

La démarche participative (DP) : une stratégie collective



Auteurs

Évelyne
VESCHAMBRE

Expertise :

Retour à domicile, HAD, certification, DP.

Déclaration publique d'intérêts :

Aucun.

Correspondance :

7 avenue
du 8 mai 1945
37530 Limeray
ev@gmail.com

Coécrit avec :

Joël FLEURY

Oncologue médical,
pôle Santé République,
Clermont-Ferrand.
jfleury@
polesanterepublique.com

La complexité de la prise en charge globale en hématologie est génératrice de souffrance tant pour les patients que pour les soignants. Le contexte organisationnel de l'institution accroît fortement cette souffrance. Une réalité des services de soins : le syndrome d'épuisement professionnel. Peut-on améliorer la qualité de vie au travail (QVT) et par voie de conséquence la qualité des soins ? Si oui, comment ?

Constat et prise de conscience

La charge de travail, le manque de reconnaissance, le manque de formation et de collaboration au sein de l'équipe soignante, l'absence d'échanges pluriprofessionnels et/ou les difficultés de la vie personnelle concourent à générer des symptômes qui peuvent aboutir à un épuisement professionnel.

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS), communément appelé *burn-out* a fait l'objet de nombreuses définitions.

Toutefois, en 1974, H. Freudenberger a été le premier à décrire « un état causé par l'utilisation excessive de son énergie qui provoque le sentiment d'être épuisé et d'avoir échoué ».

Il se caractérise par 3 dimensions indépendantes (figure 1) :

- l'épuisement émotionnel caractérisé par une incapacité à accueillir une émotion nouvelle ;
- la déshumanisation de la relation à l'autre : il s'agit d'un détachement et d'une froideur voire d'une maltraitance dans les relations avec les patients, ses proches ou les collègues de travail ;
- La perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail : c'est le sentiment de ne pas être efficace, surtout dans sa relation à l'autre.

Dimensions explorées au travers d'un questionnaire développé par C. Maslach et S. E. Jackson en 1981 (MBI test). Dès le début des années 90, il apparaît, notamment dans les services prenant en charge des pathologies graves avec de nombreux patients en fin de vie et de nombreux échecs thérapeutiques, que le personnel médical et non médical est en souffrance. Le constat s'impose d'un mal-être et d'une diminution de la QVT. QVT fortement entachée par le sentiment des soignants de ne pas être « à la hauteur », de ne pas prendre en charge les besoins des patients correctement. Les difficultés rencontrées entraînent largement l'apparition de conflits, de frustrations et d'insatisfaction. La nouveauté de l'approche palliative n'est pas suffisante. Fort ce constat, un groupe pluriprofessionnel de réflexion sur la notion du soin (Grasph), incluant la souffrance des soignants, voit le jour, afin de proposer des pistes, des axes d'améliorations et d'évolution des pratiques. Cette association pluriprofessionnelle instaure des formations, met en œuvre des études, publie ses travaux afin de pouvoir faire des propositions concrètes d'amélioration de la qualité du soin en prenant en compte la QVT des soignants. La démarche participative est née. Démarche et management participatifs sont étroitement liés à la démarche palliative.

La DP

Nous reprendrons ici la définition donnée par le Docteur Joël Ceccaldi : « Issue du monde de la santé, la Démarche Participative (DP) peut être vue comme une dynamique transversale, individuelle et collective, comportant deux facettes : l'une introvertie ou réfléchie (D comme disposition), l'autre extravertie ou appliquée (P comme pratique).

- En tant que "disposition", la DP renvoie à un état d'esprit partagé, une intelligence collective, un ensemble de valeurs communes, une ouverture propre à favoriser les échanges dans l'écoute et le respect mutuels, l'adaptation au changement et l'ajustement aux contraintes, la créativité et une meilleure gestion des conflits.
- En tant que "pratique", la DP renvoie à un modèle d'organisation collégiale appliqué par les professionnels dans leur travail, avec une visée et un souci, voire une exigence de qualité non seulement du service rendu, donc du soin, mais aussi de la vie, tant des soignants que des personnes soignées. »

Les composantes incontournables de la DP :

- la démarche projet (mise en place de groupes de travail, création d'outils de communication) ;
- staffs pluriprofessionnels hebdomadaires autour des cas de malades pris en charge ;
- les formations internes au service : fédératrices et permettant de gommer les liens hiérarchiques, elles apprennent à communiquer si le thème choisi répond aux attentes de l'équipe ;
- le soutien aux soignants : autre espace d'échange, qui peut revêtir différentes formes pour l'expression des difficultés, et animé par un psychothérapeute.

La DP : quel impact ?

Ainsi, la DP s'inscrit dans une stratégie de réponse à la souffrance des soignants et d'amélioration de la qualité des soins. C'est un modèle de management qui permet d'améliorer la QVT des soignants (*supportive care* 2012 ; 20:607-614).

La DP, comment la mettre en application

La démarche participative ne se décrète pas... Elle s'accompagne ! Elle s'inscrit dans une stratégie de management qui selon les circonstances doit être directif, persuasif, participatif et délégué. Toujours respectueux, reconnaissant et

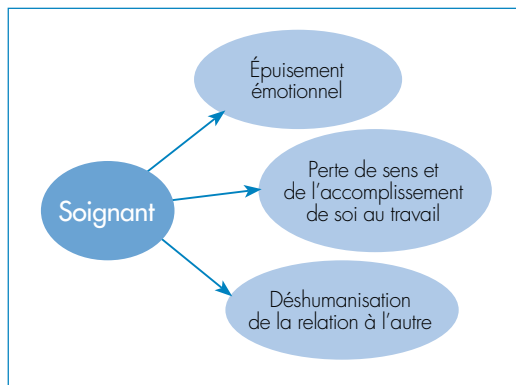


Figure 1 : Syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) : les 3 dimensions.

responsabilisant. Tout d'abord, outre les compétences habituelles requises et souhaitables des managers, ces derniers doivent avoir la volonté de mobiliser leurs équipes sur un projet commun. Ils doivent par ailleurs travailler en totale concertation. Dans un même temps, l'équipe doit être accompagnée dans la reconnaissance de l'utilité du changement, au bénéfice de l'organisation et des patients. Cette simultanéité donne du sens aux efforts déployés pour converger vers une vraie dynamique. L'autre étape fondamentale repose sur la Démarche Projet pour répondre à un problème, un dysfonctionnement ou toute mise en place organisationnelle.

Retour d'expérience

Afin d'illustrer mes propos, je vous relaterai l'exemple de cette équipe spécialisée dans le retour à domicile de patients atteints de maladie chronique, parfois en fin de vie. Arrivée au sein de cet établissement en tant que manager pour réaliser une Certification, l'état des lieux fit apparaître un certain nombre de dysfonctionnements malgré une équipe mature : l'absence de communication, la méconnaissance du travail de chacun au domicile, le manque de confiance entre professionnels. L'étude du dossier mit en évidence le taux d'arrêts de travail ainsi que le *turn-over* très élevés. Par ailleurs, la diminution du nombre de dossiers patients remettait en cause l'existence même de cette organisation. Le retentissement de l'absence de qualité de vie au travail avait indéniablement un retentissement flagrant sur les patients. Dans ce contexte, il semblait judicieux d'utiliser la démarche participative pour mener à bien ce projet. Après avoir Recueilli l'aval de la direction (en effet, la création d'espaces d'échanges a nécessité d'expliquer

que le temps investi permettrait, entre autre, d'atteindre les objectifs fixés), les 4 composantes incontournables ont été utilisées :

- démarche projet ;
- staffs pluriprofessionnels hebdomadaires où infirmiers, aides-soignants, techniciens, médecins se sont écoutés et ont pu décider autour de la prise en charge globale des patients ;
- formations internes au service : l'équipe a souhaité faire une formation afin de réapprendre à se faire confiance. Des séances de coaching de groupe leur ont donc été proposées, dont une expérience de chant choral. Alors qu'aucun d'entre eux n'avait pratiqué cet exercice auparavant, le résultat a été étonnant. Ils ont pris conscience de leur utilité au sein du groupe, ainsi que celle de chacun. Leur force résidant dans la confiance accordée, l'ensemble et sa bonne coordination ;
- le soutien aux soignants : ici sous forme de groupe de parole.

Sans développer ici chaque phase de cette Certification ainsi que la progression constante des équipes, la mise en place grâce à la DP a permis 9 mois plus tard de présenter un dossier au résultat sans « non-conformité » ou « point d'amélioration ». Au-delà du côté administratif, l'équipe a repris pied au fur et à mesure. Les conflits et autres heurts ont laissé la place à des moments d'échange et de partage où des décisions collégiales sont prises. L'investissement de chacun dans ce projet, l'écoute et la volonté de construire, les efforts conjugués des cadres de santé et des médecins ont permis aux équipes de travailler dans une ambiance apaisée pour le plus grand bien des patients et de leur entourage. L'absentéisme et le *turn-over* sont revenus à un niveau normal pour ce type d'établissement.

Les conditions de réussite sont étroitement liées à la temporalité, au *turn-over* et au degré de maturité de l'équipe. Cependant, les résistances au changement ne doivent pas être négligées (interrogations, sentiment de perte de pouvoir pour certains soignants, peur de la remise en cause).

Ce modèle, adaptable à toutes les spécialités et inscrit dans les recommandations, est proposé par la commission « Démarche participative, Organisation des soins et QVT » de l'AFSOS, sous forme d'une sensibilisation de 3 heures, une formation approfondie de 2 jours à la démarche, et un master Management participatif et prévention des risques psychosociaux, en partenariat avec le Service universitaire de formation continue et d'apprentissage (SUFCCO) de Tours.

Il apparaît restrictif de n'appliquer ce modèle qu'au monde de la santé... Il est adapté à toute organisation dès l'instant qu'on a la volonté de le mettre en œuvre.

1. Circulaire du 26 mars 2008 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. Rapport 2012 d'Édouard Couty : le Pacte de confiance pour l'hôpital.
2. Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M et al. Management et souffrance des soignants en onco-hématologie. *Psycho-oncologie* 2011;5:83-91.
3. Colombat P, Altmeyer A, Baruel F et al. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants : Recommandations Nice - Saint-Paul-de-Vence 2011. *Oncologie* 2011;13:845-63.
4. Bauchetet C, Trager S, Colombat P. Le management participatif : une clef du bien-être au travail. *Objectif Soins* 2012;209:18-24.
5. Colombat P. (éd.) *Qualité de vie au travail et management participatif*. Éd. L'Amare, 2012.
6. Lissandre S, Abbey-Huguenin H, Bonnin-Scaon S et al. Facteurs associés au burn-out chez les soignants en onco-hématologie. *Oncologie* 2008;10:118-24.
7. Pronost AM, Le Gouge A, Lebolu D et al. Effet des caractéristiques des services en onco-hématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie* 2008;10:1-10.
8. Brunault P, Fouquereau E, Colombat P et al. Do transactive memory and participative teamwork improve nurses' quality of work life? *West J Nurs Res* 2013 [Epub ahead of print].
9. Circulaire N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales.