

LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE DANS LES SOINS:

MIEUX MANAGER POUR MIEUX SOIGNER

**Ph COLOMBAT
HEC Montréal
17 Mai 2018**

AFSOS :
son approche de la prise en
charge globale
de la souffrance
(afsos.org)

Conditions pour une bonne prise en charge des patients et des proches

PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE ET DES SYMPTÔMES

INFORMATION

PROJET DE SOINS ET PROJET DE VIE ADAPTE AUX BESOINS DU PATIENT

PRISE EN CHARGE GLOBALE

- écoute, accompagnement
- réponse aux besoins en soins de support

CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE

Conditions pour une bonne prise en charge des patients et des proches

- Prise en charge des symptômes → **Référentiels AFSOS**
- Projet personnalisé de santé → **espaces d'échanges**
- Information
- Ecoute
- Accompagnement → **disponibilité (QVT)**
- **Soins de support**

NOS PILIERS D'ACTION : 3 GRANDS DOMAINES

Dans les établissements **de santé** et en ville

Soins de support & **organisation**

Soins de support & **Prise en charge des symptômes**

Symptômes liés à la maladie et aux traitements pendant et après cancer

Soins de support & **Qualité de vie au travail**

Un management d'équipe
(écoute, accompagnement) permettant
d'améliorer la qualité de vie des soignants au
travail

LES RÉFÉRENTIELS EN SOINS DE SUPPORT AFSOS



Les référentiels existants:

Arrêt des traitements spécifiques
Abords et dispositifs veineux
Activité physique adaptée
Anémie
Antinauséux/antiémétiques
Biphosphonates hypercalcémie
Confusion
Dépression
Douleur
Dyspnée
Épilepsie
Escarres
Fatigue
Fièvre
HTIC-céphalées-déficit
neurologique

Reinsertion sociale et PEC de la
précarité
Onco sexo: Gestion des
complications induites par CT
**Rééducation fonctionnelle et
cognitive en neuro-oncologie**
Lymphœdèmes
Mucites et candidoses
Nutrition
Prise en charge sociale
Sexualité et fertilité
Soins bucco-dentaires
Thrombose et cancer
Toxicités des thérapies ciblées
Urgences en cancérologie
Place des PNCAVT

Prise en charge dans les 1eres 20h
d' un patient pour syndrome
confusionnel

Troubles de la fonction rénale et CT
Anxiété en cancérologie
Reconstruction mammaire
Toxicités des CT: Docetaxel
Neuropathies périphériques

L'organisation des soins de support

L'organisation des soins dans les établissements de santé et en ville

Proposer une organisation fonctionnelle d'accès aux soins de supports en établissements et à domicile (aucun texte DGOS et INCA depuis 2005)

Rédaction de textes de références (Référentiel AFSOS en 2016)

DGOS (2016) : nouveau panier de soins de support

INCA (2017) : groupe de travail sur l'organisation des soins de support)

DÉMARCHE PARTICIPATIVE ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

HISTORIQUE

1991 : Création du GRASPH (*Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins Palliatifs en Hématologie*)

1991-1998 : Création du concept

2002 - 2008 : Textes législatifs

2002 : circulaire DHOS du 19 février 2002 officialisant le concept de *démarche palliative*

2004 : diffusion de la circulaire DHOS « *Guide de mise en place de la démarche palliative en établissements* »

2008 : mesure 13a d'accréditation de l'HAS

2004 - : Le temps de la démonstration scientifique

2005 : Intégration des soins de support

2008 : Création de l'AFSOS

2009 - : Le temps de la conceptualisation, de la formation et de la généralisation

RAPPELS

DEFINITION

« Etat causé par l'utilisation excessive de son énergie et qui provoque le sentiment d'être épuisé et d'avoir échoué »

COMPOSANTES

- Epuisement émotionnel**
- Déshumanisation de la relation à l'autre**
- Perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail**

LE SEPS

EPIDEMIOLOGIE

- Etude américaine (1991)
 - Toutes spécialités confondues
 - Taux de SEPS 20 à 40 % des personnels soignants et 35 à 60% des médecins présentent un épuisement professionnel
- Etude D TRUCHOT (2009)
252 médecins généralistes
 - score émotionnel élevé : 43,2 %
 - dépersonnalisation de la relation à l'autre: 33 %
 - score réduit d'accomplissement personnel : 30%

Taux variable selon la profession et la spécialité

*[RAMIREZ BJC 1995 RAMIREZ LANCET 2002 WHIPPEN JCO 1991]
[BLANCHARD EJC 2010].*

EPIDEMIOLOGIE

Etude française internes oncologie (2009)

[BLANCHARD EJC 2010].

- 340 internes d'oncologie médicale, d'oncologie radiothérapie et d'hématologie (taux de réponse 60%)
- Taux de SEPS de 44%, (26% d'épuisement émotionnel et 35% de déshumanisation; 18% des internes interrogés avaient un score élevé dans les deux dimensions testées)

Internes d'oncologie en Belgique : 70%

Internes et chefs de clinique de chirurgie viscérale en France : 52 %

EPIDEMIOLOGIE

Rôle de la profession

**FACTEURS ASSOCIES AU BURNOUT DANS
LES SERVICES D 'ONCOLOGIE-
HEMATOLOGIE DE LA REGION CENTRE**

PLACE DE LA DEMARCHE PALLIATIVE.

Séverine Lissandre, Olivier Arsène, Philippe Colombat.

RESULTATS

Epuisement émotionnel

Médecins

Mauvaise organisation

Manque de communication

Déshumanisation

AS-ASH et Cadres

Manque de reconnaissance

Manque de communication

Perte d 'accomplissement personnel

AS-ASH

Relation avec les patients moins bien vécue

Manque de reconnaissance



LES CAUSES

***Syndrome d'Épuisement
Professionnel des Soignants
(SEPS)***

Afsos.org

Date : 12 décembre 2014

FACTEURS ETIOLOGIQUES

TRANSACTIONS Individu – contexte

ISSUES

ENVIRONNEMENTAUX:

- Liés au type de travail (spécialité médicale)
- Liés à la charge de travail
- Liés aux relations interpersonnelles
- Liés à l'organisation (définition des rôles)
- Liés au managérial (communication)

PSYCHOSOCIAUX: LIES A L'INDIVIDU

- Perfectionnisme
- Anxiété
- Pessimisme
- Lieu de contrôle interne
- Résilience
- Affectivité négative
- Histoire de vie

