



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/hma/sommaire.md?type=text.html>



Montrouge, le 13/01/2015

Chantal Bauchetet

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :
La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie

paru dans

Hématologie, 2014, Volume 20, Numéro 5

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2014

La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie

The participative approach in the care: a model inspired by hematology

Chantal Bauchetet, Stéphane Chèze, Joël Ceccaldi, Philippe Colombat
Commission éthique de la Société française d'hématologie

<chantal.bauchetet@noos.fr>

Les services d'hématologie ont été précurseurs dans le questionnement concernant la qualité de soin global apporté aux patients. Les proches y étaient pris en compte avant que cela ne devienne une injonction. Les patients en fin de vie étaient soignés dans leur service d'origine jusqu'à leurs derniers jours avec respect, tact et attention. L'esprit n'a pas changé, mais les contraintes sont différentes (diminution des lits d'hospitalisation, émergence de la médecine ambulatoire, manque de moyens, exigences de rentabilité). Cependant, même aux périodes plus fastes, les prises en charge très complexes (bien que dans une spécialité souvent choisie) étaient exigeantes et interrogeaient les soignants. Difficile de voir un jeune mourir, d'être impuissant contre des symptômes incontrôlables, de voir si peu de guérisons en regard des souffrances et de toutes ces détresses... Les soignants en souffrance réactionnelle n'avaient aucun lieu où l'exprimer, peu ou pas de soutien hiérarchique, à quoi s'ajoutaient un manque de collaboration entre médecins et infirmiers... et une charge de travail déjà très conséquente, bien que différente de celle d'aujourd'hui.

Historique de la démarche participative

Un groupe de soignants des services d'hématologie, conscients du mal-

aise et vivant au quotidien ces difficultés, s'est constitué en une association : le groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (Grasph). Il apparaissait en effet que les questions de fin de vie étaient les plus prégnantes et qu'elles devaient être traitées prioritairement, en intégrant deux dimensions : la qualité du soin aux personnes malades et la qualité de vie au travail (QVT) des soignants. C'est ainsi qu'est né, au début des années quatre-vingt-dix, le concept de la démarche palliative, pensé comme un modèle de management participatif d'équipe pour une meilleure prise en charge des patients en soins palliatifs¹ (« asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants »).

¹ 2008 : Circulaire du 26 mars relative à l'organisation des soins palliatifs reprenant la nécessité de la mise en place de la démarche palliative (DP) dans tous les services de soins. La Haute Autorité de santé entérine son caractère obligatoire en faisant de la DP l'un des cinq critères prioritaires d'accréditation pour les établissements de court, moyen et long séjour sous forme de la mesure 13a V2010. La notion de qualité de vie au travail des soignants apparaît ainsi, pour la première fois, dans les critères d'accréditation.

Hématologie

Tirés à part : C. Bauchetet

Pour citer cet article : Bauchetet C, Chèze S, Ceccaldi J, Colombat P. La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie. *Hématologie* 2014 ; 20 : 258-263. doi : 10.1684/hma.2014.0961

Plusieurs événements ont appuyé sa conception, les états généraux du cancer, en 1998, ont permis aux patients d'exprimer leurs attentes. Partant de ce constat, des lois ont vu le jour :

- c'est dans la circulaire du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement que, pour la première fois, la définition et les composantes de la démarche palliative apparaissent dans un texte officiel. Le rapport de Marie de Hennezel et les conclusions de la conférence de consensus de l'ANAES sur la prise en charge des patients en fin de vie insistent particulièrement sur son importance,
- la circulaire de juin 2004 (« Guide de mise en place de la démarche palliative en établissements » : circulaire DHOS/02/2004/257) entérine et détaille la loi de 2002,
- enfin, en 2008, si une troisième circulaire DHOS insiste à son tour sur son importance dans l'organisation des soins palliatifs, c'est la parution des critères d'accréditation par l'HAS de la V2010 qui marque une étape majeure, puisque la démarche devient l'un des cinq critères prioritaires d'accréditation des établissements pour les patients en fin de vie. Cette mesure vise, depuis son instauration, à être élargie aux autres personnes malades, souffrant de pathologies graves ou chroniques.

