

**LA DEMARCHE PARTICIPATIVE
DANS LES SOINS:**

**MIEUX MANAGER POUR
MIEUX SOIGNER**

**Ph COLOMBAT
Ateliers SPS
Paris, 6 octobre 2018**

Conditions pour une bonne prise en charge des patients et des proches (afsos.org)

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

CONTINUE DE LA PRISE EN CHARGE

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

- Prise en charge des symptômes → **Référentiels AFSOS**
A3
- Projet personnalisé de santé → **espaces d'échanges**
- Information
- Ecoute
- Accompagnement → **disponibilité (QVT)**
- **Soins de support**

Diapositive 3

- A3** Administrateur; 08/03/2013
- GC2** Guillaume COLOMBAT; 07/03/2018
- GC3** Guillaume COLOMBAT; 07/03/2018

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

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)

Diapositive 5

1

Redite, supprimer

Didier; 10/02/2013

RAPPELS

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 française (2009)
 - 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)

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

EPIDEMIOLOGIE

Médecine générale

Etude D TRUCHOT (2009)

252 participants

- score émotionnel élevé : 43,2 %
- dépersonnalisation de la relation à l'autre: 33 %
- score réduit d'accomplissement personnel : 30%

Facteur prédictif de l'iniquité de la relation à l'autre

Equipe DREES en Bourgogne

3 facteurs prédictifs :

- exigences d'organisation (complexité, interruption et contradictions des tâches)
- exigences des patients
- soutien social des confrères et /ou des proches

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.



