



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 25 novembre 2022

Par le Dr Stéphanie Träger

### **EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS : IMPACT DU TRAVAIL EN MULTISITE**

*Approche qualitative par entretien individuel au sein d'une unique équipe*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2022

## REMERCIEMENTS

En préambule, je souhaite adresser mes remerciements à mes collègues de l'EMSP pour leur contribution active qui a permis la réalisation de ce mémoire.

Un remerciement particulier à Sandrine Dutemps pour son analyse des résultats en double lecture et le temps qu'elle m'a offert.

Merci aux organisateurs de ce DIU ainsi qu'à Béatrice Guyard-Boileau qui m'ont permis de mener une réflexion sur ma pratique au cours de cette année et de prendre conscience de la spécificité de soigner les soignants dans une ambiance conviviale.

Merci à l'ensemble de la promotion pour la richesse et le dynamisme des échanges.

Enfin merci à ma famille, Michel et Mathias, pour leur soutien au quotidien.

## Résumé

Contexte : Etre soignant en Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), c'est prendre en charge de façon globale le patient en situation palliative ainsi que son entourage. C'est aussi apporter une aide, un soutien, des conseils aux soignants face aux problématiques de la fin de vie de leurs patients. L'EMSP est habilitée à intervenir dans différents services d'une institution dans le cadre de ses missions de formation, de soutien et d'accompagnement de ces professionnels.

Objectif : L'exercice multisite d'une EMSP semble complexifier le travail de ses soignants. Existe-t-il un réel impact de cet exercice sur leur santé au travail ?

Matériel et méthode : Cette étude s'intéresse aux soignants d'une unique EMSP exerçant sur un groupement hospitalier territorial regroupant 6 institutions réparties sur 11 sites. Une enquête qualitative est menée par des entretiens semi-directifs (5 au total) réalisés sur le vécu du travail afin de décrire les paramètres de la santé au travail avec une attention particulière aux contraintes du travail multisite.

Résultats : Le travail en EMSP est apprécié de tous pour sa diversité et sa transversalité. L'autonomie ressentie ainsi que le travail en équipe sont des éléments positifs de bien-être au travail. Les difficultés sont liées à la prise en charge de situations complexes de fin de vie avec la nécessité de faire preuve de diplomatie entre patients, familles et soignants des services de soins. L'adaptabilité y est permanente.

Le travail en multisite exacerbe cette adaptabilité et complexifie les liens avec les soignants des services car la relation de confiance est plus difficile et longue à mettre en place. Les contraintes temporelles et géographiques liées au multisite impactent le sentiment d'efficacité et le travail de qualité de l'équipe.

Conclusion : La configuration en multisite est essentiellement une source de complication pour le travail d'une EMSP. Il convient donc de s'interroger sur la nécessité d'une telle configuration. En effet, ce type d'organisation est en mesure de mettre à mal les valeurs de temporalité, de qualité opérationnelle et d'efficacité d'une équipe palliative. Quoiqu'il en soit, pour que la structuration en multisite ne soit pas une entrave au travail de l'EMSP, il est primordial de préserver les valeurs essentielles que sont la bienveillance, vis à vis des patients comme du personnel, l'autonomie, la responsabilisation et la coopération.

Mots-clés : santé, travail, EMSP multisite

## **PLAN**

### **Introduction**

#### **I Contexte : les soins palliatifs (SP) et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**

- 1- Définition des soins palliatifs
- 2- Historique et mission des EMSP
- 3- Organisation des EMSP : intra institution, réseau, Groupement Hospitalier de Territoire....
- 4- Compétences requises pour les soignants en EMSP
- 5- L'EMSP du Groupement Hospitalier de Territoire 92

#### **II Enquête**

- 1- Matériel et méthode
- 2- Résultats
  - Santé au travail en général
  - L'exercice en EMSP
  - Interactions avec les services sédentaires
  - Impact du multisite

#### **III Discussion**

- 1- Intérêts et limites
- 2- Analyse
- 3- Perspectives

### **Conclusion**

### **Annexes**

### **Références bibliographiques**

## **Introduction**

Les soins palliatifs « sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle » (SFAP) (1). L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) agit par le conseil et le soutien sur la base d'une évaluation des besoins de la personne. Les soignants d'EMSP prennent donc soin des patients mais aussi des soignants de façon directe (formation, groupe de soutien) ou indirecte par la prise en charge de leurs patients en fin de vie. Travaillant dans une EMSP d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Hauts-de-Seine (92), je me suis intéressée à la particularité de l'exercice du travail de soignant intervenant sur de multiples institutions. En effet, j'avais l'impression que cette particularité ajoutait de la complexité dans notre quotidien. J'ai donc souhaité objectiver l'impact de ce multisite en réalisant des entretiens auprès de mes collègues et en analysant les paramètres de la santé au travail ainsi que ses déterminants.

