

**MOTS CLÉS**

Souffrance  
 Qualité de vie au travail  
 Soignants  
 Management participatif  
 Soins palliatifs  
 Onco-hématologie



# dossier

**COMPÉTENCES**

# La démarche participative dans les soins

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 (staffs pluriprofessionnels, formation interne, soutien aux équipes) et d'une démarche projet. Pour les auteurs, les enjeux actuels semblent être la mise en place de ce modèle pour la prise en charge des maladies chroniques, quels qu'en soient leurs stades, et la formation des managers au management participatif afin d'améliorer à la fois la qualité de vie au travail des soignants et la qualité des soins.

**Historique**

Le management participatif en médecine palliative accompagne l'histoire de la démarche palliative. Celle-ci est partie d'un constat : la fréquence de la souffrance des soignants dans les services de soins qui prennent en charge beaucoup de patients en fin de vie.

**Création et élaboration du concept (1991-1998)**

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

Avant 1998, le constat était le suivant : la mise en place de la démarche participative est efficace, mais peu de services s'appuient sur ce modèle.

**Les textes législatifs (2002-2008)**

Pendant cette période, deux présidents de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap) ont compris l'importance de la démarche participative pour la bonne prise en charge à la fois des patients et proches et des équipes : Daniel d'Hérouville et Régis Aubry. Sans eux, ces textes n'auraient jamais vu le jour.

C'est dans la circulaire du 19 février 2002<sup>(1)</sup> relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement que la définition et les composantes de la démarche palliative apparaissent pour la première fois dans un texte officiel. Mais, alors que le rapport de Marie de Hennezel et les conclusions de la conférence de consensus de l'Anaes sur la prise en charge des patients en fin de vie viennent de paraître en insistant sur son importance, c'est dans la circulaire de juin 2004<sup>(2)</sup> qu'elle est reconnue et détaillée.

En 2008, si une troisième circulaire Dhos insiste sur son importance dans l'organisation des soins palliatifs, c'est la parution des critères de certification par la Haute Autorité de santé (HAS) de la V 2010 qui marque une étape majeure puisque la démarche participative est l'un des cinq critères prioritaires de certification des établissements.

**Philippe COLOMBAT**  
 Professeur  
 en hématologie  
 CHU de Tours

**Chantal BAUCHETET**  
 Cadre de santé retraitée

**Evelyne FOUQUEREAU**  
 Professeure  
 en psychologie  
 Université de Tours

**Stéphanie TRAGER**  
 Médecin oncologue  
 Senlis

**Nicolas GILLET**  
 Maître de conférences  
 en psychologie,  
 université de Tours

**Cécile KANITZER**  
 Directrice des soins  
 CHU de Tours

*habitudes et les traditions d'organisation du système de santé publique français : corporatismes professionnels, cloisonnements entre la ville et l'hôpital, entre les soignants et les administratifs, entre le chef de service et son équipe, entre les médecins et les paramédicaux, entre les différentes spécialités [...]. »*

» Juin 2004 : circulaire ministérielle « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissement » détaillant le modèle de la démarche palliative<sup>(5)</sup>.

» 2005 : intégration du concept de soins de support (ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves) comme modèle de démarche participative des équipes de soins transversales composant les soins de support (douleur, soins palliatifs, psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, diététiciennes) en collaboration avec les équipes de soins des services : le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins pour les patients en hématologie et oncologie (Graspho) devient le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (Grasspho).

» 2008 : circulaire du 26 mars 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<sup>(6)</sup>.

» Décembre 2008 : mesure 13a du manuel de certification des établissements de la HAS exigeant la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjours et dans les établissements médico-sociaux (Ehpad) comme l'une des cinq mesures prioritaires du manuel d'accréditation<sup>(7)</sup>.

### Le temps de la démonstration scientifique (2004)

Dès 2004, il est apparu qu'il était nécessaire de démontrer les relations existantes entre le management participatif et la qualité de vie au travail des soignants. Ces études, encore en cours, sont détaillées plus loin.

### Les textes réglementaires

» 2002 : 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<sup>(3)</sup>.

» Juin 2003 : rapport de Marie de Hennezel – « Fin de vie : le devoir d'accompagnement » – qui consacre un chapitre à la diffusion de la démarche palliative.

