



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**« L'IMPACT DU RISQUE D'EBOLA SUR LES
REPRÉSENTATIONS DE SOIGNANTS.
L'EXEMPLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE
RÉFÉRENCE EN FRANCE »**

– Groupe n° 34 –

**Jenny ATTAL
Conrad BREUER
Pauline DUBOIS-CONSTANT
Philippe DUREL**

**Marion LE TEXIER
Marion MAKAROFF
Antoine MONTERO
Angéline TRILLAUD**

Animateurs :

- Clélia GASQUET-BLANCHARD**
- Jocelyn RAUDE**

SOMMAIRE

Sommaire	2
Liste des sigles utilisés	5
Remerciements	6
Introduction	7
1. Apparition du risque : les représentations des professionnels des ESRH perturbées par une potentielle épidémie de FHV à virus Ebola	11
1.1. Une perception particulière du risque Ebola	11
1.1.1. Incertitude, peur et représentation du risque	11
1.1.2. L'amplification sociale du risque d'épidémie : le rôle des médias et des institutions.	13
1.2. La culture soignante à l'épreuve du risque Ebola	15
1.2.1. Les traits caractéristiques de la culture soignante déstabilisés par la prise en charge spécifique des patients Ebola.....	15
1.2.2. Le paradoxe soignant de la culture du risque : entre incitations et contraintes.	16
1.2.3. L'identification de sous-cultures soignantes : une différenciation des représentations et la perception des risques selon les services.....	19
2. Confrontation au risque : les représentations des professionnels déstabilisées par la réponse organisationnelle des ESRH	21
2.1. La construction de la réponse organisationnelle : la formation d'un « champ » de la gestion du risque d'Ebola à l'hôpital	21
2.1.1. Les prémices de la réponse organisationnelle dans les ESRH : les protocoles, des outils privilégiés dans la gestion du risque d'Ebola à l'hôpital.....	21
2.1.2. En l'absence de pilotage national, une construction de protocoles à l'épreuve des représentations de professionnels de santé	22

2.1.3. L'harmonisation nationale des protocoles, un nouvel ajustement qui bouscule les représentations de soignants d'ESRH.....	24
2.2. La réception des injonctions : entre application rigide et stratégies d'adaptation	25
2.2.1. Les protocoles, lénitifs des craintes exacerbées par les représentations du virus Ebola.....	25
2.2.2. La transgression, au cœur des enjeux de pouvoir entre soignants	26
2.2.3. Entre application rigoureuse et application réaliste : le cadre au cœur du processus d'injonction.....	27
3. Intégration du risque : les représentations des professionnels des ESRH renforcées par la normalisation de la prise en charge de FHV à virus Ebola.....	29
3.1. Une prise en charge du risque d'Ebola éclairée par les représentations sociales usuelles des soignants.....	29
3.1.1. Les aides-soignants : une acceptation éclairée du discours institutionnel ..	29
3.1.2. Les infirmiers : une représentation complexe au centre des enjeux de la prise en charge de la FHV à virus Ebola	30
3.1.3. L'ambivalence de la position du cadre	30
3.2. L'après crise sanitaire: un risque entre urgentisation et routinisation	31
3.2.1. Le processus d'urgentisation : Mise en place d'une prise en charge spécialisée et à la marge	31
3.2.2. Le processus de routinisation: une double reconstruction des routines.....	32
3.2.3. La crise provoquée par l'intégration d'Ebola dans les ESRH : un facteur d'apprentissage à la portée difficile à mesurer	33
Conclusion.....	35
Bibliographie.....	I
Textes réglementaires	I
Ouvrages.....	I
Articles.....	II
Mémoires et thèses	IV

Liste des annexes	V
Annexe n°1 : Symptômes et transmissions du virus Ebola	VI
Annexe n°2 : Liste et grille d'entretiens réalisés auprès de soignants d'ESRH	VII
Annexe n°3 : Retranscription d'un entretien avec un cadre de santé d'un service de réanimation	IX
Annexe N°4 : Compte rendu d'entretiens.....	XXV
Annexe n°5 : Photographies des sites et dispositifs de prise en charge de patients atteints de FHV à virus Ebola des ESRH.....	XXXIV
Annexe n°6 : Circuit d'un patient atteint de la FHV à virus Ebola	XXXVI

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNR FHV	Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ESRH	Établissements de santé de référence habilités
FHV	Fièvre hémorragique virale
HCSP	Haut conseil de santé publique
HIA	Hôpital d’instruction des armées
IDE	Infirmier diplômé d’État
INvS	Institut national de veille sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAMU	Service d’aide médicale urgente
SAU	Service d’accueil des urgences

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons d'abord remercier Madame Clélia GASQUET-BLANCHARD et Monsieur Jocelyn RAUDE pour leur soutien tout au long de ce module ainsi que pour leurs conseils avisés. Nous avons apprécié leur grande disponibilité lors de nos travaux. Les échanges entre chercheurs et élèves fonctionnaires ont toujours été constructifs.

