

ENTRETIEN

« L'hôpital s'en sort mieux quand les managers font confiance à leurs équipes »

Père de la démarche participative dans les services de soins, le cancérologue Philippe Colombat veut faire de la crise sanitaire une occasion de la généraliser, afin d'améliorer la qualité de vie au travail

Pionnier, le médecin Philippe Colombat établit dès 1992 une organisation et un management participatifs dans son service d'oncologie médicale au CHRU de Tours. Une réponse à la déshumanisation des soins et à l'épuisement des soignants. Il ne cesse, depuis, de promouvoir la démarche participative, et l'étudie dans l'équipe de recherche en psychologie QualiPsy (université de Tours). Aujourd'hui, l'ancien chef de pôle cancérologie-urologie préside l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social. Un enjeu fort en ces temps de pandémie.

La crise a donné l'envie de changer de métier à 40 % des infirmiers, selon un sondage réalisé en mai. Après un an et demi de pandémie, comment vont les soignants ?

Mal. Ils sont épuisés. Ils doivent gérer une lourde charge de travail, les incertitudes face à ce nouveau virus, la peur de l'attraper et de contaminer leurs proches... Tout cela sans moyen de se ressourcer. L'envie de changer de métier exprimée par ces infirmiers résulte d'un épuisement professionnel (le burn-out), avec trois composantes : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens et de l'accomplissement de soi au travail. Sa fréquence était déjà élevée avant la crise, surtout dans la fonction publique hospitalière. Mais la pandémie de Covid-19 a exacerbé les difficultés.

Quels enseignements tirez-vous de la crise sanitaire ?

D'après nos remontées de terrain, dans les services qui s'en sortent le mieux, les managers font confiance à leurs équipes pour construire le soin. Cela confirme qu'il faut avoir confiance en l'intelligence collective. L'après-crise devra être l'occasion de changer de système. Au vu des derniers rapports, j'ai le sentiment que les étoiles s'alignent dans ce sens. Le plan d'actions pour les métiers du grand âge et de l'autonomie, issu du rapport El Khomri [2019], veut réduire la sinistralité dans les Ehpad et améliorer la qualité de vie au travail [QVT]. La loi RIST d'avril, qui reprend des préconisations du rapport Claris sur la gouvernance hospitalière [2020], repositionne le service comme échelon de référence et promeut le management participatif. Depuis peu, le projet de gouvernance et de management participatif des établissements est même inscrit dans le code de la santé publique. Aujourd'hui, tout le monde parle de la QVT – soit la perception d'une personne concernant l'adéquation entre ses attentes et son vécu physique, psychologique et social au travail –, du management participatif et de leurs liens avec l'attractivité des métiers, la fidélisation du personnel, la qualité et la sécurité des soins.

Depuis plusieurs années, les soignants dénoncent le manque de moyens humains. La charge de travail ne rend-elle pas ces démarches vaines ?

Si elle est trop élevée, il est impossible de s'inscrire dans une démarche de QVT. Avoir des moyens suffisants est une condition sine qua non. Avec des recrutements et une revalorisation des salaires, le Ségur de la santé est une avancée. Mais l'obligation vaccinale pour les soignants pourrait aggraver la pénurie de personnel. Et une charge de travail raisonnable ne va pas forcément de pair avec la qualité de vie au travail. Or les deux sont nécessaires.

La démarche participative est votre cheval de bataille. En quoi consiste-t-elle ?

C'est un mode participatif d'organisation et de management à l'échelle du service. Il repose sur deux piliers. Le premier, le staff pluriprofessionnel, réunit régulièrement l'équipe pour faire le point sur les patients et accompagner chacun au mieux. Durant trois tours de table (besoins du patient, propositions et décisions), le chef de service recueille d'abord la parole des aides-soignants, au plus proche des malades, puis des infirmiers, des autres soignants (arthérapeute, psychologue...) et des médecins. Le second pilier, la démarche projet, vise à former des groupes de travail autour d'une problématique, pour améliorer la situation dans le service. Elle donne aux soignants du pouvoir d'agir, leur apporte reconnaissance et autonomie. A ces deux piliers s'ajoutent d'autres espa-



Philippe Colombat, professeur en hématologie, le 27 août au CHRU de Tours. CYRIL CHIGOT/DIVERGENCE POUR « LE MONDE »

ces d'échange : les formations internes, le soutien aux équipes en cas de difficulté et les réunions entre managers (médecins et cadres).

