

Management participatif en service de soins : une collaboration médicosoignante

C. Bauchetet, C. Préaubert, P. Colombat

Parler de management participatif dans le soin semble réducteur, on préfère parler de démarche participative. Cette démarche d'implication collective peut être décrite avec deux sens complémentaires : comme une disposition (état d'esprit) et comme une activité reposant sur des éléments en interaction mais dont le management n'est qu'une des composantes. Sa mise en place vise à : répondre aux difficultés de terrain propres aux services et aux équipes par une recherche d'adéquation entre le management et le contexte dans lequel il intervient ; générer des effets de groupe positifs favorisant le développement d'une intelligence collective appuyée sur des qualités de respect, reconnaissance de soi et de l'autre, tolérance, altérité, collaboration, confiance, humilité ; impliquer les soignants comme acteurs/partenaires et non simples exécutants en préservant la dimension humaine d'un milieu très scientifique. Clairement orientée vers un double objectif — mieux-être au travail, amélioration de qualité du soin —, cette démarche pluriprofessionnelle et interdisciplinaire requiert néanmoins une volonté forte d'élaborer des stratégies de changement dans des domaines tels que l'organisation des soins, la communication, la reconnaissance des diversités, la réflexion en équipe. Ce projet générateur de modifications comportementales individuelles et collectives est modélisable sous conditions comme projet de pôle, voire d'établissement.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Démarche participative ; Management ; Qualité de vie au travail ; Qualité des soins

Plan

■ Justificatifs d'une démarche participative dans le soin	2
Définition du SEPS	2
Causes de développement d'un SEPS	2
■ Historique de la démarche participative	2
Élaboration du concept de la « démarche palliative » (1992–1998)	2
Temps des textes législatifs (1998–2008)	2
Démonstration scientifique	2
■ Données de la littérature	3
Management participatif et qualité de vie au travail	3
Management participatif et qualité de prise en charge des patients	3
« Magnets hospitaliers »	4

■ Contenu de la démarche palliative	4	41
Espaces d'échanges	4	42
Démarche projet	4	43
Collaboration médicosoignante : espaces d'échanges entre managers	5	45
Conditions de réussite	5	46
Limites	5	47
■ Impacts sur les soins infirmiers	6	48
Apport des regards croisés sur la qualité du soin	6	49
Impacts sur la communication soignant/patient et soignant/proches : être mieux pour mieux accompagner et mieux écouter	6	52
■ Et maintenant	6	53
Généraliser le modèle	6	54
Nécessité de former les managers	6	55
		56

■ Justificatifs d'une démarche participative dans le soin

Le *burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) a fait l'objet de différentes définitions. Il correspond à un état transitoire lié à la conjoncture de circonstances professionnelles défavorables, mais n'est pas une maladie.

En 1974, Freudenberger a été le premier à décrire « un état causé par l'utilisation excessive de son énergie qui provoque le sentiment d'être épuisé et d'avoir échoué ». Bédard et Duquette^[1] le définissent comme une « expérience psychologique négative vécue par un individu, liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens », définition applicable au monde soignant.

Les études montrent une fréquence de *burnout* entre 10 et 30 % pour les soignants non médecins et entre 20 et 60 % pour les médecins en fonction des spécialités.

Définition du SEPS

Le SEPS se définit par trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel ;
- la déshumanisation de la relation à l'autre ;
- la perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail.

Ces trois dimensions sont indépendantes, ce sont des composantes individuelles vécues à des degrés divers mais qui peuvent se transmettre par effet contagieux dans l'équipe.

L'outil le plus utilisé (*Maslach burnout inventory* [MBI] test) pour dépister cette détresse a été développé par Maslach et Jackson en 1981. Ce questionnaire de 22 questions investigate les trois dimensions citées.

Causes de développement d'un SEPS

Les causes de développement d'un SEPS sont plurifactorielles^[2].

Facteurs individuels

Ce sont surtout l'âge, le sexe, le fait de vivre en couple ou non, le caractère (anxieux, pessimiste, perfectionniste) une rupture ou un deuil dans sa vie personnelle, l'idéal soignant.

Facteurs environnementaux liés au travail

On en distingue cinq :

- les facteurs liés à la discipline et à la profession : être aide-soignant, infirmière, médecin, travailler en pédiatrie, gériatrie, chirurgie ou oncologie ne procure pas les mêmes types de stress. On décrit une plus forte prévalence dans les services accueillant des patients atteints de maladie grave, voire mortelle, où les sollicitations émotionnelles sont les plus prégnantes (patients jeunes ou au contraire très âgés, confrontation répétée avec la souffrance et la mort, conflits éthiques non résolus) ;
- la charge de travail ;
- les conflits interpersonnels au sein de l'équipe, en particulier liés aux personnalités pathologiques ;
- l'organisation du travail en insistant particulièrement sur l'ambiguïté des rôles, l'interruption des tâches et la justice dans le planning ;
- le management, en sachant qu'un bon manager utilise les quatre types de management (directif, persuasif, participatif et délégitif) en fonction des situations et

des circonstances, mais que l'utilisation exclusive des managements directif et persuasif provoque de la souffrance au niveau des équipes.

■ Historique de la démarche participative^[3]

Élaboration du concept de la « démarche palliative » (1992–1998)

Dans les années 1990, le groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH), constatant la fréquence de la souffrance des soignants en hématologie, élabore un modèle de management d'équipe qui permettrait de mieux prendre en charge notamment les malades les plus en souffrance et les plus complexes dans les services d'hématologie, que sont les patients en phase palliative. C'est ainsi, tout naturellement, que ce modèle de management/démarche participative s'appela « démarche palliative » (DP).

Temps des textes législatifs (1998–2008)

- 2002 : première circulaire du ministère de la Santé prônant la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins comme modèle de prise en charge des patients en soins palliatifs.
- 2004 (juin) : circulaire ministérielle « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissement » décrivant le modèle de la démarche palliative.
- 2008 : circulaire du 26 mars relative à l'organisation des soins palliatifs^[3].
- 2008 : la Haute Autorité de santé (HAS) entérine le caractère obligatoire de la circulaire en faisant de la DP un des cinq critères prioritaires d'accréditation pour les établissements de court, de moyen et de 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.

Démonstration scientifique

En 2004, il devint évident qu'il était nécessaire de vérifier ce qu'on affirmait depuis presque 15 ans à savoir qu'une démarche participative (DP) d'équipe améliorerait la qualité de vie au travail (QVT) des soignants.

Étude de l'impact du management participatif sur la qualité de vie au travail en oncohématologie

Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2004

L'étude visant à démontrer une relation entre un management participatif et la QVT a été menée auprès des soignants de services d'oncohématologie du canceropôle Grand Ouest (574 infirmières diplômées d'État [IDE] et aides-soignants [AS]). 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)^[4] (Tableau 1).

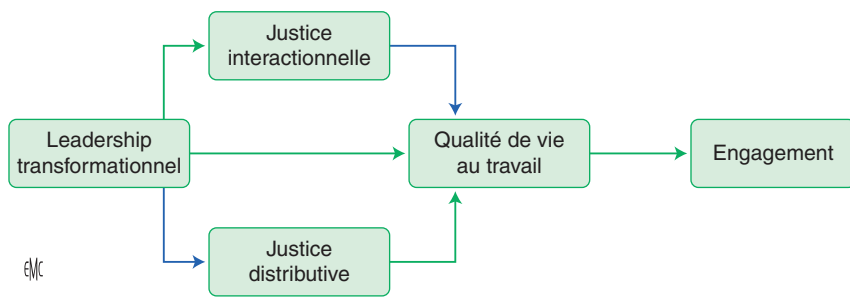


Figure 1. Impact des facteurs managériaux sur la qualité de vie et sur l'engagement au travail.

Tableau 1. Relation entre qualité de vie au travail et management participatif.

Variabiles	Qualité de vie au travail	p
Manque de reconnaissance	-0,32	<0,001
Manque de temps	-0,27	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,21	0,002
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,21	0,001
Manque de formation	-0,18	0,003
Manque de collaboration	-0,16	0,008
Aucune réunion interdisciplinaire	-0,15	0,034
Manque de communication	-0,12	0,038

PHRC 2009

Les mêmes résultats sont retrouvés auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité. Cette deuxième étude 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^[5] ;
- 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 (c'est-à-dire 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^[6] (Fig. 1).

Étude de l'impact du management participatif sur la qualité de vie au travail en psychiatrie

Les résultats viennent d'être reproduits auprès de 84 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 le rôle essentiel du cadre de santé^[7].

