



## Recommandations pour la mise en place de staffs pluriprofessionnels (SPP) dans les services de soins<sup>☆</sup>

Chantal Bauchetet<sup>1</sup>, Christine Préaubert-Sicaud<sup>2</sup>, Joël Ceccaldi<sup>3</sup>, Fadila Farsi<sup>4,5</sup>, Florence Laigle Donadey<sup>6</sup>,  
Dominique Jaulmes<sup>7</sup>, Antonia Altmeyer<sup>8</sup>, Gwladys Fontaine<sup>9</sup>, Laurence Gineston<sup>10</sup>, Edith Loureiro<sup>11</sup>,  
Sophie Metivier<sup>12</sup>, Aude Le Divenah<sup>13</sup>, Philippe Colombat<sup>14</sup>

Reçu le 11 mars 2019  
Accepté le 6 novembre 2019  
Disponible sur internet le :  
5 février 2020

1. Groupes régionaux de l'AFSOS, AFITCH-OR, La commission éthique SFH, Paris, France
2. IDE oncologie, Caussade, AFSOS Occitanie, France
3. AFSOS, Libourne, France
4. Centre Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69373 Lyon cedex 08, France
5. Réseau régional de cancérologie Auvergne Rhône-Alpes, 60, avenue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08, France
6. AP-HP, GH Pitié-Salpêtrière, service de neurologie Mazarin, UPMC, Paris, France
7. Hématologue à la retraite, Ile de France, France
8. Hôpital Nord Franche Comté, service d'oncologie, 1, rue Henri-Becquerel, 25200 Montbéliard, France
9. USP UETD, GHPSO site de Senlis, avenue Paul-Rougé, 60300 Senlis, France
10. Institut Curie, Hôpital René-Huguenin, département interdisciplinaire en soins de support pour le patient en oncologie, 35, rue Dailly, 92210 Saint-Cloud, France
11. Institut Curie site Paris, unité mobile d'accompagnement et de soins de support, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France
12. Institut Curie, 26, rue d'ULM, 75248 Paris cedex 05, France
13. Maison médicale Jeanne-Garnier, unité de soins palliatifs, 106, avenue Emile-Zola, 75015 Paris, France
14. CHU de Bretonneau, service d'hématologie et thérapie cellulaire, observatoire national de la Qualité de vie au travail, 2, bis boulevard Tonnellé, 37044 Tours cedex, France

### Correspondance :

Christine Préaubert, 8, avenue de la Beneche, 82300 Caussade, France.  
chris.fee@wanadoo.fr

### Mots clés

Staffs pluriprofessionnel  
Démarche participative  
Travail en équipe  
Qualité du soin  
Qualité de vie au travail

### Résumé

Le contexte et les contraintes de la médecine moderne (réduction des lits d'hospitalisation, virage ambulatoire, diminution du nombre de soignants, nouvelles thérapies, intégration des soins de support...) conjointement aux nouvelles données sociétales et des systèmes de santé (vieillesse de la population, maladies chroniques, exigences nouvelles des personnes malades...) redéfinissent les champs du soin et interrogent les pratiques professionnelles. La démarche participative en tant que modèle d'organisation du travail en équipe propose des solutions faisant

\* Précisions sur la rédaction de l'article et ses auteurs : cet article collectif est le reflet de notre fonctionnement en démarche participative. L'auteur principal est Chantal Bauchetet, la relecture, les modifications et les corrections sont les résultats d'un travail collectif en réunions du groupe « Staffs Pluri-professionnels » piloté par Aude Le Divenah et Christine Préaubert-Sicaud, et discuté au sein de la commission Démarche Participative, Organisation des Soins et Qualité de Vie de l'AFSOS, coordonnée par Philippe Colombat et Antonia Altmeyer.

Intervenir aussi bien les compétences des divers professionnels de santé en interaction, que les savoirs expérientiels et la prise en compte des préférences des personnes malades. Le staff pluriprofessionnel est un outil de la démarche participative, qui fédère une équipe autour d'un projet de soin ou de santé individualisé à partir des regards croisés des professionnels du soin et des prises de décision partagées. Son objectif est d'allier l'amélioration de la qualité du soin à celle de la qualité de vie au travail. Il requiert un état d'esprit transversal, des valeurs intrinsèques et des caractéristiques spécifiques. Son organisation est simple mais obéit à quelques règles. Nous en développerons les principales étapes. Cet article, issu d'une réflexion commune de professionnels de santé, vient démontrer ses principes et sa faisabilité. L'intérêt manifesté par l'INCa pour cet outil est un atout de poids pour la suite de ce travail dans l'optique d'une généralisation des staffs pluriprofessionnel pour tous les patients atteints d'une pathologie chronique et pas seulement pour les patients en situation palliative.

