

IMPACT DE LA DEMARCHE PARTICIPATIVE SUR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS ET SUR LA QUALITE DES SOINS : ENQUETE NATIONALE EN ONCOPEDIATRIE SOUS L'EGIDE DE LA SOCIETE FRANCAISE DES CANCERS DE L'ENFANT.

J. LEJEUNE, D.CHENEVERT, E. FOUQUEREAU, H. COILLOT, S. CHEVALIER, N. GILLET, V. GANDEMER, J. MICHON, Ph. COLOMBAT.

INTRODUCTION

Plusieurs études sur la santé psychologique des soignants ont été réalisées au cours dernières décennies démontrant des taux d'épuisement variant entre 40 et 70%. (1-2). Les dernières études réalisées aux États-Unis suggèrent un accroissement du taux de prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins passant de 37,6% en 2011 à 52,5% en 2014 (3). Lorsque l'on compare cette prévalence avec la population générale elle est de 36% supérieure (3). Même constat au niveau du taux de suicide avec une prévalence plus élevée que la population générale chez les femmes (risque relatif 2,27) et les hommes médecins (risque relatif 1,41) (4).

L'oncologie pédiatrique présente sans nul doute des spécificités pour les soignants avec des facteurs de stress spécifiques liés à la prise en charge d'enfants atteints de maladies, létales pour certains : risque d'identification aux parents, culpabilité vis-à-vis de la iatrogénicité des traitements, prise en charge des fins de vie, gestion de l'agressivité des parents.

La prise en charge en oncopédiatrie présente également d'autres spécificités quant à l'organisation des soins, en comparaison avec les spécialités d'adulte, liées à la singularité de chaque enfant et les rapports avec les parents se traduisant par l'organisation régulière de réunions de synthèse avec les différents soignants, l'intervention pour chaque enfant d'une psychologue et d'une assistante sociale, d'un accompagnement scolaire, de la présence d'éducatrice voire d'autres professionnels de soins de support ou de bénévoles d'associations

En 2009 Mukherjee et col (5) ont conduit une méta-analyse de la littérature sur le burnout, les troubles psychiatriques et les soucis du stress liés au travail en oncologie pédiatrique. Leur conclusion était que la littérature était extrêmement pauvre et qu'il faudrait des études supplémentaires pour donner des recommandations pour le management de ces équipes.

Les études publiées à ce jour, le plus souvent sur un petit nombre de soignants, rapportent le rôle de facteurs démographiques ou de facteurs liés à la prise en charge sur la fréquence de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie pédiatrique (6-11). Les résultats publiés apparaissent relativement différents selon la population étudiée. Le taux de burnout des infirmières travaillant en oncologie pédiatrique apparaît plus faible que celui observé dans les autres spécialités de pédiatrie (8) ou d'oncologie adulte (9), les facteurs influençant la fréquence du burnout étant, outre la spécialité, l'âge, l'ethnie, le niveau d'études et l'ancienneté. Liakopoulo et al (10) rapportent que la clarté des rôles diminue le burnout des soignants en oncologie pédiatrique, sur les composantes de l'épuisement émotionnel et du sentiment d'accomplissement personnel. Concernant les médecins, Roth et al (11) rapportent un taux de 38% de burnout chez 410 oncopédiatres américains avec un rôle protecteur des staffs de débriefing ou des groupes de paroles.

La seule étude s'étant attachée à la qualité de prise en charge des enfants dans le secteur de l'oncologie pédiatrique à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 19 parents, 17 enfants et 16 oncopédiatres, a montré les liens entre la bienveillance, la réactivité du personnel médical, la communication ainsi que l'investissement des soignants dans leur prise en charge et la satisfaction des enfants et/ou des parents vis-à-vis de la qualité de prise en charge. A l'inverse le manque de continuité des soins, les problèmes de langage ont été rapportés comme étant associés à une moindre satisfaction des enfants et/ou parents (12)

Néanmoins, il y a lieu de constater que l'absence d'épuisement professionnel ne signifie pas le bien-être et la qualité de vie au travail. S'efforcer de réduire le taux d'épuisement professionnel chez le personnel soignant est nécessaire, mais pas suffisant pour créer un milieu de travail sain (13). Les récentes études suggèrent que la qualité de vie au travail affecte la performance personnelle et

l'efficacité organisationnelle en agissant, entre autres, sur la satisfaction au travail (14-15). La qualité de vie au travail (QVT) réfère à la satisfaction des besoins des employés à l'égard des ressources, des activités et des résultats obtenus découlant, entre autres, de sa participation au processus décisionnel (16-17).

Plusieurs facteurs managériaux et organisationnels ressortent comme des antécédents majeurs de la QVT des soignants (18-19) et de la qualité des soins dispensés (20-21). Les principaux travaux qui leur sont consacrés s'inscrivent dans le cadre des études sur les hôpitaux magnétiques (22). Dans ces structures, le personnel soignant souligne son autonomie dans le travail, le soutien de leur organisation, la collaboration entre les disciplines et de la qualité relationnelle entre les soignants et parallèlement témoignent d'une meilleure qualité de vie et engagement au travail et d'une diminution de l'absentéisme et du turn-over (23). Les études publiées font ressortir également l'amélioration de la qualité des soins évaluée par les patients (24) et une réduction des taux de mortalité (25).

Au début des années 90, un nouveau modèle de gestion participative a été testé en France au sein des équipes de cancérologie. Cette démarche pour la prise en charge des patients en soins palliatifs repose sur quatre composantes (26):

1. la formation interne aux équipes ;
2. les rencontres pluriprofessionnels centrés sur les patients ;
3. le soutien aux équipes et
4. la démarche projet.

Ce modèle devenu obligatoire pour la prise en charge des patients en soins palliatifs dans tous les services de soins et à domicile depuis 2004 (27) est une mesure prioritaire d'accréditation des établissements de santé(28). Les études réalisées jusqu'à présent suggèrent que ce modèle de gestion était lié positivement à la qualité de vie au travail, à la satisfaction au travail, à l'engagement organisationnel ainsi qu'à la performance au travail. (29-31).

La présente étude a pour objectif de pousser plus loin la compréhension de ce modèle en suggérant non seulement son lien avec la QVT, mais également à l'égard de la qualité de prise en charge des enfants dans les services d'oncopédiatrie en France. Étudier ce lien est d'une importance capitale pour la compréhension des facteurs managériaux et organisationnels à l'origine de la qualité des soins offerts aux enfants atteints du cancer et ainsi agir, éventuellement, sur leur qualité de vie et la qualité des soins reçus.

A notre connaissance, il s'agit de la première étude mondiale ayant étudié sur un grand échantillon la relation entre certains déterminants managériaux et organisationnels et la Qualité de Vie au Travail des soignants et la qualité de prise en charge des enfants en oncopédiatrie

MATERIEL ET METHODES :

1) Population étudiée :

Tous les services d'oncopédiatrie en France ont été sollicités pour cette étude et 83% d'entre eux (25 sur 30) ont répondu favorablement à l'invitation de participer à l'étude. Pour les centres ayant donné leur accord plusieurs types de questionnaires leur ont été distribués:

- un questionnaire pour le cadre de santé centré sur les caractéristiques du service, comme sa taille, le nombre de lits et de personnels, l'organisation du service en lien avec les composantes de la démarche participative.
- un questionnaire pour les soignants.
- un questionnaire sur la qualité de prise en charge des patients remplis par les enfants de 12 ans et plus ou par les parents pour les enfants de moins de 12 ans.

2) Questionnaires utilisés :

Pour les cadres et les soignants, la première partie du questionnaire concernait certaines de leurs caractéristiques sociodémographiques et certaines caractéristiques de fonctionnement du service. Plus spécifiquement :

- pour les cadres et les soignants : âge, sexe, ancienneté dans le service, temps de transmission inter-équipes, composantes de la démarche participative, difficultés du service ;
- pour les cadres : les caractéristiques du service (taille, personnel, absentéisme et turnover sur un an).
- pour les soignants : la profession, le type de travail (temps plein, temps partiel, jour/nuit), le statut seul/en couple.

Questionnaires soignants

Plusieurs échelles ont été utilisées pour mesurer la qualité de vie au travail ainsi que ces déterminants. La majorité des instruments de mesure utilisés ont été validés dans des études antérieures.

- **Les quatre dimensions de la qualité de vie** au travail (psychologique : $\alpha=0,86$, physique : $\alpha=0,87$, sociale : $\alpha=0,83$ et culturelle : $\alpha=0,88$) ont été mesurées par la version française de l'échelle d'Elizur et Shye (32). Voici un exemple d'énoncé : « Jusqu'à quel point votre travail vous donne-t-il la possibilité de maintenir un équilibre convenable entre vos qualités personnelles et les conditions de travail actuelles ? » ($\alpha=0,92$).
- **L'engagement au travail** évalué par les quatre dimensions de l'instrument de l'Utrecht Work Engagement Scale (vigueur, absorption, dévouement) (UWES)(33). Voici un exemple d'énoncé : « Je déborde d'énergie pour mon travail » ($\alpha=0,92$).
- **La satisfaction au travail** évalué avec un seul item sous forme d'une échelle de Likert graduée de 1 à 5. « Globalement, je suis satisfait(e) de mon travail ».
- **Le leadership transformationnel** évalué par 7 items de l'échelle développée par Carless, Wearing et Mann(34). Voici un exemple d'énoncé : « Mon cadre de santé suscite fierté et respect chez les autres et est une source d'inspiration par ses compétences élevées » ($\alpha=0,96$).
- **La justice organisationnelle** évaluée dans deux composantes, la justice distributive et la justice interactionnelle (14 items)(35). Voici un exemple d'énoncé : « Dans mon service, toutes les décisions s'appliquent de la même manière à tous les agents concernés » ($\alpha=0,93$).
- **Le soutien organisationnel** perçu évalué par la version courte de l'échelle développée par Eisenberger (8 items) (36). Voici un exemple d'énoncé : « Dans mon service, on est prêt à m'aider en cas de problème » ($\alpha=0,82$).
- **Le soutien à l'autonomie** évalué par la version française de Moreau et Mageau (9 items) (37). Voici un exemple d'énoncé : « Mon cadre de santé me donne souvent l'occasion de prendre des décisions dans mon travail » ($\alpha=0,94$).
- **La démarche participative** a été évaluée à partir de 6 items selon les quatre composantes présentées par Colombat et al. (17) : les rencontres pluriprofessionnelles, les formations internes, le soutien aux équipes et la démarche projet. Les rencontres pluriprofessionnelles ont été évaluées à l'aide d'un item (« Y a-t-il un manque de staffs ? »). Les réponses ont été données sur une échelle de Likert en 4 points s'étendant de 1 (« très souvent ») à 4 (« rarement »). Les formations internes ont été évaluées à partir de deux items (e.g., « Avez-vous accès, au sein du service, à des formations sur la douleur ? »). Les réponses ont été fournies sur une échelle de Likert en 4 points s'étendant de 1 (« non, c'est impossible ») à 4 (« oui, très facilement »). Le soutien aux équipes a été mesuré à l'aide d'un item (« Dans votre service, bénéficiez-vous de groupes de paroles ? »). Une échelle de Likert en 4 points s'étendant de 1 (« non, jamais ») à 4 (« oui, très régulièrement ») a été utilisée. La démarche projet a été évaluée avec deux items (e.g., « Connaissez-vous le contenu exact du projet de service ? »). Les réponses ont été données sur une échelle de Likert en 4 points s'étendant de 1 (« non, pas du tout ») à 4 (« oui, très bien »). Un score global de démarche participative a été calculé en faisant la moyenne des scores des quatre composantes.
- **La qualité des soins perçue** par l'équipe a été mesurée par un seul item avec une échelle de Likert allant de 1 à 5. « Êtes-vous satisfait de la qualité des soins donnés aux patients ? ».

Questionnaires patients :

Le questionnaire utilisé est celui validé par SAPHORA-MCO (38) évaluant la satisfaction des enfants vis-à-vis de la qualité de leur prise en charge avec plusieurs composantes étudiées : prise en charge globale du patient (6 items), information du patient (6 items), communication des personnels de santé (5 items), attitude des professionnels de santé (5 items). Pour les besoins de l'étude, nous avons procédé à la moyenne des différents énoncés représentant chacune des dimensions pour obtenir un score global de la satisfaction des soins reçus ($\alpha=0,89$).

3) Procédure utilisée :

Les 30 centres d'Oncologie pédiatriques français ont été contactés. Pour les 25 ayant donné leur accord, un soignant référent a été identifié, très souvent le cadre de santé. Celui-ci était chargé de la distribution des questionnaires papiers auprès des soignants et des enfants ou de leurs parents. Tous les questionnaires étaient rendus au référent de manière anonyme à l'intérieur d'une enveloppe. Des relances étaient régulièrement réalisées auprès des soignants référents par l'Attaché de Recherche Clinique responsable de l'étude.

4) Interprétation statistique :

Tout d'abord, les relations entre la démarche participative et les facteurs organisationnels et managériaux ainsi que la qualité de vie au travail et ses conséquences ont été analysées à l'aide de régressions simples et multiples réalisées sur les données des soignants.

Afin d'étudier les relations entre la démarche participative et les facteurs organisationnels et managériaux évalués par les soignants d'une part et la satisfaction des parents et des enfants d'autre part, des analyses de corrélation et de régression simple ont été effectuées. Auparavant, les données patients ont été agrégées au niveau des centres puis intégrées à la base de données soignants à l'aide des correspondances entre centres d'oncologie.

Enfin, les relations entre la Démarche Participative et les autres facteurs organisationnels et managériaux étudiés ont été analysées en calculant les corrélations associées à partir des données soignants.

RESULTATS :

Au total, 510 soignants de 25 des 30 centres d'oncologie pédiatrique français (soit plus de 40% des effectifs soignants d'oncologie pédiatrique en France) et 440 patients (142 enfants et 298 parents) ont participé à cette étude.

1. Relations entre la Démarche Participative et la Qualité de Vie au Travail, l'engagement au travail, la satisfaction au travail et la qualité des soins perçue par l'équipe.

Il existe une relation significative entre la Démarche Participative globale et la Qualité de Vie au Travail des soignants tant au niveau santé globale ($\beta = .274$; $p < 10^{-9}$) qu'au niveau de la Qualité de Vie au Travail psychologique ($\beta = .284$; $p < 10^{-10}$), sociale ($\beta = .183$; $p < 10^{-4}$), culturelle ($\beta = .284$; $p < 10^{-9}$) et physique ($\beta = .110$; $p < .05$). Les quatre composants pris séparément sont également liés significativement et positivement avec la QVT globale : la formation ($\beta = .159$; $p < .001$), les staffs ($\beta = .204$; $p < 10^{-4}$), la démarche projet ($\beta = .198$; $p < 10^{-4}$) et le soutien aux équipes ($\beta = .136$; $p < .01$).

Tous les autres facteurs organisationnels et managériaux analysés apparaissent également liés de manière positive à la qualité de vie au travail globale, qu'il s'agisse du soutien organisationnel

perçu ($\beta = .372$; $p < 10^{-17}$), du leadership transformationnel ($\beta = .245$; $p < 10^{-7}$), de la justice organisationnelle ($\beta = .367$; $p < 10^{-16}$), du soutien à l'autonomie ($\beta = .298$; $p < 10^{-10}$).

La Démarche Participative influence également de manière positive l'engagement au travail des soignants ($\beta = .167$; $p < .001$) et la satisfaction au travail des soignants ($\beta = .166$; $p < .001$).

Les résultats obtenus pour les autres facteurs organisationnels et managériaux étudiés sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Résultats des analyses de régression simple de chaque conséquence de la Qualité de Vie au Travail considérée en fonction des différents facteurs organisationnels et managériaux étudiés.

FACTEURS	CONSEQUENCES DE LA QVT					
	Engagement au travail		Satisfaction au travail		Satisfaction concernant la qualité des soins	
	β	p	β	p	β	p
SOP	.139	< .002	.282*	< 10^{-9}	0,313*	< 10^{-12}
LT	.162	< .001	.248	< 10^{-7}	0,252	< 10^{-7}
JO	.201*	< 10^{-5}	.280*	< 10^{-9}	0,292*	< 10^{-10}
SA	.184	< 10^{-4}	.238	< 10^{-6}	0,219	< 10^{-5}

Abréviations : QVT = qualité de vie au travail, SOP = soutien organisationnel perçu, LT = leadership transformationnel, JO = justice organisationnelle, SA = soutien à l'autonomie,

* Facteur significatif en analyse de régression multiple

2. Démarche Participative et qualité des soins

Perçue par les soignants

La démarche participative influence significativement et positivement la satisfaction de la qualité des soins évaluée par les soignants ($\beta = 0,236$; $p < 10^{-6}$), cette dernière étant particulièrement influencée par les composantes « démarche projet » ($\beta = 0,216$; $p < 10^{-5}$) et « staffs » ($\beta = 0,196$; $p < 10^{-4}$) de la Démarche Participative. Les autres facteurs organisationnels et managériaux étudiés influencent positivement la satisfaction de la qualité des soins évaluée par les soignants (voir tableau 1)

Perçue par les parents et les enfants

Nous rappelons que les questionnaires SAPHORA-MCO d'évaluation de la qualité de prise en charge étaient remplis par les parents pour les enfants de moins de 12 ans et par les enfants âgés de 12 ans et plus. Le constat de nombreuses aberrations dans les questionnaires des enfants nous ont conduits à ne prendre en compte que les 298 questionnaires remplis par les parents.

Les composantes de la démarche participative et les facteurs managériaux influençant la qualité de prise en charge des enfants évaluée par les parents sont détaillés dans les tableaux 2 et 3. Concernant la démarche participative, le soutien aux équipes influence la qualité de la communication et de l'information, la présence des staffs pluriprofessionnels influencent la qualité de l'attitude des professionnels de santé, alors que les formations internes sont liées à la qualité de la communication vis-à-vis des enfants et des familles. Les facteurs organisationnels et managériaux influençant le plus la qualité de prise en charge des patients apparaissent être les facteurs organisationnels que sont le soutien organisationnel perçu et la justice organisationnelle.

Tableau 2 : Corrélations entre les composantes de la Démarche Participative et la qualité de prise en charge des enfants évaluée par les parents

DEMARCHE PARTICIPATIVE	Qualité de prise en charge				
	Globale	Prise en charge	Communication	Information	Attitude

	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Globale	ns		ns		ns		.115	< .01	.113	< .01
Soutien	.108	< .05	ns		.161	< .0005	.226	< 10 ⁻⁶	ns	
Staff	ns		ns		ns		ns		.176	< .0005
Formation	ns		ns		.136	< .005	ns		ns	

Tableau 3 : Corrélations entre les autres facteurs organisationnels et managériaux étudiés et la qualité de prise en charge des enfants évaluée par les parents

FACTEURS	Qualité de prise en charge									
	Globale		Prise en charge		Communication		Information		Attitude	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SOP	.165	< .0002	.134	< .005	.145	< .002	.108	< .02	.167	< .0002
LT	ns		ns		.209	< 10 ⁻⁴	ns			
JO	.108	< .02	ns		.125	< .005	.117	< .01	.105	< .02
SA	ns		ns		.180	< .0001	ns		ns	

Abréviations : SOP = soutien organisationnel perçu, LT = leadership transformationnel, JO = justice organisationnelle, SA = soutien à l'autonomie,

3. Relations entre facteurs managériaux et organisationnels impactant la Qualité de Vie au Travail et la Démarche Participative.

Nous avons étudié les liens entre les différents facteurs managériaux et organisationnels choisis dans cette étude et la Démarche Participative et ses composantes. Il apparaît une corrélation significative entre tous les facteurs managériaux et la Démarche Participative et ses quatre composantes (tableau 4).

Tableau 4. Corrélations entre la Démarche Participative ainsi que ses composantes et les facteurs organisationnels et managériaux étudiés.

FACTEURS	DEMARCHE PARTICIPATIVE									
	Globale		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>	<i>r</i>	<i>p</i>
SOP	.414	< 10 ⁻²¹	.291	< 10 ⁻¹⁰	.233	< 10 ⁻⁶	.27	< 10 ⁻⁸	.308	< 10 ⁻¹¹
LT	.324	< 10 ⁻¹²	.282	< 10 ⁻⁹	.110	< .05	.21	< 10 ⁻⁵	.253	< 10 ⁻⁷
JO	.408	< 10 ⁻²⁰	.337	< 10 ⁻¹³	.237	< 10 ⁻⁶	.19	< 10 ⁻⁴	.317	< 10 ⁻¹²
SA	.323	< 10 ⁻¹²	.285	< 10 ⁻⁹	.101	< .05	.21	< 10 ⁻⁵	.268	< 10 ⁻⁸

Abréviations : SOP = soutien organisationnel perçu, LT = leadership transformationnel, JO = justice organisationnelle, SA = soutien à l'autonomie,

DISCUSSION :

Notre étude confirme les résultats de la littérature relativement abondante sur l'impact de certains facteurs managériaux et organisationnels sur la santé psychologique des soignants qu'il s'agisse du leadership transformationnel (30), du soutien organisationnel perçu (39-40), de la justice organisationnelle (30) ou du soutien à l'autonomie (41). Par contre, il existe peu d'études sur les relations entre les facteurs managériaux et la qualité de prise en charge évaluée par les parents des patients, toutes les études publiées étant en dehors du champ de l'oncopédiatrie.

Le modèle organisationnel de la démarche participative est une spécificité française qui repose sur quatre composantes : la formation interne aux équipes, les staffs pluriprofessionnels, le soutien aux équipes et la démarche projet (se traduisant par la mise en place de groupes de travail pour améliorer le fonctionnement du service et la prise en charge globale des patients). Ce modèle organisationnel et ses différentes composantes apparaissent jouer un rôle sur la qualité de vie au

travail des soignants dans toutes ses composantes, mais également sur l'engagement au travail, la satisfaction au travail et la satisfaction de la qualité des soins évaluée par les soignants.

Par ailleurs, certaines composantes de ce modèle, la présence des rencontres pluriprofessionnels et le soutien aux équipes, sont positivement liées à la qualité de prise en charge des enfants (qualité de la communication et satisfaction vis-à-vis de l'attitude des soignants).

Cette démarche participative s'inscrit dans un cadre de gouvernance clinique, qui implique la cogestion des équipes, ainsi que la participation importante des équipes infirmières et d'autres professionnels. Ce modèle, sur lequel s'appuient les réflexions des différents responsables de la santé à travers le monde, permettrait à l'organisation de remplir son rôle d'offrir des soins et services qui procurent une santé et un bien-être à la population et aux soignants, grâce à un partage adéquat des responsabilités entre le personnel soignant. La cogestion est en effet de plus en plus préconisée dans le milieu de la santé, afin de conduire une activité collective (42-43)

Dans cette nouvelle forme de gouvernance clinique on y aborde l'idée des équipes autogérées, dotées d'une certaine autonomie de gouvernance, mais en interdépendance avec les autres unités. Un leader clinique devrait se trouver à la tête de ces équipes et elles devraient aussi fonctionner selon des processus de coordination transversale qui parcourent l'organisation. Ces initiatives sont des possibilités de passer d'un fonctionnement en silos à des processus transversaux et ainsi améliorer la qualité des soins et services délivrés dans une organisation complexe comme les centres d'oncopédiatrie, et ce, en misant sur la flexibilité et la collaboration. Par le biais du partage de l'autorité entre différents acteurs et de l'action collective qui découle de la gouvernance clinique, la qualité des soins et services de santé se verrait améliorée grâce à l'alignement des niveaux hiérarchiques que sont le patient, les équipes de soins, l'organisation ainsi que le système, et grâce à la coordination de leur travail (44).

Un autre résultat intéressant de cette étude est le lien significatif entre le modèle organisationnel de la Démarche Participative et les caractéristiques managériales que sont le soutien organisationnel perçu, le leadership transformationnel, la justice organisationnelle, le soutien à l'autonomie et la satisfaction des besoins psychologiques des soignants. On peut donc s'interroger à savoir si c'est ce type de managers qui conduit à ce mode d'organisation ou si c'est ce mode d'organisation qui attire ce profil de managers. Des études longitudinales devront être réalisées afin de répondre à cette question.

CONCLUSION :

Cette étude est la plus importante réalisée à l'égard des liens entre les facteurs organisationnels et managériaux, la qualité de vie au travail et la qualité des soins en oncologie pédiatrique. Si nous confirmons le rôle du leadership transformationnel, le soutien organisationnel perçu, la justice organisationnelle et le soutien à l'autonomie sur la qualité de vie au travail démontré dans d'autres spécialités, nous montrons également un lien important avec le modèle de gouvernance clinique basé sur la démarche participative promu en France. Tous ces facteurs apparaissent également influencer positivement la satisfaction de la prise en charge évaluée par les soignants et pour certains cas, la qualité de prise en charge évaluée par les parents des patients. Ainsi la démarche participative apparaît un modèle organisationnel prometteur pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants en oncologie, ce modèle reposant sur 4 outils (3 types d'espaces d'échanges et la démarche projet). Il apparaît désormais nécessaire d'élaborer une échelle validée d'évaluation de la démarche participative. Cette étude confirme l'importance majeure de la formation des managers de proximité dans la qualité de vie au travail des soignants et la qualité de prise en charge des patients.

REFERENCES :

- 1-**Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71(6): 1263–9.
- 2-** Shanafelt T, Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol.* 2012; 30(11):1235-41.
- 3-**Schrijvers, I. Pathology in the medical profession Taking the pulse of physician wellness and burnout. *Arch Pathol Lab Med* 2016; 140(9): 976-82.
- 4-**Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161(12): 295-302.
- 5-**Mukherjee S, Beresford B, Glaser A, Sloper P. Burnout, psychiatric morbidity, and work-related sources of stress in paediatric oncology staff: a review of the literature. *Psycho-Oncology* 2009; 18: 1019–1028.
- 6-** Bowden MJ, Mukhrjee S, Williams LK et al. Work-related stress and reward: an Australian study of multidisciplinary pediatric oncology healthcare providers. *Psycho-Oncology* 2015 ; 24 : 1432-1438
- 7-** Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M et al. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-oncology* 2009; 18: 543-548
- 8-**Sekol MA et KIM SC. Job satisfaction, burnout and stress among pediatric nurses in various specialty units as an acute care hospital. *J Nurs Educ Practice* 2014; 4: 115-124
- 9-** Davis S, Lind BK et Sorensen C. A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncol Nurs Forum* 2013; 40: 303-311
- 10-** Liakopoulo M, Panaretaki I, Paranetaki V et al; Burnout, staff support and coping in Pediatric oncology. *Support Care Cancer* 2008; 16: 143-150
- 11-**Roth M, Morrone K, Moody K, et al. Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer.* 2011 ;57(7):1168-73
- 12-**Wangmo T, Ruhe KM, Badarau DO, et al. Parents' and patients' experiences with paediatric oncology care in Switzerland--satisfaction and some hurdles. *Swiss Med Wkly.* 2016;146: w14309
- 13-**Eckleberry-Hunt J, Van Dyke A, Lick D et Tucciarone J. Changing the Conversation from Burnout to Wellness: Physician Well-being in Residency Training Programs, *Journal of Graduate Medical Education*, 2009; 1(2):225-230.
- 14-**Maleki F, Hasanmoradi, N. Studying the Relationship between Quality of Work-Life and Efficiency of Employees, *International Journal of Economic Perspectives*; Mersin 2017; 11(1): 979-987
- 15-**Lanctot, N., Durand, M, JetCorbiere, M. The quality of work life of people with severe mental disorders working in social enterprises: a qualitative study. *Quality of Life Research* 2012; 21(8): 1415-1423.
- 16-** Sirgy, M. J., D. Efraty, P. Siegel et Dong-Jin L. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories', *Social Indicators Research* 2001; 55: 241–302.

- 17-** Parameswari J, Tamil Nadu, S. Kadiravan, Tamil Nadu, Quality of work life and self-regulated behaviour among government and private school teachers. Summer Internship Society Volume III Issue-1 April 2011,
- 18-** Jaspars M, Herst P, Dungey G. Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zealand radiation oncology department. *Eur J Cancer Care* 2014; 23: 83-88
- 19-** Cummings G, Olson K, Hayduk L et al. The relationship between, nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J. Nurs Manag* 2008; 5: 508-518.
- 20-** Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction, *Medical Care* 2004; 42(Suppl): II57-II66
- 21-** Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., Sochalski, J. Hospital nurse environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res*; 2008; 43: 1145-1163.
- 22-** Brady-Schwartz, D.C. Further evidence on the magnet recognition program: implications for nursing leaders. *J. Nurs. Adm.* 2005; 35: 397-403
- 23-** Warren N, Hodgson M, Craig L et al. Employee Working Conditions and Healthcare System Performance: The Veterans Health Administration Experience. *J Occup Environ Med* 2007; 4: 417-429.
- 24-** West E. Management matters: the link between hospital organization and quality of patient care. *BMJ Quality & Safety* 2001; 1: 40-48.
- 25-** McHugh MD, Kelly LA, Smith HL et al. Lower Mortality in Magnet Hospitals, *Med Care.* 2013; 51(5): 382-388.
- 26-** Ph COLOMBAT. Qualité de vie au travail et management participatif. Ed Lamarre, Paris, 2012
- 27-** Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS). Circulaire **HOS/02 n° 2004-257** du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs. Ministère de la Santé et de la protection sociale: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-28/a0282079.htm>
- 28-** Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de santé, juin 2009. : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf
- 29-** Pronost AM, Le Gouge A, Leboul 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; 3: 607-614.
- 30-** Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A et al. 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; 10: 1359-1367.
- 31-** Gillet N, Colombat P, Michinov E, et al. 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; 11: 2560-2571.

- 32-** Elizur D., & Shye S. Quality of work and its relation to quality of life. *ApplPsychol* 1990; 3: 275-291.
- 33-**Zecca G, Györkös C, Becker J et al. Validation of the French Utrecht *Work Engagement Scale* and its relationship with personality traits and impulsivity. *Eur Rev Appl Psychol* 2015; 1: 19-28.
- 34-**Carless SA, Wearing AJ et Mann L. A short measure of transformational leadership. *J Bus Psychol* 2000; 3: 389-405.
- 35-**Niehoff BP, et Moorman RH. Justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. *Acad Manage J* 1993; 3: 527-556.
- 36-**Eisenberger R, Huntington R, Hutchinson S, Sowa D. Perceived organizational Support. *J Appl Psychol* 1986; 3: 500-507.
- 37-**Moreau, E., & Mageau, G. A. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals; not only supervisors count, colleagues too! *Motivation and Emotion* 2012; 36(3): 268-286
- 38-** Salomon L, Gasquet I, Mesbah M, Ravaud P. Construction of a scale measuring patient's opinion on quality. *Int J Qual Health Care* 1999; 6: 507-527.
- 39-**Gillet, N., Fouquereau, E., Huyghebaert, T., & Colombat, P. Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel : Le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie Française* 2016. 61, 73-81.
- 40-** Rhoades L. & Eisenberger R. Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of Applied Psychology* 2002; 87: 698–714.
- 41-**Moreau E et Mageau GA. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too. *Motivation and Emotion* 2012 ; 36 : 268–286
- 42-**Gaudreau M. Réussir la cogestion : étude exploratoire sur le partage des rôles au sein des tandems de gestionnaires. *Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion, HEC Montréal* 2007.
- 43-** Gibeau, É., Langley A, Denis JL, Pomey MP et Van Schendel N. Lorsque les médecins deviennent gestionnaires, *Revue Gestion, Dossier santé – La transformation du réseau de la santé et des services sociaux* 2014. 39(3) : 63-73.
- 44-**Brault I, Roy DA; Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé, *Pratiques et organisations des soins* 2008; 39(3) : 167-173.