Données de la littérature
Management participatif et qualité de vie au travail

On a donc essayé de retrouver dans la littérature les facteurs organisationnels ayant été décrits comme influençant la *satisfaction au travail*. Dougherty et al.^[8] démontrent une relation entre le stress au travail et le manque de soutien par l'institution et le manque perçu de moyens mis à leur disposition. Barnard et al.^[9] montrent dans une étude réalisée auprès d'infirmières australiennes travaillant en oncologie que le soutien au travail vient beaucoup plus des collègues que de la hiérarchie ou de supports organisationnels.

Enfin, l'étude la plus intéressante est rapportée par Cummings et al.^[10] qui ont étudié la relation entre le management et la satisfaction au travail de 515 infirmières travaillant dans des services d'oncologie au Canada : le type de management, notamment la relation entre les médecins et les infirmières, influence significativement les opportunités pour améliorer les réunions, l'autonomie des infirmières, leurs participation aux décisions d'organisation, la mise en place d'innovations, la gestion des conflits, aboutissant ainsi à une amélioration de leur satisfaction au travail.

En oncologie, Estryng-Behar et Le Nezet^[11], en rapportant l'étude Press next, font une revue de la littérature rapportant le constat de Shader et al.^[12] selon lequel moins il y a de cohésion d'équipe et de *satisfaction* et plus le *stress au travail* et l'intention de changer de travail sont élevés. De même, la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins influençait fortement le moral et le maintien dans l'établissement des infirmiers^[13] ; l'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique ainsi que les relations entre infirmiers et médecins sont corrélés avec un environnement professionnel favorable^[14].

Plus récemment Gunnarsdottir et al.^[15] utilisant l'échelle Nursing Work Index Revised (NWI-R), échelle infirmière d'autoévaluation de la qualité de prise en charge et le MBI, démontrent une corrélation entre la perception de soutien des managers, l'adéquation des réunions et la qualité des relations entre infirmières et médecins d'une part, et la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la qualité des soins évalués par les infirmières d'autre part.

Management participatif et qualité de prise en charge des patients

L'impact sur la qualité des soins n'a été démontré que dans peu d'études, *toutes en dehors de la cancérologie*. Vahey et al.^[16] ont rapporté une étude simultanée auprès de 820 infirmières et 621 patients de 40 unités de soins américaines. Les patients pris en charge dans les unités décrites par les infirmières comme ayant un effectif adéquat, un

bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers ont été plus du double à déclarer une haute *satisfaction des soins* par rapport à ceux des autres unités. Par ailleurs les infirmiers de ces unités ayant une bonne organisation et des relations internes satisfaisantes avaient significativement moins de *burnout* : ainsi l'amélioration de l'environnement professionnel peut réduire simultanément le *burnout* et le turnover tout en augmentant la *satisfaction* des patients.

Très récemment, Van Beek et al.^[17] décrivent une relation entre une culture de clan des équipes, caractérisées par une forte cohésion, une bonne participation et le sens de l'intérêt commun et la *qualité des soins perçue par les soignants et observée par les chercheurs*.

« Magnets hospitals »

Plusieurs publications font référence aux *magnets hospitals* (« hôpitaux aimants »), modèle développé en Belgique, aux États-Unis, au Canada et dans les pays scandinaves, qui attirent les personnels soignants par un management reposant sur une relation collaborative infirmières/médecins, une responsabilisation et une certaine autonomie clinique dans leur domaine de compétence, un soutien organisationnel du cadre, un contrôle de la qualité des soins et la transmission d'une culture de soins centrée sur le patient. Or, il apparaît qu'au sein de ces établissements on constate, outre une amélioration de la satisfaction au travail, une diminution des accidents iatrogènes et une diminution de la mortalité dans les services de chirurgie^[18]. Ces études montrent également un impact économique se traduisant par une diminution du turnover des personnels, un moindre absentéisme, et une diminution des coûts de fonctionnement^[18-20].

■ Contenu de la démarche palliative

Espaces d'échanges

Il est à noter que ce que l'on attend de ces espaces d'échanges n'est pas exclusif en direction des patients ou en direction des soignants, mais des avantages et un bénéfice partagés quel qu'en soit l'angle d'approche. On peut dire ainsi qu'ils interagissent pour améliorer la qualité du soin parallèlement à la qualité de vie au travail.

