

La démarche participative dans les soins

Participative approach to care

Philippe Colombat¹
Antonia Altmeyer²
Chantal Bauchetet³
Stéphanie Trager⁴

¹ CHU Tours
Service d'hématologie
2 bis, boulevard Tonnelé
37044 Tours cedex
France
<philippe.colombat@univ-tours.fr>

² Hôpital Nord Franche-Comté
2, rue du Docteur-Flamand
25200 Montbéliard
France
<antonia.altmeyer@hnfc.fr>

³ 50, boulevard Saint-Jacques
75014 Paris
France
<chantal.bauchetet@noos.fr>

⁴ Clinique de l'Estrée
Service d'oncologie
35, rue d'Amiens
93240 Stains
France
<s.trager@orange.fr>

Remerciements et autres mentions :

Financement : aucun.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉSUMÉ

Le constat de la fréquence de la souffrance des soignants dans les services d'hématologie et de cancérologie a conduit à l'élaboration d'un modèle de management participatif qui repose sur la mise en place d'espaces d'échanges (réunions pluri-professionnelles, formation interne, soutien aux équipes) et d'une démarche projet. Après la parution de circulaires ministérielles et d'un critère de certification HAS (Haute Autorité de santé) de la V2010 rendant cette organisation obligatoire pour la prise en charge de la fin de vie, nous avons démontré son impact sur la qualité de vie des soignants. Les enjeux actuels nous semblent être la mise en place de ce modèle dans le cadre des maladies chroniques, quels qu'en soient leurs stades, et la formation des managers de la santé au management participatif pour améliorer à la fois la qualité de vie au travail des soignants et la qualité des soins.

● **Mots clés** : management ; santé au travail ; qualité des soins ; cancérologie ; maladies chroniques.

ABSTRACT

Observations on the frequent suffering of caregivers in haematology and oncology departments has led to the elaboration of a participative treatment model based on creating discussion (multi-professional staff meetings, internal training, team support) and a project-based approach. Following the publication of Ministerial circulars and the French health authority's V2010 criterion, making this approach compulsory for end-of-life care, we demonstrate its impact on the quality of life of caregivers.

Current challenges appear to include implementing this model within the framework of all stages of chronic diseases and training healthcare managers in participative management to improve both the quality of life at work for caregivers and the quality of care.

● **Key words**: management; health at work; quality of care; cancerology; chronic diseases.

Historique de la démarche participative dans les soins

La démarche participative (DP) dans les soins accompagne l'histoire de la prise en charge de la fin de vie sous le nom de « démarche palliative ».

Celle-ci est partie du constat de la fréquence de la souffrance des

soignants qui prennent en charge beaucoup de patients en fin de vie, notamment dans les services de soins en oncologie et en hématologie.

La définition officielle de la démarche palliative apparaît dans la circulaire ministérielle du 22 février 2002 [1] : « *asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile), en facilitant la prise en*

Tirés à part : P. Colombat

Pour citer cet article : Colombat P, Altmeyer A, Bauchetet C, Trager S. La démarche participative dans les soins. *Innov Ther Oncol* 2016 ; 2 : 65-71. doi : 10.1684/ito.2016.0036

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 ».

Création et élaboration du concept (1991-1998)

C'est au début des années 1990 que naît le concept de démarche palliative. Il a été pensé comme un modèle de DP d'équipe, permettant de diminuer la souffrance des soignants et d'améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs, quel que soit le lieu de décès, établissement ou domicile. Il a été défini, puis élaboré par un groupe de soignants en hématologie réunis dans le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et soins palliatifs en hématologie (GRASPH).

Il repose sur quatre points : les réunions (« staffs ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet.

Bien que ce modèle fonctionnât lorsqu'il a été mis en place, force était de constater que peu de services l'utilisaient, malgré l'organisation de congrès et de formations régionales et nationales. Il nous est apparu essentiel de nous appuyer sur des textes législatifs.