Vous montrez dans des récents travaux (« Cancer Management and Research », 2021) que la démarche participative améliore la qualité de vie au travail et celle des soins...

En effet, nous avons interrogé 510 soignants de 25 centres d'oncologie pédiatrique français sur la qualité de vie, la satisfaction et l'engagement au travail, en lien avec les composantes de la démarche participative et d'autres facteurs organisationnels et managériaux : le leadership transformationnel (tirer son équipe vers le haut et considérer chacun), le soutien à l'autonomie, le soutien organisationnel perçu (par le soignant de la part de sa hiérarchie) et la justice organisationnelle (équité dans les échanges, la gestion des plannings...). Résultat : tous ces paramètres ont un impact positif sur la qualité de vie au travail des soignants, en particulier le soutien perçu, la justice organisationnelle, les staffs pluriprofessionnels et la démarche projet. La démarche participative (surtout les staffs et le soutien aux équipes) est corrélée avec la satisfaction des enfants soignés et de leurs parents. Par ailleurs, il existe une relation forte entre l'existence d'une démarche participative et les facteurs organisationnels et managériaux que nous avons analysés. Ce qui signifie que la démarche participative attire des managers avec ces qualités, ou que ce profil de manager la met davantage en place.

Et pourtant elle peine à se développer...

Elle s'est généralisée dans les services de soins palliatifs mais progresse peu ailleurs. J'identifie plusieurs freins. Dans la culture du pouvoir à la française, le chef décide. Etre chef serait plutôt animer une équipe et décider ensemble, dans le cadre d'une gouvernance partagée entre médecins, administration et soignants. Par ailleurs, les managers de la santé manquent de formation. Enfin, il y a la charge de travail, incompatible avec une démarche participative dans certains établissements comme les Ehpad. Pourtant, elle y serait adaptée, comme dans toutes les structures où les patients restent longtemps (gériatrie, psychiatrie, rééducation, maladies chroniques...).

Un exemple ?

Le programme Opteamisme, mené dans une unité de soins de longue durée et Ehpad au centre hospitalier de Châteaubriant-Nozay-Pouancé, en Loire-Atlantique. En 2015, le taux d'absentéisme y est très élevé (33 % l'été) et le

service pâtit d'une image négative, avec de 20 % à 25 % de lits inoccupés. A leur arrivée, deux cadres lancent une réflexion collaborative pour réorganiser le service (charte du « bien travailler ensemble », révision des plannings et des fiches de tâches...). Ils instaurent un management participatif et bienveillant avec des actions tournées vers les soignants (formations, yoga...). En deux ans, le taux d'absentéisme est tombé à 5 %, et l'unité est devenue attractive, tant pour les salariés que pour les résidents.

Comment comptez-vous étendre la démarche participative ?

Nous avons créé en 2020 l'Association pour la qualité de vie des soignants [Aquavies], afin de sortir la démarche participative du champ de l'oncologie et de l'implanter dans les structures accueillant des personnes souffrant d'une maladie chronique, d'un handicap, d'une dépendance liée à l'âge... Pour cela, nous avons constitué un comité d'orientation stratégique avec une quinzaine de sociétés savantes (neurologie, médecine interne, gériatrie, pneumologie, etc.). Nous allons présenter la démarche participative durant leurs congrès, dans l'objectif de former leurs managers de proximité.

La formation est-elle un axe de l'Observatoire national que vous présidez ?

Oui, une mesure vise à former tous les managers de la santé de manière décloisonnée (médecins, cadres et directeurs ensemble) sur la qualité de vie au travail et sa dimension managériale (leadership, co-construction...). Un autre objectif est de sensibiliser tous les professionnels et les étudiants à la prévention de l'épuisement professionnel.

