



HAL
open science

Caractérisation de la crise COVID19 dans un service des urgences à l'hôpital

Cecilia DE LA GARZA, Adelaide Nascimento, Nicolas Lot

► **To cite this version:**

Cecilia DE LA GARZA, Adelaide Nascimento, Nicolas Lot. Caractérisation de la crise COVID19 dans un service des urgences à l'hôpital. 56e Congrès de la SELF. Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement, Jul 2022, Genève, Suisse. pp. 332-337. hal-04089513

HAL Id: hal-04089513

<https://cnam.hal.science/hal-04089513>

Submitted on 27 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



56^{ème} CONGRÈS SELF
6 - 8 juillet 2022
**VULNÉRABILITÉS ET
RISQUES ÉMERGENTS**
penser et agir ensemble pour
transformer durablement

EBSCOhost

*The full text of SELF congresses
proceedings in Ergonomics Abstracts is
included in Academic Search Ultimate on
EBSCOhost™*

www.ergonomie-self.org

→ Ergonomics abstract

Caractérisation de la crise COVID19 dans un service des urgences à l'hôpital

Nora Oufi^{1,2*}, Cecilia De la Garza^{1,2}, Adelaide Nascimento¹, Nicolas Lot²

¹CNAM Paris, 41, Rue Gay-Lussac, 75005 Paris

²EDF R&D Paris-Saclay, Bd Gaspard Monge, 91120 Palaiseau

*oufinora@gmail.com

Cette communication présente une étude menée dans le cadre d'une thèse ayant pour thématique une analyse comparative des modalités de gestion de la crise COVID19 dans les secteurs nucléaires et hospitaliers. Des entretiens exploratoires centrés sur la première et la seconde vague ont été conduits durant le second confinement national faisant suite à la pandémie de COVID19. Cette étude a été menée auprès des soignants (infirmi.ers.ères et aides-soignant.es.s) au sein d'un service des urgences d'un hôpital français. L'analyse thématique des entretiens a contribué mettre en évidence des éléments qui ont caractérisé cette crise comme l'inconnue et la pression temporelle rapportée par les soignants dans le début de crise. Il ressort également de cette analyse des facteurs de « réussite » qui ont permis aux soignants de faire face à cette situation particulière. Des facteurs de « difficultés » ont également été relevés dans le déroulement de ces deux vagues, certains étant liés à l'une des particularités la crise COVID19 qui est son inscription dans le temps long. Ces premiers retours ont participé à l'amorçage de réflexions pour la suite de la conduite de ces travaux sur la crise liée à la pandémie et sa gestion.

Mots-clés : CRISE, COVID19, HÔPITAL, RÉSILIENCE ORGANISATIONNELLE

Characterization of COVID19 CRISIS in a hospital emergency department

This paper presents a study conducted as part of a thesis on the comparative analysis of COVID19 crisis management in the nuclear and hospital sectors. Exploratory interviews focused on the first and second waves were conducted during the second national lockdown following COVID19 crisis. This study was carried out among caregivers (nurses and orderlies) of a French hospital emergency unit. The thematic analysis of these interviews highlighted elements that characterized the crisis, such as unknown and time pressure reported by the caregivers in the beginning of the crisis. This analysis also revealed "success" factors that enabled caregivers to cope with this particular situation. Difficulty factors were also noted in the course of those two waves, some of which are linked to one of the particularities of the COVID19 crisis which is its long-term nature. These initial feedbacks have contributed to the initiation of considerations for the continuation of this work on the crisis related to the pandemic and its management.

Keywords: CRISIS, COVID19, ORGANIZATIONAL RESILIENCE, HOSPITAL

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Genève les 6, 7 et 8 juillet 2022. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Oufi, N., De La Garza, C., Nascimento, A., Lot, N. (2022). Caractérisation de la crise COVID19 dans un service des urgences à l'hôpital. Actes du 56ème Congrès de la SELF, Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement. Genève, 6 au 8 juillet 2022.

INTRODUCTION

Cette communication revient sur une étude menée dans le cadre d'une thèse CIFRE qui a pour thème une analyse comparative des modalités de gestion de la crise COVID19 dans les secteurs nucléaire et hospitalier sous l'angle des sciences humaines et sociales. Les travaux sont en cours dans les deux secteurs. Toutefois, dans cette communication, nous reviendrons sur les éléments qui ont caractérisé cette crise en prenant comme point d'ancrage un service des urgences de la Pitié Salpêtrière.

Contexte

La pandémie de COVID19 s'abat sur l'Europe à l'hiver 2020. Ce nouveau virus inconnu et les difficultés rencontrées pour en maîtriser la propagation a engendré des mesures fortes comme le confinement et la mise en place de mesures de distanciation sociale pour éviter sa dissémination (Anderson et al., 2020) et la saturation des systèmes de soins. Le 17 mars 2020, suite au discours du président Macron, un confinement national est instauré. En amont du confinement décrété en mars, le plan d'organisation de la réponse sanitaire du système de santé en situation sanitaire exceptionnelle (ORSAN) est déclenché. En cas de crise sanitaire, les Agences Régionales de Santé (ARS) organisent la réponse du système de santé en déclenchant ce dispositif. C'est sur la base de cette organisation que les patients sont redirigés vers les hôpitaux dits de « première ligne » en cas de pandémie (guide ORSAN). Dans la hiérarchisation des hôpitaux, prévue par le dispositif ORSAN pour la crise du COVID19, l'hôpital de la Pitié Salpêtrière figurait parmi les hôpitaux de première ligne et de référence. Les urgences de l'hôpital ont donc, très tôt, été confrontées à l'afflux des malades du COVID. Des mesures ont dû être prises au niveau structurel notamment, pour gérer ces flux entrants de patients. Des reconfigurations du service (mise en place de tentes en amont des urgences, création de deux « couloirs » via des cloisons, établissement de « zones » COVID+ et COVID-) ont permis de libérer des box de consultation ou encore de trier les patients en amont des urgences. Ces mesures ont été mises en œuvre pour éviter l'engorgement du service des urgences lors de la première vague, sur laquelle nous reviendrons. Le confinement mettra à l'arrêt plusieurs secteurs d'activité, toutefois, c'est le travail des soignants et de l'hôpital qui sera au cœur de la gestion de cette crise qui évoluera en plusieurs vagues successives. Nous nous focaliserons ici sur les deux premières vagues de la pandémie. Au travers des récits des soignants que nous avons interrogés dans le courant de la seconde vague, nous tenterons de mettre en évidence certains éléments qui caractérisent la pandémie de COVID19 dans le service des urgences de cet hôpital, des facteurs de résilience organisationnelle ainsi que le vécu de crise du point de vue des soignants.

Le cas particulier de la crise sanitaire

Définir la crise est une entreprise complexe compte tenu des différentes facettes que revêt ce concept. Dans le cadre de cette communication nous retiendrons les éléments suivants pour en définir les contours :

- La définition donnée par Shrivastava (1993) qui décrit la crise comme « *faisant référence à des situations perturbatrices qui se caractérisent par l'urgence de la prise de décisions, des impacts conséquents et des restructurations des systèmes* ».
- La crise comprend un caractère surprenant qui restreint le temps des individus pour développer une réponse et identifier des

priorités (Hermann, 1963). Ainsi la crise se caractérise par l'urgence et l'incertitude (Borodzic & Van Haperen, 2002).

- La mise en évidence par Claude Gilbert (1992) du besoin d'approcher la crise comme un processus social construit et en considérant ainsi qu'un événement donné n'est que le déclencheur de processus déjà en cours au sein de l'organisation à « l'état normal » (cité par Lagadec et Guilhou, 2002).
- En outre, les crises génèrent une certaine charge émotionnelle et du stress chez les individus. Le type d'émotions générées est fortement associé au type de crise et aux enjeux qu'elle implique (Sinaceur et al., 2005, Jin et al., 2012).

Les épidémies, les pandémies, les crises générées par l'usage de médicaments, les crises liées à des conditions météorologiques ainsi que les crises touchant des produits alimentaires sont qualifiées de crises sanitaires (Lajarge, Debiève, Nicollet, 2013). Ces phénomènes présentent certaines caractéristiques communes comme l'impact potentiel ou réel sur la population, de l'incertitude, des réactions dans la mise en place de mesures de gestion de crise retardées et une certaine émotion. Les crises sanitaires ont un statut particulier parce qu'elles touchent à des valeurs fondamentales pour les êtres humains (Dab, 2017). À un niveau global, la pandémie et le confinement généralisés dû au virus du COVID19 ont eu un impact retentissant sur l'activité de nombreux secteurs et sur l'hôpital particulièrement. Ce qui a donné lieu à toutes sortes d'aménagements et d'ajustements en fonction des secteurs. La capacité d'adaptation de fonctionnement d'un système, en vue ou suite à des changements ou des perturbations, qui ont trait soit à des incidents notables, soit à la présence d'un stress continu, renvoie à la notion de résilience organisationnelle telle que définie par Hollnagel (2010). Dans cette conception, l'analyse des événements tant bien positifs que négatifs constitue des apports relatifs à la compréhension de la gestion de crise et des stratégies novatrices mises en place (Hollnagel, 2010). Au-delà des caractéristiques systémiques, les acteurs de la crise ont également un rôle central dans la gestion d'une crise. En effet, dans un contexte critique, les repères habituels sont perdus et l'urgence des situations appelle des actions. La mise en œuvre d'actions admet donc la construction de sens (Weick, 1988) et induit ainsi une meilleure appréhension de la situation par les acteurs et permet l'improvisation. Par ailleurs, l'hôpital est une structure qui possède une certaine connaissance de la gestion de crise. En effet, certains services comme les urgences ou la réanimation sont coutumiers de situations critiques (De la Garza et Lot, 2020). Donc comme pour les sapeurs-pompiers, la gestion de crise dans certains services de l'hôpital est l'objet de l'activité des soignants (Rogalski, 2004). Au sein de ces services, l'activité est constamment régie par des protocoles couplés à de l'improvisation (Ardot et Garreau, 2010). Crossan et al. (2005) mettent en évidence qu'en situation faiblement incertaine et face à une pression temporelle élevée, l'improvisation agrémentée de procédures ou de protocoles est un moyen de gérer la situation critique. Ces improvisations se basent sur l'expérience et l'application de routines préexistantes. Il s'agit là d'une configuration courante dans le secteur médical si l'on se réfère à certaines activités. Pour ce qui est du COVID19, sa particularité en termes de temporalité et d'évolution a impliqué différents niveaux d'incertitude et de pression temporelle. En effet, la crise associée au COVID19 comporte une caractéristique particulière qui est son inscription dans le temps long, ce qui lui confère ce statut inédit. Certes, l'humanité a été confrontée à la grippe espagnole qui s'est étendue sur le monde au travers de