### Keywords

Multi-professional staffs  
Participative approach  
Team work  
Quality of care  
Quality of life at work

### ■ Summary

#### Recommendations for the implementation of multi-professional staffs (MPS) in care services

*The context and constraints of modern medicine (hospital beds and caregivers' reductions, ambulatory shift, new therapeutic approaches, integration of supportive care...) combined with new societal and Health system changes (ageing population, chronic diseases, new requirements of the patients...) redefine the orientations of care and question professional practices. The participative approach (PA) as a model of team organization proposes solutions involving the skills of the various interacting caregivers and experimental knowledge and consideration of patient needs. The multi-professional staff (MPS) is a collaborative tool of this participative approach that federates a team around a health or care project personalized from the cross-checked eyes of care professionals and from a shared decision-making process. Its objective is to combine the improvement of quality of care with quality of life at work. It requires a transversal mindset of teams, intrinsic values and specific characteristics. Its organization is simple but requires some rules and we will develop the main steps to success. This article, which is the result of a joint reflection and experience of health professionals, shows the principles and wants to demonstrate the weakness of MPS. The interest of the French National Cancer Institute for this collaborative tool is an asset for further work in the perspective of generalization of MPS for all patients with chronic disease and not only for patients at palliative phase.*

### Préambule

Si nous faisons une recherche informelle dans les services de soin, il apparaît que beaucoup organisent des « staffs ». Cependant, leurs modalités pratiques ne sont pas clairement définies et l'on y retrouve de multiples fonctionnements répondant à de multiples objectifs...

Depuis les années 1990, le constat d'une qualité du soin jugée insatisfaisante parallèlement à un sentiment de manque de reconnaissance des diverses catégories professionnelles est imputé au manque d'échanges entre soignants.

Cette observation, dans les services d'hématologie, a fait l'objet d'une réflexion sur les réorganisations nécessaires pour aboutir à une proposition d'organisation de travail en équipe. Un modèle a été développé par la commission Démarche

Participative et Organisation des Soins et Qualité de Vie (DPOSQV dite DP) d'abord au sein du Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et Oncologie (GRASSPHO), et poursuivie dans l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

Son promoteur, le Pr Philippe Colombat, l'a conceptualisé et initié dans son service en instituant un esprit transversal et des outils pratiques, dont le staff pluriprofessionnel (SPP), à la satisfaction des soignants. Les excellents résultats [1-3], qui découlent des différentes études relatives au modèle, incitent à en proposer la généralisation.

Faisant sienne cette citation attribuée à Euripide « Aucun de nous ne sait ce que nous savons tous ensemble », la commission démarche participative considère et promeut le staff

pluriprofessionnel comme outil d'amélioration globale du soin et de la qualité de vie au travail. Ils s'inscrivent dans la globalité de la démarche participative avec les autres outils que sont la démarche projet, les formations internes, le soutien aux soignants et les espaces d'échanges entre managers que nous décrivons succinctement :

### Encadré 1

La démarche projet : à partir d'un constat de dysfonctionnement ou d'un besoin, un groupe de travail pluriprofessionnel recense la globalité des objectifs à atteindre, les points à traiter, propose des pistes de réflexion et des propositions d'amélioration sur les différents aspects. Pour cela, un travail en sous-groupe est nécessaire dans un projet global qui peut être un projet de service ou d'équipe.

Les formations internes : il s'agit de fédérer les différents professionnels du service autour d'un même thème, chacun ayant une approche différente et parcellaire du sujet.

Le soutien aux soignants : il peut concerner l'équipe après une situation mal vécue ou une situation de crise. Il peut se faire en groupe de parole, séance de débriefing ou cellule de crise.

Les espaces d'échanges entre managers : eux aussi vivent des situations stressantes, ils doivent pouvoir s'exprimer entre eux ou encore élaborer ensemble un plan d'action cohérent.

Rappelons que la cohérence entre manager médical et non médical est essentielle.

## La justification des outils de la démarche participative

Le contexte actuel du système de santé avec la chronicisation des pathologies, l'émergence des thérapies innovantes, le virage ambulatoire, l'éclatement et la multiplicité des lieux de soin et des intervenants autour du patient nécessitent de revisiter le périmètre du soin, incluant des temps d'échanges.

## Le staff pluriprofessionnel

### Définition

Dans le même esprit que l'HAS [4,5], l'AFSOS définit ainsi les staffs pluri-professionnel :

- exercice pluriprofessionnel éthique et transversal, permettant de définir un projet de soin ou de santé adapté à la complexité de la situation de chaque personne soignée et/ou de prendre des décisions partagées en accord avec le patient et ses proches.