LES CAUSES

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

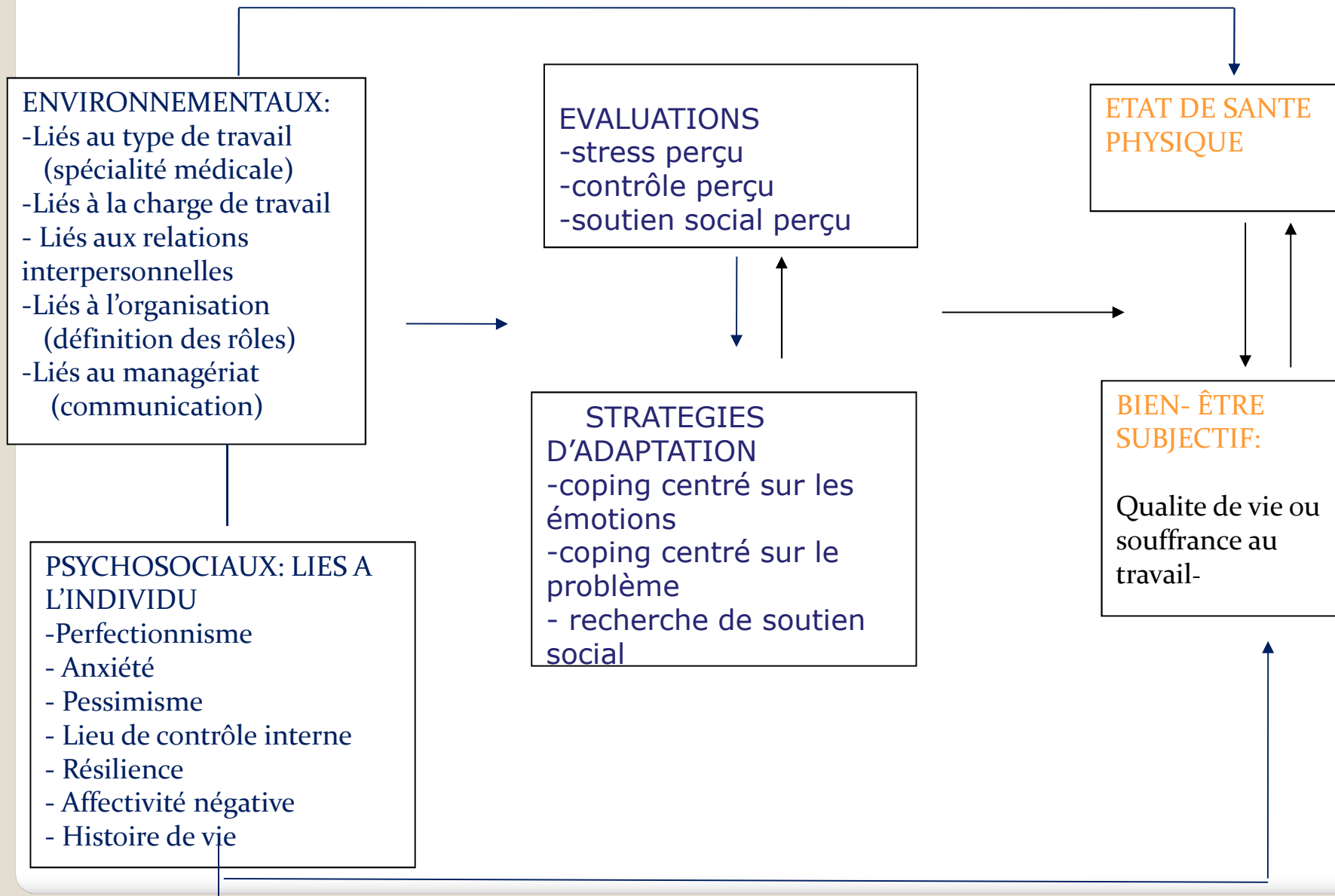
**STRATEGIES
D'ADAPTATION**

- 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

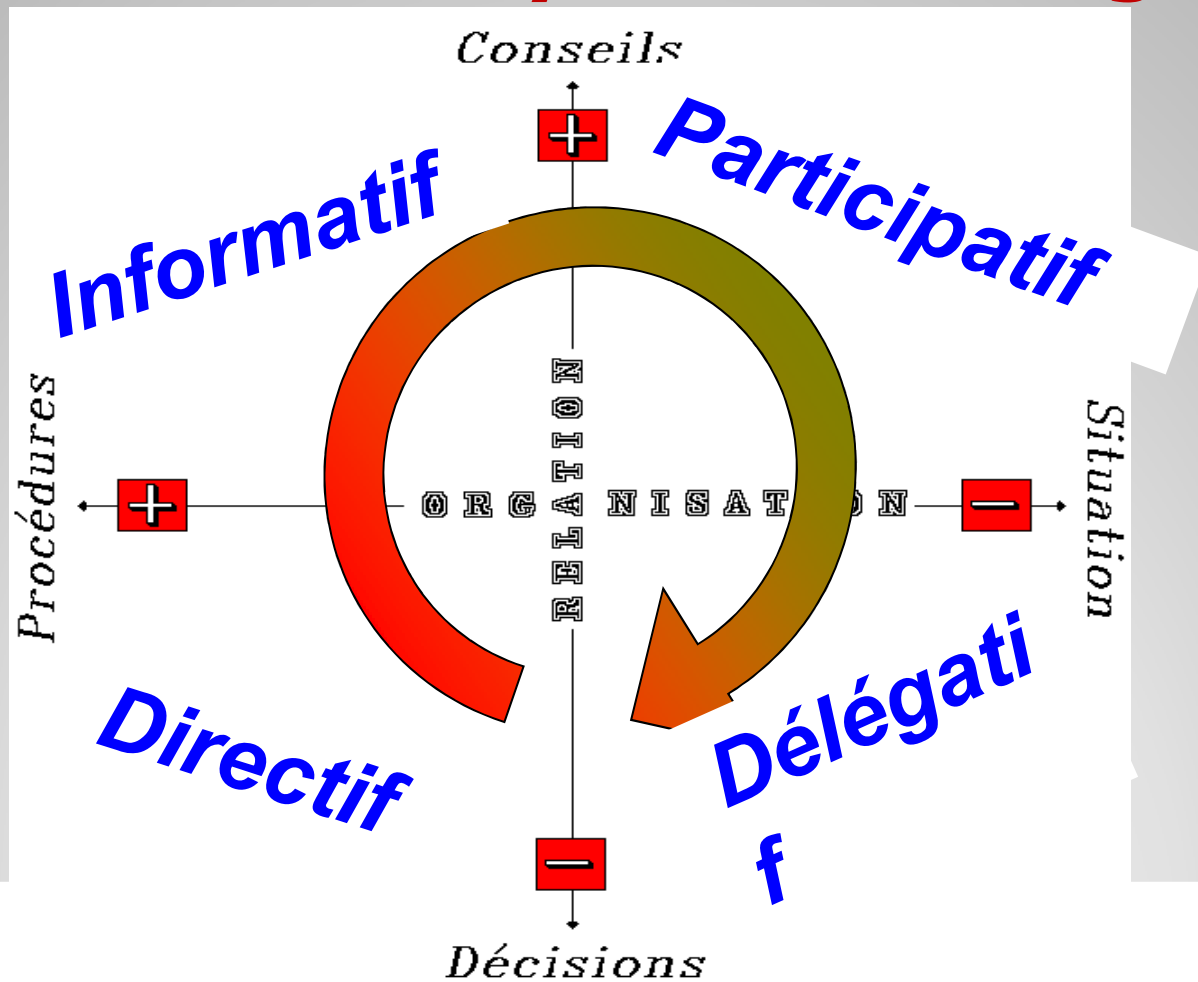
Au sein de l'établissement

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

STYLES DE MANAGEMENT

<p>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>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>