EVALUATIONS

- stress perçu
- contrôle perçu
- soutien social perçu

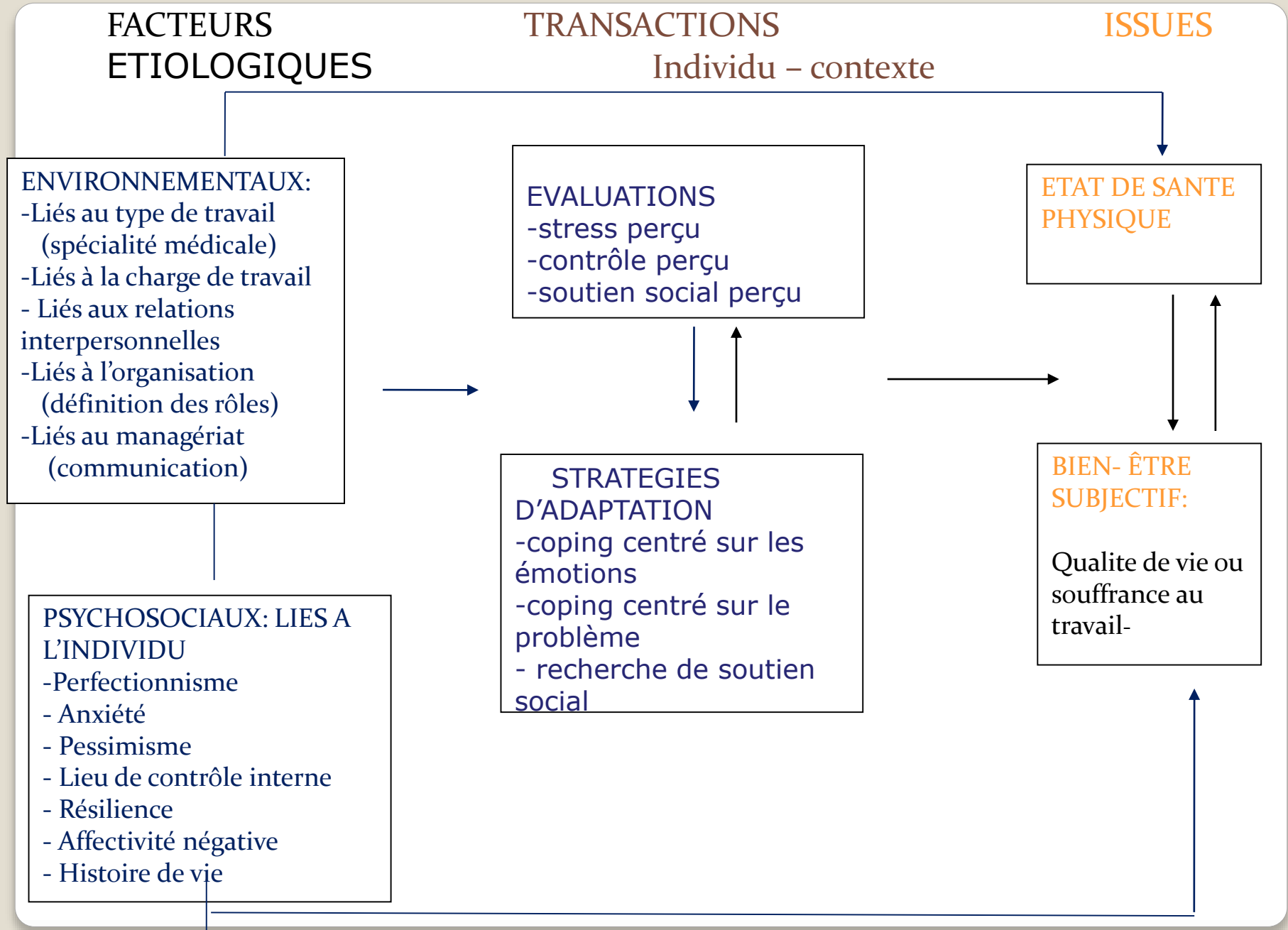
STRATEGIES D'ADAPTATION

- coping centré sur les émotions
- coping centré sur le problème
- recherche de soutien social

ETAT DE SANTE PHYSIQUE

BIEN- ÊTRE SUBJECTIF:

Qualite de vie ou souffrance au travail-



Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Facteurs personnels

- Sexe féminin
- Manque de vocation / motivation
- Manque d'expérience professionnelle
- **Caractère :**
 - Pessimisme
 - Anxiété
 - Perfectionnisme
 - Peu de communication ou introverti
 - Idéal soignant élevé : décalage entre les attentes du soignant et la réalité du terrain
- Difficultés d'adaptation
- Perception insatisfaisante de la qualité des soins
- Charges concurrentes : difficultés de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle
 - Situation familiale / responsabilité familiale
 - Retour de maternité
 - Difficultés de garde d'enfants
 - Difficultés financières
 - Durée des trajets domicile / travail
 - Conflits travail / famille
 - **Rupture ou conflits dans sa vie personnelle**
 - **Deuil récent / deuil ancien non élaboré**
- **Antécédents psycho-pathologiques**

Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Facteurs environnementaux (1/2)

TYPE DE TRAVAIL

- Spécialité
- Type de métier (fonction)
- Travail de nuit et horaires de travail
- Degré de gravité des erreurs potentielles
- Annonce des mauvaises nouvelles
- Fréquence des décès
- Confrontation à la souffrance
- Malades jeunes
- Échec des traitements
- Agressivité des patients et des familles
- Conflits entre valeurs personnelles et valeurs de l'entreprise

CHARGE DE TRAVAIL

- Charge de travail excessive durable et répétée
- Ratio de personnel insuffisant
- Manque de travail en binôme et/ou en équipe
- Sentiment de ne pouvoir faire son travail dans le temps imparti (inclusion)
- Exigences qualitatives excessives par rapport au poste de travail

ORGANISATION DU TRAVAIL

- Instabilité des contrats de travail
- Problème de flexibilité des horaires
- Défaut de justice du planning
- Mauvaise définition des fonctions, missions et responsabilités de chacun
- Démarches contradictoires
- Interruption des tâches
- Contradiction entre les exigences du poste
- Qualité perçue comme insatisfaisante de la prise en charge des patients et des proches
- Manque de temps de concertation et de communication en équipe
- Outils de travail et des systèmes d'information inadaptés
- Qualité et durée des transmissions
- Impossibilité de discuter des questions psychologiques et éthiques
- Non respect des bonnes pratiques

Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Facteurs environnementaux (2/2)

RELATIONS INTERPERSONNELLES AU SEIN DE L'ÉQUIPE

- Défaut de communication au sein de l'équipe
- **Qualité de la relation personnel / équipe médicale-encadrement**
- Climat de travail insatisfaisant
- Manque de confiance au travail
- Temps d'échanges insuffisants
- Manque de soutien social
- Déshumanisation de la relation à l'autre
- **Gestion des personnalités pathologiques**
- **Maltraitance**
- Harcèlement moral

MANAGEMENT

Au sein du service : Manque de ...

- Formation et développement des compétences → aptitude du salarié vis-à-vis du poste
- **Autonomie** au sein du travail
- **Reconnaissance** de l'individu, du travail (récompense des efforts), des compétences
- **Collaboration et coopération au sein du service**
- **Cohérence des valeurs**
- **Justice organisationnelle**
- Implication dans l'organisation
- Soutien psychologique au travail
- **Démarche d'adaptation à l'évolution des conditions de travail et du système de santé**
- Conseils en cas de difficultés : accessibilité de l'encadrement
- **Espace d'échanges** de discussion sur le travail, sa qualité, son organisation (staff, ...)
- **Démarche projet** pour s'adapter aux restructurations

Au sein de l'établissement

- Pas de possibilité de discuter avec l'administration et les managers

STYLES DE MANAGEMENT

<p style="text-align: center;">PARTICIPATIF Associer</p> <p><i>Points + :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crée une ambiance - Coordonne - Anime - Fait produire <p><i>Points - :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chercher une approbation de tous, à tout prix <p><i>Efficace si :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'équipe est suffisamment mûre pour respecter les délais et les objectifs - L'aspect relationnel du travail est prépondérant (ambiance, image de marque, société de service,...) 	<p style="text-align: center;">INFORMATIF/PERSUASIF Convaincre</p> <p><i>Points + :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifie - Questionne - Analyse - Explique <p><i>Points - :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trop de temps dans l'argumentation <p><i>Efficace si :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'équipe est composée de professionnels et d'experts - L'aspect technique du travail est prépondérant - L'environnement est compétitif
<p style="text-align: center;">DELEGATIF Responsabiliser</p> <p><i>Points + :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fait confiance - Responsabilise - Prend du recul - Facilite l'autonomie et le suivi de l'action <p><i>Point - :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abandon, se débarrasse <p><i>Efficace si :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborateurs formés et compétents - Collaborateurs capable de gérer par eux-mêmes la cohésion de l'équipe - Le travail se prête à une gestion par missions ou par projets 	<p style="text-align: center;">DIRECTIF Structurer</p> <p><i>Points + :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixe les règles - Etablit les contrats - Donne les directives, objectifs, délais et méthodes <p><i>Point - :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoritarisme <p><i>Efficace si :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe nouvelle - Situation de crise, d'urgence - Changement de structure ou de procédures (nouvelles techniques, nouvelles machines,...)

Facteurs managériaux et QVT

- ▣ Leadership transformationnel
- ▣ Justice organisationnelle
- ▣ Soutien organisationnel perçu
- ▣ Soutien à l'autonomie

Managerial factors / QW

	Global QWL		Job satisfaction		Work engagement	
	r	p	r	p	r	p
Transformational leadership	.245	$<10^{-7}$	.248	$<10^{-7}$	.162	$< .001$
Perceived autonomy support	.298	$<10^{-10}$	.238	$<10^{-6}$	.184	$< 10^{-4}$
Perceived organizational support	.372	$<10^{-17}$	.282	$<10^{-9}$	.139	.002
Organizational justice	.367	$<10^{-16}$	.280	$<10^{-9}$	.201	$<10^{-5}$

LA CONSTRUCTION DU MODELE

DEMARCHE PALLIATIVE

DEFINITION

- *«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»*

• *(Document ministériel, 22 février 2002)*

Contenu de la démarche palliative

- 1) Création de STAFFS PLURIPROFESSIONNELS
- 2) Formation interne
- 3) Soutien aux équipes
- 4) Mise en place d'une démarche projet
- 5) Espaces d'échanges de managers

CREATION DES STAFFS PLURIPROFESSIONNELS

- Réunions de discussion des cas cliniques :
 - pluriprofessionnelles
 - au moins une fois par semaine
 - ciblées sur les malades en situation complexe
 - pour l'élaboration du projet de soins
- Réunions d'analyses de pratiques : cas cliniques ou éthiques

STAFFS PLURIPROFESSIONNELS

Difficultés en HJ +++

Liées au nombre de patients pris en charge:

- cibler les patients les plus complexes ou les prise en charge à problèmes
- choix fait par les équipes de soins
- importance de :
 - la traçabilité des staffs
 - l'évaluation en soins de support
 - la transmission aux soignants du domicile

FORMATION

- Préférer la formation interne (++) , continue
- Créneau horaire et rythme adaptés (démultipliée)
- Présence du maximum de soignants de toutes catégories socio - professionnelles
 - Apprentissage technique
 - Apprendre à se connaître
 - Apprendre à prendre la parole

LE SOUTIEN DES SOIGNANTS

- Nécessité d'une évaluation régulière des besoins
- Modalités :
 - Réunions ponctuelles en situation de crise
 - Soutien de couloir
 - Groupes de paroles
 - Multidisciplinaires
 - Pour des soignants volontaires
 - En présence d'un psychothérapeute

DEMARCHE PROJET

- Exposé de la méthodologie
- Bilan des besoins (inventaire oral ou enquête anonyme)
 - ⇒ Définition des thématiques
- Elaboration du projet par des groupes de travail indépendants (2 étapes)
- Prise de décision
- Mise en place
- Evaluation
- Réactualisation

CONDITIONS NECESSAIRES (1)

- Doit s'intégrer dans les projets institutionnels
 - Projet médical et projet infirmier
 - SROS
- Volonté de l'équipe (+++)
- Adhésion du binôme chef de service/cadre de santé ou des responsables équivalents
- Implication des instances de la direction

CONDITIONS NECESSAIRES (2)

- Bonne communication au sein de l'équipe indispensable
 - Rapports non hiérarchiques
 - Respect de l'autre
- Limité dans le temps
- Nécessité de pouvoir dégager du temps
- Responsables des groupes de travail : reconnus par l'équipe et de catégories socio-professionnelles différentes

Les différents espaces d'échanges

- 1/ Les espaces d'échanges centrés sur la prise en charge des patients
 - Les staffs pluriprofessionnels
 - Les relectures de cas cliniques ou de cas éthiques
 - Les Comités de Retours d'Expériences (CREX)
 - Les Réunions de Morbi – Mortalité
- 2/ Les espaces d'échanges centrés sur la formation
- 3/ Les espaces d'échanges centrés sur le soutien aux équipes
- 4/ Les espaces d'échanges centrés sur l'organisation
- 5/ Les réunions spécifiques pour les managers

Espaces d'échanges

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

LE PROCESSUS DE LA PRISE DE DÉCISION

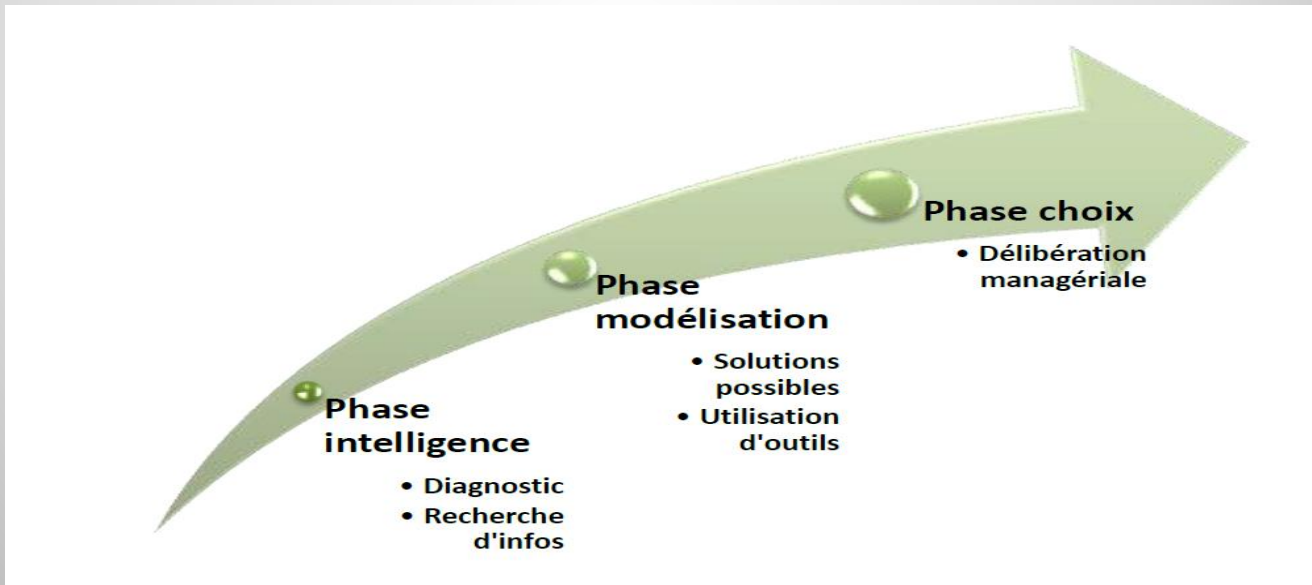
La chronologie d'une réunion est toujours la même :

- s'assurer que chacun dispose des mêmes informations
- échange informel
- structuration des propositions
- argumentation de chacun vis-à-vis des propositions
- recherche de consensus
- prise de décision

Faute de consensus, la décision est prise par le manager en tenant compte des échanges.

Le processus décisionnel

- On distingue 3 étapes successives du processus décisionnel : c'est le modèle de H. Simon.



REUNIONS SPECIFIQUES DE MANAGERS

- y participent tous les médecins du service + la surveillante
- réunions régulières hebdomadaires
- discussions de l'organisation, des difficultés de fonctionnement, du choix des collaborateurs

Importance d'une homogénéité des techniques managériales et d'une adhésion des managers (médecins – cadre) : importance de la FORMATION

DEMARCHE PARTICIPATIVE

= Création d'espaces d'échanges avec des objectifs différents

MAIS

Dans tous les cas ,optimisation :

- du besoin de **reconnaissance**
- de la **communication**
- **du sentiment d'appartenance**
- de la **collaboration** au sein de l'équipe

Au niveau du pôle

1° Espaces d'échanges Au niveau du pôle

- *trios de pôle hebdomadaires*
- *bureaux de pôles mensuels*
- *visite du trios de pôles auprès des équipes médicales : annuelles*
- *visite du trios de pôles auprès des équipes soignantes : annuelles*
 - *réunion des chefs de services : 3 à 4 par an*
- *implication des chefs de services dans toutes les démarches administratives*

Au niveau du pôle

1° Espaces d'échanges (suite)

Au niveau des services

- *réunions cadres- chefs de services*
- *réunions de services*
- *staffs pluriprofessionnels*

2° Démarche projet

- *Groupes de travail transversaux (impliquant tous les services et pluri professionnels) sur des thèmes fédérateurs*
- *Groupes de travail dans les services*

Au niveau d'un établissement

1/ Nécessité d'espaces d'échanges finis à **tous les niveaux** :

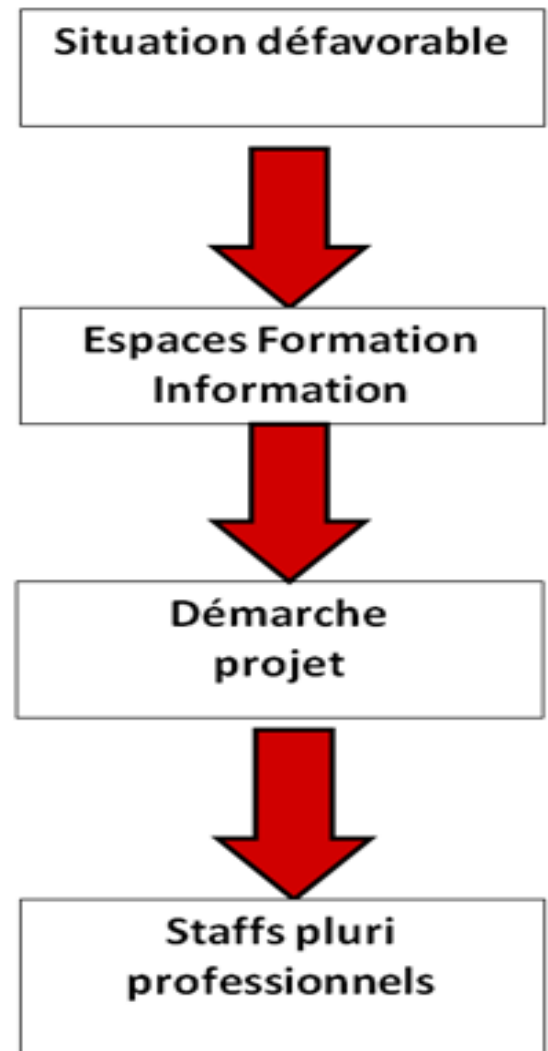
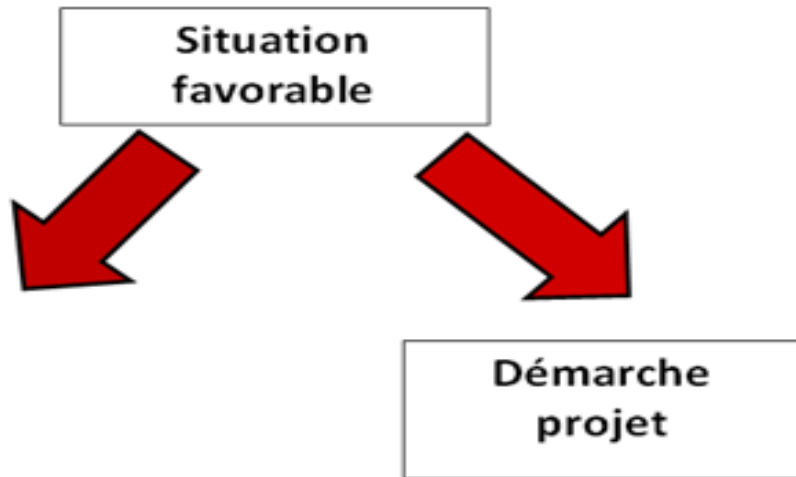
- direction générale
- directions fonctionnelles
- directions fonctionnelles /pôles
- pôles
- pôles /services
- services

2/ Rôle essentiel de la **direction générale**

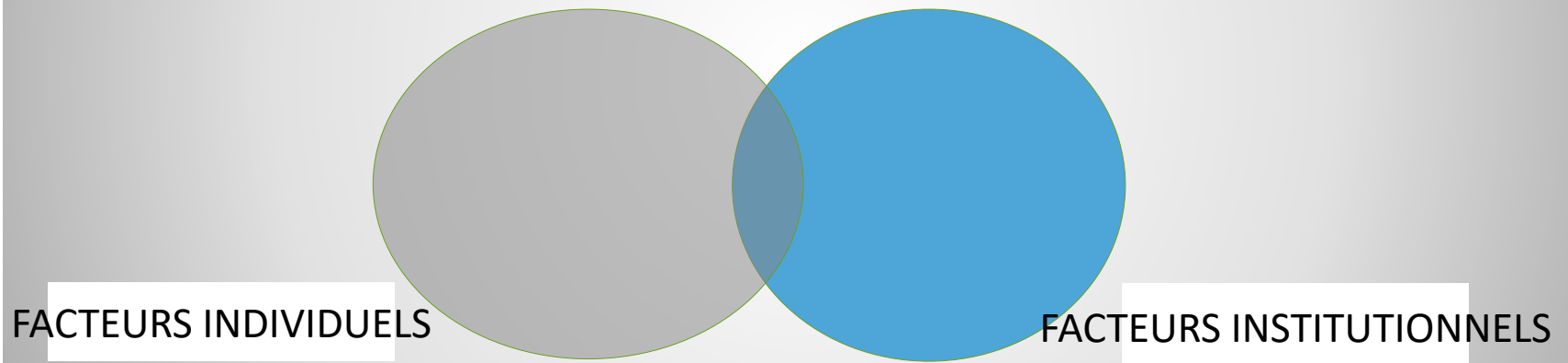
La mise en place : estimer la faisabilité

- Analyse de l'utilité du changement:
 - Stress des équipes.
 - Prise en charge des patients.
 - Accord avec la loi.
- Analyse des préalables :
 - Niveau de cohérence interne de l'organisation.
 - Légitimité de celui qui conduit le changement.
 - Volonté de l'équipe.
- Analyse des ressources mobilisables :
 - La cohésion de l'équipe dirigeante (binôme cadre-médecin).
 - Un encadrement pertinent.
 - Une communication interne efficace.

STRATÉGIE DE MISE EN PLACE



Freins à la mise en place de la DP



Limites à la mise en place de la DP

Individuels	Collectifs	Les 2 ensemble
Temps W/temps personnel inadéquat	Contraintes organisationnelles	Perte de pouvoir
Valeurs du travail	Manque de temps	Culture hiérarchique verticale
Temps W/temps personnel inadéquat	Instabilité des équipes	Incertitude
Bouleversement des mécanismes de défense	Tensions générationnelles et interprofessionnelles	Méconnaissance de la DP
Manque d'ouverture d'esprit	Manque de projets de service	Résistance au changement
Peur d'être jugé	Absence de transversalité	Croyance et culture
Degré d'implication		Difficulté à passer la main
		Difficulté à se remettre en question

Les textes législatifs

Textes législatifs

- 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.
- 2004 (juin): Circulaire ministérielle « Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissement » décrivant dans le détail le modèle de la démarche palliative.
- 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.
- 2008 (3), l'HAS entérine son caractère obligatoire en faisant de la DP un des cinq critères d'accréditation prioritaire pour les établissements de court, moyen et long séjour de la V2 2010 sous forme de la mesure 13a. La notion de qualité de vie au travail des soignants apparaît ainsi, pour la première fois, dans les critères d'accréditation.

RÉFÉRENCE 13 La fin de vie.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie. PEP

La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).

Le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie la mise en place de dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (DHOS/02/2008/99) précise à nouveau les fondements de la démarche palliative :

- « évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés ;
- réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches ;
- mise en place de réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades ;
- soutien des soignants en particulier en situation de crise ;
- mise en place de formations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins ».

PACTE DE CONFIANCE (février 2013)

Mesures du point 3 intéressant la démarche participative

Propositions pour **promouvoir un management correspondant aux exigences du service public**

- **26** - Affirmer les exigences de la gestion du service public hospitalier et les formaliser dans une **charte du management** et du dialogue social au sein de chaque établissement.
 - 27** - **Recréer les espaces de concertation, d'information et de dialogue au sein des différentes structures**, en préservant la souplesse nécessaire à leur fonctionnement.
 - 28** - Reconnaître et réaffirmer le **rôle des cadres** dans l'institution.
 - 29** - **Elaborer un projet d'établissement dans une démarche participative et d'information.**

Stratégie nationale d'amélioration de la QVT

- Axe 2 : augmentation des réunions → généralisation des staffs
- Rendez-vous annuels / besoins des équipes

Stratégie nationale d'amélioration de la QVT

- Axe 1

Préparation des cadres au management, à la gestion des réunions, à la gestion des conflits et à la gestion des projets

Importance du management de proximité : services et pôles

- Axe 3

Accompagner les professionnels lors des transformations : formation des cadres

**Quel impact sur la
qualité de vie au travail
des soignants?**

EA 2114 Psychologie des âges de la vie & Adaptation

***Axe B Qualité de vie, Travail, Psychopathologie
(Dir. Pr. Fouquereau & Réveillère)***

- ▶ **10 titulaires: 3 PU, 7 MCU (dont 4 HDR)**
- ▶ **9 Associé.e.s (dont 1Dr.-Past)**
- ▶ **15 Doctorant.e.s**
- ▶ **2 IGR**

Projet 2018-2022:
**Axe B Qualité de vie, Travail,
Psychopathologie**

- Recherches fondamentales & appliquées en psychologie du travail
- Equipe mixte (psychologues et médecins)
- Ancrage dans le courant psychologie positive:

*Etude des conditions et processus individuels vs collectifs qui contribuent au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des organisations dans le contexte du travail
(Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)*

Déterminants & conséquences santé psychologique et QVT

Secteurs
diversifiés

Contextes
variés

Populations
hétérogènes

Santé & QVT

Bilan scientifique 2011-2017

- 147 publications répertoriées selon classification HCERES
- 33 ouvrages & chapitres d'ouvrages
- 17 articles dans revues professionnelles
- communications orales & affichées dans des colloques internationaux & nationaux (Belgique, Canada, Côte d'Ivoire, Norvège, Portugal, RDC, USA...)
- conférences invitées (France, Italie, Bénin...)
- Projets régionaux et nationaux (PHRC, PHRIP, MSH VdL, Région Centre, Ligue contre le Cancer)
- Collaborations scientifiques nationales et internationales (Congo, Belgique, Italie, Québec, USA ...)

PHRC 2004

Etude des effets d'un projet de service intégrant la démarche palliative en onco hématologie sur le soutien social, le stress perçu, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail des soignants.

Oncologie 2008, 10 ; 125-134

Supportive care in cancer 2012; 20 : 607-614

***Pronost AM ; Le Gouge A ; Leboul D ; Gardembas-Pain M ;
Berthou C ; Giraudeau B ; Colombat Ph
Oncologie (2008)***

Association entre le score global pour la qualité de vie et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

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

La qualité de vie au travail est liée au besoin de reconnaissance d'une façon prioritaire (dimension sociale de la qualité de vie). Le manque de reconnaissance, identifié comme principal stressor par les soignants est donc l'axe sur lequel la réflexion dans les services d'onco hématologie doit s'engager.

Le manque de temps, la mauvaise prise en compte des besoins des patients et des proches, le manque de formation fait obstacle au développement de la qualité de vie (dimension physique et psychologique de la qualité de vie).

Le fonctionnement des équipes (collaboration, réunion interdisciplinaires, communication) est un élément important de la qualité de vie au travail comme dimension sociale.

Association entre le score global pour l'intensité du stress perçu et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Stress perçu intensité	p
Nb de lits dans le service		
]20-30]	0,27	0,013
>30	0,18	0,100
]12-20]	0,13	0,259
Nb de décès par mois		
]1-3]	0,22	0,044
]3-6]	0,21	0,042
>6	0,21	0,037
Manque de reconnaissance	0,19	<0,001
Manque de temps	0,17	0,004
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	0,16	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	0,15	0,003
Manque de formation	0,15	0,002
Manque de staffs	0,14	0,006
Manque de communication	0,12	0,017
Manque de collaboration	0,10	0,043
Formations sur la relation d'aide	-0,10	0,032

Association entre le score global du soutien social et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Soutien social	p
Temps consacré aux transmissions inter/équipes par jour (min)		
>60	0,47	0,006
]30-60]	0,33	0,044
]0-30]	0,24	0,146
Passage de bénévoles	0,10	0,031
Formations en soins palliatifs	0,10	0,036
Formations sur la douleur	0,10	0,036
Manque de reconnaissance	-0,21	<0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,19	<0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,19	<0,001
Manque de collaboration	-0,16	<0,001
Manque de formation	-0,16	0,001
Manque de communication	-0,09	0,036

La question du temps de transmission devient du soutien social, ainsi que d'une manière moindre, la formation en soins palliatifs, sur la douleur et la présence des bénévoles. Le manque de reconnaissance est identifié comme l'inverse du soutien social, ainsi que la mauvaise prise en compte des patients et de leur famille et le manque de collaboration, de formation et de communication.

PHRC 2009: rôle du management de proximité

Participants

343 personnels soignants (325 femmes et 18 hommes) travaillant dans 47 services distincts

42 employés dans un service d'hématologie, 215 dans un service d'oncologie et 86 dans un service d'hémato-oncologie

208 infirmières et 135 AS-ASH

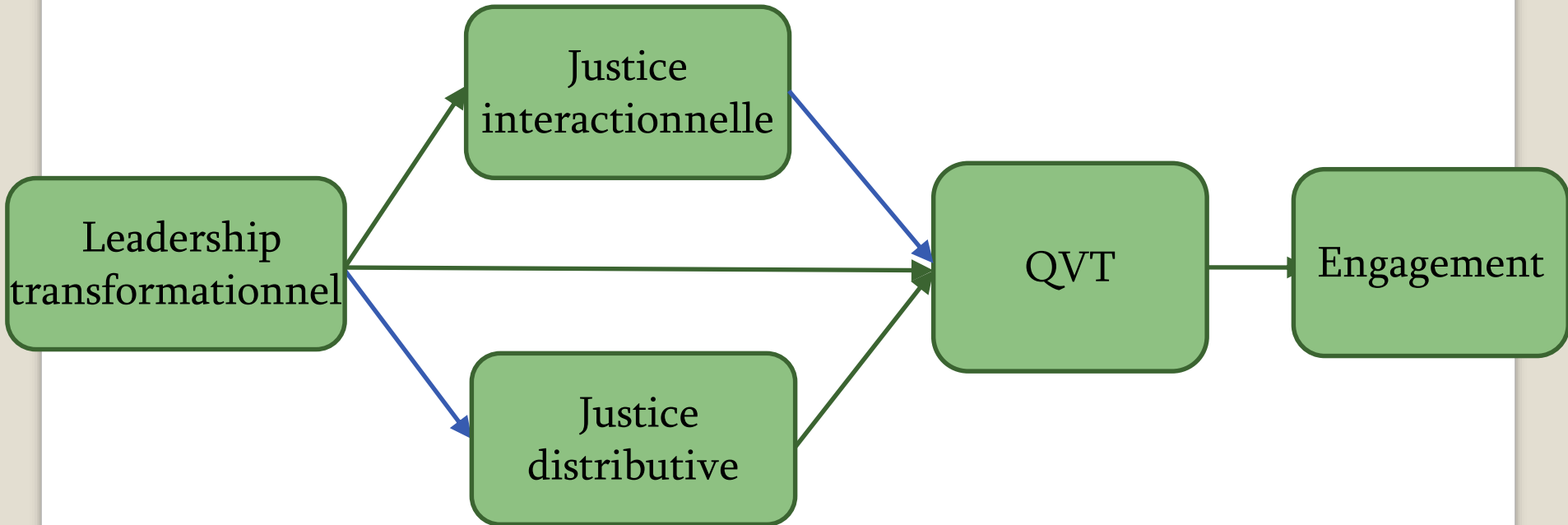
Age moyen : 36,30 ans (ET = 10,29)

Ancienneté dans le service : 6,85 ans (ET = 7,61)