Le staff pluriprofessionnel repose sur le principe de regards croisés des différents professionnels intervenant auprès de ces patients. C'est une instance de réflexion, de délibération collective et de propositions d'une décision partagée pour un

patient ou un groupe de patients. Créer une transversalité effective est l'étape fondamentale pour l'esprit d'équipe.

Le staff pluriprofessionnel est à distinguer de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), dont la logique et les objectifs sont médicaux, qui possède un cadre réglementaire et se décline en propositions diagnostique, thérapeutique, d'appui, de soins de support (RCP SOS), de recours et « onco-palliative » (RCP SP) [6].

### Objectifs

Le staff pluriprofessionnel répond à deux objectifs étroitement liés :

- l'amélioration de la qualité du soin et de l'accompagnement global ;
- l'optimisation de la qualité de vie au travail par le sentiment d'appartenance à une équipe

Il s'agit de recueillir le maximum d'avis sur une situation donnée à partir des informations recueillies et de rechercher des solutions adaptées. Les propositions sont discutées pour éclairer la prise de décision, garantir leur meilleure compréhension et favoriser une adhésion au projet par tous les professionnels.

Le staff pluriprofessionnel est un élément de formation à la transversalité par la reconnaissance de chaque professionnel en interaction avec les autres. Il favorise le respect des valeurs de chacun dans le cadre d'une culture commune à l'équipe.

Le staff pluriprofessionnel (SPP) comme les réunions de concertation pluri-disciplinaire (d'organe et de spécialité, SP, SOS) sont des réunions pluriprofessionnelles de réflexion, concertation, délibération collégiale ± prise de décision (Annexe 1 Tableau comparatif : Staff Pluri-Professionnel (SPP) – Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) – RCP Soins de Support et Onco Palliative).

Le staff pluriprofessionnel peut être aussi confondu avec d'autres réunions pluriprofessionnelles (Annexe 2 Encart – Ce que n'est pas le staff pluriprofessionnel centré sur les patients).

## Le fonctionnement du staff pluriprofessionnel

### Définir les règles de fonctionnement

#### Qui y participe ?

Tous les professionnels intervenant autour du/des patients : équipes médicales et non médicales incluant la secrétaire du service, professionnels des soins de support et services transversaux (Équipe Mobile de Soins Palliatifs/de Soins de Support, HAD, réseaux territoriaux. . .). Les informations des professionnels extérieurs à l'établissement apporteraient une vision complète du parcours du patient mais leur organisation de travail est souvent un frein à leur présence. Il est néanmoins intéressant de rechercher ces éléments d'informations utiles pour la délibération du staff pluri-professionnel.

#### Qui fait quoi ?

Recueil des informations, animation, traçabilité, mise en œuvre et suivi des actions (Annexe 3 Fig. « Boîte à outils du staff pluriprofessionnel »).

**En quel lieu ?**

Un bureau ou une salle de réunion favorisant les échanges, l'écoute, l'attention et le respect de la confidentialité. Il est nécessaire d'organiser la continuité des soins durant sa tenue (limiter les dérangements de ceux qui sont en réunion).

**À quel rythme ?**

Le staff pluriprofessionnel est hebdomadaire : définir un jour, un horaire, une durée globale convenant au plus grand nombre et s'y tenir.

**De qui parle-t-on ?**

Les patients sont présentés selon des critères de complexité prédéfinis.

**Que prendre en compte ?**

Les informations et avis des professionnels présents et/ou absents (équipe de nuit, acteurs extérieurs) et les préférences du patient/de ses proches.

**Définir pour chaque patient la problématique à discuter**

Les problématiques et niveaux de complexité sont très divers et propres à chaque personne soignée : il peut s'agir d'élaborer un projet de soin ou de santé tenant compte de la vulnérabilité, de précarités familiales et/ou sociales, de questions éthiques, d'organiser un parcours de soins de support ou un retour au domicile. Il peut s'agir également de transferts en SSR, HAD, unité de soins palliatifs (USP). Un refus de traitement peut réorienter le parcours de soins, il doit alors être discuté en équipe.

Le staff pluriprofessionnel est l'occasion de renforcer la connaissance de l'avis de la personne de confiance si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, de se référer aux directives anticipées. Il peut s'agir également de comprendre, partager ou résoudre un conflit entre patients/proches/soignants.

Les limitations et arrêts des traitements actifs (LATA) [7-9], l'anticipation d'une décision de transfert en réanimation en cas d'aggravation, doivent – et c'est inscrit dans la loi – faire l'objet d'une délibération collégiale dont le staff pluriprofessionnel est le lieu privilégié.