Il faut rappeler que la souffrance des soignants atteignait autant les médecins que les non-médecins, même s'ils l'extériorisaient différemment (turn-over, absentéisme, oublis ou défaillances professionnelles, mais aussi des cas de mal-être pouvant se traduire par des erreurs de prescription ou des conduites addictives, voire par un suicide). Cette démarche ne pouvait accéder à la crédibilité, et ainsi être l'objet d'une promotion, que par des démonstrations scientifiques. Plusieurs études [1, 2] et programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) [3-5] ont ainsi démontré l'impact positif d'une démarche participative sur la QVT des soignants.

Contenu de la démarche participative

D'un point de vue pratique, la démarche participative d'équipe repose sur des éléments simples, reproductibles et évaluables. Si l'on se réfère à ce qui conduirait au bien-être des équipes soignantes, on s'aperçoit que les besoins ressentis et exprimés sont centrés sur quelques règles de base [6] :

- communiquer,
- pouvoir exercer une autonomie dans son domaine de compétences,
- se former,
- être reconnu et valorisé,
- être soutenu dans les moments difficiles.

Aussi les piliers de la démarche participative incluent-ils ces paramètres, que l'on peut regrouper sous deux grandes rubriques : les espaces de communication et la démarche projet.

Les espaces de communication [7]

Les *staffs cliniques pluriprofessionnels* sont des réunions interdisciplinaires de discussion de cas de malades. C'est l'objectif prioritaire à atteindre dans la mise en place d'une démarche participative ; ces *staffs d'échanges* entre soignants devraient être mis en place dans toutes les unités de soins. Il s'agit de réunir chaque semaine dans l'unité de soins les différents professionnels s'occupant d'un patient, de prendre en compte la libre expression des différentes approches pour en dégager les caractéristiques inhérentes à toute personne humaine et singulière. En effet, seuls des regards croisés peuvent répondre à cette exigence pour élaborer un projet de soin et/ou de vie personnalisé. Pas de hiérarchie dans cet exposé : chaque soignant a la même importance par l'originalité de son appréciation spécifique, et ceci permet de cerner tous les besoins pour y répondre collectivement. Il est même recommandé de commencer le tour de table par l'aide-soignante puis l'infirmière, dont les informations sont fondamentales pour éclairer les médecins sur les particularismes de vie de ce patient. La reconnaissance de chaque profession est ainsi valorisée au bénéfice d'une qualité de soin optimale. La place des professionnels des soins de support y est importante pour l'élaboration d'un projet de santé personnalisé pour le patient et les proches. D'autres espaces de communication ont également une importance :

- les *groupes de réflexion éthiques* abordent d'autres dimensions du soin aux personnes, plus réflexives et répondant aux critères classiques de l'éthique du soin que sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice,
- les *réunions de morbidité* permettent d'analyser et de rectifier les pratiques lors d'un dysfonctionnement ou d'un incident préjudiciable,
- les *réunions d'organisation de service* sont davantage centrées sur les modalités de travail et intéressent tous les professionnels,
- les *formations internes au service* sont particulièrement intéressantes par la confrontation des différentes professions autour d'un sujet central, chacun se retrouvant alors en position de « non sachant », ce qui gomme les hiérarchies et favorise la communication.

Le *soutien aux soignants* quant à lui peut revêtir des formats divers allant du collectif (groupes d'analyse des

pratiques, supervision, soutien de couloir, réunions de débriefing) à l'individuel (prise en charge personnelle par un psychothérapeute).

La démarche projet [8]

Il est question de bâtir un projet collectif. Il peut s'agir du projet de service, mais également de répondre à un dysfonctionnement ou d'améliorer un point particulier de la prise en charge des patients et proches (information, soins de support, collaboration avec les réseaux, l'accueil et l'accompagnement, les liens ville-hôpital, la fin de vie, etc.).

Cette démarche passe, comme tout projet, par :

- l'analyse de la situation : besoins identifiés ou projet institutionnel s'intégrant dans le projet de service, état des lieux de la situation.
- la définition d'objectifs : à quoi veut-on arriver ? (démarche d'amélioration ou innovation),
- la mise en place de groupes pluriprofessionnels : dégager des sous-thématiques de travail sous la responsabilité d'un binôme médical/non médical, avec une étroite communication entre eux et avec le reste de l'équipe,
- le cadrage du projet : le temps (six à neuf mois), les moyens octroyés, l'organisation des temps de réunion, assurer la traçabilité.
- l'évaluation des travaux : exposer l'avancée des travaux et réajuster lors de réunions spécifiques en grand groupe,
- la valorisation du projet : information des instances, publications, présentations en congrès, reconnaissance des acteurs, individuellement et collectivement.

Si les composantes du concept sont relativement simples, c'est dans son état d'esprit que la démarche participative trouve toute son originalité et sa force [9].

Il y est en effet question de reconnaissance des personnes, de pluriprofessionnalité, de respect et d'écoute à accorder à tout acteur du soin, quelle que soit sa profession. Cette valorisation de la transversalité ne va pas de soi, tant des schémas fonctionnels bien ancrés dans l'histoire sont difficiles à modifier. Or, là encore, il s'agit de principes simples à respecter (tels la circulation de parole), d'outils de communication et d'information, et de prises de décisions partagées (rappelons qu'en dehors de la loi Léonetti, où la décision du patient compétent doit être respectée, la collégialité impose la recherche du consensus de l'équipe soignante bien que le médecin reste le responsable de la décision médicale et qu'il ne soit pas obligé de suivre systématiquement le consensus, même s'il doit expliquer à l'équipe les raisons de sa décision).

Toutes ces règles permettent d'entretenir ou de restaurer la motivation pour obtenir un consensus (élément indispensable d'évolution des fonctionnements d'équipe) ou du

moins d'entendre les différents points de vue. Il nous semble essentiel que soit instaurée à cet effet ce que nous nommons la règle des trois *r* et des neuf *c* :

- la règle des trois *r* : respect, reconnaissance et responsabilité,
- la règle des neuf *c* : cohérence, communication, complémentarité, confiance, coordination, coopération, concordance, concertation et collaboration.

On peut aussi passer par quatre chemins pour « faire avec » l'incertitude, laquelle s'exprime par un « hum » réflexif dans les bulles des bandes dessinées. Ce lequel *hum* est à la racine de quatre mots qui caractérisent l'esprit de la DP et en disent les conditions générales :

- l'*humus*, le terreau d'une clinique au chevet du malade avant d'être devant un écran,
- l'*humain* non comme maillon faible, mais comme ressource essentielle à un soin de qualité,
- l'*humour* comme capacité salutaire de distanciation, propre à éviter les flammes du *burn out*,
- l'*humilité* d'accepter que je ne sais ni ne peux tout, et que j'ai donc besoin de l'autre pour mieux vivre et mieux soigner.

Si cela paraît élémentaire, dans les faits cela demande une réelle réflexion d'équipe et principalement un changement de paradigme organisationnel et surtout managérial.

L'impact du management participatif sur la qualité de vie au travail [8]

En oncohématologie

En 2004, notre groupe a obtenu un financement PHRC pour une étude visant à démontrer une relation entre un management participatif et la QVT. Elle a été menée auprès des soignants de services d'oncohématologie du Cancéropôle Grand Ouest.

Cinq cent soixante-quatorze infirmières et aides-soignantes ont été incluses dans cette étude dont les résultats montrent une relation entre la QVT, la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe et la présence de staffs pluriprofessionnels. Des corrélations identiques sont retrouvées pour le stress perçu (avec comme facteurs supplémentaires le nombre de lits par service et le nombre de décès par mois) et le soutien social (avec comme facteurs supplémentaires le temps de transmission et la présence de bénévoles d'accompagnement).

En 2009, un deuxième PHRC a conduit aux mêmes résultats auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité. Cette deuxième étude, en cours de publication (deux articles parus, deux autres en prépara-

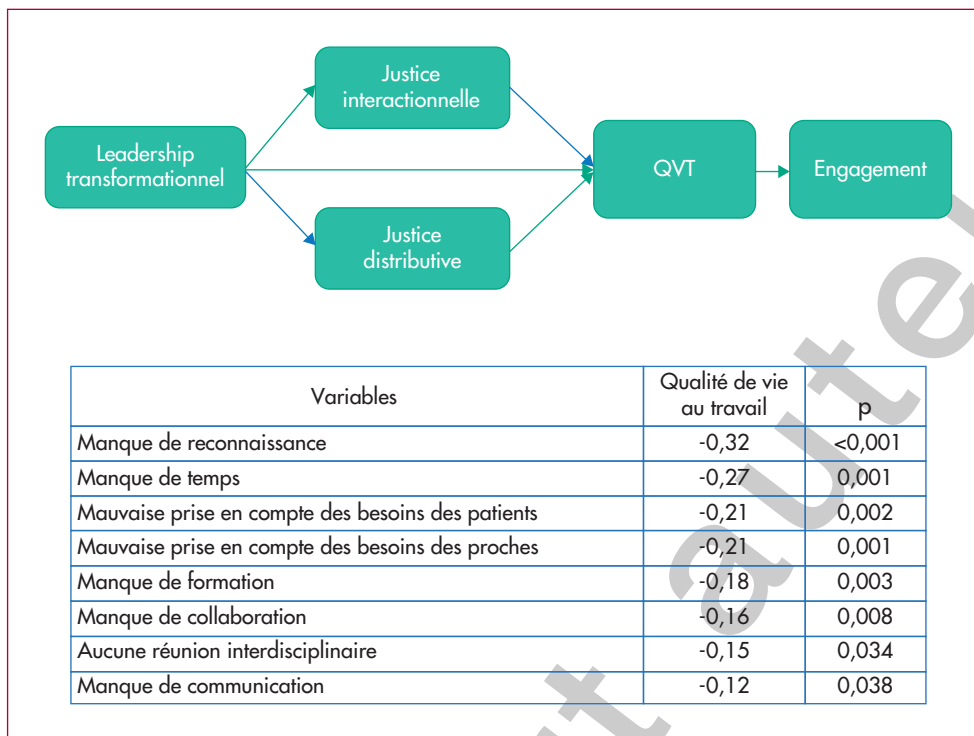


Figure 1. Résultats du PHRC de 2009 (Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokoukolo et Colombat, 2013).

tion), s'est attachée à étudier l'impact des composantes du management du cadre de santé. Il apparaît :

- que le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) entraîne une meilleure QVT et un meilleur engagement dans le travail des soignants, grâce à un renforcement des sentiments de justice organisationnelle (figure 1).

- que la justice procédurale (sentiment de justice dans les procédures mises en place) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins psychologiques (i.e., les salariés se sentent plus autonomes, plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues) et le soutien organisationnel perçu par les soignants, entraînant ensuite une meilleure satisfaction au travail, un renforcement de l'identification au service et une amélioration de la performance au travail.

En psychiatrie

Des résultats analogues viennent d'être reproduits auprès de quatre-vingt-quatre infirmiers de psychiatrie : le management participatif et la mémoire transactive (mécanismes expliquant comment un groupe organise et se rappelle les informations nécessaires à la réalisation d'une tâche commune) impactent la QVT des infirmiers, et

ce malgré un effectif très faible. La relation entre le management participatif et la QVT passe par le support organisationnel et la justice organisationnelle perçue, montrant là encore le rôle essentiel du cadre de santé dans le management.

En dehors du milieu de la santé

La première étude a été menée dans auprès de 235 policiers. Elle montre que la motivation et l'engagement au travail sont liés à des facteurs managériaux (soutien organisationnel et soutien de la hiérarchie) et à des facteurs personnels (motivation globale), invitant à travailler sur la formation des managers mais aussi sur le coaching.

La deuxième étude concerne les mondes des PME et de la grande entreprise, et montre que le support organisationnel et le support à l'autonomie entraînent une amélioration de la satisfaction et du bien-être au travail.

Les difficultés au quotidien de la démarche participative [10]

Le management participatif est un élément contributif à la réussite du changement. Il est essentiel pour cela qu'il y ait cohérence et cohésion entre les managers médecins et

cadres de santé. En effet si leurs modes de management ne sont pas homogènes, il leur sera très difficile, voire impossible d'y entraîner une équipe de soins. Il en vient deux nécessités : créer des espaces d'échanges spécifiques pour les managers et former les managers. Il faut cependant préciser qu'un management participatif ne peut n'être que circonstanciel et qu'il n'exclut pas les autres types de management (directif, délégatif ou persuasif) appliqués en fonction des situations et des équipes. Néanmoins, la prise de conscience des managers qu'un changement est nécessaire au bon fonctionnement de l'équipe demeure l'élément fondamental permettant d'enclencher la démarche.

L'une des difficultés du management participatif est qu'il ne peut s'appliquer qu'à des groupes finis et relativement restreints, au maximum de la taille d'un service. Au sein d'un établissement, il faut donc mettre en place un projet managérial, incluant la formation des managers et mené par la direction générale, et réfléchir à la composition des groupes restreints, horizontaux et verticaux, permettant d'impliquer chacun.

Plusieurs écueils peuvent faire obstacle à cette réflexion. Il peut s'agir des conditions de travail : turn-over, démotivation, manque de maturité de l'équipe, situations conflictuelles (il est à noter que certaines de ces limites pourraient d'ailleurs être résolues par une démarche participative).

Il faut insister également sur la temporalité, pierre angulaire de l'organisation. La mise en place d'une démarche participative demande du temps, de l'expérimentation et de l'énergie. Ses bénéfices ne sont pas immédiats, ce frein peut décourager si les bénéfices ultérieurs ne sont pas clairement définis et explicites.

L'obstacle principal réside néanmoins dans les résistances au changement, qui peuvent être du fait de l'équipe comme des managers, s'exprimer individuellement ou collectivement, être passives (inertie) ou actives (conflits, refus, hostilité). Il est donc nécessaire de les décoder pour construire la démarche. Sont-elles liées au changement proposé ? Aux personnes qui le préconisent ? Au manque d'informations sur les perspectives ? Au manque de lisibilité sur les résultats ? Est-ce une question de pouvoir ou de leadership ? Qu'est-ce qu'on perd et qu'est-ce qu'on gagne ?

Il peut en effet être parfois moins coûteux de se cantonner à un rôle autoritaire pour les uns et à un sentiment de victimisation pour les autres, sans rien remettre en question, que d'engager énergie et temps dans un projet dont on n'a pas bien mesuré les conséquences pour soi-même (essentiellement pour les managers), ce qui implique que l'analyse des résistances soit l'un des préalables indispensables avant d'engager le processus.

On peut noter également que nombre d'équipes déclarent exercer dans une démarche participative plus valorisante à

exprimer qu'un fonctionnement très hiérarchisé (voire autoritaire), mais cependant sans bien en connaître ni décrire ses éléments précis.

Un élément favorable à la démarche participative réside dans la mise en évidence des bénéfices partagés dont elle est porteuse :

- pour les personnes soignées et leurs proches : la pluralité des regards croisés étant le gage principal de la prise en compte globale et personnalisée de ses besoins,
- pour les soignants, par la transversalité et la reconnaissance de chaque profession,
- pour les managers, qui accompagneront avec davantage de cohérence et de satisfaction leurs équipes jusqu'à constater un mieux-être dans le quotidien,
- pour l'institution, si l'absentéisme diminue, que les indices de satisfaction au travail augmentent et qu'on lui reconnaît « dans les murs et hors les murs » l'intérêt porté à ses professionnels (expérience des *magnets hospitals* qui pourrait trouver son équivalence dans les hôpitaux français).

Perspectives [11]

La démarche participative est déjà instaurée dans certains établissements, et ses bienfaits sont largement démontrés. Les études, PHRC et publications s'en font largement l'écho, et cet écho est positif.

La généralisation du modèle est l'une des pistes de travail – HAS, Institut national du cancer (INCa), Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) – menées actuellement pour réduire les risques psychosociaux chez les soignants et répondre à l'exigence de qualité des soins.

Les moyens d'y parvenir passent par la *formation initiale et continue* (repérage et prévention du syndrome d'épuisement professionnel du soignant [SEPS], mode opératoire du management participatif d'équipe), notamment celle des managers (médecins, cadres, mais aussi directeurs d'établissements) pour qui c'est une réelle remise en question, entraînant une modification de fonctionnement.

Ces formations continues, conçues et réalisées par l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (Afsos) sous le vocable « démarche participative et qualité de vie » (marque déposée), se déclinent selon trois formats : une sensibilisation de 3 h à la démarche, une formation approfondie de deux jours et un master « Management et santé au travail » en partenariat avec le service universitaire de formation continue (Sufco) de Tours². D'autres types de formation initiale sont dispensés

² Circulaire NDGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales.

auprès des futurs directeurs d'établissement à L'École des hautes études en santé publique (EHESP), les instituts de formation des cadres de santé (IFCS) et les facultés de médecine étant les prochaines cibles de formation.

L'autre levier du changement dans les unités de soin réside en l'expérimentation puis la généralisation de la démarche participative³ qui, rappelons-le, ne peut passer que par les décideurs dans un mouvement dynamique, volontariste et incitatif avec deux objectifs majeurs : créer des staffs cliniques pluriprofessionnels pour la qualité du soin et améliorer la QVT des professionnels. L'enjeu en est aussi le travail en équipe pour une meilleure prise en charge de la maladie chronique par l'élaboration d'un projet de santé individualisé pour le patient et ses proches.

Conflits d'intérêt : Aucun. ■

Références

1. Lissandre S, Abbey-Huguenin H, Bonnin-Scaon S, Arsène O, Colombat P. Facteurs associés au burn out chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie* 2008 ; 10 : 118-24.
2. Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, et al. Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des

caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie* 2008 ; 10 : 1-10.

3. Gillet N, Ph Colombat E, Michinov, Am Pronost, Fouquereau E. Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance : the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support. *J Adv Nurs* 2013 ; 69 : 2560-71.
4. Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013 ; 50 : 1359-67.
5. Brunault P, Fouquereau E, Colombat P, et al. Do Transactive Memory and Participative Teamwork improve Nurses' Quality of Work Life ? *West J Nurs Res* 2014 ; 36 : 329-45.
6. Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, et al. Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie. *Psycho-oncologie* 2011 ; 5 : 83-91.
7. Bauchetet C, Altmeyer A, Barruel F, et al. La démarche participative : un concept dynamique. *Objectif Soins* 2011 ; 198 : 1-6.
8. Bauchetet C, Barruel F, Jaulmes D, Nallet G, Preaubert C, Colombat P. La gestion participative d'Équipe : une démarche dynamique. *Bull Infirm Cancer* 2011;11.
9. Ph Colombat A, Altmeyer F, Barruel. et al. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants ; Recommandations Nice – Saint Paul De Vence 2011. *Oncologie* 2011 ; 13 : 845-63.
10. Bauchetet C, Trager S, Colombat P. Le management participatif : une clef du bien-être au travail. *Objectif Soins les cahiers du management* 2012;209.
11. Sous la direction de Ph Colombat. Qualité de vie au travail et management participatif. Editions Lamarre ; ISBN978-2-7573-0600-0. Juin 2012.

³ 2012, rapport Édouard Couty du pacte de confiance.