Centrés sur les patients

Les staffs cliniques pluriprofessionnels sont des réunions interdisciplinaires de discussions de cas de malades. C'est l'objectif prioritaire dans la mise en place d'une démarche participative. Il s'agit de réunir chaque semaine les différents professionnels s'occupant d'un patient, de prendre en compte la libre expression des différentes approches pour en dégager ses caractéristiques singulières et répondre à des points précis :

- l'évolution médicale et psychosociale des patients ;
- les problématiques rencontrées, interventions nécessaires pour y répondre ;
- le projet de soin et de vie.

En effet, seuls des regards croisés peuvent répondre à cette exigence pour élaborer un projet personnalisé. Pas de hiérarchie dans cet exposé, chaque soignant a la même importance par l'originalité de son appréciation spécifique et cela permet d'évaluer les besoins pour y répondre collectivement. Il est même recommandé de commencer le tour de table par l'aide-soignante puis l'infirmière pour éclairer le médecin sur les particularismes de vie du 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 incluant le patient et les proches.

La mise en place de staffs cliniques pluriprofessionnels est devenue un critère exigible de certification (mesure 13a V3 de la HAS) pour les patients en phase palliative. L'objectif actuel est d'élargir cette obligation aux services de soin accueillant des patients atteints de maladie grave et/ou chronique.

Les réunions de morbidité permettent d'analyser et rectifier les pratiques lors d'un dysfonctionnement ou d'un incident préjudiciable.

Si les RCP d'organes sont essentiellement médicales, la pluriprofessionnalité s'exprime dans les RCP de soins de support, et/ou les RCP d'appui préconisées par le plan cancer III là où elles existent.

Centrés sur les soignants

Ils favorisent les échanges sur l'organisation du service ou la filière de soin, ce sont des espaces-temps importants de réflexion et de décision partagée :

- les groupes de réflexion éthique abordent le soin aux personnes par d'autres dimensions réflexives répondant aux critères classiques de l'éthique que sont le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice ;
- 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 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. Il existe différents types de formations :
 - techniques (nouveaux protocoles, méthodes diagnostiques, nouveaux matériels),
 - thématiques (douleur, démarche palliative, dispositif d'annonce, lois, etc.) ;
- 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 psychologue).

Modalités de mise en œuvre des différents espaces d'échange

Présentées et vécues comme « chronophages », ces réunions nécessitent un réel temps d'investissement initial dont le bénéfice ultérieur est objectivé par une diminution des dysfonctionnements, l'anticipation et la résolution des problèmes, une valorisation collective.

La périodicité des réunions doit être intégrée comme temps de travail, l'ordre du jour annoncé, les horaires propices. Il est recommandé qu'elles s'inscrivent dans la durée pour créer et entretenir un bénéfice positif sur l'évolution du groupe, et qu'elles s'adaptent aux contraintes horaires des professionnels (équipes de nuit, démultiplication en plusieurs groupes). Par ailleurs elles sont soumises à traçabilité pour la plus large diffusion possible...

Démarche projet

Il s'agit de bâtir un projet qui favorise l'émergence d'une intelligence collective. Cela peut autant concerner le projet de service (projet global) que répondre à un dysfonctionnement ou améliorer un point particulier d'accompagnement des patients et proches (projet ciblé).