Le temps des textes législatifs (2002-2008)

En partenariat avec la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), il fut possible de faire publier des textes officiels imposant ce modèle, pour la prise en charge des patients en soins palliatifs :

- 2002 : parution de la première circulaire du ministère de la Santé prônant la mise en place de la démarche palliative dans tous les services de soins, comme modèle de prise en charge des patients en soins palliatifs [1].
- Juin 2003 : le rapport de Marie de Hennezel, intitulé « Fin de vie : le devoir d'accompagnement », consacre tout un chapitre à la diffusion de la démarche palliative.
- Janvier 2004 : le rapport de la conférence de consensus sur « l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » consacre un chapitre également à la démarche palliative [2].
- Juin 2004 : une circulaire ministérielle, intitulée « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissements », décrit le modèle de la démarche palliative par le détail [3].
- 2005 : le concept de soins de support est défini comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires tout au long des maladies graves, délivré parallèlement aux traitements spécifiques. Il inclut la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, les psychologues, les assistants sociaux, les kinésithérapeutes, les diététiciennes, etc. Il est intégré au modèle de DP des équipes transversales, qui collaborent avec les équipes des services de soins. Le GRASPH devient le GRASSPHO (Groupes de réflexion sur

l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie).

- Mars 2008 : publication de la circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs reprenant la nécessité de la mise en place de la démarche palliative dans tous les services de soins [4].
- Décembre 2008 : parmi les cinq mesures prioritaires du manuel d'accréditation du « manuel de certification des établissements de la Haute Autorité de santé » (HAS) [5], la mesure 13a exige la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjour, ainsi que dans les établissements médico-sociaux.
- 2012 : la circulaire « relative aux axes et actions de formations nationales concernant les agents de la fonction publique hospitalière », retient la formation des managers de la santé à la prévention des risques psychosociaux et au développement du bien-être au travail, comme l'un de ses thèmes prioritaires [6].
- 2013 : le Pacte de confiance (ou rapport COUTY) [7] érige en grands principes d'organisation et de management : le respect de la déontologie et des compétences professionnelles, à travers l'autonomie de décision du professionnel, dans son champ de compétence ; une DP à tous les niveaux, basée sur la reconnaissance des acteurs, à travers des actions d'information et de concertation ; la pluridisciplinarité et la collégialité dans les décisions organisationnelles, et le cas échéant, pour la prise en charge des malades ; l'évaluation des pratiques, la formation et l'innovation dans tous les domaines d'activité. Le management doit être participatif à tous les niveaux : directeur, conseil de direction, pôles, fédérations et départements, services, unités et équipes. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence. Le respect de tous les professionnels, quels qu'ils soient, doit être la règle. Le management participatif est un facteur essentiel de retour de la confiance. C'est le moyen de reconnaître les professionnels, de les motiver et de rétablir la confiance dans l'institution, même si le facteur temps est essentiel pour obtenir des résultats.
- 2014 : la santé au travail est l'une des 20 thématiques parmi les critères V2014 retenus par la HAS pour l'accréditation des établissements.
- 2014 : expérimentation du PACTE (Programme expérimental d'amélioration continue du travail en équipe) proposé par l'HAS.

Le temps de la démonstration scientifique

Dès 2004, la démonstration scientifique que la DP améliorerait la qualité de vie au travail des soignants est devenue indispensable (voir chapitre « Résultats de nos études »).

Contenu

Le concept repose sur deux grands principes : la création d'espaces d'échanges et la démarche projet [8, 9].

« La DP associe les espaces d'échanges et la démarche projet »

Les espaces d'échanges

Plusieurs espaces d'échanges existent en fonction de leurs objectifs.

● Les espaces d'échanges entre soignants centrés sur le patient

Les plus importants sont les « staffs » pluri-professionnels auxquels assistent tous les soignants du service, quelle que soit leur qualification, ainsi que les professionnels de soins de support. À partir de l'identification des besoins du patient, on propose des projets de soins et de vie adaptés. On y aborde également les problèmes éthiques. Les « staffs » de relecture des cas cliniques ou des cas éthiques permettent *a posteriori* de réinterroger la prise en charge et de proposer des améliorations. Les réunions d'organisation de service sont davantage centrées sur les modalités de travail. Les revues de morbi-mortalité (RMM) et, plus récemment les comités de retour d'expérience (CREX), permettent l'analyse d'un dysfonctionnement par l'équipe et débouchent sur des pistes d'amélioration. Les RMM et les CREX ne sont pas des outils propres à la DP. À l'origine, ce sont des méthodes proposées par la HAS pour mettre en œuvre les démarches de qualité et de gestion des risques. Toutefois, ces méthodes appliquées par des équipes pluridisciplinaires contribuent au développement de la DP dans la mesure où elles engagent la contribution partagée dans une même unité de lieu de professionnels ayant eu une implication dans les parcours de prises en charges analysés.

● Les formations internes

Leur objectif est de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par l'équipe. Outre l'avantage d'une formation homogène, elles permettent aux soignants

d'échanger au cours des temps de discussion et à ceux qui ne prennent pas souvent la parole de s'exprimer. La formation interne permet l'atteinte d'objectifs pédagogiques ciblés répondant aux besoins des professionnels. Elle favorise en outre les relations interprofessionnelles dans un contexte de construction identitaire d'une équipe qui produit une même prestation de soins.

● Le soutien d'équipe

Il s'agit de réunions ponctuelles (« staffs de débriefing ») organisées en situation de crise, en présence d'un psychologue extérieur au service. Elles permettent aux soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté de la situation vécue, de la déchiffrer et de proposer des solutions d'adaptation. Il ne faut pas confondre ces réunions avec les groupes de parole, qui réunissent des soignants volontaires avec un psychologue extérieur au service. Les participants aux groupes de parole sont beaucoup plus impliqués.

● Les espaces d'échanges entre managers

Ils sont essentiels à la réussite du modèle. Ils réunissent les médecins et les cadres de santé. Ils permettent une approche du management commune, grâce à la prise de décisions en commun : fonctionnement du service, recrutement, etc. C'est aussi un cadre possible pour la formation des managers (tableau 1).

La démarche projet

La circulaire de juin 2004 évoquait la nécessité d'une démarche projet globale au sein des services, pour arriver à une meilleure prise en charge de la fin de vie, sous forme d'élaboration d'un projet de soins palliatifs avec ses différentes étapes :

- évaluation des besoins des équipes ;
- mise en place des groupes de travail sur des grandes thématiques, ces thématiques devant reprendre tous les points de dysfonctionnement cités lors de l'évaluation des besoins ;
- validation des propositions par l'ensemble de l'équipe ;
- finalisation et mise en application ;
- réévaluation.

Tableau 1. Impact des différents types d'espaces d'échanges.

Table 1. Impact of creating discussions.

	Échange	Formation	Soutien	Autonomie
Staffs				
RMM	++	+	+	
Réunions de service				
Formation	+	++		
Soutien aux équipes	+		++	
Démarche projet	++			++

RMM : revues de morbi-mortalité.

La circulaire évoquait également les différents thèmes devant être abordés dans le projet de service en soins palliatifs :

- le projet de soins centré autour du patient ;
- l'information au patient et à sa famille ;
- la place des aides extérieures au service : structure de soins palliatifs, comités de lutte contre la douleur (CLUDS), autres composants des soins de support ;
- les bénévoles d'accompagnement ;
- le retour à domicile ;
- la place des réseaux ;
- l'accueil et l'accompagnement des familles et des proches, particulièrement développés dans la circulaire.

Cette démarche projet doit devenir un réflexe pour répondre aux difficultés de fonctionnement : mettre en place un groupe de travail ponctuel pour proposer des solutions, plutôt que de décider seul des solutions qui ne seront pas appliquées.

La démarche participative au quotidien

La mise en place de la démarche participative dans les services de soins améliore la qualité de vie au travail des soignants et retentit sur la prise en charge des patients.

Il importe de créer divers espaces d'échanges au sein des équipes : réunions centrées autour de la prise en charge du patient, formations internes, réunions de soutien d'équipe, réunions des membres de l'encadrement du service.

La démarche projet doit devenir un réflexe destiné à élaborer des réponses d'équipe aux différentes problématiques de service.

Quelles conséquences ?

Améliorer la qualité de vie au travail des soignants

• Données de la littérature

Dougherty *et al.* [10] ont montré, d'une part, l'existence d'une relation entre le stress au travail et d'autre part, le manque de soutien par l'institution ainsi que la perception d'un déficit de moyens mis à leur disposition.