La complexité aussi peut venir des soignants s'ils ont des visions radicalement divergentes de la situation présentée et des solutions possibles.

**Obligations en cohérence avec les droits des patients**

Les obligations en cohérence avec les droits des patients sont :

- il est rassurant pour le patient et/ou sa personne de confiance de savoir que les décisions et projets proposés ne sont pas le fait d'une seule personne mais d'un processus délibératoire, garant d'une pluralité de points de vue. D'où l'importance du recueil anticipé des informations et projets souhaités par le patient ;
- après le staff, il convient de lui rendre compte des options discutées, de l'avis retenu et recueillir son consentement pour la mise en œuvre des solutions évoquées ;

- dans tous les cas, il est impératif de respecter son autonomie décisionnelle [10].

L'équipe doit en permanence délibérer et décider en cohérence avec les principes éthiques : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice.

**L'animation du staff pluriprofessionnel est un facteur clé de son efficacité**

Les facteurs clés sont :

- l'animateur du staff pluriprofessionnel est souvent un manager (médecin ou cadre de santé) mais l'animation peut être « tournante » et confiée à un autre professionnel. Il importe dans tous les cas que l'animateur soit légitime pour l'équipe et qu'il dispose de la capacité d'animation. Des formations peuvent être dispensées dans l'équipe ;
- l'animateur doit distribuer équitablement le temps de parole en commençant si possible par les soignants les plus proches du patient, c'est-à-dire les aides-soignants. L'expérience montre que si le médecin parle le premier, il y a de forts risques que les autres soignants n'osent pas contrarier le propos, cependant chaque unité de soin peut adapter cet ordre, l'important étant que chacun s'exprime librement et sans censure ;
- l'animateur doit aider à la prise de parole par une attitude empathique, être patient, reformuler si besoin, ne jamais juger directement un avis, toujours respecter celui qui parle. Il doit encourager l'expression d'idées et la créativité, dans un climat de respect et de convivialité. Le non-jugement de valeur et des personnes est une règle absolue. L'attention au non verbal est également un vecteur important d'informations. Il doit être particulièrement attentif aux professionnels s'exprimant avec les plus grandes difficultés ;
- l'ordre hiérarchique est suspendu le temps du staff pluriprofessionnel. – Les propos tenus en staff pluriprofessionnel doivent être en conformité avec les questions déontologiques, juridiques ou morales (droits des malades) [9-12]. Le respect du secret médical et des règles de confidentialité est obligatoire.

**Le processus de délibération et de prise de décision**

Le processus se déroule en trois tours de table :

- premier : évaluation des besoins par les regards croisés ;
- deuxième : propositions de réponses à ces besoins ;
- troisième : prise de décision. Le respect du secret médical et des règles de confidentialité est obligatoire.
- une fois la problématique clairement explicitée, chaque professionnel sollicite, sur la base de sa compétence et selon la place qu'il occupe, argumente son point de vue pour le soumettre à la critique bienveillante de ses collègues ;
- la structuration des propositions est conforme aux attentes du patient et aux valeurs de l'équipe. La délibération collégiale vise une recherche de consensus : que ce dernier soit ou non obtenu, le médecin assume la prise de décision après avoir écouté les avis. Il explicite les motifs de son choix et veille à ce

que chaque professionnel soit au clair sur ce qui lui incombe personnellement dans la mise en œuvre concrète de ce qui vient d'être décidé ensemble.

Le staff pluriprofessionnel ne conduit pas obligatoirement à une prise de décision, mais il permet toujours une avancée dans la réflexion consensuelle de l'équipe.

### La traçabilité est assurée

La traçabilité est assurée car :

- le « secrétaire de séance » est différent de l'animateur. Il peut s'agir de tout professionnel habilité à rédiger le compte rendu de séance ;
- le compte rendu individualisé du staff pluriprofessionnel est rédigé et validé après relecture. Il est intégré au dossier du patient, si possible dans une page spécifique et figure sur le compte rendu d'hospitalisation. Il est transmis au médecin traitant et peut être intégré au dossier médical partagé (DMP) avec l'accord du patient ;
- les acteurs présents signent une feuille d'émargement.

### Le suivi

Le suivi du staff est planifié : en concordance avec les propositions et décisions adoptées en staff pluriprofessionnel, les actions sont mises en œuvre par le professionnel désigné nominalement qui en assurera l'évaluation et le suivi. Il en rend régulièrement compte à l'équipe et assure la transmission aux professionnels libéraux s'il s'agit d'un retour au domicile. La transmission doit faire un état précis des objectifs visés, des résultats attendus et des points déjà aboutis.

