éventuellement des organisations ou des secteurs différents, qui travaillent ensemble pour fournir des services au bénéfice des utilisateurs de soins de santé » [88].

Si la CIP a été peu étudiée dans les SMU, il semble néanmoins qu'elle favorise la qualité et la sécurité des soins, ce qui aurait pour conséquence logique d'augmenter également la satisfaction du patient [89–91]. La CIP favoriserait par ailleurs la satisfaction au travail des soignants diminuant par là même les risques psychosociaux et notamment le risque de *burn out* [90,92–94]. Enfin, la CIP permettrait également la réduction des coûts liés aux soins [90]. Même si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la CIP comme un moyen d'optimiser un système de santé [7], certains auteurs observent que la CIP peut parfois être perçue comme négativement par les professionnels de santé qui peuvent se sentir menacés dans leurs fonctions et leur rôle [95,96].

Afin de favoriser la CIP, la littérature identifie quatre familles de facteurs : les facteurs systémiques, organisationnels, interactionnels et émergents [97].

- *Les facteurs systémiques* : ce niveau correspond à l'organisation hospitalière dite « en silo » précisant qu'un système construit sur des logiques de pouvoir, d'autorité ou de compétition n'est pas favorable à l'émergence d'une CIP contrairement à une philosophie de construction valorisant l'équité, l'interdépendance et la communication libre [97–100].
- *Les facteurs organisationnels* : ils correspondent aux stratégies d'organisation dans les rôles, missions et responsabilités de chacun, conception de l'équipe, style de management et gestion des conflits, ainsi que la gestion du stress et du niveau d'autonomie de chacun [97,98]. Concernant les rôles et missions établissant le périmètre de chacune des parties de la CIP, « il demeure nécessaire de clarifier certaines frontières [pour éviter] la fusion (tout le monde fait la même chose) et la confusion » [98]. Pour délimiter le rôle de chacun, il paraît nécessaire d'explicitier ce qui est attendu de chacun des membres et ce que chacun peut attendre des autres. Cette compréhension des rôles permet le développement d'une vision commune, prérequis à l'établissement d'une CIP réussie [101].
- *Les facteurs interactionnels* : ils correspondent au *leadership*, au sentiment d'appartenance et à la cohésion d'équipe ainsi qu'à la reconnaissance mutuelle [100,102,103].

- *Les facteurs émergents* : ce sont des facteurs nouvellement explorés dans la littérature, à savoir la confiance mutuelle, la cohésion, la volonté de collaborer [97].

13. Comment organiser une culture positive de l'erreur en SMU ?

Recommandation :

R13. Les experts proposent d'organiser une culture positive de l'erreur en améliorant la sécurité psychologique des collaborateurs

Une culture positive de l'erreur peut être organisée à partir du concept de sécurité psychologique conceptualisé par Edmondson [104]. Le projet Aristote, de Google, identifie la sécurité psychologique comme le facteur le plus important qu'une équipe doit posséder pour être performante [105]. Ce concept repose sur la conviction de ne pas être puni ou humilié pour avoir exprimé des idées, des questions, des préoccupations ou des erreurs. Ainsi, l'erreur n'est plus un échec, mais une opportunité d'amélioration continue pour innover et améliorer la performance de l'équipe [106]. La sécurité psychologique ne consiste pas à être gentil ou à abaisser les normes. C'est une stratégie de prise en charge de l'erreur et d'amélioration continue, collective, qui repose sur une confiance construite et qui permet de fixer des objectifs élevés. En pratique, pour améliorer la sécurité psychologique, il convient de :

- clarifier les objectifs attendus de et par chacun ;
- accepter la nature humaine et imparfaite de chacun ;
- être patient, ouvert d'esprit, inclusif dans les décisions en donnant la parole à tous ;
- être ferme avec les comportements négatifs ;
- créer une *red team* à l'intérieur de l'équipe principale, dont la tâche est de chercher les faiblesses conceptuelles ou organisationnelles ;
- partager les erreurs lors de temps dédiés ;
- créer une codépendance entre les membres de l'équipe, autour de valeurs, de comportement et d'un travail de haute qualité.

Les revues de mortalité et de morbidité, outil des soignants dédié à l'analyse des erreurs, doivent prendre en compte ces notions. De plus, les facteurs humains sont également à prendre en compte. Plusieurs autres outils existent pour évaluer le niveau de sécurité psychologique d'une équipe, ce qui est clé afin de mieux comprendre d'où l'on part lorsque l'on veut mettre en place des actions concrètes pour améliorer ce dernier [107].

14. Comment mettre en place et pérenniser une communication multidirectionnelle en SMU ?

Recommandation :

R14. Les experts proposent, pour mettre en place et pérenniser une communication multidirectionnelle, de bien différencier information et communication, de se questionner sur les objectifs attendus avant sa mise en œuvre ; de permettre l'expression de chacun, en toute bienveillance et dans des espaces adaptés ; d'utiliser sans abuser les nouvelles technologies

Mettre en place une communication pérenne questionne le manager en termes de temporalité, de modalités et d'objectifs. Comment communiquer ? Quand, pourquoi et avec quoi communiquer ? À qui la communication s'adresse-t-elle ? Les données de la littérature permettent une approche reprenant les éléments au fondement de la communication : convivialité, bienveillance, implication, temps, participation et posture. Michon a décrit ainsi un modèle communicationnel autour de six composantes, qui souligne l'importance et les différentes finalités de la communication que le manager doit mobiliser :

- l'information pour la diffusion de messages utiles, clairs, précis, au moment adapté ;
- la convivialité pour un bon climat relationnel quelle que soit la fonction ;
- la participation pour une mobilisation de toutes les compétences et vers une reconnaissance des individus et du groupe ;
- la fédération pour l'adhésion à des objectifs partagés ;
- l'implication et l'investissement professionnel et enfin ;
- l'identification vers un sentiment d'appartenance à la culture de la structure [108].

À travers cette réflexion, l'auteur va plus loin et questionne les valeurs et la manière d'échanger informations et idées. De manière générale, communiquer est rendu parfois difficile du fait de l'instabilité des informations transmises, des outils utilisés, de la crédibilité de l'émetteur et des opinions de chacun laissant place à la rumeur, de la maîtrise du facteur temps, de la définition des objectifs ou simplement de la charge mentale et des tâches en cours [109,110].

Le milieu hospitalier, en grande mutation depuis quelques années, rend encore plus compliquée la communication, au milieu des changements de règles, de comportements, de valeurs [111]. D'autres modèles partant de « être ensemble » vers le « faire ensemble » mettent en avant le collectif pour une communication multidirectionnelle où chacun participe à hauteur de ses compétences [112]. Sans implication, reconnaissance, motivation et bienveillance, le risque est que la

communication ne permette pas à chacun de s'investir dans la structure.

À défaut de proposer des orientations précises, la littérature permet de formuler des pistes que chacun pourra mettre en œuvre selon les besoins et le contexte pour mettre en œuvre une communication multidirectionnelle :

- prioritairement répondre aux questions suivantes : pourquoi, comment, quand, pour qui et avec qui ?
- différencier information et communication et ne pas diminuer les échanges en informant plus ;
- être convivial, bienveillant et ouvert ;
- survenir au bon moment ;
- impliquer les professionnels, les faire participer et ne pas être injonctif ;
- pouvoir se dérouler dans des lieux adaptés (et ces lieux doivent donc être pensés à l'intérieur du service) ;
- pouvoir permettre à chacun de parler ;
- prendre en compte la temporalité et le fait que tous les professionnels ne sont pas là en même temps.

Cette communication peut s'appuyer sur les nouvelles technologies tout en respectant le droit de réserve, la confidentialité et le droit à la déconnexion. Une communication multidirectionnelle pourrait ainsi proposer, en dehors d'éléments d'informations : des espaces d'échange pour discuter de manière informelle entre professionnels ou pour discuter autour de situations et partager des émotions ; des briefings ou débriefings réguliers ; une charte de la communication prenant en compte l'organisation et les contraintes de la structure et le droit à la déconnexion.

15. Quelle stratégie de gestion des conflits est associée à un meilleur résultat dans une SMU ?

Recommandation :

R15.1. Les experts proposent, pour construire une stratégie de résolution qui soit efficace, de ne jamais tenter de résoudre immédiatement un conflit, sous le coup de l'émotion, et de prendre le temps de l'écoute et de l'analyse de la situation

R15.2. Les experts proposent que l'attention portée soit la plus précoce possible pour éviter que la situation ne s'envenime et devienne difficile à gérer au niveau relationnel par la suite

La littérature scientifique sur le conflit interpersonnel propose de nombreux cadres d'analyse. La majorité d'entre eux retient que la stratégie de gestion des conflits doit respecter les différentes étapes ci-dessous [113].

- **Écouter.** Pour faire face à la colère ressentie, il faut s'isoler, à part, avec chaque personne dans un espace neutre. Dans un premier temps, prendre le temps de l'écoute

(pour que la personne « vide sa charge émotionnelle ») et sans porter de jugement. Ensuite, reformuler le ressenti et les faits rapportés (pour que la personne se sente reconnue dans sa souffrance). Les solutions pour sortir du conflit ne pourront être réalisées qu'après avoir écouté l'ensemble des protagonistes.

- **Diagnostiquer.** Au-delà de l'objet même du conflit, il faut décomposer les exigences de chaque partie, car bien que ces dernières se focalisent sur un même objet, les souhaits profonds de chacun peuvent différer. Faire la distinction entre ce qui relève du comportement des personnes (la relation), des règles et procédures (l'organisation).
- **Résoudre.** Parvenir à intégrer les souhaits de chaque partie demande une certaine créativité. L'objectif est de dépasser l'objet du conflit désigné pour imaginer des solutions procurant un bénéfice mutuel [114]. L'intervention peut porter aussi bien sur la relation (comportement à recadrer) que sur l'organisation (règles à formaliser ou à clarifier par exemple). Cela suggère qu'il faut appréhender, de prime abord, le conflit comme une opportunité d'améliorer le relationnel du collectif et l'organisation dans ses processus [115].

La phase de résolution peut également se construire sur un « principe supérieur commun » (le bien-être et la sécurité du patient par exemple) sur lequel les protagonistes sont en accord, afin de penser l'après-conflit [116]. À noter qu'en fonction de la gravité des comportements relevés la rédaction d'un rapport circonstancié sera demandée aux protagonistes. Lorsque le manager est partie prenante du conflit, la résolution peut en être plus difficile. Il faut oser faire appel à un tiers médiateur.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. République française (2006) Code de la santé publique, paragraphe 1 : Structures de médecine d'urgence (Articles D6124-1 à D6124-11). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA_000006198990 (Dernier accès le 24 octobre 2023)
2. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019) Moderniser le pilotage de l'hôpital et son management. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/article/moderniser-le-pilotage-de-l-hopital-et-son-management> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
3. Mesnier T, Carli P (2019) Pour un pacte de refondation des urgences. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf (Dernier accès le 19 octobre 2023)
4. Braun F (2022) Mission flash sur les urgences et les soins non programmés. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf (Dernier accès le 19 octobre 2023)