## **I Contexte : les soins palliatifs (SP) et les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**

### 1- Définition des soins palliatifs (SP)

Selon la loi 99-477 du 9 juin 1999, « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » Cette loi vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Les SP reposent sur une démarche interdisciplinaire et interprofessionnelle ce qui garantit au mieux l'abord bio-psycho-social. (2)

### 2- Historique et missions des EMSP

La circulaire Laroque du 26 août 1986 puis la loi 99-477 du 9 juin 1999 posent les bases d'une organisation des soins palliatifs et de son enseignement.

En 1989, la première EMSP est créée.

La circulaire du 19 février 2002 (n° 2002-98) précise notamment les missions respectives des différentes structures : EMSP, USP (Unité de Soins Palliatifs), réseaux, HAD (Hospitalisation à domicile), LISP (Lits identifiés de Soins Palliatifs).

Le premier plan triennal de développement des SP (1999-2002) vise à mieux répartir l'offre de soins et développe le terme de culture palliative « Créer et diffuser une culture de soins palliatifs à la fois chez les professionnels et dans le public pour que chacun ait droit à une mort décente ». Il privilégie le développement des équipes mobiles au sein des établissements de santé plutôt que les unités fixes.

Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique. (1)

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Ses

membres ne pratiquent en principe pas directement d'actes de soins, la responsabilité de ceux-ci incombant au médecin qui a en charge la personne malade dans le service ou qui a fait appel à l'équipe mobile.

L'équipe mobile exerce une activité transversale au sein de l'établissement de santé. Elle exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement. L'équipe mobile contribue à la formation pratique et théorique des équipes mettant en œuvre des soins palliatifs et à la diffusion d'informations et de documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs. L'équipe mobile contribue à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs (circulaire DHOS du 25 mars 2008).

### 3- Organisation des EMSP : intra-institution, réseau, Groupement Hospitalier de Territoire....

L'EMSP peut également avoir une activité inter hospitalière. Une équipe peut intervenir dans une institution médico-sociale, voire à domicile, dans le cadre d'un réseau ou non. Les équipes mobiles ont vocation à participer à la dynamique des réseaux de santé. L'ensemble de ces missions nécessite une compétence particulière des membres de l'EMSP ainsi qu'une disponibilité pour répondre efficacement aux demandes d'aides (circulaire DHOS du 25 mars 2008).

Initialement, pour le domicile et les établissements médico-sociaux, la prise en charge des patients en SP s'organisait principalement autour des réseaux de SP et des services d'HAD. Les réseaux de soins palliatifs, au-delà d'un rôle de coordination, ont aussi un rôle d'expertise et de soutien auprès des équipes du domicile. Ils ne sont pas des effecteurs de soins et doivent s'appuyer sur d'autres structures comme l'HAD, les SSIAD et les professionnels libéraux. Aujourd'hui les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) ont repris ce rôle de coordination. Parfois des équipes mobiles hospitalières viennent compléter la couverture territoriale en intervenant hors des murs de l'hôpital. (3)

### 4- Quelles compétences requises pour les soignants d'EMSP ?

Il s'agit pour les soignants d'EMSP d'accompagner le patient, la famille, les proches et les équipes dans les gestes techniques, dans leur investissement, dans leurs difficultés voire leur souffrance générée par ces prises en charge de fin de vie.

Diverses compétences sont donc requises à la fois sur le plan scientifique, relationnel, éthique avec une forte capacité de coopération.

Les médecins des EMSP ne prescrivent généralement pas et les infirmières ne font pas d'actes techniques sur le corps du patient (4). Il s'agit dans la majeure partie du temps d'émettre des recommandations, des conseils. Cette position de seconde ligne demande de l'adaptabilité et de la capacité « de souplesse d'avancées par compromis sans verser dans l'indifférence » (5). Il est parfois nécessaire de déployer une stratégie de redéfinition des représentations du malade pour que le personnel soignant ne s'en désinvestisse pas. (6)

Ces fonctions nécessitent tact et diplomatie : « Aller vers les équipes relève du lent apprivoisement, de la construction patiente d'une relation de confiance pour amenuiser la peur du jugement et l'idée que demander de l'aide serait disqualifiant » (6). L'écoute doit être respectueuse et le partage des informations est essentiel entre tous les intervenants ce qui oblige à un travail de synchronisation des différents acteurs.

#### 5- Présentation de l'EMSP du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du 92

L'EMSP a été créée en septembre 2019 à la demande des établissements du GHT 92. Le GHT 92 regroupe cinq institutions : Centre Hospitalier Rives de Seine (3 sites distincts), Centre Hospitalier des Quatre Villes, Centre Hospitalier Stell, Centre de gérontologie les Abondances (2 sites distincts) et la fondation Roguet (cf annexe 1).

Depuis mars 2021, l'EMSP a établi une convention avec un établissement privé, la clinique Hartmann à Neuilly-sur-Seine.

Au total l'EMSP se déplace sur 11 sites différents dans le territoire des Hauts de Seine sur un rayon de 7 km et peut intervenir dans tous les services (urgences, pédiatrie, médecine, chirurgie...etc). Le temps de trajet le plus long est d'environ 30 minutes aller.