« La DP améliore la qualité de vie au travail »

Cummings *et al.* [11] ont étudié la relation entre le management et la satisfaction au travail chez 515 infirmières travaillant dans des services d'oncologie au Canada. Le type de management, et notamment la qualité de la relation entre les médecins et les infirmières, influençait significativement le contenu des réunions, l'autonomie des infirmières, leur implication dans l'organisation, la

mise en place d'innovations et la gestion des conflits, et globalement la satisfaction au travail.

En oncologie, Estryng-Behar et Le Nezet [12], dans l'étude PRESS NEXT, font une revue de la littérature rapportant le constat de Shader *et al.* [13] selon lequel moins il y a de cohésion d'équipe et de satisfaction, plus le stress au travail et l'intention de changer de travail sont élevés. Dans d'autres études, il est rapporté que la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins influence fortement le moral et le maintien dans l'établissement des infirmiers [14] ; et que 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 [15].

Notre équipe a mené plusieurs études qui ont montré l'influence d'une DP sur la qualité de vie au travail des soignants.

• Résultats de nos études

En onco-hématologie

Notre première étude visait à étudier l'impact du management participatif sur la qualité de vie au travail (QVT) des soignants exerçant dans les services d'onco-hématologie du Cancéropôle Grand Ouest. Cinq cent soixante-quatorze infirmières et aides-soignantes ont participé à cette étude. Nous avons établi l'existence d'une première relation significative négative entre la QVT et un déficit de reconnaissance au travail, de formation, de collaboration au sein de l'équipe et l'absence de staffs pluri-professionnels. Une seconde relation a été établie entre stress perçu et le panel d'items précédents, auxquels s'ajoutaient le nombre de lits et le nombre de décès par mois dans l'unité. La qualité du soutien social des soignants était également corrélée au panel d'items, ainsi qu'au temps de durée des transmissions et la présence de bénévoles d'accompagnement [16].

Dans une seconde étude débutée en 2009, nous avons étudié l'impact des composantes du management du cadre de santé sur la qualité de vie au travail. Nous avons établi que :

- le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) entraînait une meilleure qualité de vie au travail et un meilleur engagement au travail des soignants grâce à un renforcement du sentiment de justice organisationnelle (voir la *figure 1* ci-dessous) [17] ;
- la justice procédurale (sentiment de justice dans les procédures mises en place) et le soutien à l'autonomie par le cadre de santé amélioraient, d'une part, la satisfaction des besoins psychologiques (*i.e.* les salariés se sentaient plus autonomes, plus compétents, et entretenaient de meilleures relations personnelles avec leurs collègues), et d'autre part le soutien organisationnel perçu par les soignants entraînait une meilleure satisfaction au travail, un renforcement de l'identification au service et une amélioration des performances au travail [18].

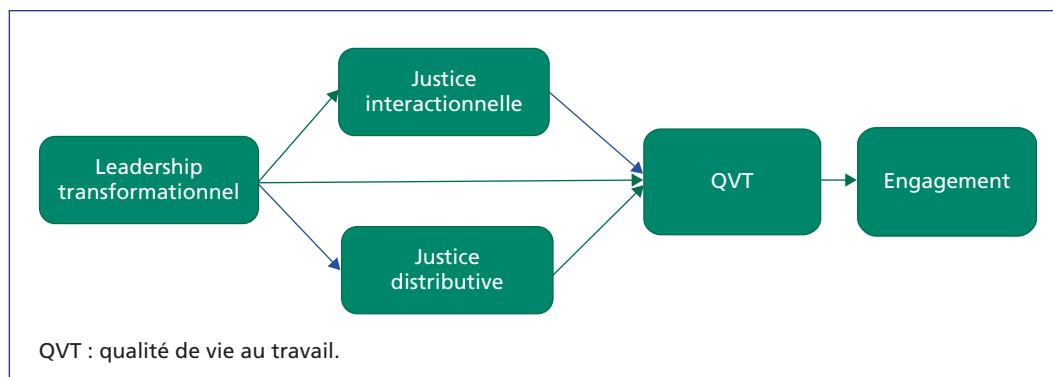


Figure 1. Résultats obtenus par Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokoukolo et Colombat (2013) [17].