» Janvier 2004 : conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, avec un chapitre sur la démarche palliative<sup>(4)</sup>. « Une telle démarche nécessite entre tous les intervenants professionnels ou bénévoles, à domicile comme en institution, écoute et communication, respect de l'autre et tolérance, responsabilisation de chacun, interdisciplinarité et complémentarité. Ce modèle participatif s'oppose au modèle hiérarchique de prise de décision. Il rompt avec les

### Le contenu

La définition officielle qui apparaît dans un document ministériel du 22 février 2002 est la suivante : « *Asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants.* »

Le concept repose sur deux grands principes : la création d'espaces d'échanges – multiples en fonction de leurs objectifs – et la démarche projet et quatre outils managériaux.

### La création d'espaces d'échanges

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

» Les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels où tous les soignants du service, quelles que soient leurs qualifications, et les professionnels de soins de support sont présents et qui permettent, à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants, de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés. Ils permettent également d'aborder les décisions éthiques. Nous préconisons d'instituer un ordre de parole pour que chaque soignant puisse s'exprimer : aide-soignante, infirmière, médecin, professionnel des soins de support ayant rencontré le patient ou les proches,

#### NOTES

(1) Circulaire Dhos/02/DGS/SD5D/2002/n°2002\98 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, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

(2) Circulaire Dhos/02/2004/257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

(3) Circulaire Dhos/02/DGS/SD5D/2002/n°2002\98 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, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

(4) [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

(5) Circulaire Dhos/02/2004/257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

(6) Circulaire Dhos/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

(7) HAS, *Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V 2010*, 2008.

afin d'avoir vraiment les regards croisés des différents soignants sur le patient pris en charge.

Ces staffs, initialement qualifiés de « pluridisciplinaires », sont devenus « pluriprofessionnels » pour deux raisons : la confusion avec les réunions de concertation pluridisciplinaires, uniquement médicales, de prise de décision thérapeutiques et le fait que les personnes présentes – aides-soignantes, infirmières, cadres de santé, médecins – appartenaient à une même discipline, la cancérologie.

» Les staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques qui permettent *a posteriori* de réinterroger la prise en charge et de proposer des améliorations.

» Les revues de morbi-mortalité (RMM) qui permettent l'analyse d'un dysfonctionnement par l'équipe et des pistes d'amélioration.

» Les comités de retour d'expériences (Crex).

Si les RMM et les Crex ne sont pas des outils propres à la démarche participative – ce sont des méthodes proposées par la HAS pour mettre en œuvre les démarches de qualité et de gestion des risques –, ils contribuent au développement de la démarche participative dans la mesure où ils engagent la contribution partagée, dans une même unité de lieu, de professionnels ayant eu une implication dans les parcours de prises en charge analysés.

#### Les formations internes

Elles permettent de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par elle. 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 l'organisation de réunions ponctuelles (« staffs de debriefing ») en situation de crise en présence d'un psychothérapeute extérieur au service. Elles permettent aux soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté de la situation vécue, de déchiffrer la situation et de proposer des solutions d'adaptation.

#### La démarche projet

Dans la circulaire de juin 2004, il était évoqué 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 de groupes de travail sur des grandes thématiques, ces thématiques devant reprendre tous les points de dysfonctionnement cités lors de l'évaluation des besoins ;
- » validation par l'ensemble de l'équipe des propositions ;
- » finalisation et mise en application ;
- » réévaluation.

**« 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 différents thèmes à aborder au sein du projet de service en soins palliatifs étaient également évoqués :

- » 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 (Clud), autres composantes 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.

#### Les faits récents

La prévention des risques psychosociaux est devenue, suite à certains événements survenus dans de grands groupes industriels et très médiatisés, une préoccupation à la fois du gouvernement et des entreprises.

En mai 2012, la circulaire DGOS/RH4/2012/206, relative aux axes et actions de formations nationales concernant les agents de la fonction publique hospitalière, retient comme l'un de ses thèmes prioritaires la formation des managers de la santé à la prévention des risques psychosociaux et au développement du bien-être au travail.

» **TABLEAU 1**  
**TITRE ??**

Variables	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

Par ailleurs, la même année, le ministère de la Santé a mis en route une large concertation relative à l'avenir des relations sociales dans les établissements au sein du Pacte de confiance pour l'hôpital. Dans son rapport final, il insiste sur l'importance du management participatif à tous les niveaux pour rétablir la confiance : « *C'est le moyen de respecter et de reconnaître les professionnels, de les motiver et de rétablir la confiance dans l'institution. Cela nécessite une formation solide et des cadres participatifs.* »

Dès 2010, la HAS s'est penchée sur la problématique de la santé au travail des soignants, mettant en place une réflexion au sein de son département Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Si, dans les critères de certification de la V2010, la HAS choisissait parmi les cinq critères prioritaires la mise en place de la démarche palliative pour la prise en charge des patients en fin de vie, un gros travail a été effectué, aboutissant à un critère d'accréditation sur la qualité de vie au travail des soignants au sein de la V2014.

Cette qualité de vie au travail des soignants passe par la création d'espaces d'échanges, l'élaboration en équipe

d'un projet commun autour du patient, avec en particulier les staffs pluriprofessionnels. Cette nécessité de travail en équipe est également devenue une préoccupation majeure de la HAS, un groupe de travail ayant là encore été mis en place pour élaborer une matrice de maturité sur le travail en pluriprofessionnalité en soins primaires dans les maisons de santé. Ce travail en cours d'élaboration devrait déboucher sur d'autres matrices de maturité sur le travail en pluriprofessionnalité dans le soin sur d'autres terrains d'exercice que le domicile, tels les réseaux et les établissements.

Enfin, la HAS vient de lancer un programme expérimental d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) qui devrait aboutir à des recommandations.

On retiendra aussi la réforme des études médicales, qui vient d'être publiée et qui insiste sur la nécessité de l'apprentissage du travail en pluriprofessionnalité, et ce tout au long des études médicales. Tout autant, les référentiels de formations paramédicales, dans leurs réingénieries progressives depuis 2007, prévoient des modules d'apprentissage des démarches participatives ou en collaboration pour la mise en œuvre des projets de soins ou de prise en charge. Les dispositifs tutoriels des formations pratiques permettent aussi aux étudiants d'expérimenter l'exercice en situation de stage des démarches participatives (notamment à l'occasion des staffs pluriprofessionnels).

## Les constats

### En onco-hématologie

En 2004, notre groupe a obtenu un financement Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). L'étude visait à démontrer une relation entre un management participatif et la qualité de vie au travail des soignants de services d'onco-hématologie du canceropôle Grand Ouest : 574 infirmières et aides-soignantes ont été incluses dans cette étude dont les résultats montrent une relation entre la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe, la présence de staffs pluriprofessionnels et la qualité de vie au travail. Des corrélations identiques ont été 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)<sup>(8)</sup>. *Tableau 1.*

En 2009, un deuxième PHRC a retrouvé les mêmes résultats auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité. Cette deuxième étude, en cours de publication (deux articles parus, deux en préparation), 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 qualité de vie au travail et un meilleur engagement dans le travail des soignants grâce à un renforcement des sentiments de justice organisationnelle (*figure 1*)<sup>(9)</sup> ;

» que la justice procédurale (perception de justice dans les procédures mises en place) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins

### NOTES

(8) A.-M. Pronost, A. Le Gouge, D. Leboul, M. Gardembas-Pain, C. Berthou, B. Giraudeau, E. Fouquereau, Ph Colombat, "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", *Supportive care in Cancer*, 2012, 20: 607-614.

(9) N. Gillet, E. Fouquereau, A. Bonnaud-Antignac, R. Mokoukolo, Ph. Colombat, "The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies* 2013 (on line).

psychologiques (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<sup>(10)</sup>.

**En psychiatrie**

Les résultats ont été confirmés auprès de 84 infirmiers : 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) ont une influence significative sur la qualité de vie au travail, et ce malgré un effectif très faible. Les effets du management participatif sur la qualité de vie au travail se font au travers d'un renforcement du support organisationnel et la justice organisationnelle perçue, montrant là encore le rôle essentiel du cadre de santé dans le management de proximité<sup>(11)</sup>.

**Hors du milieu de la santé**

La première étude a été menée en 2013 au sein de la police nationale auprès de 235 policiers : la motivation et l'engagement au travail sont liés à des facteurs managériaux (sentiment de soutien 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<sup>(12)</sup>.

La deuxième étude concerne les PME et les grandes entreprises : le soutien organisationnel et le support à l'autonomie entraînent une amélioration de la satisfaction et du bien-être au travail<sup>(13)</sup>.

**Premier enjeu : le travail en équipe**

**Améliorer la qualité de prise en charge globale<sup>(14)</sup>**

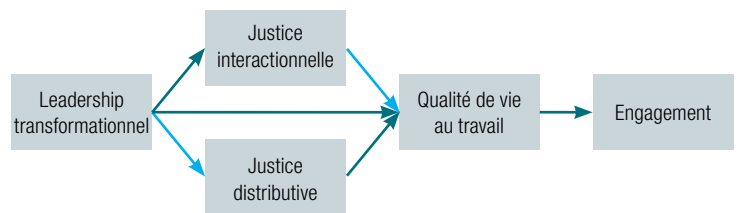
Nous avons vu que le management participatif repose essentiellement sur la création d'espaces d'échanges et la démarche projet. Dans les soins, les espaces d'échanges les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels qui permettent les regards croisés pour une meilleure définition des besoins et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

**Projet personnalisé de soins et regards croisés**

Qu'il s'agisse de l'élaboration du projet personnalisé de santé bio-psychosocial, incluant notamment la prise en charge globale psychologique et sociale et la prise en compte des proches ou du projet de vie des patients en phase palliative, il est nécessaire de partir des besoins, du désir et des demandes des patients et des proches pour proposer cette élaboration.

Or, ce ciblage des besoins et des attentes des patients et des proches ou ce temps d'élaboration d'un projet de santé ou d'un projet de vie ne peuvent se faire sans un temps d'échange et sans les regards croisés des différents professionnels de santé prenant en charge les patients et les proches.

**FIGURE 1**  
**L'impact du leadership transformationnel\***



\* N. Gillet, E. Fouquereau, A. Bonnaud-Antignac, R. Mokoukolo, Ph. Colombat, "The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life: A cross-sectional questionnaire survey", *International Journal of Nursing Studies* 2013 (on line).

Il est donc essentiel qu'au cours des staffs pluriprofessionnels 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 que chaque catégorie socioprofessionnelle puisse dire les besoins des patients et des proches, que chacun puisse s'écouter et que chacun puisse 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, avec un tour de table final pour faire valider le projet par consensus de 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 ; seule la confrontation permet de mieux les cerner.

**NOTES**

- (10) N. Gillet, Ph. Colombat, E. Michinov, A.-M. Pronost, E. Fouquereau, "Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived organizational support, *Journal Advanced Nursing* 2013 (on line).
- (11) P. Brunault, E. Fouquereau, Ph. Colombat, N. Gillet, W. El-Hage, V. Camus, P. Gaillard, "Do Transactive Memory and Participative Teamwork improve Nurses Quality of Work Life?, *Western Journal of Nursing Research* (on line).
- (12) N. Gillet, I. Huart, Ph. Colombat, E. Fouquereau, "Perceived organizational support, motivation and engagement among police officers", *Am Professional Psychology* 2013; 44: 46-55.
- (13) N. Gillet, E. Fouquereau, J. Forest, P. Brunault, Ph. Colombat, "The Impact of Organizational Factors on Psychological Needs and Their Relations with Well-Being", *J. Business and Psychology* 2012; 27: 437-450.
- (14) Ch. Bauchetet, Ph. Colombat, « Améliorer la qualité de vie au travail pour changer le soin », *Lettre du neurologue*, 2014 (on line)

### 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'être progressif et d'adapter le rythme et le contenu aux réactions non verbales de l'interlocuteur.

Cependant, le médecin sera d'autant plus performant qu'il saura l'histoire de vie du patient et du proche, leur état d'esprit et leurs craintes. D'où l'importance d'un temps d'échange avant la rencontre entre le médecin et l'équipe, avant ce temps d'information qui fournira au médecin les éléments qui lui permettront d'être plus performant. Ce temps d'échange peut être formel lors des staffs pluriprofessionnels ou informel entre le médecin, l'infirmière et l'aide-soignante concernés.