Après une première phase (2018-2020) où l'Observatoire a constitué une documentation en ligne, émis des recommandations (sur les collectifs de travail, la qualité des soins, les nouvelles technologies) et organisé un colloque, il s'est réorganisé en 2020 avec un nouveau comité opérationnel incluant des professionnels de terrain (directeur d'Ehpad, référents QVT, directeur de clinique...). D'ici à la fin de l'année, nous allons lancer des groupes de travail sur diverses thématiques (gouvernance, restructuration, accueil du nouvel arrivant, etc.) en région, pour recueillir les expériences et réinjecter des préconisations sur le terrain en circuit court. Dans le domaine de la recherche, nous travaillons sur la structuration d'un réseau national des équipes de recherche et sur le financement d'un appel d'offres. La qualité de vie au travail doit devenir une priorité. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR NATHALIE PICARD



CARTE BLANCHE

L'anémone de mer filtre ses invités

Par ALICE LEBRETON

Septembre, déjà. Vos pensées s'évaluent peut-être vers l'eau turquoise et paisible de lagons lointains, abrités derrière leurs barrières de corail où batifolent mille espèces de poissons multicolores. Ce songe peut cependant s'assombrir, en considérant la distance, le luxe du voyage, son coût carbone... et aussi la fragilité des écosystèmes coralliens, régulièrement mis à mal par les activités humaines, au point que la Grande Barrière australienne, patrimoine mondial, échappe de justesse au classement « en péril » de l'Unesco.

En cause ? La hausse de la fréquence et de l'ampleur des épisodes de blanchissement des coraux sous l'effet du réchauffement climatique, qui conduit à l'expulsion par les coraux d'algues microscopiques avec lesquelles ils vivent en symbiose, les zooxanthelles. Ces microalgues peuvent vivre à l'état libre, ou établir leur résidence à l'intérieur des cellules des coraux. Les partenaires y trouvent leur compte : les déchets métaboliques des coraux comme les phosphates, l'ammoniac ou le dioxyde de carbone sont prélevés par les microalgues, dont l'activité photosynthétique alimente en contrepartie le corail en matière organique.

L'énigme du tri résolue

A chaque génération, les larves de coraux sont infectées par leur algue spécifique pour rétablir la symbiose. Cette étape cruciale du cycle biologique restait assez mal comprise, aussi bien chez les coraux que chez un autre cnidaire doté du même type de relations, l'anémone de mer aiptasia. L'on savait que certaines cellules des cnidaires englobaient les microalgues par phagocytose ; toutefois, un tel processus n'a rien de sélectif. Comment s'opère alors le tri entre les zooxanthelles désirables et les diverses autres algues de l'écosystème marin ? Jusqu'ici, l'hypothèse était que la plupart des microalgues ingurgitées par les cellules de cnidaires étaient digérées après la phagocytose, devenant une ressource nutritive, et que seules résistaient les zooxanthelles symbiotiques, en s'aménageant une niche de survie dans les cellules colonisées.

Cette hypothèse vient d'être réfutée par les travaux de recherche du groupe dirigé par Annika Guse à l'université de Heidelberg (Allemagne), publiés en juin dans la revue *Nature Microbiology*. Pour cela, Marie Jacobovitz et Sebastian Rupp ont utilisé comme modèle d'étude la larve d'aiptasia, dont la transparence et la petite taille se prêtaient bien aux observations microscopiques à haute résolution. En observant pendant plusieurs jours les larves d'anémones infectées par diverses espèces de microalgues, ils ont eu la surprise de constater que les algues non spécifiques ne sont pas davantage détruites après phagocytose que les zooxanthelles symbiotiques. En revanche, les indésirables sont relarguées par les cellules de cnidaires dans le milieu de culture, sans dommage ni pour elles ni pour leur hôte. Elles peuvent alors éventuellement être avalées à nouveau, puis recrachées... et ainsi de suite, tandis que les zooxanthelles ingurgitées demeurent dans les cellules infectées et s'y multiplient. Dans le milieu marin, les larves non infectées ont ainsi la possibilité de procéder par essais-erreurs successifs, jusqu'à rencontrer le « bon » symbiote capable de les coloniser.

En recherchant ensuite quelles particularités évitaient aux zooxanthelles d'être mises à la porte par leur hôte, les chercheurs ont montré que la réponse immunitaire de l'anémone était inhibée spécifiquement lors de l'infection par cette espèce, avec pour conséquence d'empêcher le mécanisme d'expulsion du symbiote. Le début d'un dialogue intime et, souhaitons-le-leur, d'une longue vie de couple sans rupture... de symbiose. ■

Alice Lebreton

Chargée de recherche à l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (Inrae), Institut de biologie de l'Ecole normale supérieure