Figure 1. Results obtained by Gillet, Fouquereau, Bonnaud-Antignac, Mokoukolo and Colombat (2013) [17].

En psychiatrie

Nous avons confirmé nos résultats en dehors de l'onco-hématologie. Nous avons mené une étude auprès de 84 infirmiers de psychiatrie qui a montré que 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) avaient une influence significative sur la QVT des infirmiers, malgré de très faibles effectifs. Le management participatif améliore la QVT par le renforcement du support organisationnel et la perception de justice organisationnelle, montrant là encore le rôle essentiel du cadre de santé dans le management de proximité [19].

Nos études en dehors du milieu de la santé

La première étude a été menée en 2013 au sein de la Police nationale, auprès de 235 policiers. Elle montrait que la motivation et l'engagement au travail étaient liés à des facteurs managériaux (sentiment de soutiens organisationnel et de la hiérarchie) et à des facteurs personnels (motivation globale), invitant à travailler sur la formation des managers mais aussi sur le coaching [20].

La deuxième étude réalisée dans des PME et des grandes entreprises montrait que le soutien organisationnel et le support à l'autonomie entraînaient une amélioration de la satisfaction et du bien-être au travail [21].

Les impacts de l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants

● Être mieux pour mieux communiquer avec le malade et ses proches

Une étude française a montré chez les hématologues que les difficultés d'annoncer la maladie grave étaient liées à leur disponibilité et à leur représentation de la maladie grave et de la mort [22]. En agissant sur leur disponibilité par l'amélioration de la QVT, on pourra améliorer vraisemblablement la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et par voie de conséquence la qualité de la prise en charge globale.

● L'amélioration de la qualité des soins

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.* [23] ont rapporté une étude simultanée auprès de 820 infirmières et 621 patients, dans 40 unités de soins américaines. Dans les unités ayant des effectifs adéquats, un bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers (selon l'appréciation des infirmières), le nombre de patients à déclarer une haute satisfaction des soins était deux fois plus élevé que dans les autres unités. Par ailleurs, le nombre de cas de burn-outs, survenant chez les infirmiers dans les unités dotées d'une bonne organisation et de relations internes satisfaisantes, était significativement plus faible. Ainsi, l'amélioration de l'environnement professionnel peut réduire simultanément le burn-out et le turnover des personnels tout en augmentant la satisfaction des patients.

« La DP améliore la qualité des soins »

Plus récemment, Van Beek *et al.* [24] ont décrit 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.

Plusieurs publications font référence aux *magnet hospitals* (« hôpitaux aimants »), modèle développé en Belgique, aux États-Unis, au Canada et dans les pays scandinaves, qui attirent les personnels soignants grâce à un management reposant sur la responsabilisation et l'autonomisation dans les domaines de compétence. Au sein de ces établissements, on constate une amélioration de la satisfaction des patients, une réduction de l'absentéisme et du turnover, une diminution des accidents iatrogènes et de la mortalité dans les services de chirurgie [25].

● L'amélioration de la performance économique

À l'instar de nos travaux, de nombreuses autres études réalisées essentiellement dans le champ de l'entreprise ont montré que l'amélioration de la QVT impactait l'engagement et la performance au travail.

Les études sur les *magnet hospitals* ont également retrouvé un impact économique se traduisant par une diminution du turnover des personnels, un moindre absentéisme, et une diminution des coûts de fonctionnement [25, 26].

Le travail en équipe

- *Les « regards croisés » pour améliorer la qualité de prise en charge globale [27]*

Nous avons vu que le management participatif reposait essentiellement sur la création d'espaces d'échanges et la démarche projet. Dans les soins, les espaces d'échanges les plus importants sont les « staffs pluri-professionnels », qui permettent des regards croisés pour une meilleure définition des besoins et des attentes des patients et des proches.