Les décisions prises en staff pluriprofessionnel sont susceptibles de modification selon l'évolution de la situation du patient et peuvent nécessiter un nouveau staff pluriprofessionnel.

### L'évaluation

Le staff pluriprofessionnel doit faire l'objet d'une évaluation régulière du dispositif :

- il s'agit bien d'un staff pluriprofessionnel : correspondance avec la définition ;
- la question qui motive le staff pluriprofessionnel est bien explicitée ;
- la prise en compte de la volonté du patient/des proches est effective ;
- le staff pluriprofessionnel est organisé : il est préparé, son déroulement et sa traçabilité sont codifiés ;
- le staff pluriprofessionnel est évalué sur le contenu : délibération effective et impact du projet ;
- le staff pluriprofessionnel est évalué sur le fonctionnement : évaluation du dispositif lui-même.

L'évaluation se fait sur deux paramètres :

- qualitative : critères et indicateurs définis par les professionnels en cohérence avec les objectifs ;
- quantitative : présences, assiduité, respect du temps imparti, nombre de dossiers traités...

## Les bénéfices attendus du staff pluriprofessionnel

Ils n'ont généralement pas fait l'objet d'évaluations ciblées, la plupart des études déjà réalisées concernent la démarche participative au sens large intégrant les staffs pluriprofessionnel. Les bénéfices recensés sont issus de résultats d'enquêtes de satisfaction ou d'études informelles (Annexe 4 Fig. Enquête un jour donné – Verbatim de soignants).

### Pour le patient et ses proches

Amélioration du soin : satisfaction accrue, meilleure acceptation des soins, amélioration de l'accès et de la continuité des soins, augmentation du sentiment de sécurité ; réponses conformes aux besoins ; cohérence du message d'équipe par ses différents intervenants ; parcours de soin optimisé.

Une étude publiée concernant les services d'onco-pédiatrie en France montre que la présence des staffs améliore la satisfaction globale des patients envers les soignants [13,14].

### Pour l'équipe

L'interaction et la complémentarité favorisent le sentiment de satisfaction au travail et le sentiment d'appartenance, facteurs d'amélioration de la qualité de vie au travail :

- la transversalité facilite le décloisonnement interprofessionnel, un moindre sentiment d'isolement et l'harmonisation des pratiques en intra et extra-hospitalier ;
- le staff pluriprofessionnel fédère les professionnels de santé ; il améliore la vie en équipe, la motivation au travail et développe la confiance envers soi et les autres, favorise la créativité et l'innovation partagée. La liberté d'expression, l'engagement et la responsabilisation de chaque membre de l'équipe conduisent à l'adhésion au projet collectif.

### Pour l'institution

Il permet une rationalisation des organisations, une optimisation des temps professionnels. C'est un facteur d'économie en limitant les examens redondants et les ré-hospitalisations non programmées. L'amélioration de la qualité de vie au travail diminue l'absentéisme, le *turn over* dans les équipes [15] et permet la fidélisation des professionnels. L'image publique et sociétale de l'établissement de santé est préservée, voire améliorée.

## Préalable au staff pluriprofessionnel

### La culture d'identification des besoins

Dans les situations complexes, il est important de connaître les facteurs altérant la qualité de vie en cancérologie [16] : les besoins exprimés ou observés sont clairement à identifier, le staff pluriprofessionnel ne peut y répondre que s'ils sont régulièrement évalués et tracés :

- l'écoute, l'observation et la clinique sont des moyens prioritaires du recueil des besoins ;
- par ailleurs, des outils d'évaluation existent pour la majorité des domaines tels que l'alimentation, la douleur, la graduation

des symptômes comme la mucite, la dyspnée, l'anxiété, la dépression, la vulnérabilité, la fragilité sociale, le soin palliatif, etc. Il est donc nécessaire que ces items soient parfaitement renseignés sur la base d'outils communs ; les différents besoins spécifiques de chaque patient, ceux qui signent sa singularité doivent également être renseignés dès le diagnostic et évalués régulièrement.

### Quand ?

Lors de l'annonce, tout au long du parcours de soin, à chaque événement de santé et lors des réorientations de parcours ; le staff pluriprofessionnel devient incontournable, dans les phases de relais du soin curatif vers une approche palliative ou lors de prise de décision concernant un passage en réanimation ou d'arrêts de traitements.

### Par qui ?

Ces identifications font appel aux connaissances et aux compétences professionnelles mais aussi aux savoirs expérimentiels des patients et des proches : il est donc fondamental de les intégrer dans le panel de besoins et informations.