80 personnes travaillent à temps partiel et 263 à temps plein

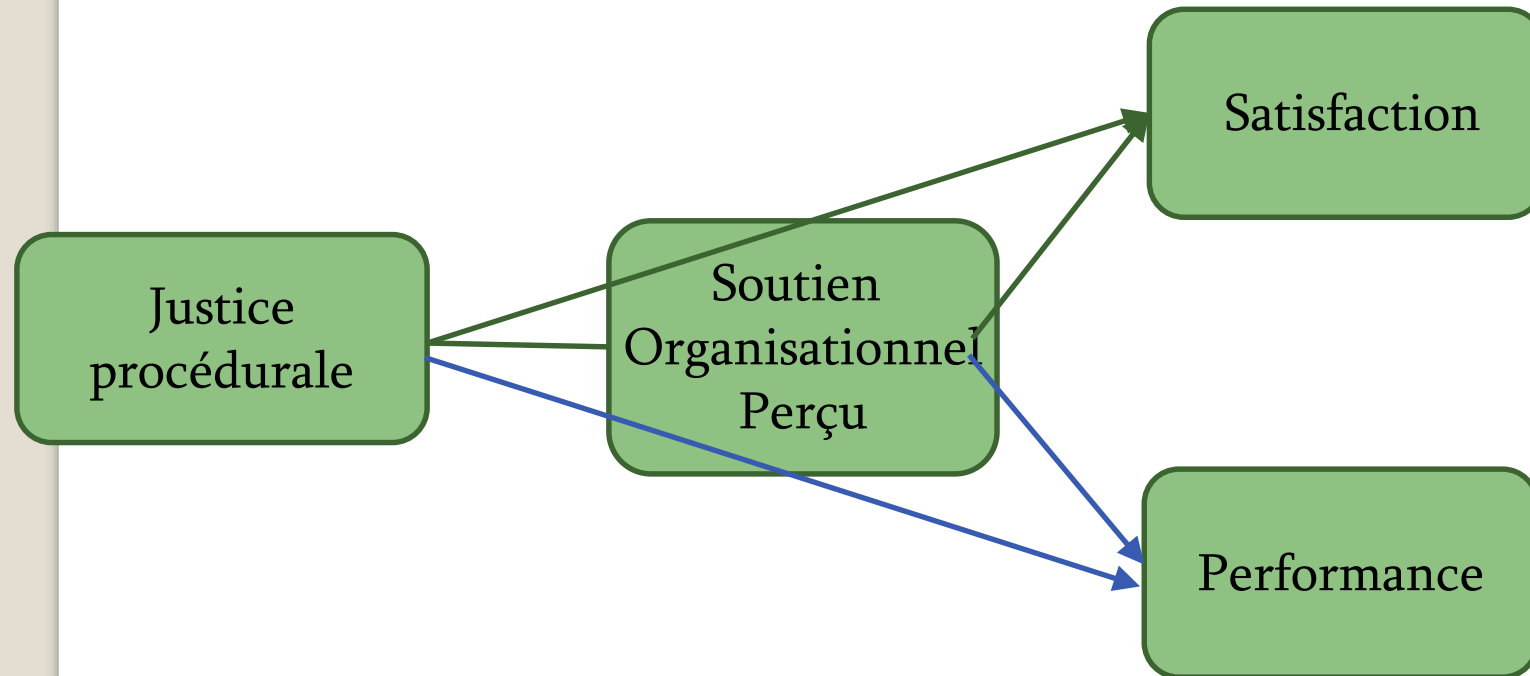
RÉSULTATS PHRC 2009

International Journal of Nursing Studies 2013; 50: 1359-67



RÉSULTATS PHRC 2009

Journal Advanced Nursing 2013; 69: 2560-71



**Quel impact sur la qualité
des soins?**

Enjeu de le DP : travail en pluriprofessionnalité

Rôle des staffs pluriprofessionnels

- Regards croisés: **information, projet de santé** de l'HAS et **projet de vie personnalisé, prise de décision éthique**
- Impact sur la QVT des soignants : impact sur la qualité de l'**information**, de l'**écoute** et de l'**accompagnement**
- Rencontre avec les **soins de support** → leur place dans l'élaboration du projet de santé et du projet de vie personnalisés.

QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET QUALITE DES SOINS

HAS : Revue de la littérature « QVT et qualité des soins » (www.has-sante.fr)

1° Lien entre charge de travail et qualité des soins

2° Lien entre conditions de travail et sécurité du patient

3° Lien entre conditions de travail, satisfaction des patients et risque de maltraitance

QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET QUALITE DES SOINS

Magnet hospitals (caractéristiques)

- 1° Relation collaborative infirmières/médecins
- 2° Autonomie clinique
- 3° Politique de formation
- 4° Dotation suffisante en personnel
- 5° Soutien organisationnel du cadre de santé
- 6° Contrôle de la qualité des soins
- 7° Transmission d'une culture centrée sur les valeurs du patient

QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET QUALITE DES SOINS

Magnet hospitals (conséquences) (JAMA, 2002, 288, 1987-93)

- 1° Diminution fréquence burn-out
- 2° Améliore satisfaction au travail
- 3° Diminue morbidité
- 4° Diminue mortalité

Autres impacts

- turn-over
- absentéisme
- qualité des soins, satisfaction des patients
- impact économique

Démarche participative, qualité de vie au travail (QVT) et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique

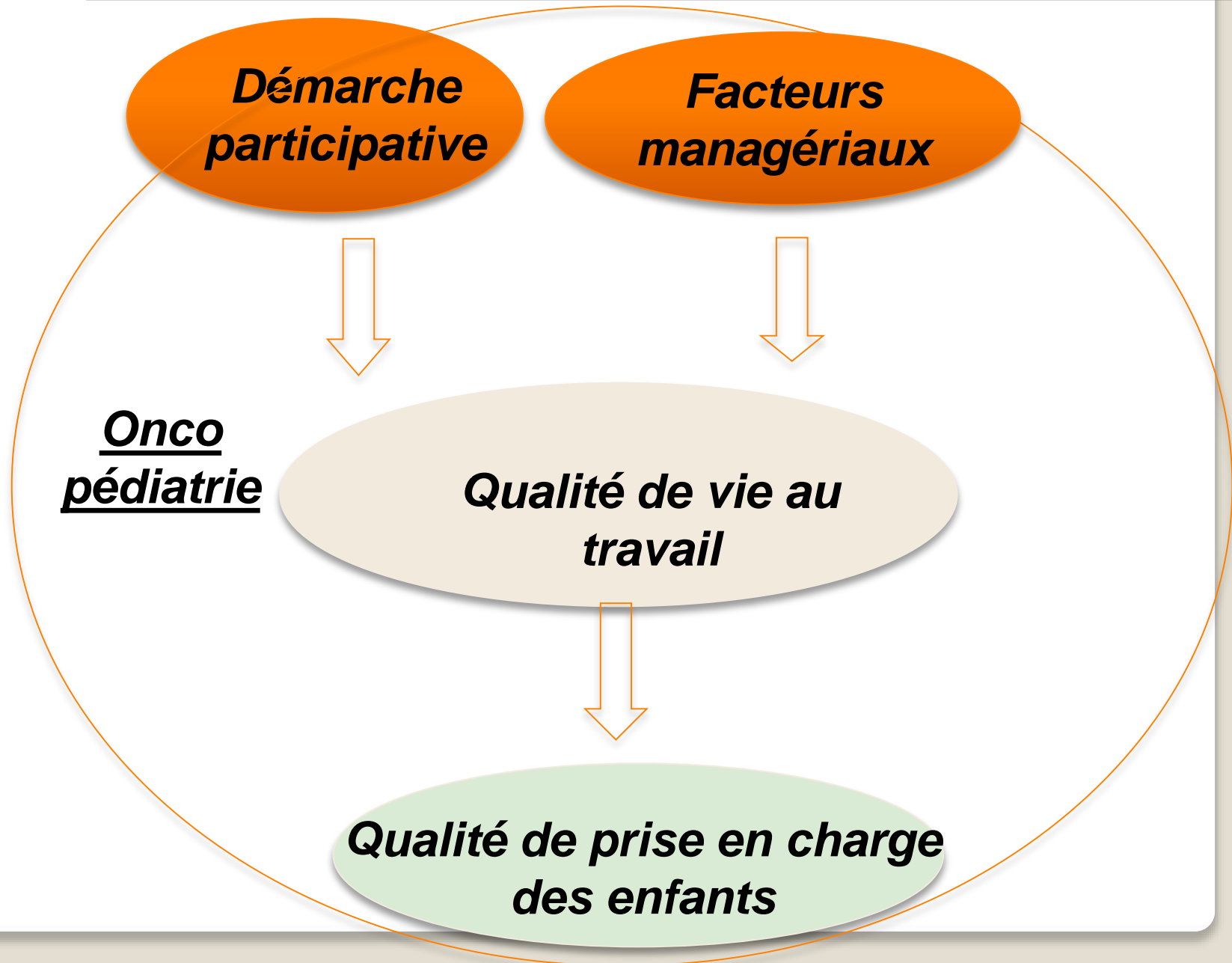
P. Colombat^{1,2}, J. Lejeune^{1,2}, E. Fouquereau¹, J. Michon³, S. Dupont¹,
R. Petronela³, V. Gandemer³ et N. Gillet¹

¹EA 2114 Psychologie des Âges de la Vie, Université François Rabelais,
Tours

²Service d'onco-hématologie pédiatrique, Hôpital Clocheville, Tours

³ Société Française des Cancers de l'Enfant





- ❑ 25 centres spécialisés en cancérologie pédiatrique

- ❑ Populations étudiées :
 - *Patients (n=440)* : enfants hospitalisés depuis plus de 48h
 - *Soignants (n=510)* : médecins, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puéricultures, aides soignantes
 - *Cadres de santé*