5. Samu Urgences de France (2015) Livre banc. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
6. Kilroy S, Fu N, Bosak J, et al (2022) Reducing day-level emotional exhaustion: the complementary role of high involvement work systems and engaging leadership. *Hum Resour Manag J* 33:846–67
7. Mintzberg H (2004) Le management : voyage au centre des organisations. Éditions Eyrolles, Paris
8. Fayol H (1916) Administration industrielle et générale. Dunod Éditions, Malakoff
9. Desreumaux A (2015) Chapitre 1. Notion d'organisation. In: Théorie des organisations. EMS Éditions, Caen, pp 41–79
10. Zaleznik A (2004) Managers and leaders: are they different? *Clin Leadersh Manag Rev* 18:171–7
11. Yukl G (1989) Managerial leadership: a review of theory and research. *J Manage* 15:251–89
12. Bleetman A, Sanusi S, Dale T, et al (2012) Human factors and error prevention in emergency medicine. *Emerg Med J* 29:389–93
13. Wilson S, Rixon A, Hartanto S, et al (2020) Review article: systematic literature review of leadership in emergency departments. *Emerg Med Australas* 32:935–52
14. Commission Risque Incident Sécurité Sureté Qualité (RIS2Q) (2023) Être et durer en médecine d'urgence. Guide de la qualité de vie au travail. Société française de médecine d'urgence. https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/ref_QVT_2023_v2.pdf (Dernier accès le 25 octobre 2023)
15. Atkins D, Best D, Briss PA, et al (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 328:1490
16. Seow E (2013) Leading and managing an emergency department —A personal view. *J Acute Med* 3:61–6
17. LaSalle G (2004) Leadership and the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 22:1–18
18. Rixon A, Wilson S, Hussain S, et al (2020) Leadership challenges of directors of emergency medicine: an Australasian Delphi study. *Emerg Med Australas* 32:258–66
19. Andersson H, Sundström BW, Nilsson K, et al (2014) Competencies in Swedish emergency departments — The practitioners' and managers' perspective. *Int Emerg Nurs* 22:81–7
20. Berghout MA, Fabbriotti IN, Buljac-Samardžić M, et al (2017) Medical leaders or masters? A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS One* 12:e0184522
21. Lateef F (2018) Grace under pressure: leadership in emergency medicine. *J Emerg Trauma Shock* 11:73–79
22. Wright AL, Zammuto RF, Liesch PW (2017) Maintaining the values of a profession: institutional work and moral emotions in the emergency department. *Acad Manage J* 60:200–37
23. Rosenman ED, Shandro JR, Ilgen JS, et al (2014) Leadership training in health care action teams: a systematic review. *Acad Med* 89:1295
24. Klein KJ, Ziegert JC, Knight AP, et al (2006) Dynamic delegation: shared, hierarchical, and deindividualized leadership in extreme action teams. *Adm Sci Q* 51:590–621
25. House RJ (1996) Path-goal theory of leadership: lessons, legacy, and a reformulated theory. *Leadership Q* 7:323–52
26. Hersey P, Blanchard KH (1969) Life cycle theory of leadership. *J Train Dev* 23:26–34
27. Blanchard K, Zigarmi D, Nelson R (1993) Situational leadership after 25 years: a retrospective. *J Leader Organ Stud* 1:21–36
28. Bass BM (1990) From transactional to transformational leadership: learning to share the vision. *Organ Dyn* 18:19–31
29. Blake RR, Mouton JS (1985) The managerial grid III: a new look at the classic that has boosted productivity and profits for thousands of corporations worldwide. Gulf Publishing Company, Book Division, Houston
30. Burns JM (2010) Leadership. HarperCollins, New York
31. Northouse PG (2015) Leadership: theory and practice. SAGE publications
32. Lahiri K, Indrasena BSH, Aylott J (2021) Unprecedented times in the emergency department: are “board rounds” and leadership the missing links to improve patient flow? *Leadersh Health Serv* 35:74–90
33. Bass BM, Avolio BJ (1990) The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. In: Research in organizational change and development. JAI Press, Greenwich, 4:231–72
34. McCormick S, Wardrope J (2003) Article 12. Major incidents, leadership, and series summary and review. *Emerg Med J* 20:70–4
35. Saravo B, Netzel J, Kiesewetter J (2017) The need for strong clinical leaders —Transformational and transactional leadership as a framework for resident leadership training. *PLoS One* 12:e0183019
36. Freeman RE, Wicks AC, Parmar B (2004) Stakeholder theory and “the corporate objective revisited.” *Organ Sci* 15:364–9
37. Friedberg E, Crozier M (1992) L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Seuil, Paris
38. Chatillon EA de, Desmarais C (2010) Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance. *Rev Fr Gest* 205:71–88
39. Sweeney P, Matthews MD, Lester PD, et al (2022) Leadership in dangerous situations, second edition: a handbook for the armed forces, emergency services and first responders. Naval Institute Press, Annapolis
40. Anderson N, Pio F, Jones P, et al (2021) Facilitators, barriers and opportunities in workplace well-being: a national survey of emergency department staff. *Int Emerg Nurs* 57:101046
41. Claris O (2020) Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf (Dernier accès le 25 octobre 2023)
42. Geerts JM, Goodall AH, Agius S (2020) Evidence-based leadership development for physicians: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 246:112709
43. Straus SE, Soobiah C, Levinson W (2013) The impact of leadership training programs on physicians in academic medical centers: a systematic review. *Acad Med* 88:710–23
44. Ten Have ECM, Nap RE, Tulleken JE (2013) Quality improvement of interdisciplinary rounds by leadership training based on essential quality indicators of the Interdisciplinary Rounds Assessment Scale. *Intensive Care Med* 39:1800–7
45. Muller J-L, Tréhorel Y (2011) Manager un projet au quotidien. ESF Éditeur, Paris
46. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (2012) Pilotage et dialogue de gestion — Piloter et manager les projets au sein du pôle. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/guide-de-lagence-nationale-dappui-a-la-performance-des-etablissements-de-sante-et-medico-sociaux-anap-piloter-et-manager-les-projets-au-sein-du-pole-avril-2012/> (Dernier accès le 25 octobre 2023)
47. Lemaire C (2021) Quand le contrôle de gestion façonne les relations inter-organisationnelles : le cas de l'introduction d'un tableau de bord dans le médico-social. *Comptab Control Audit* 27:7–40
48. Juët R (2020) La boîte à outils du manager. 4^e éd., 51 fiches pratiques pour piloter son équipe. Éditions Dunod, Malakoff
49. Picq T (2016) Manager une équipe projet. 4^e éd., L'humain au cœur de la performance. Éditions Dunod, Malakoff
50. Kanitz R, Huy QN, Backmann J, et al (2022) No change is an island: how interferences between change initiatives evoke inconsistencies that undermine implementation. *Acad Manage J* 65: 683–710
51. Legault MJ, Chasserio S (2010) La domination dans le modèle de production de haute performance dans la gestion de projets. In: Malenfant R, Bellemare G (eds) la domination au travail : des conceptions totalisantes à la diversification des formes de

- domination. Presses de l'université du Québec, Québec (Canada), pp 99–124
52. Crozier M (1979) On ne change pas la société par décret. Éditions Grasset, Paris
 53. Kotter J (2015) Conduire le changement. Pearson, Paris
 54. Giraud L (2021) Conduire le changement en 70 schémas : comprendre, mettre en œuvre et accompagner avec les meilleures méthodes. Vuibert Éditions, Paris
 55. Carli P (2022) La médecine d'urgence de la création aux perspectives. *J Eur Urgences Reanim* 34:54–63
 56. Autissier D, Peretti JM, Horts CHBD, Giraud L (2020) Covid-19 et changement de cap pour la gestion hospitalière ? Trajectoire de crise, adaptation des organisations aux crises sanitaires, économiques et sociales de la Covid-19. MA Éditions, Paris
 57. Rouff E, Braun F (2022) Emergency Department Observation Unit (EDOU) : changer de paradigme sur l'UHCD en France ? *J Eur Urgences Reanim* 34:19–23
 58. Jonchier M, Mimoz O, Guenezan J (2022) Changer l'organisation des services d'urgence. *J Eur Urgences Reanim* 34:31–4
 59. Alexandre-Bailly F (2006) Comportements humains & management. Pearson Éducation France, Malakoff
 60. Allard-Poesi F (2012) Management d'équipe. 3^e édition. Éditions Dunod, Paris
 61. Amado G, Guittet A (2017) Dynamique des communications dans les groupes. 7^e éd. Armand Colin, Malakoff
 62. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (2014) Une logique de la communication. Ed. du Seuil, Paris
 63. Dionne P, Ouellet G (1990) La communication interpersonnelle et organisationnelle : l'effet Palo Alto. Ed. G. Morin, Paris
 64. Robbins S, Judge T, Tran V (2018) Comportements organisationnels. Pearson Éditions, Malakoff
 65. Roy C (2016) Les 5 clés pour animer ses réunions professionnelles. Éditions Dunod, Paris
 66. Gillet-Goinard F, Maimi L (2020) La boîte à outils pour animer vos réunions: 75 outils clés en main + 5 vidéos d'approfondissement. Éditions Dunod, Paris
 67. Aubret J, Gilbert P, Pigeyre F (2005) Management des compétences: réalisations, concepts, analyses. Éditions Dunod, Paris
 68. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2017) Emergency medicine specialty committee. EPA Guide: Emergency Medicine. Ottawa.
 69. Boterf GL (2011) Ingénierie et évaluation des compétences. Éditions Eyrolles, Paris
 70. Boiteau K, Baret C (2016) Gérer la transition générationnelle en hôpital psychiatrique. Du diagnostic coconstruit au plan d'action. *RIPCO (Rev Int Psychosociol Gestion Comport Org)* 22:187–210
 71. de Bovis-Vlahovic C, Baret C, Yalenios J (2014) The contributions of the concept of "high reliability organisation" to the improvement of safety and quality in French paediatric acute care services. *J Econ Med* 32:333–52
 72. Baret C, Oiry E (2014) La gestion des compétences : quatre leçons pour surmonter les difficultés de la mise en œuvre dans le secteur public. *Gestion* 39:94–103
 73. Baret C, Oiry E, Codello-Guijarro P, et al (2011) Regards sur « l'effectivité » de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) à l'hôpital public. *J Econ Med* 29:305–22
 74. Royal College of Emergency Medicine (2020) Wellness Compendium. In: RCEM. <https://rcem.ac.uk/updated-rcem-wellness-compendium/> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
 75. Deci E, Ryan R (2008) Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Can Psychol* 49:24–34
 76. Deci EL, Ryan RM (2008) Self-determination theory: a macro-theory of human motivation, development, and health. *Can Psychol* 49:182–5
 77. Vallerand RJ (2000) Deci and Ryan's self-determination theory: a view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychol Inq* 11:312–8
 78. Gross JJ, John OP (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 85:348–62
 79. Sparr JL, Sonnentag S (2008) Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *Eur J Work Organ Psychol* 17:198–225
 80. Busse L, Naouri D, Olivier T, et al (2022) Quels facteurs d'attractivité médicale pour les services d'urgence en France ? *Ann Fr Med Urgence* 12:294–301
 81. Olivier T (2021) Quelle est l'ampleur du nombre de postes vacants et des inégalités territoriales en médecine d'urgence en France métropolitaine ? État des lieux et pistes d'amélioration. Thèse d'exercice, faculté de médecine, Sorbonne Université
 82. Lowman GH, Harms PD (2022) Editorial: Addressing the nurse workforce crisis: a call for greater integration of the organizational behavior, human resource management and nursing literatures. *J Manag Psychol* 37:294–303
 83. Fédération hospitalière de France (2014) Personnel médical : attractivité et fidélisation des médecins à l'hôpital public, rapport FHF. <https://www.fhf.fr/ressources-humaines-personnel-medical/personnel-medical-attractivite-et-fidelisation-des-medecins-lhopital-public-rapport-fhf>. (Dernier accès le 19 octobre 2023)
 84. Parry E, Urwin P (2021) Generational categories: a broken basis for human resource management research and practice. *Hum Resour Manag J* 31:857–69
 85. Giraud L (2012) L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière et l'appartenance générationnelle du salarié. Thèse de doctorat, Lyon-III. https://scd-resnum.univ-lyon3.fr/out/theses/2012_out_giraud_1.pdf (Dernier accès le 25 octobre 2023)
 86. Guillot-Soulez C, Roussillon Soyer C (2022) Capital de marque employeur et attractivité organisationnelle des Big Four. *Rev Resour Hum* 124:58–79
 87. Misset S (2017) Politique managériale du « sang neuf » et tensions intergénérationnelles. *Gerontol Soc* 39:91–103
 88. Morgan S, Pullon S, McKinlay E (2015) Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 52:1217–30
 89. Gilardi S, Guglielmetti C, Pravettoni G (2014) Interprofessional team dynamics and information flow management in emergency departments. *J Adv Nurs* 70:1299–309
 90. Lapiere A, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H (2017) La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé aux urgences : une revue de la littérature. *Rech Soins Infirm* 129:73–88
 91. Körner M, Bütof S, Müller C, et al (2016) Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. *J Interprof Care* 30:15–28
 92. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M (2020) Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care* 34:332–42
 93. Haumont MC, Bernaud JL, Lhotellier L, et al (2015) Psychologie de l'accompagnement. Concepts et outils pour développer le sens de la vie et du travail. L'orientation scolaire et professionnelle. Éditions Dunod, Paris
 94. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 8:CD000072
 95. World Health Organization (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. *J Allied Health* 39:196–7