3 grandes vagues à la fin de la 1^{er} guerre mondiale (Spinney, 2018). Toutefois, il est vrai que le COVID19 est la première pandémie d'une ampleur spatio-temporelle comparable. En effet, cette pandémie est constituée de 5 vagues (à ce jour) et de plusieurs rebondissements. Elle a nécessité la mise en place de plans d'urgences pour l'accueil des malades dans les hôpitaux. Nous nous centrerons ici sur la caractérisation de la crise à l'hôpital lors des premières et deuxième vagues.

MÉTHODE

Les résultats de cette étude se basent sur des entretiens exploratoires que nous avons effectués dans le courant « de la seconde vague » de la pandémie de COVID19 auprès des personnels soignants des urgences de la Pitié Salpêtrière.

L'échantillon de soignants interrogé était constitué de huit soignant.es en tout. Cinq infirmier.ère.s (IDE) du service des urgences et trois aides-soignant.es.s (AS) (dont une AS « logicienne »). Des entretiens d'environ 1 heure ont été menés à distance en temps réel durant le second confinement national qui s'est étendu du 30 octobre au 15 décembre 2020. Nous avons eu l'occasion de questionner le personnel soignant entre la mi-novembre et la fin décembre. Les entretiens ont porté sur les différentes temporalités de la crise, les adaptations et les reconfigurations du service durant la crise, ainsi que sur le vécu global de la crise depuis le début. Les entretiens ont été intégralement enregistrés et retranscrits. Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique permettant de mettre en évidence les éléments caractérisant cette crise ainsi que des facteurs de réussite ayant facilité la gestion de cette crise et les facteurs de difficultés auxquels ont été confrontés les soignants au sein de ce service et leur gestion.

L'HÔPITAL EN CRISE

1^{er} vague : incertitude, pression temporelle et sous-dimensionnement des ressources

Inconnue et pression temporelle

Le virus du COVID était nouveau et n'était pas parfaitement appréhendé par la communauté scientifique. Les modes de transmission de la maladie ne sont alors encore méconnus. Au niveau de l'hôpital, cela a induit énormément d'incertitude quant à la prise en charge des malades, comme l'explique un IDE qui revient sur le début de la première vague : « (...) L'inconnu. Mais l'inconnu d'une maladie. C'est-à-dire que même les médecins. Nous déjà en tant qu'infirmiers on se rattache beaucoup aux médecins, on est très dépendants des médecins, et quand on entend un médecin dire « Là, je ne sais pas quoi faire. Là, je ne m'attendais pas à ça ». Un peu décomposé en disant « Qu'est-ce qu'on va faire ? (...) » (IDE, 3, URGENCES).

La méconnaissance du virus a également eu pour effet d'induire beaucoup d'incertitude quant aux équipements de protection pour les soignants et quant aux protocoles de désinfection des espaces d'accueil et de soins. Une IDE évoque ces éléments particulièrement prégnants au début de la pandémie : « (...) les premiers temps et puis c'était vraiment l'inconnu. Même pour nous, on devait s'habiller, on devait vraiment se protéger et s'habiller avec des protections qui étaient inconnues pour nous, etc (...) » (AS, 2, URGENCES)

Face à cette incertitude quant à la transmission de la maladie, ce sont des mesures très conservatrices qui ont été mises en œuvre dans un premier temps. Ainsi, ce sont les procédures d'habillage pour des risques sanitaires déjà connus qui ont été mises en place comme l'explique cette AS : « on se dit oui, on pense à Ebola, on pense aux attaques nucléaires, tout ça, chimiques, mais cette pandémie, on ne s'y attendait pas du tout. Ce virus, on ne s'y attendait pas du tout. Alors oui, moi je suis partie sur l'histoire du kit, je suis partie sur ça, sur ce que nous, nous avons déjà pour Ebola et d'autres attaques chimiques ou autres. » (7, AS, URGENCES).

Un autre élément saillant qui caractérise le début de crise au sein de l'hôpital est la nécessité de s'adapter rapidement dans ce contexte d'incertitude. Cette nécessité situationnelle a eu comme effet une évolution rapide des protocoles de prise en charge des patients et des procédures de protection et de désinfection notamment. Ce qui a engendré une mise à jour constante des protocoles à suivre pour les soignants et une nécessité de s'adapter au jour le jour à de nouvelles règles. Cette évolution dynamique des protocoles et cette nécessité de s'adapter rapidement pour mettre en place ces nouvelles façons de travailler a induit une certaine pression, comme l'illustrent les dires de cette IDE : « La première vague, c'était vraiment l'inconnu, c'était vraiment l'inconnu au début, les urgences étaient avec une organisation normale, on va dire, en fait, on a vite été submergé par les événements parce que c'était des patients qui passent par les urgences, mais qui doivent vraiment être isolés, enfin ils peuvent vraiment avoir aucun autre patient, donc c'était vraiment très dur à gérer les premiers temps (...) » (2, AS, URGENCES).

Le sous-dimensionnement des ressources

Le manque de ressources (effectifs, matérielles), au sein de l'hôpital, qui se sont avérées cruciales à la gestion de la pandémie et qui préexistait au COVID19, a sans doute contribué à cette dynamique de crise. La pénurie de masques et toutes les polémiques qui l'ont entourée est un des symboles qui cristallise le manque de ressources auquel la société a dû faire face lors de cette crise. Toutefois, les masques ne sont pas les seules ressources qui ont fait défaut au sein de l'hôpital au début de la pandémie.

Les soignants, dans les débuts, ont dû faire face à un manque généralisé de matériel permettant la prise en charge des patients et la continuité de l'activité.

Une soignante revient sur cette thématique de début de Crise : « (...) ce qui m'a juste choquée, c'est au tout début, quand on était en manque de matériel. Voilà. Là, j'ai été un peu choquée sur le fait qu'on doit compter le nombre de gants ou le nombre de masques qu'on utilisait. Là, ça a été un peu problématique pour nous. » (8, AS, URGENCES).

Aussi le manque de ressources au niveau des effectifs a eu pour effet une mise en tension des hôpitaux face au flux grandissant de malades du COVID, comme l'explique cet IDE des urgences : « ... On sait que ça va arriver, mais on ne prévoit rien. On ne prévoit pas le matos, on ne prévoit... ça fait des années qu'on est en sous-effectif, qu'on souffre et là ça tombe. Oui voilà, ça devait arriver. Donc on va encore plus souffrir. Donc on s'adapte tous les jours. » (4, IDE, URGENCES).

La charge émotionnelle des soignants

Un élément également notable qui caractérise cette crise liée à la pandémie de COVID19 est la grande émotion qu'elle a suscitée. L'atteinte à la vie et la santé humaine couplée à la méconnaissance de ce virus ont provoqué un vif émoi au sein de l'opinion publique.

La peur d'attraper ou de transmettre le virus est devenue une source d'anxiété pour un certain nombre de personnes. Il en est de même pour les soignants. Le virus et sa méconnaissance ont fait peser une charge émotionnelle particulière chez ces soignants, cette IDE revient sur ces éléments : « (...) mais l'anxiété aussi des proches autour de nous...la famille aussi, notre entourage aussi a été compliqué. Il y a des collègues qui sont partis de chez eux, qui ont pris des logements entre collègues justement pendant cette crise-là, pour ne pas ramener de virus à la maison, pour essayer de protéger nos proches, et tout ça vraiment psychologiquement, on n'était pas (...) » (2, AS, URGENCES).

La gestion des décès dans ce contexte particulier a également été inductrice de charge émotionnelle, d'une part parce que les patients qui arrivaient dans des états critiques se trouvaient sans l'accompagnement de leurs proches alors qu'ils sont dans des situations de fin de vie. « (...) c'est très difficile d'accepter qu'on ne peut rien faire. Qu'on ne peut plus rien faire et que les patients meurent seuls ». (4, IDE, URGENCES).

D'autre part, parce que cette prise en charge était différente de la prise en charge habituelle des soignants, notamment du point de vue du profil des patients pris en charge :

« Jusqu'à présent, des patients qui étaient en fin de vie dans mes prises en charge, ce n'était pas forcément des patients qui étaient conscients orientés. C'étaient des patients qui étaient plutôt grabataires (...). Effectivement, dans le Covid, on s'est retrouvé face à des patients qui étaient (...) de base, étaient conscients orientés, autonomes au domicile avant, sauf qu'ils avaient un état pulmonaire tellement aggravé qu'on savait plus ou moins qu'ils ne s'en sortiraient pas » (6, IDE, URGENCES)