✓ Données soignants n = 510

Démarche participative
(moyenne des 4 dimensions)



QVT globale

$p < 10^{-9}$



Satisfaction au travail

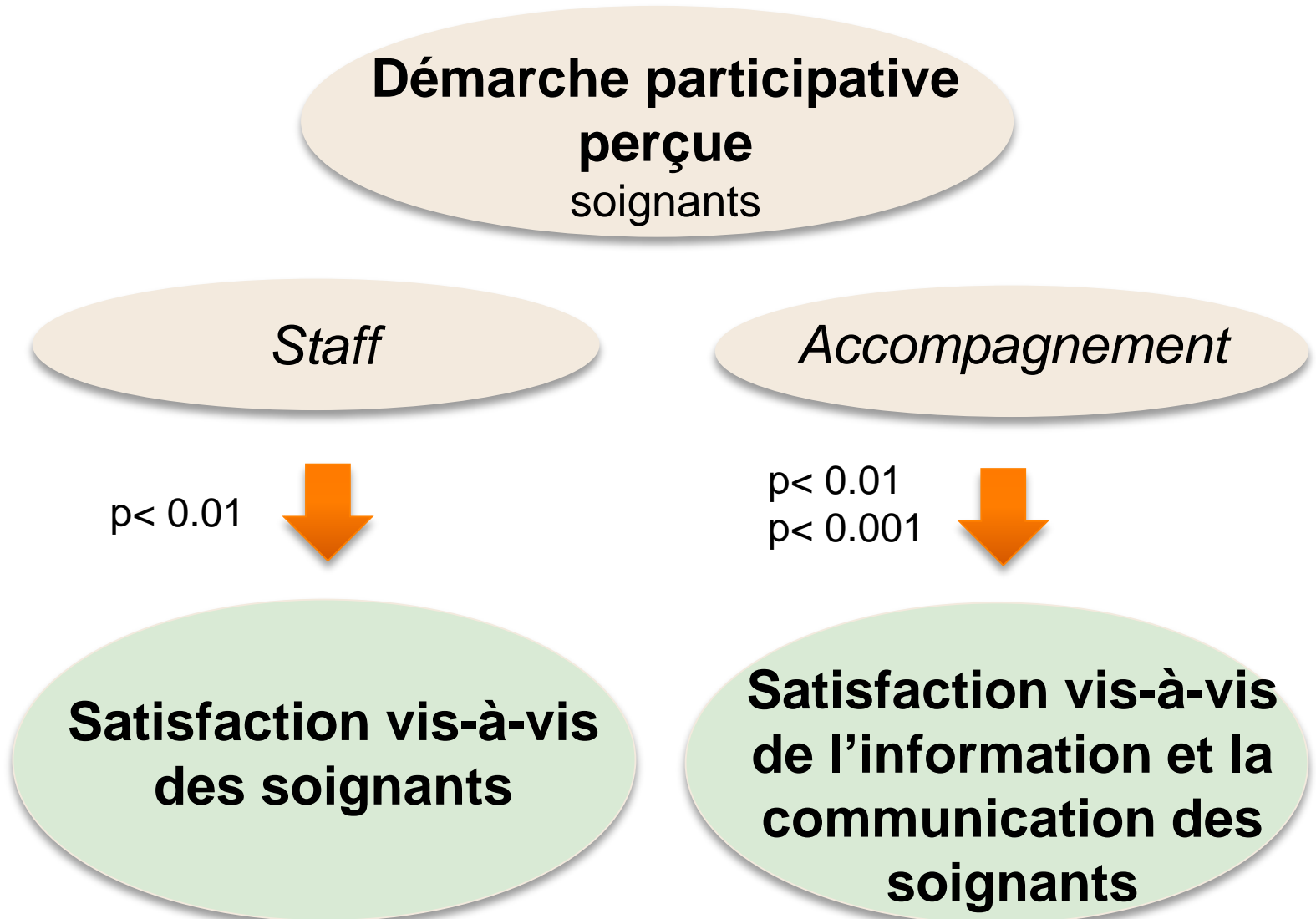
$p < 0.001$



Engagement au travail

$p < 0.001$

- ✓ Moyennes agrégées par centre n = 20



Relations entre DP et facteurs managériaux

Facteurs	<i>r</i>	<i>p</i>
Soutien Organisationnel Perçu	0,414	$< 10^{-21}$
Leadership transformationnel	0,324	$< 10^{-12}$
Justice organisationnelle	0,408	$< 10^{-20}$
Soutien à l'autonomie	0,323	$< 10^{-12}$

Relations entre DP et facteurs managériaux

DEMARCHE PARTICIPATIVE

Facteurs	Formation		Staffs		Soutien		Projet	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Soutien Organisationnel Perçu	0,29	< 10 ⁻¹⁰	0,23	< 10 ⁻⁶	0,27	< 10 ⁻⁸	0,31	< 10 ⁻¹¹
Leadership transformationnel	0,28	< 10 ⁻⁹	0,11	< 0,05	0,21	< 10 ⁻⁵	0,25	< 10 ⁻⁷
Justice organisationnelle	0,34	< 10 ⁻¹³	0,24	< 10 ⁻⁶	0,19	< 10 ⁻⁴	0,32	< 10 ⁻¹²
Soutien à l'autonomie	0,28	< 10 ⁻⁹	0,10	< 0,05	0,21	< 10 ⁻⁵	0,27	< 10 ⁻⁸

ET MAINTENANT?

1° Impacter **la formation des managers** de la santé (circulaire DGOS de mai 2012)

2° **Généraliser les staffs** pour tous les malades porteurs de maladie chronique et présentant une prise en charge complexe

3° **Améliorer la qualité des staffs**



Formation courte

Développer la démarche participative

pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins

Cette formation rentre dans les objectifs de la circulaire DGOS/RH4/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel des agents de la fonction publique hospitalière (objectifs 26 et 38 : « Développement des risques psychosociaux et développement du bien être au travail », « Formation à la démarche palliative et à l'accompagnement des personnes en fin de vie »). Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé insiste également sur la qualité de vie au travail dans la nouvelle procédure de certification des établissements de santé, dite V2014.

Objectifs

Former les managers de la santé à la démarche participative pour améliorer la qualité des soins en agissant sur la qualité de vie au travail des soignants.

et plus spécifiquement :

- ▶ Identifier les composantes et causes du syndrome d'épuisement professionnel et d'autres indicateurs comme l'absentéisme et le turn over.
- ▶ Connaître les composantes de la démarche participative et s'approprier les outils de sa mise en œuvre.
- ▶ Reconnaître l'intérêt de la qualité de vie au travail pour favoriser l'efficacité des équipes de l'établissement.

Publics visés

Managers de la santé : médecins, cadres de santé et directeurs d'établissement de santé.

TOURS	
2 jours soit 14 heures Groupe de 8 à 15 personnes	Nous consulter pour d'autres lieux et d'autres dates
Dates : nous contacter	
Inscriptions : Christelle PRAGNON 02.47.36.81.60	
Tarif : 1 000 € déjeuner compris	

Programme de la formation

- ▶ Jour 1 :
 - Syndrome d'épuisement professionnel
 - Composantes de la DP et partage d'expériences
 - Prérequis à sa mise en place
- ▶ Jour 2 :
 - Différents types de management
 - Double contrainte
 - Gestion de situations difficiles
 - Limites et résistances face à la mise en place de la DP
 - Qualité d'un manager participatif

INTERVENANTS

- ▶ Philippe COLOMBAT, Professeur en Hématologie à l'université de Tours, Praticien Hospitalier au CHRU de Tours
- ▶ Antonia ALTMAYER, psychologue, Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard



Formation, diagnostic et conduite du changement

Développer la démarche participative pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins



Avec ce dispositif innovant, l'équipe de spécialistes de « la Qualité de Vie au Travail » de l'université de Tours veut encourager la mise en œuvre du management participatif dans les établissements de santé. Elle est en effet convaincue que cette pratique managériale, en améliorant la qualité de vie des soignants, contribue à améliorer la qualité des soins.

Objectifs

- ▶ Cette formation vise à former les managers des structures de soin à la démarche participative.

Public

- ▶ Managers de la santé : chefs de pôles, chefs de service, médecins, cadres supérieurs de santé, cadres de santé et directeurs d'établissements de santé.

Dispositif

- ▶ Une formation de 2 jours

La première étape du dispositif est une formation sur la qualité de vie au travail comme levier de la performance durable en inter ou en intra. Elle vise 5 objectifs :

- ▶ Identifier les composantes et causes du syndrome d'épuisement professionnel.
- ▶ Partager les expériences et étudier les indicateurs des risques psychosociaux tels que l'absentéisme ou le turn over.
- ▶ Connaître la démarche participative et s'approprier les outils de sa mise en œuvre.
- ▶ Comprendre les limites de ce management et apprendre à gérer les résistances face à la mise en place de la démarche participative.
- ▶ Connaître les qualités d'un manager participatif

- ▶ Un diagnostic

Cette deuxième étape sera conduite par le laboratoire de recherche spécialiste de la Qualité de Vie au Travail de l'Université de Tours (EA 2114). Un questionnaire anonyme sera diffusé auprès des membres des services dirigés par les participants à la formation. Les résultats de ce diagnostic seront analysés pour identifier et évaluer les dysfonctionnements et les difficultés rencontrées par le service.

- ▶ Un accompagnement dans la conduite du changement

La troisième étape consiste à accompagner le manager dans sa mise en œuvre du management participatif au sein de son service. Un expert accompagnera le professionnel pour qu'il développe son savoir-faire en matière de management participatif, à raison de 5 journées (35 heures) réparties sur une année.

- ▶ Evaluation finale optionnelle

Afin de mesurer l'efficacité de la mise en œuvre du management participatif et faire un nouveau point sur la qualité de vie au travail, un second diagnostic peut être proposé auprès des mêmes personnels, 12 mois après la réorganisation du service.

Formation : 2 jours soit 14 heures

Diagnostic : 3 semaines à compter de la récupération des questionnaires remplis

Accompagnement dans la conduite du changement : 5 jours soit 35 heures

Groupe de 6 à 12 personnes

Dates : sur demande

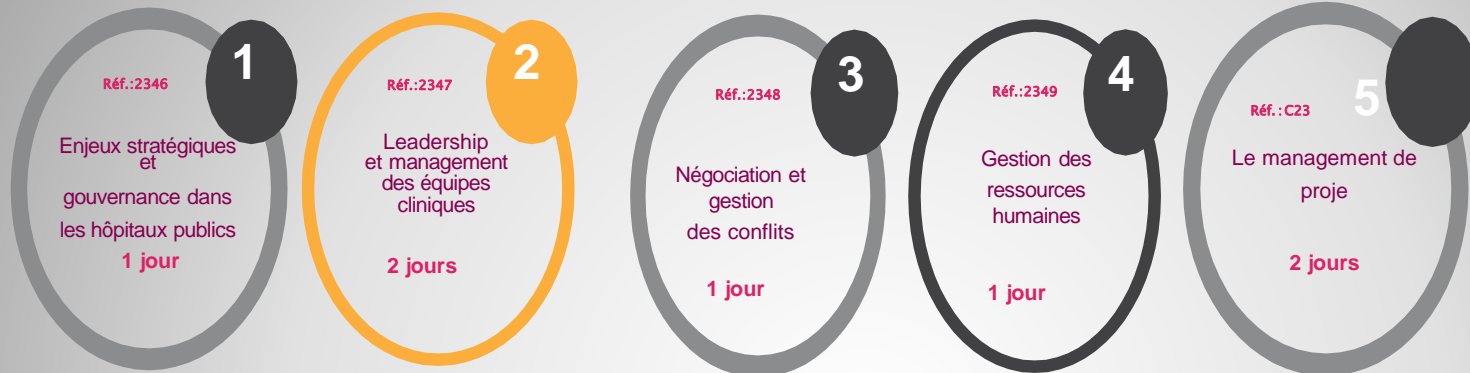
Renseignements : Cécile AYMAR 02.47.36.81.55 cecile.aymar@univ-tours.fr

Inscriptions : Nadia JOUBERT 02.47.36.81.40 nadia.joubert@univ-tours.fr

Tarif : sur devis en fonction de la taille du service concerné et du lieu de formation choisi



2 jours



Leadership et management des équipes cliniques

2 Leadership et management des équipes cliniques

- ▶ La démarche participative dans les unités de soins, une nécessité
- Les déterminants de la qualité de vie au travail
- la démarche participative
- les composantes de la démarche participative
- les impacts sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins
- les espaces d'échanges
- la démarche projet et la conduite du changement (cartographie des acteurs)
- mettre en place une démarche participative dans son unité (le soutien des équipes, les espaces de rencontre, les staffs cliniques pluriprofessionnels)
- L'organisation de l'équipe managériale (triangle de la dynamique d'équipe : vision et valeurs, organisation, régulation)

- ▶ Le leadership du responsable médical. La double contrainte
- les 4 styles de management
- le management situationnel
- les rôles managériaux constitutifs du leadership
- les limites et résistances face à la mise en place de la démarche participative
- les qualités d'un manager participatif et sa place dans la prévention, le dépistage et la prise en charge du SEPS

Dates

Paris 2, 3 févr. 2017
 Paris 12, 13 oct. 2017
 Tarif adhérents 920 €
 Tarif non-adhérents 1 020 €

Public concerné

• Chefs de service ou de structure interne

Intervenants :

Formateurs AFSOS



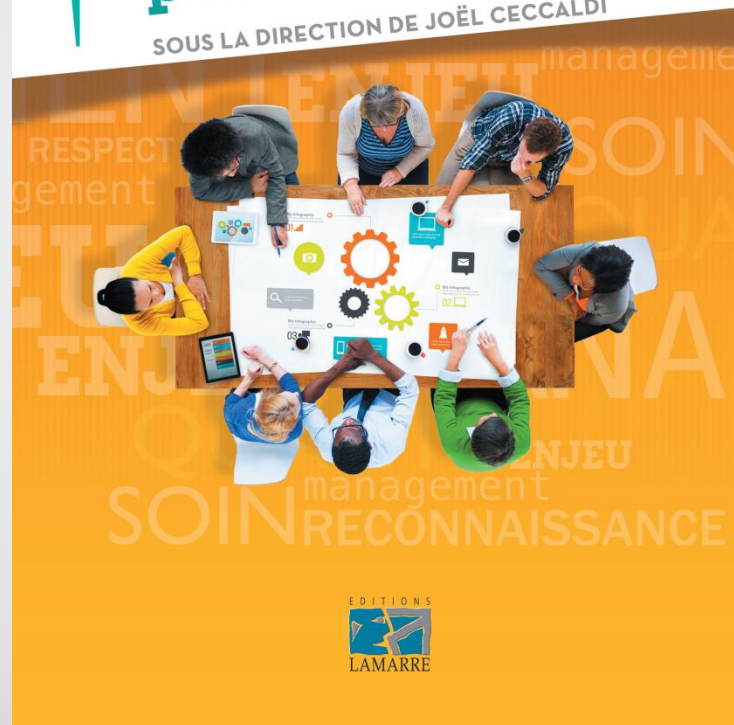
Qualité de vie au travail et management participatif

sous la direction de
Philippe Colombat

L'ÉTICA
LAMARRE

Pour un travail soigné dans une démarche participative

SOUS LA DIRECTION DE JOËL CECCALDI



EDITIONS

LAMARRE

L'ESSEC Business School récompense le Professeur Philippe Colombat et son équipe

L'ESSEC Business School décernera le « Trophée ESSEC du changement 2016 » au Professeur Philippe Colombat et à toute son équipe pour leurs travaux de recherche sur le développement de la démarche participative, le jeudi 22 septembre à 14h00 au-Groupe Caisse des Dépôts à Paris.

Trophée ESSEC du changement

L'ESSEC Business School a lancé en 2011 une chaire de recherche sur le thème du changement. Cette chaire, multi-entreprises, mobilise un réseau international de chercheurs et de praticiens.

Chaque année, les trophées de l'ESSEC récompensent des projets de changement, des stratégies d'entreprise, des innovations et des dispositifs d'accompagnement et de professionnalisation au changement.

Demain, des soignants heureux ?

LE MONDE SCIENCE ET MEDECINE

Mercredi 18 janvier 2017; par Nathalie Picard

A l'hôpital, dans un contexte de restrictions budgétaires et de réorganisations, des initiatives tentent d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel de santé et la prise en charge des patients.