L'équipe est actuellement constituée de 2,3 ETP de médecin (dont 0,5 ETP de cheffe de service), 1,8 ETP d'infirmière (dont 0,8 ETP d'infirmière coordinatrice), 1 ETP de psychologue. La cheffe de service des soins palliatifs supervise l'USP et l'EMSP



## II Enquête

### 1- Matériel et méthode

Une enquête qualitative a été menée par entretiens semi-directifs réalisés auprès des soignants de l'EMSP du GHT 92 : 2 médecins, 2 infirmières et une psychologue. Les entretiens, que j'ai réalisés, se faisaient par rencontre individuelle suivant un guide d'entretien préalablement fixé (cf annexe 2). Ce guide n'a pas été utilisé de manière systématique ou linéaire mais a permis d'orienter les discussions.

Ce guide s'intéressait à la santé au travail en général, aux causes éventuelles de difficultés et aux éléments de satisfaction. Le lien tissé entre l'EMSP et les professionnels des services « sédentaires » était questionné. Les avantages et inconvénients du travail en multisite étaient recherchés. Enfin, l'impact du travail en multisite sur la prise en charge des patients, mais aussi sur le lien tissé avec les soignants des services sédentaires, était demandé.

L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) était remplie par chaque soignant avant chaque entretien. Trois échelles composent le questionnaire : sentiment d'épuisement émotionnel (9 items), déshumanisation (5 items), accomplissement personnel au travail (8 items). Trois scores permettent de situer l'état de burn out de la personne.

L'ensemble de ces entretiens a été enregistré de façon numérique grâce à l'application dictaphone d'un Smartphone et intégralement retranscrit en verbatim à l'aide du logiciel Word.

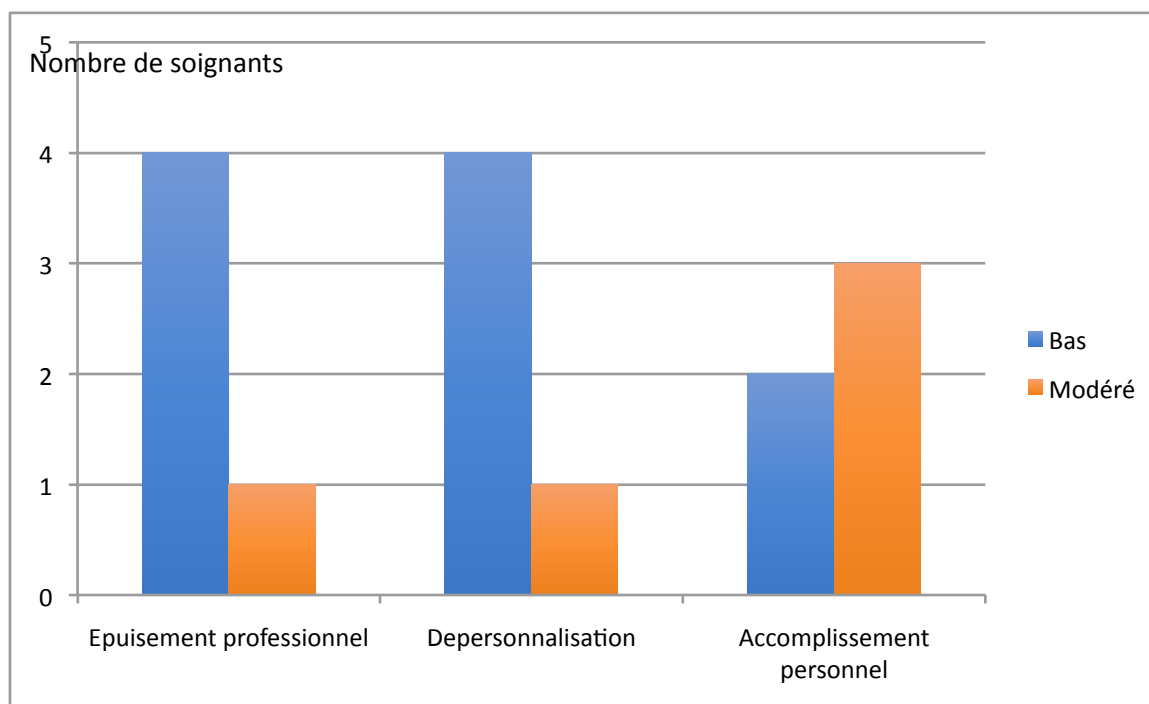
L'analyse des résultats s'est faite au fur et à mesure et a été réalisée en double lecture avec l'aide de Mme Sandrine Dutemps, psychologue du personnel de l'établissement du Centre Hospitalier Rives De Seine de février 2019 à juin 2022.

### 2- Résultats

Au total cinq entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec une psychologue, une infirmière coordinatrice, une infirmière, un médecin et un médecin chef de service.

Les soignants interrogés étaient toutes des femmes. Les âges étaient de 31, 33, 35, 46, 47 ans.

Figure 1 : Score de l'échelle de Maslach



Aucune soignante ne présentait de score élevé pour les 3 dimensions. Un score modéré dans l'accomplissement personnel était retrouvé pour 3 soignantes appartenant chacune aux 3 catégories professionnelles (médecin, infirmière, psychologue).

○ Santé au travail en général :

A la question « comment vous sentez vous dans votre travail ? », les réponses ont été unanimes avec un sentiment de bien-être global au travail.

Le travail est considéré par toutes comme « stimulant et épanouissant » par sa diversité et sa transversalité.

Le point positif signalé par l'ensemble des répondantes était la qualité du travail en équipe avec « une découverte de ce qu'est le sens de faire équipe ». L'absence de hiérarchie au sein de l'équipe renforce l'égalité de tous les membres avec une cheffe de service qui « parle d'égal à égal ».

L'équipe peut même être considérée par certains de ses membres (médecin et psychologue) comme un soutien dans les problèmes personnels voire une aide pour renforcer certains traits de personnalité (par exemple, le manque de confiance en soi).

L'équipe est aussi vécue comme une ressource pour les soignantes les moins expérimentées grâce à l'exercice en binôme voir en trinôme dans les consultations ou les formations, où le

manque d'expérience est alors « absorbée par l'équipe » et vécu comme « une béquille et un moteur ».

Le travail en EMSP est ressenti par l'ensemble des soignants comme moyennement difficile de part l'adaptation nécessaire qui y est constante et la diversité de l'exercice.

- L'exercice en EMSP :

Le travail en EMSP de part sa transversalité, donne liberté et autonomie à ses membres, avec une équipe qui « s'autorégule et s'autogère » notamment dans la gestion de son planning.

Des temps d'échange formels et informels ont lieu très régulièrement. Les temps d'échange formels sont réalisés avec l'ensemble des membres de l'équipe (au minimum une fois par semaine) permettant de « débrief » sur l'ensemble des situations si nécessaire. Les temps d'échange informels sont réalisés à chaud souvent lors du trajet en voiture (en binôme ou trinôme) avec une poursuite de la réflexion en équipe si le binôme ou trinôme le juge utile. Ces temps de concertation et de réflexion sont considérés comme essentiels par les soignants travaillant en soins palliatifs. Une supervision avec un psychologue extérieur est organisée chaque mois et permet à l'ensemble de l'équipe de « prendre de la distance » en diminuant « colère et frustration générées par certaines prises en charge difficiles ». Ces différents temps permettent à l'équipe « de retrouver du sens sur une prise en charge, même dans les petits détails ».

Le dynamisme de l'équipe est assuré par de nombreux projets en cours avec une participation active de chaque membre de l'équipe. La « stimulation intellectuelle y est forte » souligne une infirmière. La formation professionnelle est encouragée tant par la cheffe de service que par l'ensemble des membres de l'équipe. Enfin, toutes les catégories professionnelles (médecin, infirmière, psychologue) sont concernées par un travail institutionnel et une implication dans des groupes de travail à l'échelle régionale (Coordination régionale des soins palliatifs d'Île-de-France) voire nationale (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, Association Francophone des Soins Oncologiques de Support).

- Interactions avec les services sédentaires:

L'interaction avec les différents services sédentaires est considérée comme positive par l'ensemble des membres de l'EMSP lorsque les préconisations faites par celle-ci ont été suivies avec soulagement des symptômes du patient.

Le « sentiment d'utilité » est ressenti par certains membres de l'EMSP (psychologue, infirmière) lorsque l'équipe sédentaire se questionne et montre un intérêt sur la prise en charge d'un patient en soins palliatifs. Il est d'autant plus important lorsque des changements de prise en charge s'effectuent au sein de l'équipe sédentaire, il matérialise ainsi l'impact du travail d'EMSP sur une prise en charge palliative.

Cependant lorsque les préconisations ne sont pas suivies par le service ou que l'EMSP est appelée trop tardivement sur une situation de fin de vie, il y a un risque pour l'EMSP de « cautionner une forme de maltraitance en étant spectateur » : l'EMSP est alors le témoin de situations inacceptables. Un sentiment de frustration intense est ressenti par les soignants qui n'ont pas pu changer le cours des choses tant sur le plan individuel (du patient) que sur le plan institutionnel (de l'organisation des soins).

Le sentiment de frustration peut se prolonger avec parfois une impossibilité pour les soignants d'EMSP de faire des retours « négatifs » aux soignants ou à l'institution dans le but de « ménager la relation » sous peine de ne plus être appelés par l'équipe sédentaire et de ne plus « avoir accès aux patients en fin de vie » dans ces services.

Il est en effet impossible d'acculturer un service aux soins palliatifs si l'EMSP n'y est pas appelée. Des conflits de valeurs peuvent se faire ressentir entre soignants d'EMSP et de services sédentaires.

La confiance avec les soignants des différents services est d'autant plus difficile à installer que le turn over des soignants est important. L'EMSP doit ainsi « faire ses preuves à chaque fois » tout en ne « connaissant pas les prénoms des soignants ».

- Impact du multisite :

La difficulté de prise en charge des patients et des familles en soins palliatifs réside aussi dans le fait pour l'EMSP multisite de ne pas pouvoir suivre les patients par manque de temps. Les réévaluations sont rares compte tenu des durées de séjour limitées et du nombre d'établissements sur le GHT.

Les échanges téléphoniques sont donc réalisés avec les soignants prenant en charge le patient en fin de vie pour pallier à cette difficulté de réévaluation. Ces échanges nécessitent confiance et authenticité entre les différents intervenants. Il s'agit là pour l'EMSP « d'optimiser les déplacements » et de réserver les créneaux aux situations urgentes de première fois. Tout ceci nécessite un réajustement quotidien voir pluriquotidien du planning et une adaptabilité certaine des membres de l'équipe. Il arrive parfois que l'équipe ne soit pas prévenue du décès

du patient ou de son transfert dans un autre service et que l'EMSP se déplace inutilement. Un sentiment de frustration voire de colère est alors fréquemment ressenti par les membres de l'équipe. L'anticipation nécessaire à l'organisation du planning et des déplacements n'est souvent pas réalisable en pratique. Il est parfois difficile de répondre à toutes les demandes de prise en charge lorsqu'elles n'ont pas été signalées en amont mais indiquées le jour du passage de l'EMSP. Cette complexité est aggravée par la multiplicité des établissements pris en charge.

Par ailleurs, les contraintes temporelles de l'EMSP (exacerbées par le multisite) ne sont parfois pas en adéquation avec celles du patient : par exemple, déplacement sur l'heure de repas d'un patient ou lors d'un retour d'examen au bloc opératoire...etc. Il peut être difficile de respecter les besoins du patient. C'est pourtant « l'un des piliers de la prise en charge palliative que de s'adapter aux besoins du patient ». La situation peut alors être considérée comme allant à l'encontre des valeurs éthiques palliatives. Le soignant peut être confronté au choix de ne pas rencontrer le patient (avec un risque de ne jamais le rencontrer) ou de le voir dans de mauvaises conditions. Ce conflit de valeur peut engendrer un sentiment d'inefficience et, pire, de mauvaise prise en charge par les membres de l'équipe.

Les contraintes temporelles exacerbées par le multisite obligent parfois l'équipe à « rogner » sur le temps nécessaire au soutien des soignants pour privilégier le temps de rencontre du patient, voire de ses proches. « Si on était sur le même site on pourrait revoir les soignants de l'équipe quelques heures plus tard ».

Les liens de proximité qui peuvent se développer avec les membres de l'EMSP « sont plus longs à établir avec une EMSP multisite ». Le manque de rencontre informel (déjeuner au self, rencontre à la machine à café...etc) est considéré, par les professionnels de l'EMSP, comme un « frein à la relation de confiance » avec les soignants des autres services. Il est nécessaire de se représenter très régulièrement dans les mêmes services, « la diffusion passive » n'étant pas possible dans le multisite.

Sur un plan purement logistique, la multiplicité des logiciels nécessite adaptabilité et alourdi le processus de prise en charge. « Il ne suffit pas de s'adapter aux patients, aux familles, aux soignants mais aussi aux organisations des différentes institutions ». Cette multiplicité engendre de la fatigue et de la lassitude pour les soignants.

Le seul point considéré comme positif du multisite par les soignants est la possibilité de « se dégager » des éventuels problèmes institutionnels ou de service puisque l'EMSP n'appartient pas à une institution ni aux services mais à un GHT avec un sentiment de « n'appartenir à personne et à tout le monde ».

### III Discussion

#### 1- Intérêts et limites

Plusieurs études se sont intéressées à la santé au travail des soignants exerçant en soins palliatifs ainsi qu'aux déterminants de la satisfaction professionnelle de ces soignants. L'originalité de ce travail est de s'intéresser à l'impact d'un fonctionnement multisite d'une EMSP sur la santé au travail de ses soignants. Les EMSP interviennent actuellement plus fréquemment au sein d'une institution.

Le caractère monocentrique et donc le faible nombre d'entretiens est une limite de cette étude. Il aurait pu être enrichissant de comparer les réponses avec d'autres organisations multisites d'EMSP.

Tous les soignants de l'EMSP connaissaient l'investigateur de cette étude puisque j'exerce comme médecin au sein de cette équipe, ce qui peut avoir influencé le discours mais aussi l'avoir facilité. Le choix d'un investigateur unique renforce la reproductibilité des entretiens. L'analyse en double lecture avec l'aide d'une psychologue du travail extérieure limite les biais d'interprétation de l'investigateur.