Projet personnalisé de santé et regards croisés

Qu'il s'agisse de l'élaboration du projet personnalisé de santé biopsychosocial, incluant la prise en compte des proches, ou du projet de vie des patients en phase palliative, il est nécessaire de partir des besoins, des désirs et des demandes des patients, pour élaborer ce projet. Or ce ciblage des besoins et des attentes des patients et des proches ne peut se faire sans un temps d'échange et sans les regards croisés des différents professionnels de santé les prenant en charge.

Il est donc essentiel qu'au cours des « staffs pluri-professionnels », chaque catégorie socioprofessionnelle puisse s'exprimer. Cette qualité d'échange et la qualité d'élaboration de projet dépendent des qualités de manager du médecin qui anime la réunion. Il est essentiel qu'il veille à ce que chaque catégorie socioprofessionnelle puisse dire les besoins des patients et des proches, que chacun puisse s'écouter et participer à l'élaboration des projets. C'est pourquoi nous insistons beaucoup sur l'ordre de prise de parole et que nous préconisons que l'aide-soignante, l'infirmière et les professionnels de soins de support puissent s'exprimer avant les médecins présents. De même, le projet de prise en charge globale des patients en situation complexe nécessite une élaboration plurielle. Un tour de table final est essentiel pour une validation consensuelle par l'équipe.

Nous ne redirons jamais assez l'impossibilité de répondre aux besoins des patients sans ces regards croisés, le contenu des confidences des patients et des proches étant très différent d'un professionnel de santé à l'autre. Seuls les recoupements permettent de mieux les cerner.

- *Regards croisés et information personnalisée*

L'annonce 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 est la progressivité, l'adaptation du rythme et du contenu aux réactions non verbales de l'interlocuteur.

Cependant, le médecin sera d'autant plus performant qu'il connaîtra l'histoire de vie du patient, des proches, son état d'esprit et les craintes qu'il aura pu exprimer. Un temps d'échange anticipé entre le médecin et l'équipe

avant le temps d'information apparaît donc essentiel. En fonction des situations, ce temps d'échange peut être formel, lors des staffs pluri-professionnels, ou informel lors d'une discussion avec l'infirmière et l'aide-soignante concernées.

- *Regards croisés et décision éthique*

Le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique est une répétition de questions éthiques tournant toujours autour de la proportionnalité des soins, de l'acharnement thérapeutique ou de l'arrêt de soins.

Qu'il s'agisse de la Loi Léonetti, dans le contexte de la fin de vie, ou des recommandations des sociétés savantes (Société française d'hématologie, Association francophone des soins oncologiques de support [AFSOS], Société française de réanimation de langue française) concernant les limitations thérapeutiques et le transfert en réanimation [28], toutes s'accordent sur la nécessité de la collégialité dans la prise de décision. Cette collégialité sous-entend la création d'espaces de décision qui, là encore, peuvent correspondre aux staffs pluri-professionnels, en dehors de l'urgence qui nécessite la création d'espaces de décision spécifiques.

Il est important de rappeler 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. Cependant, le médecin reste le responsable de la décision médicale et n'est pas obligé de suivre systématiquement le consensus, même s'il doit expliquer auprès de l'équipe les raisons de sa décision.

L'expérience acquise en hématologie et en cancérologie a conduit l'Association francophone pour les soins oncologiques de support à étendre ce modèle à l'ensemble des pathologies chroniques et à proposer de former les managers de la santé.

Généraliser le modèle

Les regards croisés sont indispensables à une meilleure information, à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé et à la décision éthique pour toutes les maladies chroniques en situation complexe.

Les espaces de parole, et tout particulièrement les staffs, améliorent la qualité de vie au travail des soignants dont découle une amélioration de la qualité des soins.

Au-delà des causes historiques et connues de souffrance au travail, le contexte médical est en pleine évolution et nécessite la révision de nos organisations et de nos systèmes de soin. La médecine ambulatoire, le développement des soins de support et ses nombreux intervenants intra- et extrahospitaliers, la médecine personnalisée (impliquant le patient dans sa prise en charge et l'éducation nécessaire découlant des traitements innovants), le contexte économique contraint sont autant de champs d'application pour une démarche volontaire et pluri-professionnelle. La DP occupe donc une place centrale naturelle dans le champ de la santé.