### Regards croisés et décision éthique

Le quotidien du parcours de soins des patients atteints de maladie chronique est fait de la 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 Leonetti dans le contexte de la fin de vie ou des recommandations des sociétés savantes (Société française d'hématologie, Afsos, Société française de réanimation de langue française) concernant les limitations thérapeutiques et le transfert en réanimation, toutes s'accordent sur la nécessité de la collégialité dans la prise de décision. Cette collégialité sous-entend la création de ces espaces de décision qui, là encore, peuvent

correspondre aux staffs pluriprofessionnels en dehors de l'urgence qui nécessite la création d'espaces de décision spécifique.

Il est important de rappeler qu'en dehors de la loi Leonetti, où la décision du patient compétent doit être respectée, la collégialité impose la recherche du consensus de l'équipe soignante bien que le médecin reste le responsable de la décision médicale et qu'il ne soit pas obligé de suivre systématiquement le consensus, même s'il doit expliquer auprès de l'équipe les raisons de sa décision.

## Deuxième enjeu : la qualité de vie au travail et ses conséquences

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

Une étude française chez les hématologues a montré 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<sup>(15)</sup>. En agissant sur leur disponibilité par l'amélioration de la qualité de vie au travail, on améliorera la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et donc, là aussi, la qualité de la prise en charge globale

### L'amélioration de la qualité des soins

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 par un management reposant sur leur responsabilisation et l'autonomisation dans leur domaine de compétence. Au sein de ces établissements, on constate, outre de moindres absentéisme et *turn-over*, une diminution des accidents iatrogènes et de la mortalité dans les services de chirurgie<sup>(16)</sup>.

### L'amélioration de la performance économique

Nous avons vu dans nos études que l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants impactait l'engagement et la performance au travail. De nombreuses autres études montrent les mêmes résultats, essentiellement dans le champ de l'entreprise.

Les études sur les *magnet hospitals* montrent également un impact économique se traduisant par une diminution du *turn-over* des personnels, un moindre absentéisme et une diminution des coûts de fonctionnement<sup>(17)</sup>.

## Et maintenant

Ces constats et ces démonstrations, ces progrès aussi, ont conduit l'Afsos à deux évidences actuelles.

### 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 paroles, et tout particulièrement les staffs, améliorent la qualité de vie au travail des soignants et, de là, permettent une amélioration de la qualité des soins.

### NOTES

(15) A. Perrain, I. Kousignian, S. Dauchy, P. Duponchel, J.-Y. Cahn, Ph. Colombat, « Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologues français », *Hématologie*, 2009, 15, 161-167.

(16) E. West, "Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care", *Quality in Health Care*, 2001; 10: 40-48.

(17) *Idem*.

N. Warren, M. Hodgson, T. Craig, S. Dyrenforth, J. Perlin, F. Murphy, "Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: the Veterans Health Administration Experience", *J Occup Environ Med*. 2007; 49: 417-429.

Il faut donc généraliser les staffs à la prise en charge de la maladie chronique, quel qu'en soit le stade, et non plus les réserver aux patients en soins palliatifs. Cette généralisation passe par un lobbying politique auprès de l'Institut national du cancer, la HAS et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour qu'ils les rendent obligatoires dans la démarche de mise en place du travail en pluriprofessionnalité en cours.

### **Former les managers**

Pour que le modèle se mette en place au sein d'un service, les médecins et le ou les cadres du service doivent le pratiquer 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 trois R (reconnaissance/respect/responsabilisation) dans les rapports quotidiens au sein de l'équipe, la création d'espaces d'échanges entre managers pour une homogénéité du management...

Cela nécessite donc une formation des médecins, des cadres, mais aussi des directeurs d'établissement au management participatif et au travail en pluriprofessionnalité, tant dans la formation initiale (études médicales, institut de formation des cadres de santé, École des hautes études en santé publique) qu'en formation continue, en insistant sur l'importance de la pluriprofessionnalité dans ces formations<sup>(18)</sup>.

La santé au travail étant actuellement une des préoccupations du gouvernement, ce thème est devenu prioritaire dans les appels d'offres de formation continue des établissements de santé, ciblés sur les managers. Mais le chantier est immense... ●

### **NOTE**

- (18) Ph. Colombat, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Lamarre, 2012.