#### 2- Analyse

Dans la littérature, la prévalence de l'épuisement professionnel chez les soignants de soins palliatifs est faible et inférieure à celle signalée dans les autres spécialités (7, 8, 9, 10,11). Dans ce travail, le sentiment de bien être au travail est unanime pour les 3 catégories professionnelles (médecin, infirmière, psychologue). La satisfaction des soignants de SP repose sur le travail d'équipe constituant un élément essentiel de support (9,12). Ce fonctionnement diminue le risque de survenue d'épuisement professionnel (12). Cela est retrouvé dans cette étude comme élément positif de bien-être associé à l'autonomie ainsi qu'à l'absence de hiérarchie reconnue par tous. L'appartenance au GHT renforce ces sentiments de liberté, l'équipe « n'appartenant à personne et à tout le monde ». L'absence du poids de la hiérarchie se situe entre les soignants de l'équipe (médecin, ide, psychologue) mais aussi avec la cheffe de service qui considère ses collaborateurs « comme d'égal à égal ».

Cependant dans ce travail, un score modéré est retrouvé dans l'accomplissement personnel pour 3 soignantes sur 5. Dans l'étude de Le Ray Landrein, 1/3 des soignants travaillant en SP

étaient affectés par au moins une dimension de burn out, le plus souvent celle de l'accomplissement personnel (13). La réduction du sentiment d'efficacité professionnelle peut s'expliquer pour cette EMSP par le manque de réévaluation des patients et la difficulté de respect des besoins du patient compte tenu des contraintes temporelles et géographiques aggravées par le multisite. Cela constitue un véritable conflit de valeurs avec l'éthique de la prise en charge palliative et constitue un risque de souffrance des soignants d'EMSP.

Dans ce travail, on retrouve les difficultés communes à l'exercice du travail en EMSP, quelle que soit leur organisation :

- être témoin de situation insupportable générée par les soignants : être conscient de ce qui peut soulager le patient et qui n'est pas fait (14), ne pas agir directement sur la négligence voire la maltraitance (6).
- être instrumentalisé par les services hospitaliers pour faciliter la réorientation des patients (6)
- non adhésion du service à l'éthique des SP (14)
- non respect de la prescription conseillée (14)
- interventions ponctuelles (6)
- tendance fréquente à l'oubli si le passage de l'EMSP est irrégulier dans les services (14).
- résistance à la collaboration (15).

La qualité de la relation de confiance entre soignants d'EMSP et soignants de services sédentaires est essentielle pour pallier à ces difficultés. La dimension relationnelle avec les équipes de soins est mise à mal par la multiplicité des institutions. Cette dimension a un impact conséquent sur la mission de l'EMSP comme celle du soutien au soignant. Cette mission est indirecte, en soulageant les soignants d'une prise en charge complexe du patient en fin de vie, ou plus directe par le biais de la formation ou de temps d'échange. C'est l'action indirecte qui est l'action la plus fréquente de soutien aux soignants par l'EMSP. Elle ne peut pas s'exercer si le lien de confiance minimal n'est pas établi.

Seul un élément du travail en multisite était considéré comme positif par les soignantes d'EMSP: la possibilité de « s'extraire plus facilement » d'une situation. La non appartenance à une institution permet de prendre de la distance et de s'extraire de ses contraintes. Cet élément pourrait pourtant se rapprocher d'une conduite de fuite voir d'évitement et constituer dans le long terme un facteur de souffrance pour les soignants.

### 3- Perspectives

La valorisation du temps réflexif par la multiplicité des temps d'échanges pluriprofessionnels (analyse de pratique, discussion éthique...) est une gratification pour les soignants permettant de compenser la dureté des situations de fin de vie (12). Cela n'est possible que grâce à la spécificité de l'organisation des SP avec un ratio soignants-malades plus favorable et notamment en EMSP puisque l'équipe intervient en seconde ligne. La démarche palliative grâce à ces temps d'échanges et de formation constitue un véritable soutien pour les soignants (16). Le temps réflexif y est incité et l'acte de ne pas faire est considéré comme un acte difficile nécessitant distance et réflexion.

L'adaptabilité, la bienveillance, le respect et la confiance sont les compétences nécessaires pour ces soignants d'EMSP pour faire équipe. L'autonomie, la responsabilisation et l'absence de hiérarchie ressenties par les soignants d'EMSP sont réalisables grâce à un management collaboratif de la cheffe de service.

Le travail en multisite exacerbe toutes les complexités du travail en EMSP. Malgré cette structuration, le sentiment de bien-être global au travail est partagé par toutes dans cette équipe. Cela résulte peut-être d'un fonctionnement d'équipe proche de celui d'un hôpital dit « magnétique » avec un mode de management réconciliant qualité de vie au travail et performance organisationnelle. En effet, les valeurs du magnétisme hospitalier sont (17):

- la bienveillance vis à vis des patients comme du personnel
- l'autonomie dans un cadre organisé par les normes professionnelles
- la complémentarité des actions des pouvoirs administratif, médical et soignant visant la responsabilisation et la coopération

Les SP prônent les valeurs éthiques du « care » c'est à dire la recherche d'une bienveillance à l'égard des patients et de leurs proches comme du personnel. L'interdisciplinarité et la prise de décision partagée, constantes dans le fonctionnement de l'EMSP, permettent de reconnaître le rôle singulier de chaque intervenant comme c'est le cas dans l'organisation « magnétique ».