96. Kvarnström S (2008) Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care* 22:191–203
97. Eckenschwiller M, Wodociag S, Mercier S (2022) La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. *Rev Manage Avenir* 131:15–38
98. Robidoux M (2007) Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle. Rapport technique, Université de Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/medecine/fileadmin/sites/medecine/images/CPSS/Fichiers_cadres_d_apprentissages/02_cadres_app_coll_professionnelle_fin_1_.pdf (Dernier accès le 19 octobre 2023)
99. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R (1999) L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sci Soc Sante* 17:67–94
100. Pitsis TS, Kornberger M, Clegg SR (2004) The art of managing relationships in interorganizational collaboration. *Management* 7:47–7
101. McDaniel SH, Hepworth J (2004) Family psychology in primary care: managing issues of power and dependency through collaboration. In: Frank RG, McDaniel SH, Bray JH, Heldring M (eds) *Primary care psychology*. American Psychological Association, Washington, pp 113–32
102. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, et al (2005) The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 19:132–47
103. D'Amours L, Ferland M, Jacob R, et al (2015) Collaborer pour faire le bien. *Gestion* 40:64–71
104. Edmondson AC (2022) *L'entreprise sereine : la sécurité psychologique, levier d'une organisation performante, apprenante et innovante*. Pearson Éditions, Paris
105. 2015) re:Work — The five keys to a successful Google team. <https://rework.withgoogle.com/blog/five-keys-to-a-successful-google-team/> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
106. Clark TR (2020) *The 4 Stages of psychological safety: defining the path to inclusion and innovation*. Berrett-Koehler Publishers, Oakland
107. ICQ Global (2020) *Measure & visualise psychological safety & cognitive diversity-Global DISC*. <https://icq.global/psychological-safety/> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
108. Michon C (1994) *Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer*. *Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ* 5:2–9
109. Calinon-Melenec B (1994) Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ? *Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ*. HS n° 1. <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2998> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
110. Aldrin P (2016) Lutter contre les rumeurs : mission impossible ? La revue des médias. <https://larevuedesmedias.ina.fr/lutter-contre-les-rumeurs-mission-impossible> (Dernier accès le 19 octobre 2023)
111. Haberey-Knuessi V, Morgan De Paula E (2013) L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Rech Soins Infirm* 115:8–18
112. Giroux N (1994) La communication interne : une définition en évolution. *Commun Organ Rev Sci Francoph En Commun Organ* 5:1–17
113. Follet Mary (2002) *Diriger au-delà du conflit — Mary Follet — Librairie Eyrolles, Paris*
114. Hachelafi H, Bouameur S, Chergue A, et al (2011) Psychodynamique adaptée à la santé mentale au travail : conflit en milieu hospitalier. *Inf Psychiatr* 87:119–25
115. Charrier P, Buchet-Poyau K, Delaroche-Gaudin M, et al (2019) Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ? *Santé Publique* 31:797–807
116. Couty É (2019) La médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médicosociaux publics : un service émergent face à de grands défis. *Inf Psychiatr* 95:317–22