Mobilisation et reconnaissance

Un élément qui ressort également des entretiens que nous avons menés est la grande mobilisation collective interne et externe à l'hôpital. En effet, durant la première vague les soignants insistent sur la grande solidarité inter et intra service. La cohésion au niveau de l'équipe a également largement été mise en avant par les répondants à cette étude : *« (...) ça nous a permis un peu d'être plus solidaires au niveau de l'équipe. De resserrer un peu les liens et d'autres manières de travailler (...) ». (5, IDE, URGENCES)*

Par ailleurs, le soutien et la reconnaissance du grand public a également été pour les soignants un élément moteur dans le début de la pandémie cette soignante l'évoque en ces termes : *« (...) C'est vrai qu'on a eu de la chance d'être beaucoup livrés par des restaurateurs, par des boulangers, par même des anonymes. On avait des gens qui nous déposaient des gamelles entières de repas. Ça fait très chaud au cœur. Mais ne serait-ce que d'avoir un plat chaud, un vrai plat chaud qui tient au corps avec un dessert, ce n'est pas du luxe, surtout aux urgences où on s'arrête très rarement. » (1, IDE, URGENCES)*

Fin de la première vague et entre-deux vagues

Ressources et connaissances

Très rapidement des réorganisations du service pour gérer et trier les flux de patients infectés ou non par le virus ont été mises en place au sein des urgences de l'hôpital.

Face à l'afflux massif de patients COVID et au grand nombre de soignants nécessaires pour leur prise en charge, l'hôpital a fait appel à des soignants externes pour renforcer les équipes (De la Garza et Lot, 2020). Au niveau des urgences plus particulièrement, des étudiants en médecine et des étudiants en infirmerie faisaient fonction d'infirmière.s ou d'aides-soignant.s.es. Au fur et à mesure du temps, l'hôpital a mis à disposition le matériel (blouses, masques, médicaments...) qui faisait défaut dans le service.

Et au fil du déroulement de la crise, l'expérience des soignants au contact des patients atteints par le virus et les connaissances au sujet de ce nouveau virus, comme ses modes de transmission et sa contagiosité, ont augmenté. Ce qui a permis une adaptation de la prise en charge par les soignants et des dispositifs de protection (conservateurs) mis en place en tout début de crise.

Paradoxalement, certains soignants expliquent avoir vécu cette période de façon plus sereine que les périodes précédant la crise. Cette soignante revient sur ces éléments et l'évoque en ces termes : *« Certes, il y avait des patients plus graves qui arrivaient, mais on était en nombre et on avait le matériel qu'il fallait, et avec un nombre de patients moins important. Même si c'était le pic par rapport à la pathologie et la difficulté que l'on avait dans cette pathologie à la comprendre réellement, c'était plus confortable que l'avant-Covid ou le début du Covid où on avait un flux énorme de patients avec du personnel en sous-effectifs. Moi, je n'ai pas un mauvais souvenir de ce confinement et de me dire que je suis la seule à aller bosser sur mon travail, sur ma prise en charge au travail. Sur ma vie personnelle, plus de difficultés, mais sur ma vie au travail, c'était plus un confort qu'avant. » (6, IDE, URGENCES)*

2^{ème} vague : Une crise qui dure dans le temps

Une meilleure prise en charge

La seconde vague de la crise pas n'a pas été régie par la même incertitude que la première.

Plusieurs dispositifs absents lors de la première vague ont permis de soulager les soignants dans leur prise en charge des patients COVID. L'usage des scopes en est une illustration. En effet, les patients COVID nécessitant une vigilance particulière et relativement constante, la mise en place de scopes a permis la surveillance du patient à distance par les soignants comme l'explique cet IDE : *« (...) Et donc on peut surveiller le patient. Et ça, ils ont équipé tous les box de scopes. Et comme les patients on les isolait et qu'on les mettait dans des box et qui souvent étaient défaillants au niveau respiratoire, etc. le fait de scoper les patients, nous on avait une vue globale de nos patients avec juste un écran quoi. » (3, IDE, URGENCES).*

Un autre exemple est lié à l'usage des tests PCR dits « rapides » qui ont également été mis à disposition aux urgences. Ces tests, contrairement aux anciens qui nécessitaient 48h ou plus d'attente, ont permis d'avoir des retours rapides sur l'infection ou non par le virus, des patients se présentant aux urgences. Les résultats de ces tests disponibles en 15min ont eu pour effet de désengorger et de contribuer à éviter la saturation des urgences. Le même soignant explique que l'usage des PCR rapides a été déterminant dans ce contexte de gestion de crise aux urgences : *« (...) Et là, le fait d'avoir juste ces machines-là en quinze minutes je pense que ça va vraiment, vraiment changer la donne. Voilà... » (3, IDE, URGENCES).*