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>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"> - Autoitarisme <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,...)

L'évolution des styles de management



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

Diapositive 17

2

Redite, supprimer

Didier; 10/02/2013

LE MODELE

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

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

Espaces d'échanges

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

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

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

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.

Critères de réussite

- Le contenu des espaces d'échanges et de la démarche projet
- Le leadership des managers

LE PROCESSUS DE LA PRISE DE DÉCISION

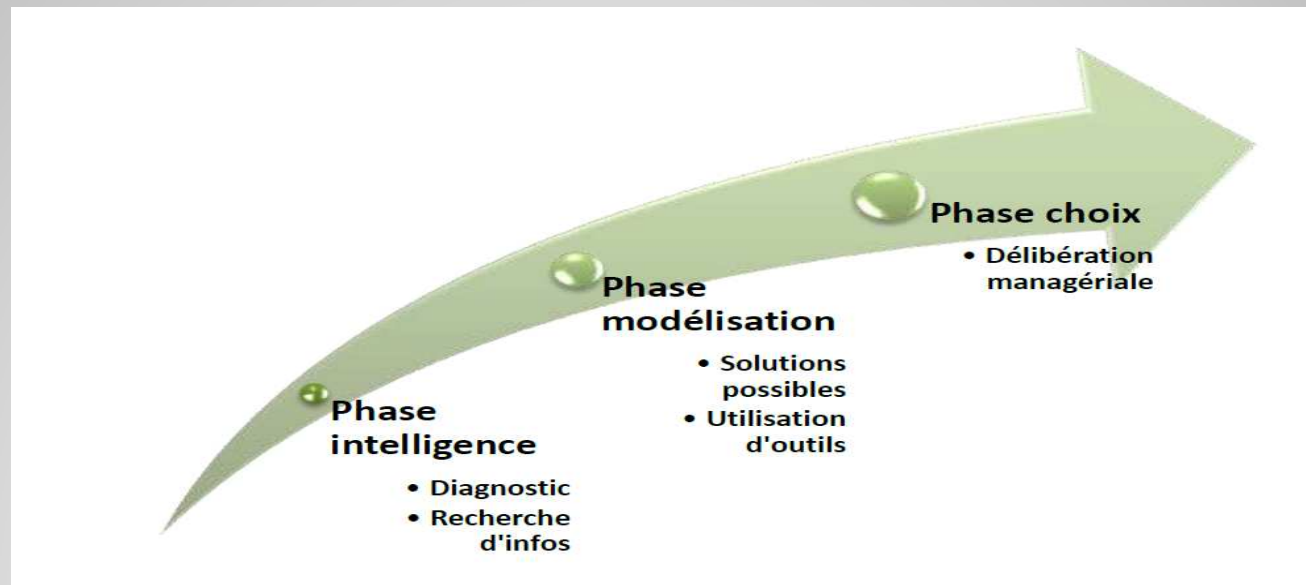
La chronologie d'une réunion est toujours la même :

- *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.



L'IMPORTANT DU LEADERSHIP

- Savoir informer son équipe
- Savoir écouter
- Respecter les membres de l'équipe
- Valoriser les membres de l'équipe
- Être exemplaire
- Savoir être **humble** et ne pas user de la hiérarchie

MANAGEMENT BBM

Modèle obligatoire depuis 2010

- 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 ».

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 2 : augmentation des réunions → généralisation des staffs

- Axe 3

Accompagner les professionnels lors des transformations : formation des cadres

Stratégie nationale d'amélioration de la QVT

- Création de la médiation nationale avec déclinaison régionale
- Création de l'observatoire national de la QVT pour les professions de santé

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

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.

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

Leadership

Leadership transformationnel / transactionnel

(Bass, 1985 ; Bass & Avolio, 1997)

Leadership transformationnel :

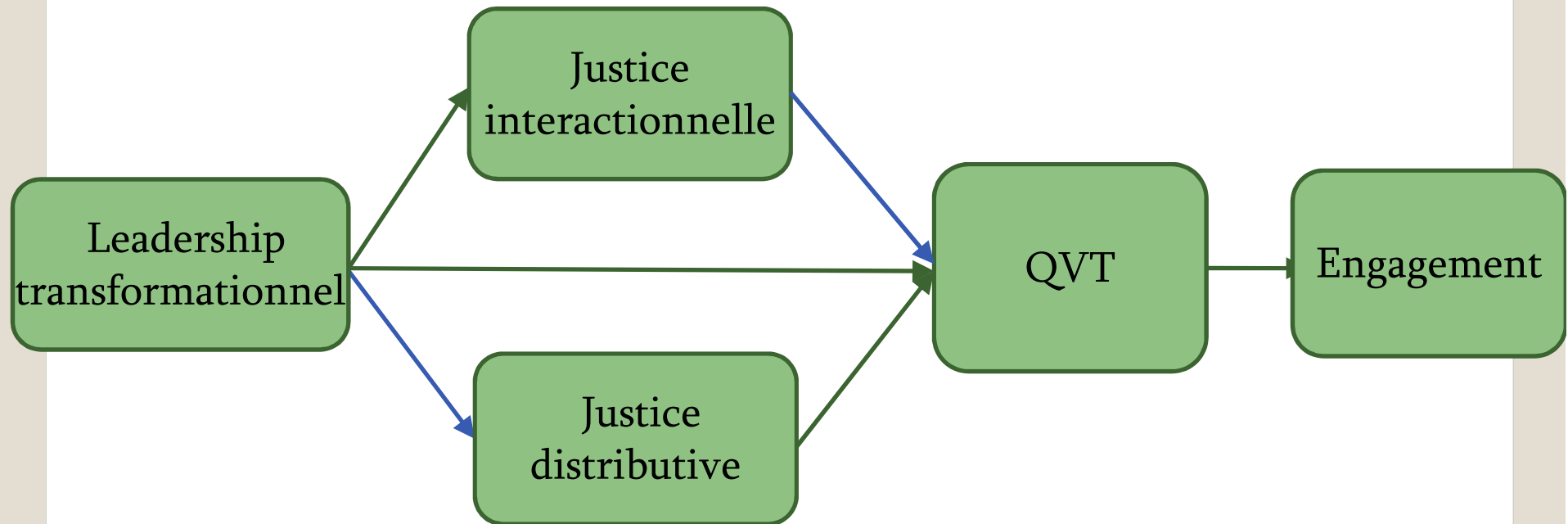
- ▣ Un comportement exemplaire (leader = modèle)
- ▣ Un comportement visionnaire et des attentes élevées
- ▣ Incite les subordonnés à se prendre en charge et à adopter de nouvelles façons d'évaluer les problèmes
- ▣ Un encadrement individualisé

Justice organisationnelle

- **Justice distributive** : l'individu a le sentiment d'être traité avec équité s'il perçoit que les avantages retirés sont justes au regard de ses contributions et de l'investissement d'autres personnes prises en référence (Adams, 1965)
- **Justice interactionnelle** : traitement avec dignité et respect des individus mais également communication opportune, sincère et précise des informations les concernant (Bies & Moag, 1986)

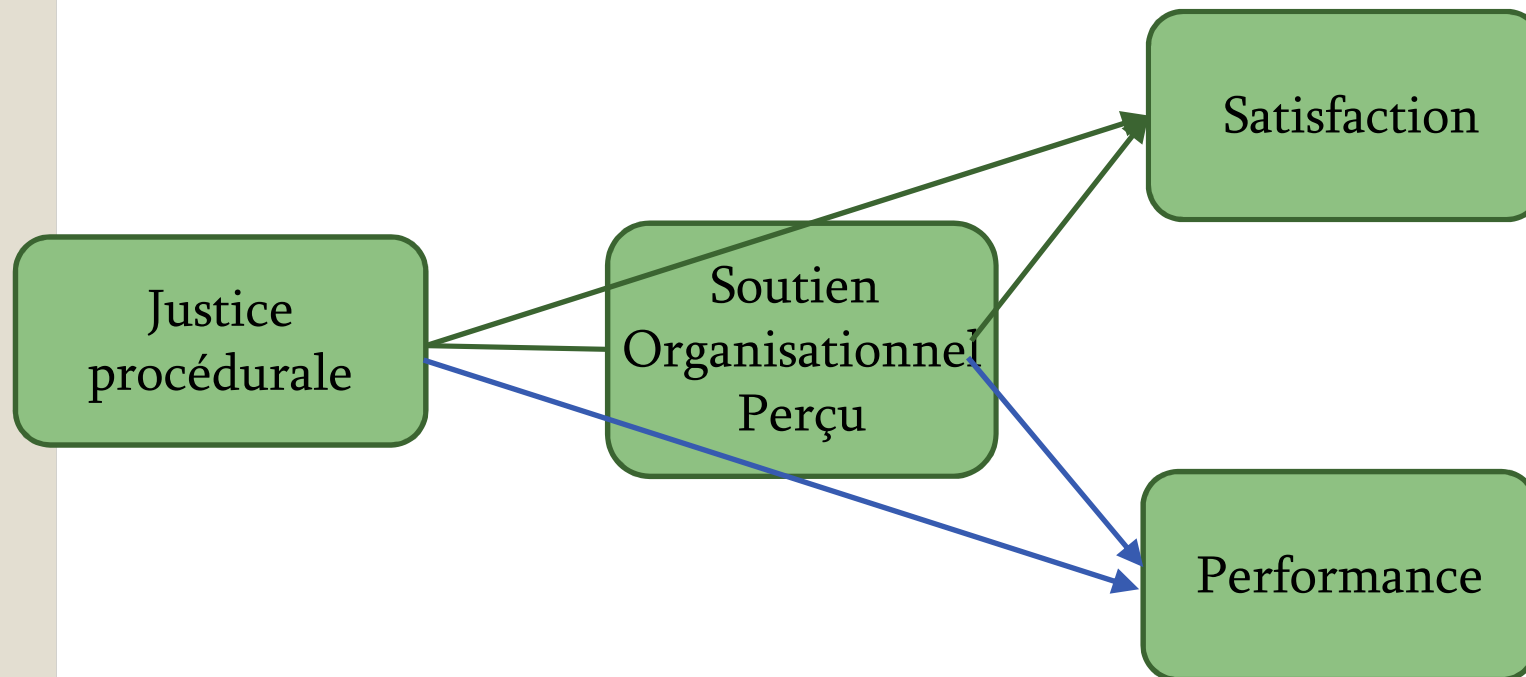
RÉSULTATS PHRC 2009

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

A2

- 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.

Diapositive 46

A2

Administrateur; 08/03/2013

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

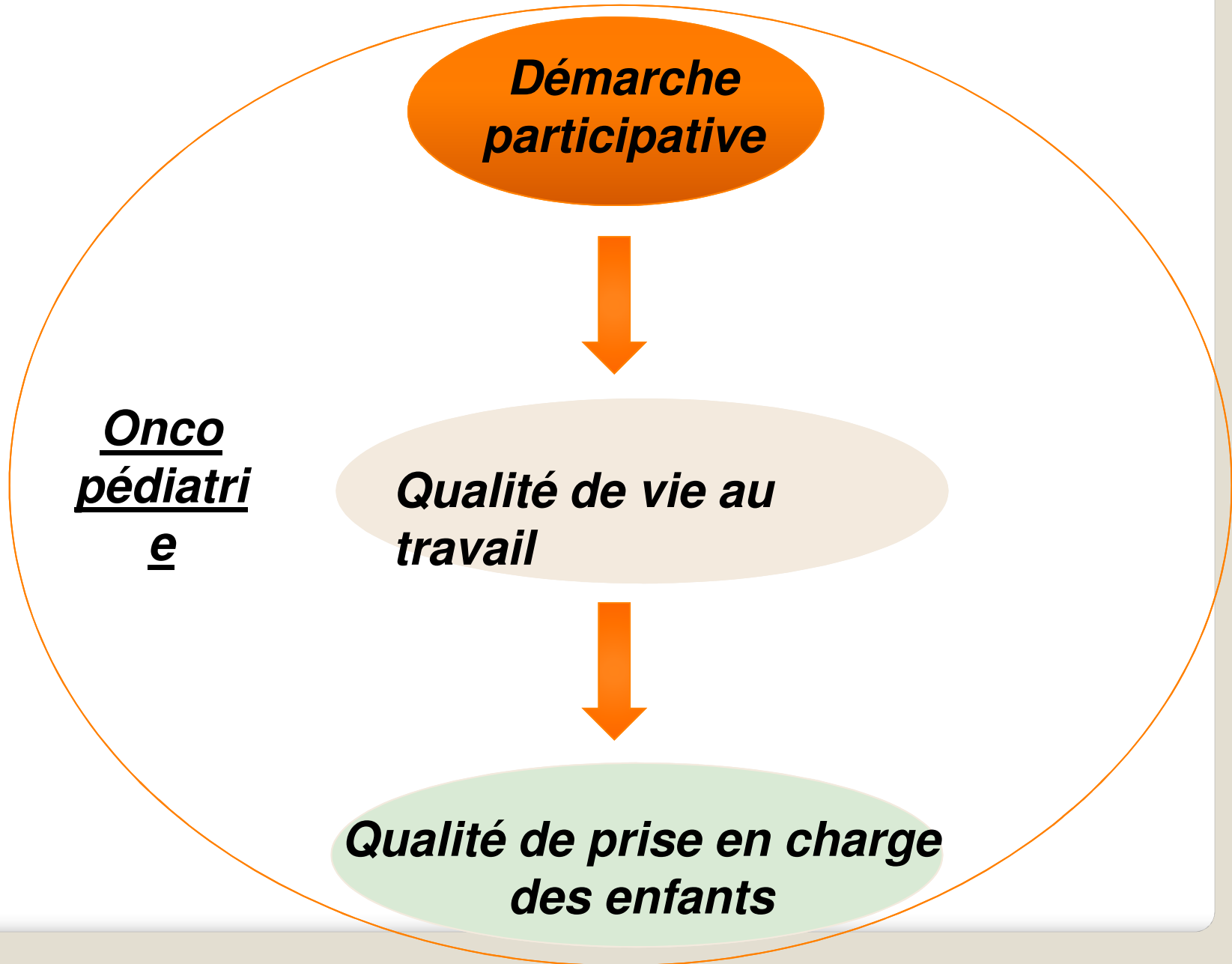
P. Colombat^{1,2}, J. Lejeune ^{1,2} , E. Fouquereau ¹, J. Michon³, S. Dupont¹,
R. Petronela³, V. Gandemer³ et N. Gillet¹

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

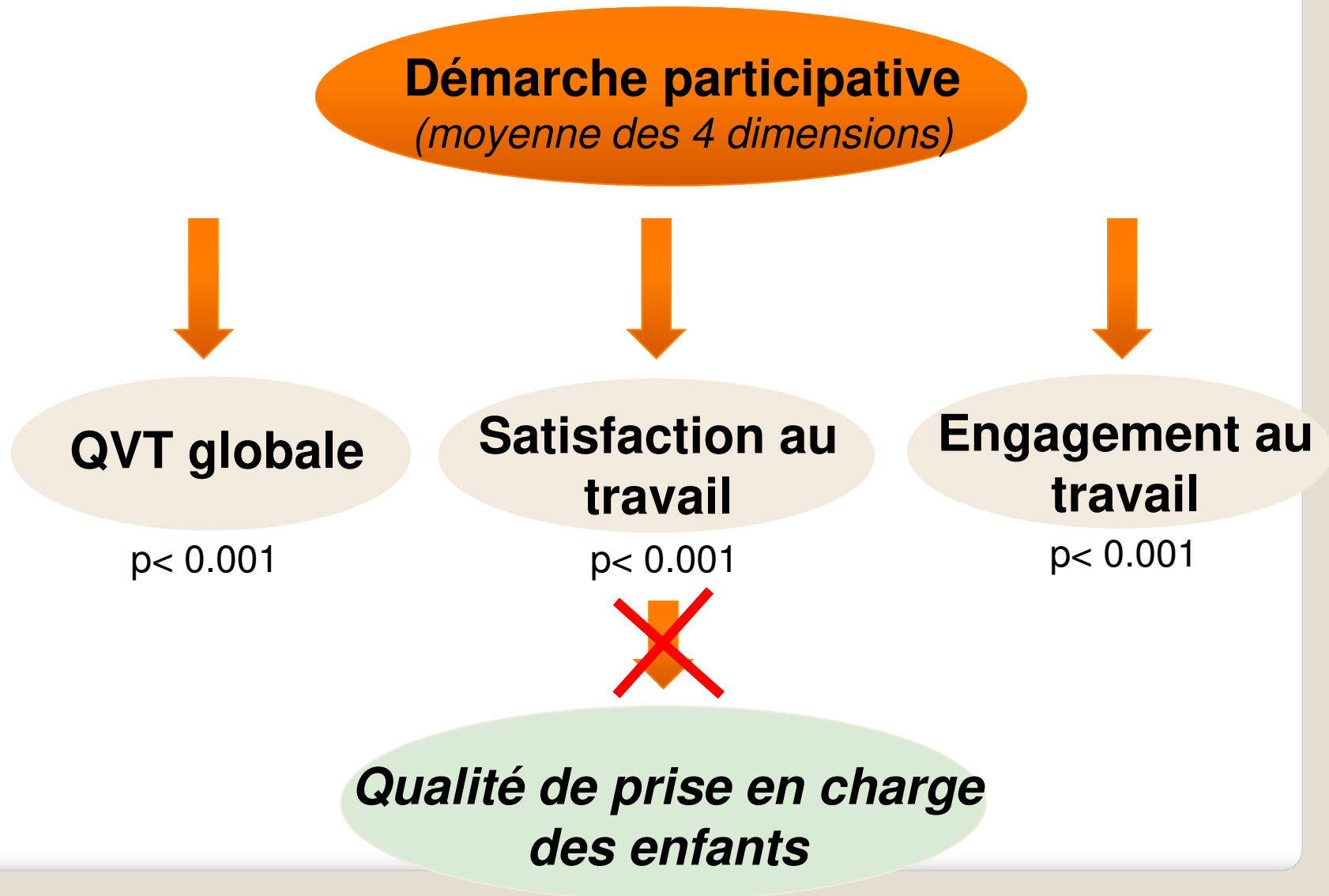




- ❑ 25 centres spécialisés en cancérologie pédiatrique
- ❑ Populations étudiées :
 - *Patients (n=440)* : enfants hospitalisés depuis plus de 48h
 - *Soignants (n=510)* : médecins, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puéricultures, aides soignantes
 - *Cadres de santé*

Relation démarche participative et QVT

✓ Données soignants n = 510



Relation démarche participative et qualité de prise en charge

**Démarche participative
perçue
soignants**

Staff

$p < 0.01$



**Satisfaction vis-à-vis
des soignants**

Accompagnement

$p < 0.01$
 $p < 0.001$



**Satisfaction vis-à-vis
de l'information et la
communication des
soignants**

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	$< 10^{-12}$
Satisfaction des besoins psycho.	0,279	$< 10^{-9}$

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
Satisfaction des besoins psycho	0,21	< 10 ⁻⁵	0,12	< 0,05	0,09	< 0,05	0,28	< 10 ⁻⁹

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 retrace dans les objectifs de la circulaire D605/RM/2006 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 participative 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.

- ▶ 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	Nous consulter pour d'autres lieux et d'autres dates
thème : nous consulter	
inscriptions : Christèle PRAGON 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 COLUCCI, Professeur en Hématologie à l'Université de Tours, Praticien Hospitalier au CHIU de Tours
- ▶ Antonia ALTMAYER, psychologue, Centre Hospitalier de Belfort-Montbelliard





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

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

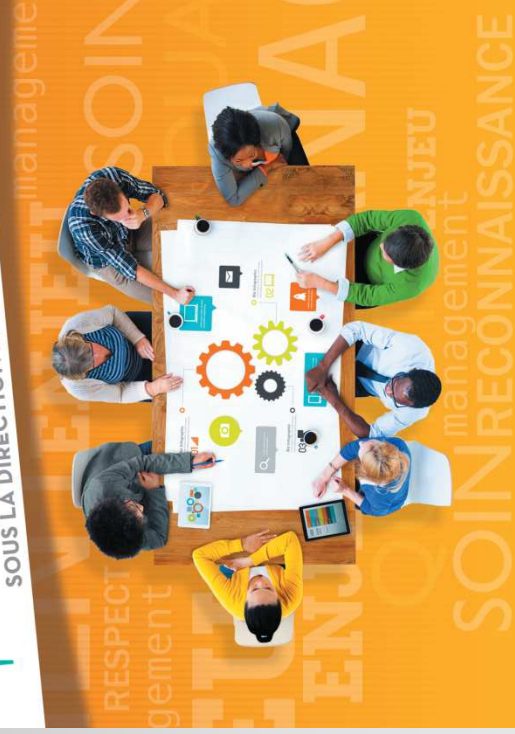
Avec le soutien de





**Pour un travail
soigné dans
une démarche
participative**

SOUS LA DIRECTION DE JOËL CECCALDI



EDITIONS

LAMARRE