L'hôpital « magnétique » est conçu sur la base de la complémentarité entre le corps administratif, le corps soignant et le corps médical. Le partage du pouvoir y est favorisé afin de permettre à chacun la maîtrise du contenu de son travail et l'autonomie professionnelle (17). Rappelons ici que l'EMSP a vu le jour grâce à la demande de l'ensemble des



établissements du GHT 92. L'EMSP, grâce à son fonctionnement transversal, s'est créée dans un objectif de préoccupation du bien-être de l'ensemble du groupe partageant ainsi l'exercice d'un pouvoir « intégrateur » pour et avec tous les établissements du GHT.

La configuration en multisite complexifiant le travail, il est donc fondamental que les valeurs essentielles des SP ainsi que les facteurs organisationnels proches du « fonctionnement magnétique » soient respectés afin que la configuration multisite ne soit pas une entrave au travail des soignants de l'EMSP.

## **Conclusion**

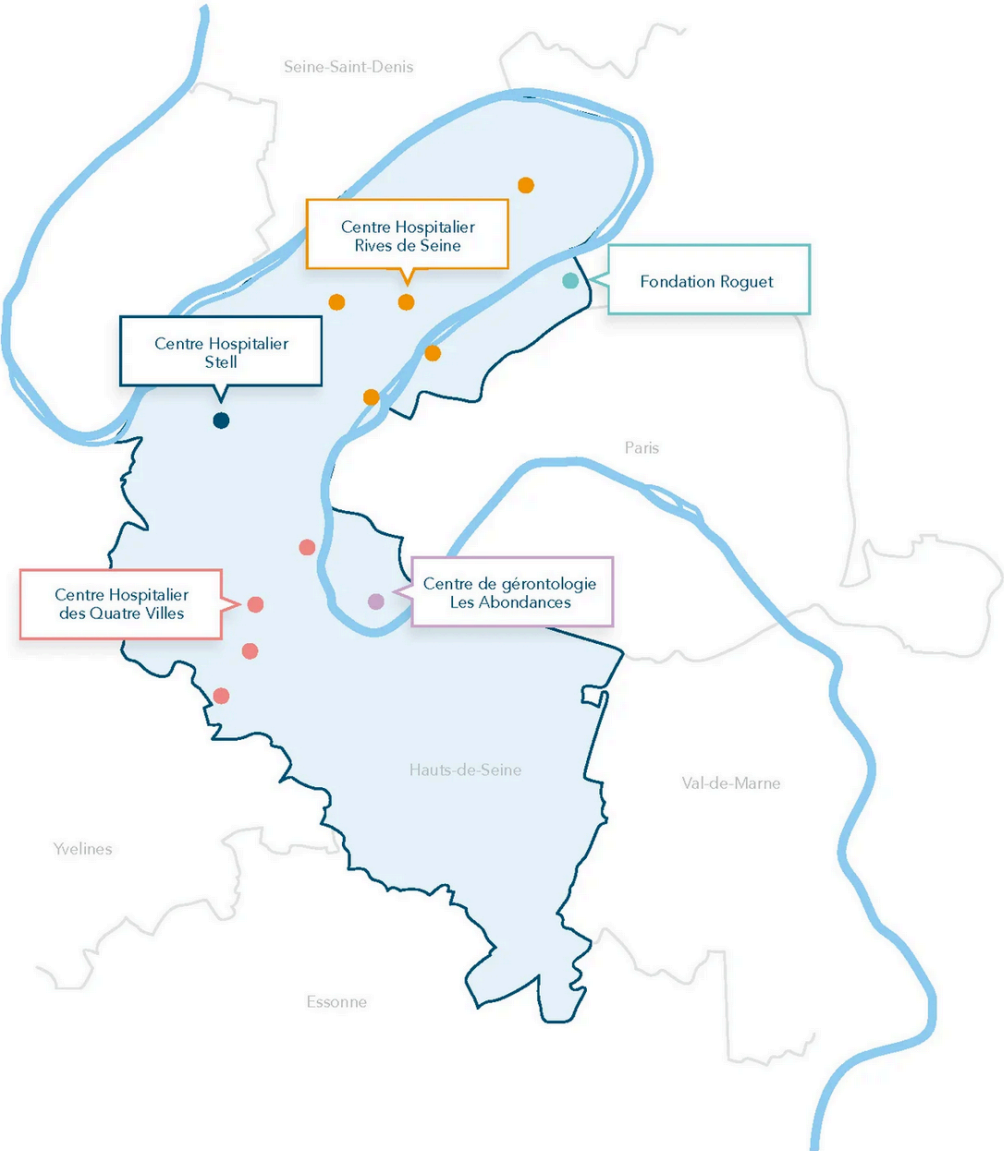
La satisfaction des soignants repose sur le travail d'équipe en tant qu'élément essentiel en soins palliatifs. Le travail en EMSP est à adapter sans cesse pour maintenir le lien avec les services référents et soutenir ainsi la démarche palliative.