Take home messages

- La DP est légalement obligatoire pour les patients en soins palliatifs.
- La DP améliore la qualité de vie au travail des soignants.
- La DP améliore la qualité des soins.

Former les managers

Pour que le modèle se mette en place au sein d'un service, il faut, on l'a vu, que les médecins et le(s) cadre(s) du service le pratiquent au quotidien. Cela sous-entend la participation et l'animation appropriée des espaces d'échanges, le réflexe « démarche projet », mais également le respect de la règle des 3 R (Reconnaissance, Respect, Responsabilisation) au quotidien dans les rapports au sein de l'équipe, la création d'espaces d'échanges entre managers pour une homogénéité du management. . .

Malgré son efficacité, le management participatif et le travail en pluri-professionnalité nécessitent une formation. Celle-ci concerne les médecins et les cadres, mais aussi des directeurs d'établissements, tant dans la formation initiale (études médicales, instituts de formation de cadres de santé [IFCS], écoles des Hautes études en santé publique), qu'à l'occasion des formations continues. La formation au management participatif des managers des établissements de santé a été retenue comme thème de formation dans la circulaire n° DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 [6].

La santé au travail est actuellement une des préoccupations du gouvernement. Ce thème est devenu prioritaire dans les appels d'offres de formation continue des établissements de santé, mais le chantier est immense.

RÉFÉRENCES

1. Direction générale de la santé. *Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/n° 2002 198 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.* 2002.
2. HAS. *Conférence de consensus sur « l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches ».* 2004. www.has-sante.fr.
3. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. *Circulaire n° 257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.* 2004.
4. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. *Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.* 2008.
5. HAS. *Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V 2010,* 2008.
6. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Circulaire DGOS/RH4/2012/206 relative aux axes et actions de formations nationales concernant les agents de la fonction publique hospitalière.* 2002.
7. Couty E. *Rapport 2012 d'Édouard Couty : le Pacte de confiance pour l'hôpital.* 2012. www.sante.gouv.fr.
8. Colombat P. *Qualité de vie au travail et management participatif.* Paris : Ed Lamarre, 2012.
9. Colombat P, Nallet G, Jaulmes D, et al. 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.
10. Dougherty E, Pierce B, Ma C, et al. Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *Am J Hosp Palliat Care* 2009 ; 26 : 105-11.
11. Cummings G, Ojson K, Hayduk L, et al. The relationship between, nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J Nurs Manag* 2008 ; 16 : 508-18.
12. Estryn-Behar M, Le Nezet O. Insuffisance de travail d'équipe et burn-out, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession d'infirmière. *Soins Cadres* 2006 ; HS 3 : 2-14.
13. Shader K, Broome ME, Broome CD, et al. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic center. *J Nurs Adm* 2001 ; 31 : 210-6.
14. Rosenstein AH. Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002 ; 102 : 26-34.
15. Foley BJ, Kee CC, Minick P, et al. Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm* 2002 ; 32 : 273-82.
16. Pronost AM, Le Gouge A, Le Boul D, et al. Relationship 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Gillet N, Huart I, Colombat P, Fouquereau E. Perceived organizational support, motivation and engagement among police officers. *Am Prof Psychol* 2013 ; 44 : 46-55.
21. Gillet N, Fouquereau E, Forest J, Brunault P, Colombat P. The impact of organizational factors on psychological needs and their relations with well-being. *J Business Psychol* 2012 ; 27 : 437-50.
22. Perrain A, Kousignian I, Dauchy S, Duponchel P, Cahn JY, Colombat P. Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français. *Hématologie* 2009 ; 15 : 161-7.
23. Vahey DC, Aiken LH, Smame DM, et al. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004 ; 42 : 1157-66.
24. 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 : 1274-82.
25. West E. Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care. *Qual Health Care* 2001 ; 10 : 40-8.
26. 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.
27. Bauchetet C, Colombat P. Améliorer la qualité de vie au travail pour changer le soin. *Lettre du Neurologue* 2014 ; 18 : 30-2.
28. Commission éthique de la Société française d'hématologie, Société de réanimation de langue française, Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Aspects cliniques et éthiques du transfert en réanimation des patients porteurs d'hémopathies. *Hématologie* 2009 ; 15 : 91-7.