Chaque professionnel de santé sur chaque lieu de soin en intra et extra-hospitalier doit transmettre les données utiles dont il dispose. Le patient peut confier des informations de manière privilégiée à un soignant. La question du partage de ces données est discutée avec lui et s'inscrit dans le cadre de la loi de janvier 2016 [17].

Le coordinateur IDE d'annonce, de suivi, d'interfaces est souvent un interlocuteur privilégié. Le médecin traitant, l'IDE libérale et les professionnels réseaux ou Hospitalisation à Domicile (HAD) doivent eux aussi partager leurs informations. Le croisement de ces échanges assure une vision globale du parcours et doit être accessible pour tous.

### Quels besoins identifier ?

Les besoins fondamentaux humains primaires sont décrits par Maslow [18] : besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime et d'accomplissement.

Ils sous-tendent des besoins spécifiques psychosociaux, nutritionnels, moteurs, physiques. Les personnes malades ont besoin de comprendre leur maladie, leurs traitements et leurs effets (fatigue, douleur...). Leur culture et leur spiritualité doivent pouvoir s'exprimer librement. Les questions de santé sexuelle, d'image de soi et d'attentes et souhaits en termes d'éducation thérapeutique doivent être abordées selon leurs capacités dans leur environnement.

Des réponses techniques, thérapeutiques et/ou humaines seront apportées :

- aux besoins liés à la maladie, aux symptômes, aux effets secondaires des traitements, aux séquelles ou handicaps ;
- aux besoins liés au ressenti (relationnel, psychologique, émotionnel) en relation ou non avec la pathologie. Les identifications et actions mises en œuvre sont partagées en équipe lors du staff pluriprofessionnel et tracées dans le dossier du patient.

### Pourquoi identifier les besoins ?

Il faut identifier les besoins pour :

- répondre aux besoins existants et prévenir la survenue de problèmes ultérieurs ;
- anticiper la sortie d'hospitalisation et/ou la ré hospitalisation ;
- assurer la continuité des soins ville/hôpital ;
- organiser le parcours de soin et l'intégration des soins de support ;
- anticiper les situations à risque ;
- orienter les patients et proches dans le système fragmenté et labyrinthique de la santé.

L'identification des besoins s'intègre dans un projet de soin global. Aux besoins des patients doivent correspondre les moyens des soignants. Il est nécessaire de les sensibiliser à tous les niveaux hiérarchiques et professionnels, d'organiser des formations si nécessaire et de mettre en place des procédures d'identification.

## La mise en place d'un staff pluriprofessionnel ne va pas de soi

### Décoder et comprendre les freins et résistances

Un certain nombre d'éléments constitutifs de la difficulté à mettre en œuvre les staffs pluriprofessionnel selon le modèle démarche participative relèvent de ressentis et sentiments contradictoires mais aussi d'éléments plus factuels d'origine organisationnelle.

Il est normal que certains professionnels, par timidité, peur d'un jugement ou manque de formation aient des difficultés à s'exprimer librement [19]. Les staffs pluriprofessionnel peuvent générer chez eux des mécanismes de défense. Ce temps peut être jugé comme perdu ; certains peuvent ne pas souhaiter s'impliquer. Des tensions intergénérationnelles et/ou interprofessionnelles peuvent se manifester, voire générer du conflit. Il peut exister aussi au sein des services des autorités abusives empêchant la libre expression ou des personnalités réfractaires au partage d'informations et au dialogue. Si le staff pluriprofessionnel n'est pas inscrit dans un projet de service, et que les managers ne sont pas en cohérence, ces tensions risquent d'être renforcées, avec une résistance au changement et des difficultés à le mettre en place. Ces difficultés nécessitent d'être repérées et traitées avant la mise en place du staff pluriprofessionnel, faute de quoi il ne fonctionnerait pas de manière optimale, l'état d'esprit et le climat d'équipe étant un préalable incontournable à la mise en place des outils.

Peu de publications renseignent sur le contenu, le déroulement, l'organisation. La réalité de nos diverses expériences montre que des « staffs » existent dans le déclaratif des équipes mais de quels « staffs » s'agit-il ? Les professionnels les jugent insatisfaisants : pas/peu de temps dédié pour se libérer, paroles/compétences du patient et/ou du professionnel peu entendu ou non prises en compte, interruption de tâches, manque de concertation, absence d'animation adaptée, défaut de préparation,

perte d'intérêt ou d'implication. . . Les soignants délaissent peu à peu ce « staff » car ils n'y trouvent pas leur compte. Ce défaut de structuration est peut-être ce qui doit être corrigé pour que les équipes se l'approprient et en fassent un outil de communication et un espace de travail incontournables.

### Conditions de mise en œuvre

#### **Des appuis institutionnels dans les recommandations**

Le staff pluriprofessionnel est inscrit comme critère de certification 13a de la V3 2010 évalué par la HAS pour les patients en soins palliatifs [20].

Par ailleurs, plusieurs dispositifs institutionnels soutiennent cette démarche :

- le Plan Cancer 2014-2019 [21] évoque « l'orientation adéquate vers les soins de support et recommande le développement des temps de réunions de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative » ;
- le Pacte de confiance de février 2013 [22] et la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail [23] appuient ces recommandations et incitent les établissements de santé à les mettre en œuvre ;
- la Circulaire SOS du 23 février 2017 [24] renforce la nécessité de mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelles, « staffs » en soins de support, afin de « réaliser dans le même temps une réévaluation, une programmation adéquate des SOS et une anticipation des phases à venir ».

#### **Un désir d'entreprendre**

Les conditions pour créer ces espaces de concertation reposent sur des valeurs partagées et des principes de fonctionnement. Ce que la commission DP définit comme la règle des 3 R : Respect-Reconnaissance-Responsabilisation.

La circulation de l'information passe obligatoirement par l'expression libre et l'écoute active.

Une dynamique cohérente entre chef de service ou médecin responsable et cadre de santé est un préalable sans lequel il est difficile d'entraîner son équipe.

C'est un temps de travail effectif qui doit être reconnu, aussi l'appui de la direction est un facteur majeur de développement de ce mode de travail en équipe.

#### **Une stratégie de mise en place**

Si la situation est favorable (bon climat d'équipe), on peut mettre en place le staff pluriprofessionnel ainsi que la démarche projet (projet de service ou d'équipe et qui se décline en sous-groupe de travail).

Dans le cas contraire, il faut mettre en place les conditions favorables aux échanges, informer et former avant de développer la démarche projet qui aboutira au staff pluriprofessionnel. Nous proposons une synthèse de nos recommandations en dix points (Annexe 5 Encart - Synthèse des recommandations sur le staff pluriprofessionnel en dix points).

## Perspectives

Dans l'optique d'une reconnaissance future comme critère de qualité de travail en équipe, les services de cancérologie et d'hématologie pourraient déjà développer les staffs pluriprofessionnel pour tous les patients souffrant de maladies graves et chroniques traversant des situations complexes en dehors de la phase palliative. . . et démontrer ainsi leur bien-fondé.

Chaque patient devrait bénéficier d'un staff pluri-professionnel au moins une fois pour : répondre à une complexité évidente, révéler une complexité non repérée antérieurement ou un risque à venir, étant entendu que la notion de complexité est très protéiforme et multifactorielle.

Actuellement, les staffs pluriprofessionnel ne sont répertoriés dans aucune nomenclature d'actes, ni dans le Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ni dans les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC). Reconnaître cette organisation comme un temps de soin pourrait inciter les établissements de santé à les légitimer et les valoriser.

Le staff pluriprofessionnel devrait être également validé comme espace de formation interne à l'instar du « staff médical protocolé hospitalier » décrit par Jacques Henri Barrier et Nicole Garret-Gloanec [25] et comme c'est déjà le cas pour les réunions de concertation pluridisciplinaire [5].

En conclusion, on peut dire que cette reconnaissance, facteur essentiel de réussite, dépend autant de la volonté des soignants que de l'implication de l'institution et des instances nationales décisionnaires en politiques de santé.

### Matériels complémentaires

Compléments électroniques disponibles sur le site Internet de *Bulletin du cancer* (doi:10.1016/j.bulcan.2019.11.004).

Le tableau correspond à une comparaison SPP/RCP SOS/RCP SP

Encart : ce que n'est pas le staff pluriprofessionnel centré sur les patients

Figure : « Boîte à outils du staff pluriprofessionnel »

Figure : enquête un jour donné - Verbatim de soignants

Encart : synthèse des recommandations sur le staff pluri-professionnel en 10 points

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, Gardembas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, et al. 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. *Supportive Care Cancer* 2012;20:607-14.
- [2] Gillet N, Colombat PH, Michinov E, Pronost AM, Fouquereau E. Procédural 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;69:2560-71.
- [3] Gillet N, Fouquereau E, Bonnaud-Antignac A, Mokoukolo R, Colombat P. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality work life: a cross-sectional questionnaire Survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1359-67.
- [4] Développement professionnel continu (DPC) – Fiche Méthode HAS. Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratique (GAP). les pratiques réflexives sur situation réelles 2013. Mis en ligne le 04 juil. 2017 : [https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff\\_gap\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf).
- [5] Réunion de concertation pluridisciplinaire. HAS. En ligne 2017 [Mis en ligne le 21 nov. 2017 : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire)].
- [6] Goldwasser F, Nisenbaum N, Vinant P, Balladur E, Dauchy S, Farota-Romejko I, et al. La réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative: objectifs et préconisations pratiques. *Bull Cancer* 2018;105:458-64.
- [7] Société de Réanimation en Langue Française (SRLF). Recommandations Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française revue *Réanimation* 2010;19:679-98. En ligne : [https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679\\_698.pdf](https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1012-Reanimation-Vol19-N8-p679_698.pdf). DOI : 10.1016/j.reaurg.2010.07.001 [2010-Elsevier Masson pour la SRLF].
- [8] Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Anne-Laure Feral-Pierrssens et al. Pour la Société Française de Médecine d'Urgence et la Société de Réanimation de Langue Française. Publié le 19.04.2018 dans *Non Classé*. En ligne : <https://www.srlf.org/limitations-et-arret-des-traitements-en-urgence-un-texte-co-ecrit-par-la-srlf-et-la-sfmu/>.
- [9] Loi N( 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. En ligne: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id>.
- [10] Article 1111-4 du Code de la Santé Publique. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGIARTI000006685767>.
- [11] LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n°95 du 23 avril 2005 page 7089, texte n° 1. <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [12] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Ministère de la santé et des sports de la République Française. "Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie - Soins palliatifs et accompagnement" 2009 [En ligne : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/inpes\\_doc\\_reperes\\_pour\\_vos\\_pratiques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/inpes_doc_reperes_pour_vos_pratiques.pdf)].
- [13] Chevalier S, Lejeune J, Fouquereau E, Coillot H, Gillet N, Gandemer V, et al. Organizational and managerial resources and quality of care in french pediatric oncology nursing. *J Ped Oncology Nurs* 2017;34:406-13.
- [14] Lejeune J, Chevalier S, Coillot H, Gillet, Dupont S, Rachieru P, et al. Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. *Rev Oncol Hemat Ped* 2017;5 (2):84-93.
- [15] Lissandre S, Arsene O, Colombat P. Facteurs associés au burn-out dans les services d'Hématologie et d'Oncologie de la région Centre. *Rev Oncol* 2009;10:118-24.
- [16] Costantini M, Mencaglia E, Giulio PD, et al. Cancer patients as "experts" in defining quality of life domains. A multicentre survey by the Italian Group for the Evaluation of Outcomes in Oncology (IGEO). *Qual Life Res* 2000;9(2):151-9.
- [17] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>.
- [18] Maslow A. Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité (édition originale 1954, Etats -Unis. Motivation and personality 3rd edition Harper & Row) Groupe Eyrolles 2008 [Source : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow#Références](https://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow#Références)].
- [19] Journet L. Participation des aides-soignants aux réunions d'équipe hebdomadaires pluridisciplinaires dans le contexte des soins palliatifs: réalité ? Déterminants ? Propositions pour la pratique. *Médecine Palliative-Soins de support-Accompagnement - Ethique* 2018;17: 338-47 [En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1261644/pdf/participation-des-aides-soignants-aux-reunions-d-e> (consulté le 26/12/2018)].
- [20] Critère de certification 13a de la V3 2010. Prise en charge et droits des patients en fin de vie. Manuel de certification des établissements de santé 2010;2(1) [référence 13, page 54. En ligne [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)].
- [21] Plan Cancer, 2014-2019. Objectif 7. In: *Actions 7. 6. France: Ministère des Affaires sociales et de la Santé*; 2014 [En ligne : <http://www.plan-cancer.gouv.fr>].
- [22] Rapport d'Edouard Couty. « Le pacte de confiance pour l'hôpital » 2013 [En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-d-edouard-couty-le-pacte-de-confiance-pour-l-hopital>].
- [23] Une stratégie nationale pour « Prendre soin de ceux qui soignent ». Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail en établissements psycho-sociaux. Publié le 06.08.18. Ministère des solidarités et de la santé. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/une-strategie-nationale-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent>.
- [24] Instruction N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer. AXES OPPORTUNS D'ÉVOLUTION DU PANIER DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT. 5.1.3 Concertation pluri-professionnelle/« staffs » en soins de support. En ligne [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir\\_41950.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41950.pdf).
- [25] Barrier JH, Garret-Gloaneac N. Le "staff médical hospitalier protocolé", un outil pour la formation médicale continue (F.M.C) et pour l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P). *psydac-fr.braca.inserm.fr*. [En ligne] [http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/EPP/staff\\_protocol.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/EPP/staff_protocol.html) (consulté le 14/06/2017).