398	Première phase du projet	
399	Quelques préalables permettent de cerner les difficultés	463
400	prévisibles et d'évaluer la faisabilité et la pertinence du	464
401	projet avant l'engagement de l'équipe :	465
402	• aborder et atténuer les résistances : prévoir un espace	466
403	dédié à l'expression des professionnels (peur du change-	467
404	ment, rupture de routine, remise en question	468
405	des savoirs et compétences), questionner les diver-	
406	gences ;	
407	• principes favorables à l'émergence du projet : ne jamais	
408	stigmatiser une catégorie de soignants, développer la	
409	coresponsabilisation et mettre en évidence des béné-	
410	fices sont des éléments indispensables ;	
411	• s'inspirer de ce qui se fait ailleurs : partager informa-	
412	tions et expériences sur des aspects organisationnels,	
413	humains, matériels.	
414	Démarche projet proprement dite	
415	Analyse de la situation	
416	• Besoins identifiés ou projet institutionnel s'intégrant	
417	dans le projet de service.	
418	• État des lieux de la situation.	
419	• Choix et définition du problème par le manager et	
420	l'équipe.	
421	• Recherche des causes et solutions :	
422	◦ bilan des besoins en équipe ;	
423	◦ mise en place des groupes de travail pluriprofession-	
424	nels.	
425	Définition d'objectifs	
426	À quoi veut-on arriver ? (Démarche d'amélioration ou	
427	innovation).	
428	Mise en place de groupes pluriprofessionnels	
429	Dégager des sous-thématiques de travail sous la res-	
430	ponsabilité d'un binôme médical/non médical avec une	
431	étroite communication entre eux et avec le reste de	
432	l'équipe.	
433	Cadrage du projet	
434	Le temps (6 à 9 mois), les moyens octroyés,	
435	l'organisation des temps de réunions, conditions de	
436	la traçabilité.	
437	Mise en œuvre, suivi et évaluation	
438	des travaux (nomination de « pilotes » en binôme	
439	médical et soignant), validation des propositions	
440	en grand groupe, implication managériale essentielle	
441	Le projet doit être réajusté à ses différentes étapes et sa	
442	traçabilité, assurée.	
443	Valorisation du projet	
444	La reconnaissance institutionnelle, les présentations	
445	en congrès/publications ou l'attribution d'une respon-	
446	sabilisation particulière sont fortement porteuses de	
447	satisfaction valorisante pour les professionnels de santé.	
448	Collaboration médico-soignante :	
449	espaces d'échanges entre managers	
450	L'accent mis sur les espaces d'échanges dans la DP	
451	doit aussi s'appliquer aux managers eux-mêmes : en effet	
452	comment comprendre la mécanique des groupes pluripro-	
453	fessionnels si on n'y est jamais confronté soi-même et que	
454	l'on ne comprend pas le fonctionnement de ses indispen-	
455	sables partenaires ?	
456	Pour cela, il semble essentiel que les managers disposent	
457	d'espaces spécifiques, qu'ils puissent y partager et recon-	
458	naître leurs difficultés, voire qu'ils y expérimentent de	
459	nouveaux modes d'actions. Ces espaces peuvent aussi être	
460	un lieu de formation au management.	
461	Au cours de ces réunions régulières regroupant au sein	
462	d'un service les médecins et les cadres, sont discutés les	
	problèmes de fonctionnement, les choix de collabora-	463
	teurs, les projets à mettre en place, l'avancée de ces projets,	464
	les orientations stratégiques, etc.	465
	Il est clair que l'homogénéité de management des diffé-	466
	rents managers au sein du service est le critère de réussite	467
	principal du modèle.	468
	Conditions de réussite	469
	Circulation de la parole	470
	Pour que la création d'espaces de parole ou d'une	471
	démarche projet puisse aboutir, il est nécessaire que les	472
	soignants osent s'exprimer pour donner leurs idées ou	473
	leur avis. Dans un service où tout le monde se tait par	474
	peur de jugement ou de représailles, il est utopique de	475
	penser qu'une démarche participative puisse être mise en	476
	place, cette « non-communication » témoignant souvent	477
	d'un fonctionnement hiérarchique ancien.	478
	Motivation de l'équipe et partage	479
	des valeurs	480
	La mise en place de staffs, comme celle d'une dyna-	481
	mique projet doit répondre à un besoin d'équipe autour	482
	d'un partage des valeurs. C'est donc à partir d'une enquête	483
	de besoins que les managers feront émerger ce désir de	484
	changement.	485
	Règles des 3R et des 9C	486
	La règle des 3R (respect, reconnaissance, responsa-	487
	bilité) et la règle des 9C (cohérence, communication,	488
	complémentarité, confiance, coordination, coopération,	489
	concordance, concertation, collaboration) sont des règles	490
	simples qui posent les bases essentielles en insistant sur	491
	certain points ; la crédibilité et la congruence du mana-	492
	ger envers son équipe passent aussi par des attitudes	493
	élémentaires de respect, le « bonjour » ou le « merci », la	494
	considération ou la non-interruption du travail.	495
	Création d'outils de communication	496
	au sein de l'équipe	497
	En dehors d'espaces dédiés, il est nécessaire de créer des	498
	outils de communication pour informer de l'avancement	499
	des projets ou des décisions. Il peut s'agir de documents	500
	papiers ou informatiques ou de réunions spécifiques, for-	501
	melles ou informelles : le cadre de santé jouant un rôle	502
	majeur dans la création de ces outils.	503
	Prise de décision : ni démagogie,	504
	ni consensus obligatoire	505
	La décision passe par la recherche de consensus de	506
	l'équipe mais in fine elle est prise par le manager, méde-	507
	cin ou cadre notamment quand le consensus n'est pas	508
	évident, il lui revient alors d'argumenter son choix. Il ne	509
	faut jamais provoquer une réunion si la décision est prise	510
	en amont par le manager : il vaut mieux alors préférer un	511
	management directif et une réunion d'information plutôt	512
	qu'une réunion démagogique.	513
	Nécessité d'une homogénéité	514
	du management	515
	Enfin, une homogénéité du management est nécessaire	516
	(cf. supra).	517
	Limites	518
	Temporalité, turnover et degré de maturité	519
	de l'équipe	520
	Si la création d'espaces d'échanges est toujours possible	521
	en adaptant sa forme et sa durée, instaurer une démarche	522

projet nécessite la possibilité de pouvoir libérer du temps sur une période assez longue. Un turnover important, des conflits au sein de l'équipe ou une équipe jeune très occupée par l'apprentissage technique vont limiter sa mise en place.

Difficulté de la mise en place d'un management participatif au sein d'un établissement

Pour que cela puisse se faire au niveau d'un établissement deux conditions apparaissent indispensables : le rôle incitatif et pilote de la direction générale, et une formation des différents managers de l'établissement au sein d'un plan managérial.

Résistance au changement

Il peut s'agir de résistances individuelles ou collectives qui peuvent s'exprimer de manière active (conflits, hostilité) ou passives (inertie). Dans tous les cas, dans le changement il s'agit de quitter une zone de confort pour des incertitudes, d'où l'importance d'une parfaite information, d'éviter les confusions et les non-dits, et permettre aux acteurs de santé de garder le contrôle et l'autonomie de leurs actes.

■ Impacts sur les soins infirmiers

Apport des regards croisés sur la qualité du soin

Projet personnalisé de soins et regards croisés

Qu'il s'agisse de l'élaboration du projet de soin global pour les patients en situation complexe, la prise en compte des proches ou du projet de vie des patients en phase palliative, seuls les regards croisés pluriprofessionnels permettent une évaluation et une réponse globale aux besoins et souhaits exprimés validées par un consensus d'équipe.

Il est donc essentiel qu'au cours des staffs cliniques pluriprofessionnels chaque catégorie socioprofessionnelle puisse s'exprimer. Il appartient au professionnel animateur de veiller à ce que chacun puisse être écouté et participe à l'élaboration des projets.

Regards croisés et information personnalisée

L'information aux patients et aux proches d'un diagnostic, d'une rechute ou d'une aggravation est toujours un moment redouté par le médecin, la règle essentielle étant d'adapter le rythme et le contenu aux réactions du patient. Cependant, il sera d'autant plus performant qu'il saura l'histoire de vie du patient et du proche, son état d'esprit et ses craintes exprimées. D'où l'importance d'un temps d'échange préalable d'informations entre le médecin et l'équipe.

Regards croisés et décision éthique

Le quotidien du parcours de soin des patients atteints de maladie chronique est fait de la répétition de questions éthiques tournant toujours autour de la proportionnalité du soin et/ou de la limitation ou de l'arrêt de traitement.

Qu'il s'agisse de la loi Leonetti dans le contexte de la fin de vie ou des recommandations des sociétés savantes (Société française d'hématologie [SFH], Association francophone pour les soins oncologiques de support [AFSOS], Société française de réanimation de langue française

[SRLF]) concernant les limitations thérapeutiques et le transfert en réanimation, toutes s'accordent sur la nécessité de la collégialité dans la prise de décision tout en sachant que la prise de décision finale appartient au médecin, charge à lui d'en expliquer les raisons à l'équipe.

Impacts sur la communication soignant/patient et soignant/proches : être mieux pour mieux accompagner et mieux écouter

On sait que la qualité de l'écoute, de la communication et de l'accompagnement avec un patient complexe est directement impactée par la QVT du soignant : comment en effet être disponible quand on est « épuisé », dans l'évitement, dans la déshumanisation ou dans l'interrogation sur le sens de son métier ?

La capacité de plaisir au travail permet cette disponibilité à l'autre, cette volonté de bien faire, ce souci de répondre aux besoins, c'est précisément ce que recherche la DP.

“ Point important

Si les composantes de la DP sont relativement simples, il faut rappeler que c'est dans son état d'esprit qu'elle trouve toute son originalité et sa force.

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 mais elle est essentielle au maintien ou à la restauration de la motivation des professionnels.

■ Et maintenant

Généraliser le modèle

Généraliser le modèle et principalement les staffs cliniques à la prise en charge de la maladie chronique, quel qu'en soit le stade — ne plus les réserver aux patients en soins palliatifs mais les étendre à tous les types de pathologies —, serait un élément fort de réduction des inégalités de santé.

Nécessité de former les managers

Cela nécessite une formation des médecins, des cadres, mais aussi des directeurs d'établissements au management participatif et au travail en pluriprofessionnalité, tant dans la formation initiale (études médicales, Institut de formation des cadres de santé [IFCS], École des hautes études en santé publique [EHESP]), qu'en formation continue. Il faut donc privilégier les formations regroupant ces différents managers.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

625

■ Références

626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663

- [1] Bédard D, Duquette A. *L'épuisement professionnel, un concept à préciser. L'infirmière du Québec*; 1998. p. 18–23.
- [2] Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, et al. Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie. *Psychooncologie* 2011;**5**:83–91.
- [3] Colombat P, Nallet G, Jaulmes D. De la démarche palliative aux soins de support ou du Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins Palliatifs en Hématologie (GRASPH) au Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et Oncologie (GRASSPHO). *Oncologie* 2008;**10**: 96–101.
- [4] Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, Gardembas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, et al. Relationships between the characteristics of onco-haematology services providing palliative care and the socio-demographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, quality of work life. *Support Care Cancer* 2012;**20**:607–14.
- [5] 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.
- [6] Gillet N, Colombat P, Michinov E, Pronost AM, 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.
- [7] Brunault P, Fouquereau E, Colombat P, Gillet N, El-Hage W, Camus V, et al. Do transactive memory and participative teamwork improve nurses' quality of work life? *West J Nurs Res* 2014;**36**:329–45.
- [8] Dougherty E, Pierce B, Ma C, Panzarella T, Rodin G, Zimmermann C. Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *Am J Hosp Palliat Care* 2009;**26**:105–11.

- [9] Barnard D, Street A, Lowe AW. Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs* 2006;**29**:338–48. 664
665
666
- [10] Cummings G, Olson K, Hayduk L. The relationship between, nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J Nurs Manag* 2008;**16**:508–18. 667
668
669
670
- [11] Estryng-Behar M, Le Nezet O. Insuffisance de travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession d'infirmière. *Soins Cadres* 2006;(HS3):2–14. 671
672
673
- [12] Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic center. *J Nurs Adm* 2001;**31**:210–6. 674
675
676
- [13] Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002;**102**:26–34. 677
678
679
- [14] Foley BJ, Kee CC, Minick P. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm* 2002;**32**:273–82. 680
681
682
- [15] Gunnarsdottir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 2009;**46**:920–7. 683
684
685
686
- [16] Vahey DC, Alken LH, Sman DM. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004;**42**:1157–66. 687
688
- [17] Van Beek AP, Gerritsen DL. The relationship between organisational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes. *Int J Nurs Stud* 2010;**47**:274–82. 689
690
691
692
693
- [18] West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *Q Health Care* 2001;**10**:40–8. 694
695
696
- [19] Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J, Murphy F. Employee working conditions and healthcare system performance: the veterans health administration experience. *J Occup Environ Med* 2007;**49**:417–29. 697
698
699
700
- [20] Whitmer RW, Pelletier KR, Anderson DR, Baase CM, Frost GJ. A wake-up call for corporate America. *J Occup Environ Med* 2003;**45**:916–25. 701
702
703

704
705
706
707
708
709

C. Bauchetet, Cadre de santé.
50, boulevard Saint-Jacques, 75014 Paris, France.

C. Préaubert, Infirmière.
Service d'oncologie, clinique du Pont de Chaume, 82000 Montauban, France.

P. Colombat, Professeur en hématologie (colombat@med.univ-tours.fr).
Service d'hématologie, CHU Bretonneau, 2 bis, boulevard Tonnelé, 37044 Tours cedex, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Bauchetet C, Préaubert C, Colombat P. Management participatif en service de soins : une collaboration médico-soignante. *EMC - Savoirs et soins infirmiers* 2015;0(0):1-7 [Article 60-210-O-10].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique