

La démarche participative : un concept dynamique

➤ **Ch. Bauchetet**, cadre de santé Paris, **A. Altmeyer**, psychologue Montbéliard, **F. Barruel**, psychologue Montfermeil, **A. Benoit**, IDE Ste-Feyre, **M. Cillis**, IDE Ste-Feyre, **S. Hamel**, IDE Caen, **D. Jaulmes**, hématologue Paris, **J.-L. Liotaud**, IDE libéral Marseille, **G. Nallet**, cadre de santé Besançon, **M. Panicz**, IDE Paris, **Ch. Préaubert**, IDE Montauban, **C. Querry**, cadre administratif Besançon, **A. Van Herreweghe**, Psychologue Limoges, **L. Van Hoorebeke**, psychologue Ste-Feyre, **Ph. Colombat**, Hématologue Tours, **Groupe démarche participative de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (Afsos)**

Le syndrome d'épuisement professionnel est une réalité des services de soins. En quoi et comment le concept de management participatif peut-il influencer sur la dynamique de groupe ?

Le postulat repose sur une prise en compte de la souffrance soignante incluant :

- la démarche de projet ;
- les formations pluri-professionnelles ;
- les espaces de communication ;
- le soutien aux soignants.

Ainsi, en améliorant la qualité de vie des soignants au travail, la qualité des soins se perfectionne.

HISTORIQUE

Au début des années 1990, des professionnels des services d'hématologie prennent conscience d'un malaise dans leur pratique. Ils relèvent comme une distorsion entre le

vent nouveau apporté par l'approche palliative et la réalité vécue dans les services. Mais pourquoi les soignants sont-ils en souffrance ? Cette souffrance est liée :

- à la conjoncture complexe de la spécificité hématologique (patients jeunes ou au contraire âgés et fragiles, problèmes psychosociaux complexes ; répétition des annonces de mauvaises nouvelles et des décès ; priorité des protocoles scientifiques et de la recherche clinique ; aspect symbolique et non palpable du sang, brutalité de découverte de la maladie ; imprévisibilité de la réponse aux traitements ; co-existence de réanimation (greffes) et soins palliatifs dans le même lieu de soin ; multiplicité des questions éthiques) ;
- mais aussi à l'équipe soignante, au contexte institutionnel et aux dysfonctionnements structurels (nombre de malades "lourds" en augmentation (notamment en hospitalisation de jour) ; hospitalisations itératives et durée moyenne de séjour (DMS) à optimiser (T2A) ; accroissement de la charge de travail dans un contexte contraint ; manque de reconnaissance des acteurs ; manque de communication et de formations ; tentation de traiter par des moyens curatifs parfois allant jusqu'au déraisonnable).

Ces difficultés ont largement concouru à l'apparition de conflits, de frustrations et d'insatisfactions, générateurs de souffrance chez les soignants. ▶

CHRONOLOGIE

- 1991** Création du **Grasph** (Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie)
- 2001** Intégration des soignants des services d'oncologie : **Graspho**
- 2002** Circulaire DHOS du 19 février 2002 officialisant le concept de démarche palliative
- 2004** Diffusion de la circulaire DHOS : *Guide de mise en place de la démarche palliative en établissements*
- 2005** Intégration de la Démarche soins de support : **Grasspho**
- 2008** Création de l'**Afsos** : Association francophone des soins oncologiques de Support

C'est de ce constat qu'est né un groupe pluri-professionnel de réflexion sur le concept du soin (Grasspho). Les regards croisés sur leurs approches professionnelles ont permis de proposer des axes d'évolution de la pratique incluant la prise en compte de la souffrance des soignants par un mode de management dynamique et innovant : la démarche participative (DP).

LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE : UNE RÉPONSE À LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

Face aux différentes complexités génératrices de stress, la mise en place de la DP est un enjeu à différents niveaux : pour les patients, les professionnels, les équipes et l'institution. On peut considérer le stress des soignants comme un décalage entre les exigences professionnelles et les possibilités d'ajustement d'un individu pour y répondre.

Quand le déséquilibre devient important, l'impuissance ressentie peut conduire au *burn-out* : Herbert Freudenberger⁽¹⁾ parle de « *brûlure interne* ».

Christina Maslach et Wilmar Schaufeli⁽²⁾ décrivent pour définir le *burn out* un syndrome tridimensionnel :

- l'épuisement émotionnel ;
- le désinvestissement de la relation à autrui ;
- les sentiments d'inaccomplissement de soi ou d'inefficacité personnelle.

Aubert et Pages⁽³⁾ proposent une autre approche qui est celle du stress organisationnel. Ainsi, le stress ne serait pas qu'individuel et lié à des facteurs personnels, mais il résulterait essentiellement de dysfonctionnements structurels d'organisation du travail et de leur interaction avec l'individu.

LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE : UN CONCEPT DYNAMIQUE PARTICULIER

Ce concept managérial dynamique est à notre connaissance novateur en matière de management hospitalier et le distingue d'autres modèles plus directement centrés sur l'organisationnel, la rentabilité, l'efficacité.

- La particularité de la DP tient à d'autres aspects :
- sa réponse à des difficultés de terrain propres aux services par une recherche d'adéquation entre le contexte et le management ;
 - l'implication des soignants comme des acteurs et non de simples exécutants ;
 - une conception du soin qui, dans un

contexte très scientifique, inclut la dimension humaine par la prise en compte de différents facteurs : les facteurs individuels (estime de soi, motivation, reconnaissance) ; les facteurs environnementaux (conditions de travail, conflits) ; les facteurs psychologiques (confrontation à la mort, manque de soutien) ; les facteurs institutionnels (demande de rentabilité, manques de personnels) ; les facteurs relatifs aux patients et proches ;

- des réalités de nature différente intégrées dans une pratique unifiée (exigences techniques, économiques, humaines, cliniques, administratives) sont ainsi prises en compte sans opposition et font émerger des pratiques interdisciplinaires nécessairement créatives ;
- pour réussir, la DP doit être portée avec conviction par les cadres managers du service (chef de service et cadre de santé). Leur implication forte sera garante de la cohésion du groupe.

OBJECTIFS ET DÉFINITION DE LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE

■ Objectifs

Malgré l'amélioration des symptômes grâce aux soins de soutien, on note qu'un des motifs

MÉTHODOLOGIE DE LA DÉMARCHE PROJET

- 1. Choix et définition du problème par le manager**
- 2. Recherche des causes et solutions**
 - a) Bilan des besoins en équipe**
Inventaire oral ou enquête anonyme recensant tous les points à discuter
 - b) Mise en place des groupes de travail**
Constitution de groupes pluri-professionnels traitant les items recensés et regroupés par grands thèmes
- 3. Mise en œuvre et suivi (nomination de "pilotes" en binôme médical et soignant)**
- 4. Des conditions**

Il est important que :

 - cette démarche d'amélioration s'articule avec les besoins de l'équipe ;
 - les responsables des groupes de travail soient de catégories socioprofessionnelles différentes avec une bonne communication ;
 - les propositions des groupes de travail soient validées au cours de réunions présentant l'avancée des travaux des différents groupes ;
 - le projet soit limité dans le temps avec l'assurance des managers que les décisions prises seront appliquées.

ÉTUDE DES PRÉALABLES À LA MISE EN PLACE D'UN PROJET

Obtenir l'adhésion d'un groupe pluri-professionnel est un challenge et ne peut s'obtenir que par un réel travail dans l'inter-disciplinarité.

Pertinence des questions préalables

→ Le projet est-il réaliste et réalisable ? Est-ce le bon moment ? Quel est le climat dans l'équipe ? Y a-t-il des leaders positifs et négatifs identifiés ?

→ A-t-on prévu des temps dédiés pour ce projet ? bien évalué le rapport bénéfices/efforts en regard du résultat attendu ? A-t-on l'engagement de la participation des promoteurs tout au long du projet et l'assurance de le voir aboutir ? « Faut-il être certain de réussir pour entreprendre ? »

→ Cette démarche a-t-elle obtenu l'adhésion des managers ?

Aborder et atténuer les résistances

Il est important de prévoir un espace

dédié au recueil de l'expression des professionnels.

→ Peur du changement, rupture de routine, repenser les fonctionnements, remise en question des savoirs et compétences, luttes de pouvoirs...

Connaître les modes de communication du groupe pilote et de l'équipe

Il peut exister des divergences, il faut les questionner pour s'y adapter.

→ Quelles approches entre différentes cultures ? Quelle distribution de la parole ? Qui est associé aux prises de décision ? Quelle traçabilité ?

Principes favorables à l'émergence du projet

→ Ne doit pas stigmatiser une catégorie de soignants mais être élaboré comme projet d'équipe par une approche non contraignante.

→ La co-responsabilité permet à chaque acteur de sa place de réaliser un travail spécifique qui s'inscrit dans le projet global.

→ La mise en évidence des bénéfices pour tous.

S'inspirer de ce qui se fait ailleurs

Les aspects organisationnels, humains, matériels sont à confronter, le partage des difficultés rencontrées aidant à ne pas buter sur un même écueil.

Pratiquer la valorisation pour mieux fédérer

La valorisation permet l'intégration par le constat sans jugement des limites et performances de soi et de l'autre sans tomber dans la complaisance, mais par l'appui sur les qualités intrinsèques individuelles et collectives dans une bonne communication d'équipe.

d'insatisfaction des patients est de ne pas être entendus dans toutes leurs attentes.

Parallèlement, les soignants souffrent de ce même syndrome de non-écoute.

À l'évidence, les besoins s'interpénètrent et indiquent que soutenir les soignants, c'est aussi soutenir les patients. C'est pourquoi les objectifs de la DP se définissent par une double démarche qualité tournée vers les patients comme vers les professionnels :

→ amélioration des conditions de soin ;

→ amélioration des conditions de vie professionnelle.

■ Définition et découpage autour de quatre grands axes en interaction

La méthode de management de la DP qui intègre la reconnaissance de soi et de l'autre dans une éthique de communication favorise les échanges, limite l'épuisement professionnel, permet une meilleure gestion des conflits et favorise la transversalité.

Clairement orientée vers un mieux-être au travail, la mise en place de cette démarche requiert néanmoins une volonté forte d'élaborer des stratégies de changement dans des domaines tels l'organisation des soins, la communication, la reconnaissance des diversités, la réflexion en équipe, l'écoute et le respect mutuels.

■ Des problématiques de terrain

Elles nécessitent la mise en place de projet.

► Les difficultés

→ Les problématiques récurrentes d'organisation, de dysfonctionnements ou conflits.

→ Les situations de crise nécessitent une recherche de solutions adaptées au contexte.

► Les nécessités

→ Les nouvelles législations et textes réglementaires.

→ Les orientations structurelles émanant de l'institution.

→ Le développement des nouvelles technologies. ►

LES QUATRE GRANDS AXES

DÉMARCHE PROJET

→ ÉLABORATION COLLECTIVE D'UN PROJET ENCADRÉ PAR LES MANAGERS

FORMATIONS PLURI-PROFESSIONNELLES

→ FACILITE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE PAR LE PARTAGE DES VALEURS

ESPACES DE COMMUNICATION

→ STAFFS CLINIQUES, RMM FAVORISENT L'EXPRESSION DE CHACUN

SOUTIEN DES SOIGNANTS

→ PRÉVENIR LA SOUFFRANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

MISE EN ŒUVRE DES QUATRE VECTEURS DE LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE

■ La démarche projet

Méthodologie de la démarche projet et étude des préalables. Concrètement, il s'agit, à partir d'un constat de dysfonctionnement ou d'un besoin, de mettre en place des groupes de travail pluri-professionnels pour proposer des pistes de réflexion et des propositions d'amélioration de manière consensuelle, tout en intégrant le projet de service.

■ Formations internes au service

→ L'objectif est d'apporter des éléments de formation prenant en compte les difficultés de terrain et facilitant la pratique quotidienne, tout en partageant ces éléments comme des valeurs communes de l'équipe. Elles optimisent la reconnaissance mutuelle et l'acquisition d'un langage commun.

→ Les types de formations concernées sont les formations techniques (nouveaux protocoles, avancées thérapeutiques, méthodes diagnostiques...); les formations thématiques (douleur, démarche palliative...).

→ Il est recommandé qu'elles se déroulent dans la durée pour mieux créer et entretenir le bénéfice positif sur l'évolution du groupe, et en s'adaptant aux contraintes horaires et d'équipe des professionnels (équipes de nuit, démultiplication de la formation en plusieurs groupes).

■ Espaces de communication

Lieux d'expression et de travail en équipe ou en groupes "institutionnels", ils encouragent les échanges sur les situations cliniques, l'organisation du service ou de la filière de soin: ce sont des espaces-temps de communication et/ou de réflexion commune.

► Les staffs cliniques

Ils sont fondamentaux et ont pour mission de réunir autour de cas de patients les divers intervenants chaque semaine dans les unités de soins: échanges sur l'évolution des patients au plan médical, problématiques de soin rencontrées, interventions nécessaires et utiles, et projet de soin et de vie. Chaque catégorie soignante fait ainsi le point sur la base de son approche spécifique. L'obligation de mise en place de staffs pluri-professionnels inscrite comme critère de certification V3 évaluée par la Haute Autorité de santé (HAS) est un acquis considérable, qui vient appuyer l'importance des espaces de communication promus par la DP.

► Les revues de morbi-mortalité

Espaces d'évaluation des pratiques professionnelles, elles restent encore trop souvent le fait du seul corps médical. Leur tenue constitue une remise en question formatrice.

Certains éléments développés dans ce document par la HAS méritent d'être soulignés⁽³⁾:

→ « *Le positionnement de la RMM comme un dispositif d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant. Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler.* »

→ « *La promotion d'une approche associant non seulement une analyse rétrospective de la mortalité morbidity, mais aussi une démarche prospective d'amélioration de la sécurité grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action.* »

→ « *La possibilité d'analyser en RMM des cas marqués par un décès ou une complication mais également tout évènement qui aurait pu causer un dommage au patient.* »⁽¹⁾ (guide méthodologique des RMM, HAS 2002).

► Les groupes d'analyses de pratiques

Initiés par les groupes Balint, élargis à la pratique soignante dans son ensemble, ils se déroulent dans un climat de non-jugement où peut évoluer la représentation que les soignants ont de leur métier, de leurs cultures et pratiques respectives, et s'interroger sur les valeurs partagées ainsi que les améliorations de pratiques.

■ Soutien aux soignants

Ce sont des espaces spécifiquement dédiés à la prévention de la souffrance des soignants.

→ **Le groupe de parole institutionnel:** lieu d'expression libre et des "non-dits" de la pratique quotidienne, de partage, d'échange, d'écoute réciproque, il permet à chacun de se montrer dans son authenticité, sans peur du jugement. Il constitue une pause dans le tumulte du travail pour mieux comprendre ce qui se passe dans la relation de soin.

Animé par un psychologue externe au service, il est régi par des règles absolues de discrétion, de confidentialité et de volontariat.

→ **La supervision institutionnelle ou externe:** permet de prendre du recul quant aux situations professionnelles rencontrées et de réfléchir sur sa pratique, sa place, son rôle, son implication. La présence du psychologue superviseur qui fournit des repères théorico-cliniques, et l'échange avec le groupe conduit à développer

EXEMPLE DE DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Mise en place d'une démarche d'éducation thérapeutique pour les patients en Hématologie

Les contraintes hospitalières influent sur les durées d'hospitalisation, les rendant de plus en plus courtes. De fait, elles accroissent les prises en charge ambulatoires, ce qui implique que les patients soient éduqués. L'éducation thérapeutique devenue une évidence pour assurer la continuité des soins en sécurité a demandé la mise en place d'une réflexion débouchant sur des actions concrètes.

► **Une démarche projet centrée sur le projet de vie** du patient a été élaborée en équipe pluri-professionnelle à partir de ses souhaits et ressources personnelles en adéquation avec les possibilités du service. Tous ces éléments ont été discutés et validés en équipe à chaque nouvelle instauration.

► **Le repérage des situations à risque** pour un patient donné a permis d'orienter la décision : inclusion dans un réseau de soins, relais par le médecin traitant ou maintien à l'hôpital. Quel patient ? Quel traitement ? Quels paramètres ?

► **L'information** qui implique que tous les soignants connaissent la situation globale des patients s'est faite en regards croisés lors des staffs cliniques pluri-professionnels.

► **La formation des patients et leurs proches** : il nous est apparu qu'elle ne pouvait se mettre en place de façon

homogène que si tous les soignants étaient eux-mêmes formés.

La formation de formateur est instaurée dans le service. Elle est centrée sur les besoins du patient en termes d'observance, la connaissance des produits de chimiothérapie, les effets secondaires, les paramètres de la biologie, les conseils diététiques, les conduites à tenir et le soutien à apporter. Des médecins, pharmaciens, diététiciennes et cadres-experts de l'hôpital sont intervenus dans cette formation démultipliée. La capacité pédagogique des soignants a été évaluée et renforcée sur la base du volontariat rapidement élargi devant la motivation exprimée. Destinée initialement aux nouveaux personnels, cette formation a obtenu un large succès également auprès des soignants ayant de l'ancienneté. Afin d'être cohérente et coordonnée, cette équipe a mis en place des espaces de communication dans un climat de

confiance, permettant l'échange des difficultés rencontrées, les mesures correctives et l'évaluation répétée de cette mise en œuvre.

Les managers cadre de santé et médecin ont impulsé cette démarche, organisé les temps de formation et de rencontres, aidé à la mise en œuvre et accordé leur confiance à toutes les phases du projet. Leur soutien aux soignants dans les situations difficiles s'est révélé un facteur essentiel de la cohésion d'équipe. Cette nouvelle activité validée par les hiérarchies et reconnue par la direction a valorisé le travail accompli, bénéficié à la continuité des soins en sécurité au domicile, à l'épanouissement des personnels et au bon fonctionnement d'une équipe soudée par un projet commun. Cette démarche participative pluri-professionnelle développée comme un état d'esprit dynamique a permis par la suite d'élaborer d'autres projets dans le service.

Chantal Bauchetet

un autre regard sur les processus relationnels en jeu et à élaborer des réponses individuelles adaptées à la démarche d'équipe et aux différentes exigences en présence.

→ **Les psychologues** dédiés aux professionnels sont à l'écoute des difficultés au sein des institutions de soins. Ils reçoivent les professionnels individuellement, et animent parfois les groupes de parole.

→ **Le "soutien de couloir"** entre collègues : ce soutien dans les interstices n'a pas de règle. Il peut dénouer une situation dans l'urgence, et nécessiter des réunions plus structurées.

→ **La valorisation personnelle** et la reconnaissance par la hiérarchie, de manière plus ou moins formelle, sont fortement porteuses de meilleure estime de soi.

Présentées comme "chronophages", ces réunions offrent cependant un bénéfice de temps gagné au quotidien, par la meilleure connaissance de soi, le partage en équipe, l'anticipation des problèmes et la construction de solutions

collectives.

La périodicité des réunions doit être intégrée comme temps de travail, l'ordre du jour annoncé et les horaires propices...

LIMITES ET INCIDENCE DE LA DP

■ Les limites

→ La temporalité, le turn-over et le degré de maturité de l'équipe peuvent être des freins à évaluer et dont il faut tenir compte.

→ Le fait de ne pas avoir de manager reconnu et/ou impliqué pour porter un tel projet est un obstacle difficile à contourner.

→ La difficulté du manager à adapter sa stratégie managériale selon les nécessités.

■ L'incidence

Cette démarche génère :

→ des effets de groupe positifs en stimulant des éléments moteurs du "travailler ensemble";

→ un accompagnement au changement par le ►

développement de valeurs individuelles et collectives : respect, tolérance, complémentarité, altérité, interdisciplinarité, collaboration, confiance, communication, écoute de l'Autre, humilité, acceptation de ses limites ;

→ une approche interprofessionnelle et interdisciplinaire.

La réalité complexe des fonctionnements hospitaliers fait que chacun assure un travail très spécifique dans sa sphère professionnelle sans interpénétration avec les autres, amenant le risque de juxtapositions des intervenants qui génèrent de l'incohérence.

La DP permet de dépasser cela en produisant de la coordination et une complémentarité effective et créative. Plutôt que de faire souffrir, la complexité des situations institutionnelles trouve ainsi du sens et des issues.

Mettre en place une DP est un projet générateur de modifications comportementales dans le groupe dont l'impact sur les équipes et la qualité des soins peuvent être modélisés comme projet d'amélioration des soins sur un pôle, voire un établissement. ✕

BIBLIOGRAPHIE

[1] Freudenberger, H. (1987). L'épuisement professionnel : La Brûlure interne. Québec : Gaétan Morin Éditeur.

[2] Maslach C., Schaufelli W. B. (1993), « Historical and conceptual development of burnout », [Eds]

[3] Aubert, N. & Pagès, M. (1989). Le stress professionnel. Paris : éd. Klincksieck.