Les contraintes temporelles et géographiques engendrées par l'organisation multisite complexifient ce travail. Elles ont notamment un impact sur la relation de confiance avec les services qui est plus difficile et longue à mettre en place. Elles peuvent mettre à mal les valeurs de qualité opérationnelle et d'efficacité d'une équipe palliative. Il convient donc d'être particulièrement vigilant au respect des valeurs éthiques palliatives (respect, bienveillance, responsabilisation, coopération...) associées à un management collaboratif lorsqu'une telle configuration est choisie.

Cependant le multisite peut être une aide dans le renforcement de l'autonomie ressentie, élément essentiel au bien-être du travail. L'appartenance de l'EMSP au GHT et donc la multiplicité des institutions permet ainsi la diffusion d'un pouvoir intégrateur avec et pour les établissements du GHT. Le fonctionnement de cette EMSP est à rapprocher de celui d'un hôpital magnétique avec des valeurs qui lui sont communes et qui serait intéressant d'analyser pour que les SP puissent inspirer les services des autres spécialités.

**Annexes**

Annexe 1 : Territoire du GHT 92



## Annexe 2 : Guide d'entretien

- 1- Comment vous sentez vous dans votre travail en général ?
  - Qu'est ce qui vous donne le plus de satisfaction professionnelle ?
  - Qu'est ce qui est pour vous le plus difficile à vivre ?
  
- 2- En quoi votre travail de professionnel (infirmière, psychologue , médecin) d'EMSP est différent du travail d'un même professionnel d'un service sédentaire ?
  
- 3- Que pensez-vous du lien professionnel tissé entre l'EMSP et les différents services sédentaires ?
  
- 4- Quel est l'impact de l'exercice en EMSP « multisite » sur la prise en charge des patients ?
  
- 5- Quel est l'impact de l'exercice en EMSP « multisite » sur le lien que vous tissez avec les soignants des services référents ?
  
- 6- Considérez vous votre fonction comme :  
  
Très difficile/ Moyennement difficile/ Peu difficile / Pas difficile  
Pourquoi ?

## Références bibliographiques

- 1- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs  
<https://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
- 2- Varin D, Levy-Soussan M, Chabert A. Soins palliatifs et accompagnement : une démarche aux enjeux essentiels. *Traité de médecine AKOS*. 2012 vol 15, issue 4 : 1-5
- 3- Antoine Bioy, Axelle Van Lander, Donatien Mallet, Marie-Noëlle Belloir. Soins palliatifs En 54 notions. 2017. édition Dunod
- 4- Bioy A. La mort pour diagnostic . *Med Pal* 2005 ;1 :37-43
- 5- Marmilloud L. « Aller vers » et revenir. Expérience d'une équipe mobile de soins palliatifs. *Rhizome* 2018 ; 68 : 7.
- 6- Castra M, Sainsaulieu I. Intervenir sur un autre territoire professionnel. Equipes mobiles et services « sédentaires » à l'hôpital. *Sciences sociales et santé* 2020 ; 38 :47-74.
- 7- Dréano-Hartz S, Rhondali W, Ledoux M, Ruer M, Berthiller J, Schott AM, Monsarrat L, Filbet M. Burnout among physicians in palliative care : impact of clinical settings. *Palliat Support Care* 2016 ;14 : 402-10.
- 8- Fillion L, Desbiens JF, Truchon M, Dallaire C, Roch G. Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique. *Psycho-oncologie* 2011 ; 5 : 127-136.
- 9- Estry Behar M, Lassaunière JM, Fry C, de Bonnières A, COPIL of SESMAT. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine palliative* 2012 ; 11 :65-89.
- 10- Boudoukha AH, Denis N, Zinger-Maurin M. Burnout et médecine palliative : souffrances psychiques des internes. *Médecine palliative* 2021 ;20 : 135-143.
- 11- Badoul A. L'exercice de la médecine palliative est-il source de « burn-out » chez les médecins ? *Mémoire DIU Soigner les soignants* 2017
- 12- De Bonnières A, Estry-Behar M, Lassaunière JM. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine Palliative* 2010 ; 9 : 167-176.
- 13- Le Ray Landrein F, Gillet N, Colombat P, Dubourg P. Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-oncologie* 2016 ; 10 : 211-216.

- 14- Martin-Primat E, Richard A. Le vécu psychologique des médecins, infirmières et psychologues en EMSP. Enquête. Med Pal 2008 ; 7 : 91-97
- 15- Laurent A, Deslandres C, Ruer M, Filbet M, Rondalih W, Barmaki M.  
Représentations médicales autour de l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier Lyon Sud. Med Pal 2008 ; 7 : 59-66
- 16- Colombat P, Lejeune J, Altmeyer A, Fouquereau E. A better management for a better care. Bull Cancer 2019; 106(1):55-63.
- 17- Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif. Sous la direction de Roland Coutanceau, Rachid Bennegadi, Serge Bornstein . 2016 Collection : Psychothérapies. Edition Dunod