Ainsi, lorsque l'incertitude diminue grâce à une meilleure appréhension du virus et une augmentation des connaissances permettant une meilleure prise en charge et lorsque les soignants ont accès au matériel adéquat, le fonctionnement au niveau des urgences selon les soignants est moins tendu pour ce qui est de la prise en charge des patients du moins : *« Et c'est vrai que maintenant, on a les PCR rapides, (...) Cela veut dire que notre prise en charge est vraiment plus rapide et différente. Et même au niveau de nous, on a beaucoup moins d'angoisse, parce que voilà, on sait comment se protéger, on sait comment la maladie évolue entre guillemets parce qu'il y a différents cas, mais on sait comment elle évolue, même au niveau des médecins, ils sont beaucoup plus réactifs, en fait ce n'est plus l'inconnu et je trouve que c'est ça aussi qui nous a beaucoup aidés dans la deuxième vague, c'est vraiment de savoir et de connaître cette maladie à l'heure d'aujourd'hui. » (2, AS, URGENCES).*

Une crise longue : Fatigue et lassitude des soignants

La seconde vague de la crise s'est manifestée de façon plus progressive et élargie du fait de la « concurrence » entre flux de malades. En effet, au niveau de l'hôpital et des urgences, les patients qui avaient déserté les hôpitaux lors du premier confinement ont afflué. En parallèle, les cas de malades du COVID19 ont augmenté. Ce qui a eu comme effet, un nombre d'entrées élevé de patients aux urgences comme l'évoque cette soignante : *« (...) Après nous, ce qui est compliqué, justement c'est qu'on reçoit en fait par rapport à la première vague, comme je vous l'ai expliqué avant, c'est quand les patients qui viennent pour tout et pour des pathologies diverses continuent à venir. Et c'est vrai que c'est ça qui est différent. Ça veut dire qu'on fait également beaucoup de passages par rapport aux patients, on va dire normaux de tous les jours et aux cas de COVID (...) » (2, AS, urgences).*

Le virus étant plus connu et les indicateurs permettant de prévoir une augmentation des cas ont permis une certaine anticipation. Forts de l'expérience de la première vague, les hôpitaux étaient plus préparés aux exigences d'une recrudescence de cas de COVID19. C'est l'affluence massive de patients qui a fait peser une certaine tension au niveau de différents services de l'hôpital : *« (...) la première vague on a eu énormément de patients COVID. Donc on a vraiment dû tout réorganiser, c'était vraiment très compliqué, mais la deuxième vague, on l'a mieux vécue, parce que je pense qu'on a été du coup mieux organisé par rapport à la première et il y a eu beaucoup moins de patients et de cas durs. La première vague a été vraiment dure, que ce soit physiquement et*

psychologiquement, mais en fait, on a été beaucoup mieux préparé à la deuxième vague », (2, AS, URGENCES)

Bien que l'usage de certains dispositifs permettant de gérer la prise en charge particulière des patients atteints de cette maladie (ex : scopes, PCR...) aient été pérennisés ou même intégrés au fur et à mesure du déroulement de la crise, les soignants rapportent tout de même un glissement vers les problématiques «d'avant» la pandémie, comme le manque de personnel (départ des renforts) et le manque de compliance des patients se présentant aux urgences. En effet, certaines dispositions exceptionnelles prises durant les phases les plus aiguës de la pandémie (réorganisation de plusieurs services, réquisition de personnel supplémentaire, obtention rapide et sans difficulté du matériel nécessaire...), facilitant la prise en charge, ont petit à petit évolué ou ont été abandonnées. Cette inscription de la crise dans le temps long a des effets non négligeables sur le bien-être des soignants. En effet, certains évoquent une perte de motivation, de la lassitude et de la fatigue face à cette situation de crise qui s'éternise : « Oui, oui, mais il faut y aller quand même. À un moment c'est juste que... c'est un ensemble de choses, on a eu des problèmes dans ce service, des gens qui sont partis, on est fatigué, on n'a pas tout ce qu'on nous a promis d'avoir, on ne l'a pas. (...) et il faut y retourner encore une fois, on est en sous-effectif, on n'a pas eu de matos des fois, c'est fatigant. C'est ça, on est fatigué, oui on est fatigué, fatigué et lassé » (4, IDE, URGENCES).

Ce sentiment de lassitude et de retour à des situations du passé est accentué par le comportement de certains patients qui se rendent aux urgences et qui ne font plus preuve de la même reconnaissance que celle qu'ils manifestaient lors de la première vague : « La population oublie les applaudissements qu'on avait, maintenant on se fait insulter comme d'habitude. On est redevenu comme d'hab... » (4, IDE, URGENCES)

DISCUSSION

Éléments de comparaison entre les deux vagues

Facteurs de résilience

Une des grandes différences entre les deux vagues réside dans la part d'incertitude que génère le virus et ses implications. En parallèle de cette incertitude, le contexte de la pandémie a nécessité des réorganisations et la mise en place de réponses rapides pour faire face à la crise (Shrivastava, 1993 ; Borodicz & Van Haperen, 2002 ; Herman, 1963). Bien que les services d'urgences aient une certaine expérience au quotidien de gestion de situations critiques se basant sur des protocoles et de l'improvisation, la grande incertitude couplée à la pression temporelle (induite par la nécessité de s'adapter rapidement à une situation dynamique) n'ont permis le fonctionnement basé sur des éléments de planification. La situation a appelé à une improvisation permanente qui s'est caractérisée par une évolution et une adaptation constante par rapport aux fonctionnements habituels (Crossan et al., 2005). Ces éléments sont évoqués par les soignants quand ils abordent la première vague de la crise en revenant sur les difficultés éprouvées face à cette incertitude et sur l'évolution rapide et dynamique des situations de travail en regard des directives et des protocoles évolutifs. Lors de la seconde vague, le virus et ses modes de transmission sont mieux appréhendés par les soignants et les protocoles de soins permettent une prise en charge facilitée, la part de l'inconnue liée au virus et à cette situation pandémique étant atténuée. L'improvisation totale du début de crise au niveau de la prise en charge des patients laisse place à une improvisation plus maîtrisée, qui correspond plus au fonctionnement habituel des services d'urgences.

Ces premiers éléments de comparaison permettent d'identifier des facteurs de résilience organisationnelle qui sont liés à une meilleure appréhension de la situation

par les acteurs et à l'expérience engrangée lors de la première vague de la crise par ces derniers.

Un autre élément notable qui caractérise cette crise à l'hôpital est le manque de ressources à la fois en termes d'effectifs qu'en termes de matériel adéquat. Ce sous-dimensionnement de ressources est un des éléments qui a, selon les soignants, été source de grandes difficultés dans les premiers moments de la crise, cette situation évoluera rapidement durant la première vague. En effet, la réquisition de matériel et l'appel de renfort ont donné aux soignants des éléments nécessaires pour pouvoir faire face à cette crise. Aussi, compte tenu de la pression temporelle, les procédures administratives habituellement longues ont été allégées pour permettre aux soignants de disposer de toutes les ressources nécessaires leur permettant un travail confortable.

Aussi, la mobilisation collective interne (collègues, hiérarchies) et externe (grand public, institutions) ont également été des ressources qui ont permis aux soignants de faire face à cette pandémie durant la première vague. Lors de la seconde vague, l'usage de certains outils permettant la gestion des patients COVID comme les scopes ou les tests PCR ont permis aux soignants de pallier certaines problématiques liées spécifiquement à la prise en charge de ces malades.

Facteurs de difficultés

Toutefois, au fil du déroulement de la pandémie un retour aux pratiques d'avant la première vague est relevé par certains soignants comme le travail en effectif tendu ou encore des accès moins facilités au matériel que lors de la première vague. De plus, le personnel réquisitionné s'en est allé après les phases les plus aiguës de la première vague. Ainsi, l'accès à des ressources matérielles adéquates et en suffisance (PCR, le matériel de protection), aux effectifs en nombre ainsi que la mobilisation et le soutien de différents acteurs (internes et externes) peuvent également être identifiés comme des facteurs de résilience. Toutefois, on dénote une perte de certaines de ces ressources lors de la seconde vague. Il ressort que lorsque certaines ressources ne sont plus disponibles le travail des soignants devient moins confortable ce qui impacte de façon notable ces derniers. En outre, la charge émotionnelle qui est une composante qui accompagne généralement les crises et particulièrement les crises sanitaires (Dab, 2017, Sinaceur et al., 2005, Jin et al., 2012) a également été une réalité évoquée par les soignants durant cette pandémie. En effet, le début de la crise a été source de peur et d'angoisse liée à l'inconnue du virus et ses effets. De plus, la prise en charge des patients et la gestion des décès ont été des facteurs inducteurs de charge émotionnelle pour les soignants des urgences.

Chronicité de la crise et perspectives

Au fur et à mesure du déroulement de la pandémie et compte tenu de l'inscription dans le temps long de cette crise, la peur et l'angoisse ont progressivement laissé place à la fatigue et la lassitude, particulièrement exprimées durant la seconde vague. La perte de certaines ressources comme le soutien que ce soit interne ou externe à l'hôpital participent également cette fatigue et cette lassitude. La crise liée à la pandémie de COVID19 appréhendée au travers des récits des soignants soulève plusieurs problématiques. Tout d'abord, de façon générale, elle questionne le basculement d'un système dans la crise et des éléments qui mènent à ce basculement. Dans le cas du COVID19 au sein de l'hôpital, il ne serait pas erroné d'envisager un cumul de crise ou une crise latente dont la pandémie serait le révélateur et le catalyseur (Gilbert, 1992). En effet, la pandémie arrive dans un contexte qui connaît déjà une crise sociale de fond notamment liée à aux politiques de gestion hospitalière et aux différentes

réformes de l'hôpital public (Juven, et al., 2019 ; Brami et al., 2012).

Le caractère chronique de cette pandémie interroge également sur l'émergence de nouvelles problématiques liées à la fatigue physique, émotionnelle et donc à l'usure du personnel soignant (population plus prédisposée au burn-out) qui subissent cette crise depuis ses débuts, qui à terme pourrait induire des départs de personnel (turnover, interruption de travail...) dans des services clés dans le fonctionnement de l'hôpital. Cette réalité mènerait donc éventuellement à une accentuation et une prolongation de cette crise sociale préexistante.

Sur un plan plus large, la pandémie et la crise qui en résulte au niveau de l'hôpital questionne sur les stratégies de fonctionnements en flux tendu (personnels, matériels...) des hôpitaux que ça soit en temps de crise comme à l'état stable. À la lumière des premiers éléments que nous avons appréhendés, il est possible de considérer que ce sont ces sous-dimensionnements de ressources qui ont en partie, au début de la pandémie, eu pour effet de précipiter la crise au niveau de la première vague et ce sont également ces fonctionnements qui ont été problématiques lors de la seconde vague.

Enjeux sur le plan méthodologique

Sur le plan méthodologique, l'étude que nous avons présentée dans le cadre de cette communication s'est faite durant la seconde vague. Nous avons eu l'occasion de récolter des récits de crise pendant que celle-ci se déroulait ce qui comporte certains avantages. Toutefois, le confinement généralisé a rendu impossible l'observation de l'activité en crise. Aussi, la dimension temporelle est centrale lorsqu'il s'agit d'étudier une crise. D'une part, parce que les accès à l'activité en crise sont très limités. Cette dernière n'est donc accessible qu'au travers d'entretiens semi-dirigés. Il s'agit donc dans le cadre de la suite de ces travaux de cette thèse de mobiliser des outils méthodologiques permettant de contourner certaines limites liées justement à cette temporalité (limites mnésiques, rationalisation a posteriori...) au travers de la construction de grilles d'entretiens et de protocoles d'entretiens permettant l'amorçage mnésique. D'autre part, s'agissant d'une étude longitudinale, la perte de participants dans un secteur qui connaît un haut taux de turnover n'est pas négligeable. Il s'agit donc de mettre en place des stratégies de compensation.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934.

Adrot, A., & Garreau, L. (2010). Interagir pour improviser en situation de crise. *Revue française de gestion*, (4), 119-131.

Borodzicz, E., & Van Haperen, K. (2002). Individual and group learning in crisis simulations. *Journal of contingencies and crisis management*, 10(3), 139-147.

Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital: une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et management public*, 29(3), 541-561.

Crossan, M., Cunha, M. P. E., Vera, D., & Cunha, J. (2005). Time and organizational improvisation. *Academy of Management Review*, 30(1), 129-145.

Dab, W. (2017). Gestion des crises sanitaires. *Environnement-Sécurité et gestion des risques. Technique de l'ingénieur*.

Hermann, C. F. (1963). Some consequences of crisis which limit the viability of organizations. *Administrative science quarterly*, 61-82.

De La Garza et Lot. (2020). Gestion de la crise COVID à l'hôpital : la contribution des dimensions humaines, managériales, sociales et organisationnelles. Rapport interne, EDF.

Gilbert, C. (1992). Le pouvoir en situation extrême: catastrophes et politique (Vol. 2). Editions L'Harmattan.

Guide ORSAN. Consulté en ligne le 10/10/21 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan>

Hollnagel, E. (2010). Chapitre Prologue: The scope of resilience engineering, dans *Resilience Engineering in Practice: A Guidebook*. (Hollnagel, E., Pariès, J., Woods, D., et Wreathall, J., Éd.). *Studies in Resilience Engineering*. Ashgate

Jin, Y., Pang, A., & Cameron, G. T. (2012). Toward a publics-driven, emotion-based conceptualization in crisis communication: Unearthing dominant emotions in multi-staged testing of the integrated crisis mapping (ICM) model. *Journal of Public Relations Research*, 24(3), 266-298.

Juven, P. A., Pierru, F., & Vincent, F. (2019). La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public. *Raisons d'agir*.

Lagadec, P., & Guilhou, X. (2002). Les conditions de survenue des crises graves. Conditions et mécanismes de production des défaillances, accidents et crises, 157-210.

Lajarge, É., Debiève, H. & Nicolle, Z. (2013). L'émergence du risque sanitaire et la gestion des crises sanitaires. Dans : , É. Lajarge, H. Debiève & Z. Nicolle (Dir), *Santé publique: En 12 notions* (pp. 145-158). Paris: Dunod.

Rogalski, J.(2004). La gestion des crises. *Ergonomie*, 531-544.

Shrivastava, P. (1993), *Crisis Theory/Practice: Towards a Sustainable Future*, *Industrial and Environmental Crisis Quarterly*, 7, 23-42.

Sinaceur, M., Heath, C., & Cole, S. (2005). Emotional and deliberative reactions to a public crisis: Mad cow disease in France. *Psychological science*, 16(3), 247-254.

Spinney, L., & Sirignano, P. (2018). La Grande Tueuse: Comment la grippe espagnole a changé le monde. Albin Michel.

Weick, K. E. (1988). Enacted sensemaking in crisis situations [1]. *Journal of management studies*, 25(4), 305