Nous remercions également les personnels hospitaliers des Centres Hospitaliers Universitaires de Rennes, de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (Bichat et la Pitié Salpêtrière) et l'Hôpital d'Instruction des Armées de Bégin de Saint-Mandé d'avoir accepté de nous recevoir en entretien et d'avoir ainsi répondu à toutes nos questions. Nous les remercions également pour leur conséquente contribution en caféine à notre régime alimentaire. Sans leurs témoignages, cette étude n'aurait pas été possible.

Enfin, nous tenons à adresser nos remerciements à l'équipe chargée de l'organisation du module interprofessionnel, pour les moyens organisationnels et logistiques mis à disposition.

INTRODUCTION

« *Ce qui rend Ebola terrifiant, c'est que ce virus menace l'espèce humaine en s'attaquant à son humanité* »¹. Cette citation de B. HALE met en évidence le caractère pluriel d'une épidémie, certes phénomène épidémiologique et médical, mais aussi objet de représentations sociales et de fantasme dans la psyché collective. Ce second aspect, parce qu'il peut également perturber la capacité de réaction d'une société, devient ainsi susceptible de grever à son tour la réponse organisationnelle médicale. Il est donc impératif de ne pas étudier ce que la presse² a nommé « le phénomène Ebola » sous le seul angle épidémiologique, mais aussi à travers le prisme des sciences sociales.

Rappel épidémiologique sur le virus Ebola

Le virus Ebola est un type de fièvre hémorragique virale (FHV)³. Elle est causée par une infection due à un virus de la famille des filoviridés. Il existe cinq espèces de ce virus identifiées : Zaïre (88 % de mortalité), Soudan (50-60 % de mortalité), Bundibugyo (25 % de mortalité), Reston (aucun cas clinique reporté), Ebola Côte d'Ivoire (Forêt de Thaï, un seul cas humain).

En mars 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée d'une épidémie en Guinée. Des échantillons de sang recueillis par Médecins sans frontières à Guéckédou, Macenta et Kissidougou ont permis d'identifier le virus. Les résultats de l'analyse ont montré qu'il s'agissait de la souche du virus Ebola de type Zaïre, mais légèrement différente de celle jusqu'ici observée en République Démocratique du Congo et au Gabon. La FHV à virus Ebola est apparue pour la première fois en 1976 au Zaïre (l'actuelle République Démocratique du Congo), à Yambuku, village situé près de la rivière Ebola. Depuis la découverte du virus, le continent africain a connu vingt-cinq épidémies de fièvre Ebola. Le virus a d'abord touché des villages isolés et des villes proches de forêts d'Afrique Centrale⁴ et d'Afrique de l'Est avant de se propager vers l'ouest en mars 2014, en Guinée, puis en Sierra Leone et au Liberia. L'épidémie actuelle est la plus meurtrière depuis l'émergence du virus (11 000 victimes)⁵. En effet, faute de protocole de soins ayant prouvé son efficacité, le traitement médical des patients infectés est essentiellement symptomatique. Cependant, elle tend à s'atténuer : l'OMS a annoncé la fin de l'épidémie au Libéria début mai 2015.

Le virus s'est introduit dans la population humaine après un contact direct avec des animaux ou carcasses infectés. Certaines espèces peuvent en effet être des réservoirs, c'est-à-dire des porteurs sains, telles les chauves-souris, et transmettre le virus à d'autres animaux⁶. Le virus se propage ensuite d'individu à individu par contact direct (lésion cutanée, muqueuse) avec des liquides biologiques (sang, salive, sueur, sperme, vomissures, matières fécales, etc.) de personnes infectées.

Organisation de la prise en charge

Dès lors qu'une personne présente des symptômes tels que de la température corporelle supérieure à 38 °C, des douleurs abdominales ou des vomissements, et a séjourné dans une zone à risque ou a été en contact avec un malade infecté par le virus Ebola au cours des 21 jours précédents, les professionnels de santé sont tenus de respecter et de mettre en œuvre certaines procédures : isolement de l'individu en évitant de le toucher, revêtir une protection, etc.

Dans le cadre de la prise en charge, une typologie⁷ a été mise en place :

- Cas suspect : toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son arrivée de la zone à risque (Sierra Leone, la Guinée Conakry, le Liberia et le district de Bamako au Mali), une température corporelle mesurée par un soignant supérieure ou égale à 38 °C.
- Cas possible : cas suspect pour lequel au moins une exposition à risque a été établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes, ou pour lequel il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque.
- Cas confirmé : toute personne ayant eu une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola, réalisée par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales (CNR FHV) de Lyon, ou par un laboratoire habilité suivant le cahier des charges du CNR FHV.
- Cas exclu : toute personne ne répondant pas à la définition de cas suspect ou possible, ou si le diagnostic d'infection par le virus Ebola a été biologiquement écarté par le CNR FHV ou par un laboratoire habilité.

Le 20 octobre 2014, les États européens se sont accordés sur un protocole unique de soin et d'évacuation des volontaires de santé étrangers infectés. Dès l'arrivée du patient sur le sol français, une équipe spécialisée du SAMU se charge de le transporter jusqu'à l'établissement de référence qui a été retenu pour le soigner.

Douze établissements de santé ont été identifiés par le Ministère de la Santé comme centres de référence habilités à traiter des cas avérés de FHV à virus Ebola. Il s'agit des CHU Bichat et Necker à Paris, ceux de Lyon, Lille, Strasbourg, Marseille, Bordeaux, Rennes, La Réunion, Rouen, Nancy et l'hôpital d'instruction des armées Bégin (Val-de-Marne). Entre le 23 Mars et le 8 décembre 2014, l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et les partenaires régionaux du dispositif de surveillance renforcée ont recensé 655 signalements. Parmi ceux-ci, 632 cas, soit 96,5 %, ont été exclus d'emblée, 21 cas, soit 3,2 % ont été classés comme cas possibles, mais tous ont été par la suite exclus à partir des résultats biologiques⁸.

Ebola et ses représentations chez les soignants

Le présent travail s'intéresse à l'impact de la FHV à virus Ebola sur les représentations des soignants des ESRH en France. Par représentations, on entend ici la définition énoncée par Durkheim en 1898 : des croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société, ici réduite à la société des soignants pour ce qui la caractérise, intrinsèquement distinctes de l'addition

des représentations de ces individus. D. JODELET complète la définition en décrivant la représentation comme *«une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social»*⁹.

En octobre 2014, l'hospitalisation d'une infirmière espagnole ayant contracté en Afrique la FHV à virus Ebola et la globalisation de l'épidémie font passer cette infection de « maladie africaine » à « maladie occidentale ». Les équipes soignantes des ESRH ont ainsi réalisé les risques que pouvaient entraîner une telle prise en charge. La propagation de la maladie en Afrique se double de deux phénomènes : d'une part une très large couverture médiatique grandissante jusqu'en octobre 2014 et entraînant une crainte légitime des soignants ; d'autre part une organisation administrative au niveau national, qui a commencé à devenir effective en juillet 2014, et qui est venue bousculer les habitudes de travail.

Aucun cas avéré, à l'exception de deux cas traités à l'hôpital d'instruction des armées Bégin dans un contexte spécifique (arrivée prévue et organisée) n'est apparu sur le sol français. Dès lors, il devient possible de considérer avec le recul ce phénomène comme un moyen d'analyser les capacités de réaction des équipes soignantes en conditions réelles. Etudier les réactions, aussi bien organisationnelles que sociologiques, devient alors impératif, sous peine de se priver pour l'avenir d'un précieux retour d'expérience.

Une organisation complexe, telle celle régissant un hôpital, ne peut se réduire à la seule dimension juridique, financière, ou logistique. Son efficacité dépend également des dispositions psychosociologiques du personnel, qui peuvent conditionner la capacité des équipes à s'adapter à des risques nouveaux ou à un brusque changement des méthodes de travail. Ainsi le présent travail cherchera à estimer si le risque de FHV à virus Ebola a transformé les représentations usuelles de soignants des ESRH en France.

À cet égard, il a été démontré que l'apparition du risque d'Ebola a perturbé ces représentations sociales (I). Dans un même mouvement, la réponse organisationnelle issue de la confrontation au risque a également contribué à les déstabiliser (II). Cependant, à l'heure du bilan, une fois le risque intégré, il ressort au contraire que la normalisation du risque a contribué à renforcer les représentations préexistantes (III).

Méthodologie

Il a été décidé d'étudier les représentations des soignants face au risque d'Ebola dans les ESRH, que ce soit pour un cas suspect ou une prise en charge réelle. Deux zones géographiques ont été définies : Rennes et Paris, correspondant au CHU de Pontchaillou, au CHU de Bichât et à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin. De plus, des soignants du CHU de la Pitié Salpêtrière ont également été rencontrés. Cet établissement est un centre de référence de seconde ligne, car, au moment de la désignation des ESRH, il ne répondait pas aux différents critères fixés par le Ministère de la santé.

La méthode retenue a été de réaliser des entretiens qualitatifs semi-directifs et exploratoires selon une grille d'entretien (annexe n°2) entre le 27 avril 2015 et le 6 mai 2015 avec des membres du personnel concernés (annexe n°3) par la prise en charge du risque d'Ebola, afin de recueillir leurs expériences et ressentis. Le choix des personnes interrogées a été guidé par une volonté d'intégrer tous les acteurs (d'âge et d'ancienneté professionnelle différents). Du fait d'un cadre temporel contraint, il n'a pas été établi de grille d'entretien rigide. Au contraire, chaque entretien a été l'occasion de préciser les problématiques, en lien avec les concepts dégagés, sans revenir sur certains aspects factuels qui différaient peu d'un interlocuteur à l'autre.

Une fois ces entretiens synthétisés (annexe n°4), analysés et recoupés, les résultats ont été confrontés à la littérature en sociologie des organisations, notamment le concept de l'hôpital en tant qu'ordre négocié de A. STRAUSS. La sociologie des médias a également été sollicitée pour identifier les conséquences sur les représentations du traitement médiatique intense dont le FHV à virus Ebola a fait l'objet. Pour appréhender les enjeux de pouvoirs et de reconnaissance au sein de la structure, il a été décidé de faire une approche ethnologique des professions afin de comprendre leurs représentations. Un focus sur les cultures soignantes a également été élaboré.

Malgré un nombre d'entretiens conséquent (plus d'une vingtaine et d'environ une heure chacun), l'étude réalisée ne prétend pas à l'exhaustivité. De plus, le discours des acteurs a pu être orienté par le statut d'élève fonctionnaire des intervieweurs, eux-mêmes tributaires de leurs propres représentations. Cet aspect subjectif est également source de richesse dans la mesure où les comparaisons des discours avec des entretiens réalisés par des chercheurs ont permis d'identifier certaines représentations en rapport avec les fonctions administratives de l'hôpital. Du fait d'une sociologie particulière, les entretiens réalisés dans les centres militaires présentent des spécificités, à profession soignante identique.

1. APPARITION DU RISQUE : LES REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS DES ESRH PERTURBÉES PAR UNE POTENTIELLE ÉPIDÉMIE DE FHV À VIRUS EBOLA

La contagion potentielle et le risque de se trouver dans des situations dangereuses pour la santé font partie intégrante de la culture soignante. Dans cette partie, il sera étudié et mis en perspective la représentation particulière que se sont forgés les soignants du risque d'Ebola (1.1). Cette perception particulière du risque a pu les conduire à questionner des traits caractéristiques de la culture soignante (1.2).

1.1. Une perception particulière du risque Ebola

1.1.1. Incertitude, peur et représentation du risque

Il est particulièrement fécond d'étudier les représentations des soignants à partir de la notion de « perception des risques ». Ce concept est né dans les années soixante à partir d'une série de travaux sur la prise de décision en situation d'incertitude¹⁰. S'il a fait l'objet de controverses théoriques dans la littérature psychologique¹¹, c'est notamment en raison de son ambiguïté : le concept de « perception » désigne en effet simultanément « *un ensemble de processus cognitifs et les produits de ces processus cognitifs, lesquels renvoient le plus souvent aux croyances, aux idées, aux images, aux jugements ou aux représentations que les agents entretiennent autour des phénomènes stochastiques indésirables* »¹².

Les soignants, qui constituent un groupe social particulier avec des symboles, des valeurs et des appréhensions qui leur sont propres, sont, comme le reste de la population, sensibles à certains risques. Il est donc intéressant d'étudier la perception particulière que se forment les soignants sur la possibilité d'être confronté à la maladie à virus Ebola. Elle présente en effet un ensemble de caractéristiques qui la rendent particulièrement inquiétante pour eux, ce qui a pu faciliter la diffusion du risque de sa survenance. Ce phénomène est amplifié par la couverture médiatique et l'incertitude l'entourant tant en ce qui concerne son étiologie que les moyens à mettre en œuvre pour assurer une prise en charge optimale des patients l'ayant contracté.

La possibilité d'apparition d'une épidémie d'Ebola à vaste échelle était susceptible d'accroître la perception du risque par les soignants et d'en faire un thème porteur pour les médias à plusieurs titres. L'intensité de cette perception est en effet complexe et multifactorielle : elle dépend, dans le modèle de P. SLOVIC, de la mortalité que le risque peut générer, de sa contrôlabilité et de son incertitude¹³. Le virus Ebola se caractérise effectivement par son haut niveau de mortalité. Il est de plus peu contrôlable par les soignants français dès lors qu'il n'existe pas de vaccin efficace. Cette caractéristique, qui induit que les soins ne peuvent être que symptomatiques, heurte durement des valeurs soignantes, celle de l'efficacité de leur action. Enfin, de grandes incertitudes existent quant aux caractéristiques de la maladie (nombre de réservoirs, voies de transmission, durée d'incubation,

etc.) et aux moyens à déployer pour y faire face (équipement de protection, protocoles soignants, etc.).

De plus, l'épidémie d'Ebola s'est inscrite dans un référentiel particulièrement effrayant : celui du risque de propagation d'une maladie mortelle dans un contexte de globalisation. Si les crises sanitaires contemporaines ne provoquent plus d'hécatombes comme par le passé, le référentiel de la crise meurtrière, comme la peste noire ou la grippe espagnole, pour le cas d'Ebola structure fortement la définition d'un événement en crise sanitaire^{14 15}. J. DELUMEAU a ainsi mis en lumière les continuités dans l'objet des peurs en Occident¹⁶. Son étude des épidémies au cours des siècles révèle la constance des épisodes de panique collective qu'elles provoquent. Cette angoisse historiquement généralisée a pu être encore aggravée par le fait que la réémergence de maladies infectieuses a entamé la confiance des Occidentaux dans la capacité de la médecine moderne à endiguer de telles épidémies¹⁷.

Il faut toutefois noter qu'une grande partie des soignants interrogés considéraient, dans un premier temps, la menace comme lointaine, « *africaine* ». L'attention médiatique n'avait en effet pas encore adopté le cadrage pointant le risque que représentait l'épidémie pour les populations occidentales¹⁸. Ce cadrage a changé radicalement avec la mobilisation de la communauté internationale, portée notamment par l'OMS (à partir de mars 2014) et avec le rapatriement des premiers malades occidentaux (en octobre 2014). La probabilité des soignants français des ESRH de se voir confrontés au virus, de se trouver en position d'être contaminés se trouva dès lors accrue et la perception du risque augmenta de façon soudaine. Comme l'explique un infectiologue du CHU de Rennes : « *J'ai surtout été surpris par l'arrivée de l'épidémie en zones urbaines en Afrique Centrale, car ça n'était jamais arrivé. Je me suis posé des questions sur la contagiosité de cette souche virale. Effectivement, apparemment, il semble que le virus ait muté tôt dans l'épidémie, ce qui lui a conféré une densité de contagiosité très importante* »¹⁹.

Si la vision apocalyptique a pu être identifiée chez certains soignants, la majorité fait toutefois référence aux sentiments qu'ils ont ressentis lors des précédentes épidémies. Cela illustre bien le phénomène « d'ancrage » identifié par S. MOSCOVICI²⁰. Ce processus repose sur l'observation selon laquelle nous avons tendance à utiliser des événements pour interpréter les nouveaux phénomènes auxquels nous sommes confrontés. Au niveau sociocognitif, l'ancrage consiste en une série de transformations à travers lesquelles les agents vont collectivement catégoriser, étiqueter et mémoriser des événements ou des sujets méconnus à partir de schémas mentaux et d'un ordre symbolique des choses déjà intégrés. Cette opération mentale aurait pour fonction sociale essentielle de rendre l'inconnu plus familier et par conséquent moins menaçant²¹. De fait, les soignants les plus âgés et les plus expérimentés tendent à minimiser le risque que représente l'épidémie d'Ebola. Comme l'exprime une cadre de pôle : « *Il faut avoir vécu des situations similaires pour comprendre. Il faut l'avoir déjà fait pour trouver les mots justes, pour*

rassurer les équipes. (...). Si personne ne veut rentrer, c'est moi qui rentrerais, car j'ai bien mesuré les risques de la prise en charge »²². Les propos d'une aide-soignante du CHU de Rennes, travaillant depuis trente-cinq ans dans le service des maladies infectieuses, illustre ce phénomène d'ancrage : « Depuis qu'on travaille en infectio, on a déjà vécu d'autres maladies : sida, coronavirus. Dès lors qu'Ebola fut médiatisé, on a pas paniqué plus que ça, on nous avait préparés longtemps à l'avance, on en parlait souvent entre nous, on savait s'habiller et se déshabiller ; les professeurs répondaient à nos questions lors des staffs, car les médias en rajoutent un petit peu »²³.

Comme l'ont exprimé la plupart des soignants au cours de nos entretiens, chronologiquement, leur première source d'information est constituée par les médias, qu'ils soient audiovisuels, numériques (internet)²⁴ et, dans une moindre mesure, la presse écrite.

1.1.2. L'amplification sociale du risque d'épidémie : le rôle des médias et des institutions.

Il est souvent tenu pour acquis que les médias exercent une influence importante sur la manière dont la population perçoit les risques pour leur santé²⁵. Une autre conclusion de la littérature, croisée à celle sur la sociologie des médias, est que les agents médiatiques ont une propension au sensationnalisme et à la dramatisation des enjeux autour des questions sanitaires^{26 27}²⁸. Il est toutefois également admis que l'influence des médias sur la façon dont les individus se représentent les menaces pour leur santé est fonction de la force des systèmes de croyances et de valeurs préexistantes propres aux différents groupes sociaux²⁹. De fait, les individus peuvent choisir le cadrage qui leur convient, afin de réduire la dissonance cognitive créée par la nouvelle information³⁰.

Il ne faut toutefois pas oublier, en suivant les conclusions de S. UNGAR, que les cadrages fournis par les médias évoluent au cours de la crise^{31 32}. Il distingue ainsi deux phases. Nous tentons de comparer le discours médiatique autour d'Ebola avec ce cadre théorique. Ainsi, la première phase du discours médiatique caractérise l'épidémie comme une menace terrifiante. Certains médias, lors de l'épidémie d'Ebola Zaïre en 1995, évoquaient la possibilité de voir se diffuser une nouvelle « peste ». Cette sémantique est une nouvelle fois employée entre juin et octobre 2014 : les titres et le vocabulaire utilisés sont particulièrement alarmants et les commentaires excessivement pessimistes³³³⁴. L'effet anxiogène des informations diffusées par les médias sur les soignants a atteint son paroxysme, si l'on s'en réfère aux entretiens, au moment de la médiatisation de la contraction du virus par des soignants occidentaux, le cas de l'infirmière espagnole et des soignants américains ayant fortement marqué les esprits. Comme le souligne un infectiologue du CHU de Rennes : « Il s'est alors rajouté une anxiété très alimentée par les médias et qui a desservi l'hôpital »³⁵. Ce sont les cas de contamination des soignants qui ont impacté leurs représentations comme l'exprime un infectiologue du CHU de Rennes : « Cette image a beaucoup choqué. Le fait que ce sont les soignants qui

connaissent, qui sont très informés, qui sont professionnels et pourtant qui décèdent tout de même, c'est une forte image. Si même eux ils ne sont pas capables de s'en défendre, cela laisse la porte ouverte à la fantasmagorie de l'épidémie, de la contagion, du virus invisible tueur »³⁶.

La seconde phase souligne, au contraire, que la menace est plutôt confinée à une aire géographique ou à une population particulière culturellement lointaine et que les progrès médicaux et mesures de confinement permettront bientôt de réduire la menace. Au cours de l'épisode sanitaire que nous étudions, une certaine forme d'autocritique des médias est bien présente à partir d'octobre-novembre 2014³⁷ mais, s'ils véhiculent les messages rassurants du gouvernement sur les capacités des systèmes de soins occidentaux à faire face à l'épidémie, les cas de contagion de soignants occidentaux ont durablement renforcé l'appréhension des soignants français. Ce n'est finalement que grâce à la diminution de la couverture médiatique de l'épidémie au cours de l'hiver 2014, corrélée à la mise en place de programmes de formation et de simulation de prise en charge au sein des établissements, que la perception du risque des soignants a pu être amoindrie. Ce constat rejoint le concept « d'heuristique de la disponibilité » identifié par A. TVERSKY et D. KAHNEMAN selon lequel l'occurrence de l'information crée une sensation de fréquence et de probabilité du risque³⁸.

Cette diminution de la perception du risque est concomitante avec l'effort de communication externe (au niveau des ministères, des ARS et des agences expertes) et interne (au niveau de chaque établissement et service) des structures publiques. Comme l'ont exprimé les différents cadres, cette simultanéité ne tient pas de la coïncidence : les plans de communications internes et la diffusion des informations sur le risque ont permis aux soignants de retrouver une certaine sérénité dans la préparation et la mise en œuvre du dispositif de prise en charge.

En effet, pendant la prise en charge d'un patient suspect, un mouvement de panique peut se créer au sein de la structure et, puisque les réactions face aux risques des professionnels dépendent également de celles de leurs collègues³⁹, la mise en place d'un véritable plan de communication peut permettre de contrecarrer les effets parfois nocifs et sources de confusion des informations émanant des médias par la diffusion adéquate d'une nouvelle information. Un cadre de santé de l'AP-HP l'affirme : *« quand on a reçu les deux suspicions, c'était vraiment le branle-bas de combat. (...) Il faut rappeler aux personnels qu'ils sont soumis aux règles de discrétion et de confidentialité. Il faut transmettre des messages qui ne sont pas alarmants et dire que les structures sont prêtes »⁴⁰*. Ces différentes expériences plaident pour la mise en place d'une véritable politique de communication externe et interne afin de mettre à disposition des soignants toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Des points réguliers sur la situation épidémiologique, sur l'état de préparation du service et sur l'état des patients éventuellement pris en charge permettent d'augmenter leur sentiment de contrôle, leur implication dans la réponse

sanitaire, de clarifier certaines zones d'ombre et donc de diminuer leur perception du risque⁴¹. Elle ne peut être efficace que par l'adoption d'une politique « d'incertitude explicite » qui permet d'assurer aux personnels que l'information leur sera communiquée une fois sa véracité vérifiée⁴².

1.2. La culture soignante à l'épreuve du risque Ebola

1.2.1. Les traits caractéristiques de la culture soignante déstabilisés par la prise en charge spécifique des patients Ebola

Certaines caractéristiques de la culture soignante se sont trouvées déstructurées au cours de la préparation, de la mise en œuvre et du maintien de la dynamique de prise en charge du virus Ebola au sein des ESRH. Cette perte des repères traditionnels a engendré le sentiment d'une certaine confusion ou impréparation pour les soignants, remettant parfois en cause les rôles, les figures et les référentiels habituels.

L'approche très technique du soin aux patients suspects ou avérés, le port d'équipements de protection lourds, le confinement et les rotations régulières imposés par les protocoles sont autant d'éléments qui ont pu s'opposer à l'aspect relationnel du soin. Les soignants sont très attachés à leur rôle propre, au contact physique, au « prendre soin ». De fait, l'équipement de protection est souvent présenté comme synonyme d'asepsie relationnelle, qui s'exprime en particulier à travers la perturbation du « care ».

Cette opinion, partagée par de nombreux paramédicaux, est très bien exprimée par cette aide-soignante : « *Mettre en isolement, ça veut dire que la personne est cantonnée dans sa chambre, où l'on rentre par un sas, qu'à chaque fois qu'on rentre on va devoir s'habiller... cette personne, en fait, elle ne voit plus sa famille, elle ne voit plus que des espèces de cosmonautes (...) elle ne voit plus un visage, il n'y a plus de (...)vrai contact...* »⁴³. Plusieurs soignants estiment que « *ça gêne la relation* »⁴⁴, que ces mesures sont autant « *d'écrans* »⁴⁵ entre eux et les patients. Une aide-soignante décrit ce sentiment d'existence d'une barrière entre le personnel et le patient : « *la patiente ne m'a pas reconnue et m'a prise pour ma collègue* »⁴⁶. Les soignants ont ainsi dû s'adapter à la singularité de l'état sanitaire du patient infecté par le virus Ebola et, ce faisant, trouver de nouveaux modes de communication pour écouter et accompagner le patient placé en isolement. Un cadre de santé de l'HIA Bégin du service des maladies infectieuses et tropicales confie ainsi que les contacts entre soignants et patients se sont fluidifiés grâce à l'utilisation de la visioconférence, outil permettant la reconnaissance physique des soignants en dehors du port de la combinaison.

Le rôle du collectif est également un autre élément caractéristique de la culture soignante mis à mal par la prise en charge spécifique qu'implique le risque de contagion. En effet, certains professionnels de santé ont été exclus du dispositif. Au niveau national tout d'abord, il est prévu que

les internes ne participent pas à la prise en charge des patients suspects, possibles ou avérés. Cette directive est congruente avec la « séniorisation » imposée par le dispositif de prise en charge. Au niveau de chaque établissement et selon les services concernés, les aides-soignants se sont souvent trouvés exclus du dispositif. Cette exclusion, décidée pour des raisons de minimisation des risques de contagion, a cependant eu pour effet de créer chez eux un sentiment d'inutilité a contribué à dévaloriser leur sens du professionnalisme, en brisant par exemple la notion de binôme collaboratif infirmier/ aide-soignant. De manière plus générale enfin, le fait que certains services soient plus exposés que d'autres au risque Ebola, comme le service des maladies infectieuses, la réanimation médicale ou encore les urgences, a conduit les professionnels paramédicaux de ces services à développer un sentiment d'isolement au sein de l'hôpital. Plusieurs témoignages font ainsi état d'une méconnaissance de l'effort déployé par ces services, de l'anxiété que cela peut engendrer et des risques auxquels ils s'exposent par les autres professionnels de l'hôpital. Ce sentiment d'isolement est moindre chez les médecins et parmi les cadres de santé qui participent à de nombreuses réunions avec les équipes des autres services. Ce résultat corrobore le constat dressé par L. NICKELL et ses collègues : « *avoir une position de management ou de supervision réduit la probabilité de se sentir isolé au sein de l'hôpital au cours d'une épidémie* »⁴⁷.

Enfin, l'incertitude sur la gravité de la situation des patients et sur les conduites de protection à adopter a parfois conduit à remettre en cause les hiérarchies habituelles au sein de la culture soignante. En effet, le fait que des divergences patentes sont apparues entre médecins, notamment dans la définition des premiers protocoles ou dans la conduite, plus ou moins sécurisée, à tenir en cas de prise en charge d'un patient suspect, a remis en cause l'autorité de leurs décisions, celles-ci étant habituellement perçues comme légitimes de par leur statut médical. Ces divergences ont surtout mis en lumière la grande incertitude dans laquelle se trouvait également le personnel médical et d'encadrement.

C'est cette incertitude, notamment face aux risques et au degré de préparation permettant d'assurer une prise en charge optimale, qui put aussi affecter l'éthique professionnelle des soignants.

1.2.2. Le paradoxe soignant de la culture du risque : entre incitations et contraintes.

Le bouleversement des traits caractéristiques de la culture soignante à l'occasion de la préparation, de l'installation et du suivi du dispositif de gestion du risque d'Ebola, ainsi que les peurs et appréhensions légitimes qu'il a suscité chez les soignants, ont potentiellement constitué un frein à la prise en charge optimale des patients suspects ou avérés. Bien que les situations des différents services soient contrastées à cet égard, il n'est pas rare que des cadres de santé estiment la proportion des agents de leur service refusant ou exprimant de vives réserves sur la possibilité de prendre en charge des patients atteints de FHV à virus Ebola à un tiers ou plus. Les paragraphes qui suivent

détaillent les facteurs incitant les soignants à participer pleinement au dispositif de prise en charge des patients atteints de maladie à virus Ebola et mettent en lumière les barrières affectant l'efficacité de la réponse organisationnelle à partir des entretiens réalisés et de la littérature existante sur l'impact motivationnel des épidémies sur les soignants⁴⁸.

En ce qui concerne les facteurs incitant les professionnels de santé à s'inscrire pleinement dans le dispositif de prise en charge, il ressort de l'analyse des entretiens réalisés que ceux-ci sont de deux natures. Le premier ensemble d'incitateurs repose sur l'éthique personnelle des soignants dont il faut qualifier la nature. J. IVES et ses collègues ont ainsi constaté que le devoir de répondre à ses obligations professionnelles durant une épidémie reposait sur trois ressorts différents, leur force respective variant selon la catégorie professionnelle étudiée⁴⁹. Les entretiens réalisés mettent également en évidence que les médecins justifient davantage leurs obligations professionnelles par une éthique propre à leur métier. Travailler dans des circonstances difficiles ou dangereuses fait partie intégrante de la représentation qu'ils ont de leur profession. Il s'agit, au-delà de ces considérations, d'un devoir envers les patients et confrères. Les infirmiers quant à eux fondent majoritairement leurs obligations professionnelles sur un devoir moral, celui d'aider, dès lors qu'ils disposent de compétences spécifiques leur octroyant une responsabilité particulière. Enfin, les aides-soignants sont plus sensibles à une « éthique du travail », c'est-à-dire répondre aux obligations de leur fiche de poste et aux directives établies par la hiérarchie, cette éthique du travail étant reliée et/ou renforcée par un sentiment de loyauté envers leurs collègues. Selon une perspective intersubjective des relations de travail, il a été démontré que les agents, pris individuellement, étaient plus volontaires au sein des services où s'était créée une dynamique collective autour d'un dispositif de prise en charge⁵⁰.

La deuxième catégorie de facteurs incitatifs est révélatrice d'un souci de valorisation professionnelle de la part des soignants. Si l'approche héroïque du soin en situation d'épidémie n'a pas été vérifiée lors de nos entretiens, les soignants ayant fait preuve d'une grande modestie, il ne faut pas négliger une autre source potentielle de valorisation pour eux : la participation à une nouvelle forme de prise en charge. Une cadre de santé de l'HIA Bégin souligne pendant l'entretien : « *je dirai qu'au niveau du service, ça a été un air nouveau, cela a permis à tout le monde de s'impliquer dans cette prise en charge avec une certaine fierté d'avoir soigné cette patiente atteinte du virus* »⁵¹.

Du côté des barrières affectant négativement la perception du risque des soignants, c'est à dire leur sentiment d'être en capacité de répondre à une possible prise en charge et donc finalement leur volontariat à s'inscrire pleinement dans le dispositif, il est possible de relever trois grandes catégories de facteurs : la peur pour soi ou pour sa famille ; la peur pour le patient, pour la qualité et la sécurité de soins ; l'absence de réciprocité de la part du management.

Le risque perçu pour soi-même ou pour sa famille a été identifié par la littérature existante

comme le facteur principal de refus de s'inscrire dans le dispositif de prise en charge des épidémies⁵², et plus spécifiquement celui prévu pour Ebola⁵³. Il ressort également de nos entretiens que la peur de contaminer ses proches est partagée par les différents soignants, celle-ci surpassant même le risque perçu pour sa propre sécurité. C'est ce qu'exprime, une aide-soignante du HIA Bégin : « *Il y a la famille, moi c'est surtout ça qui me faisait peur. On ne va pas le savoir tout de suite si l'on est contaminé. J'avais peur de contaminer l'un de mes enfants* »⁵⁴. Cette appréhension rejoint l'inquiétude exprimée par les soignants à l'égard de la sécurité de leur environnement de travail. Si celle-ci n'est pas complètement assurée et que des mesures de communication sur l'efficacité des équipements de protection personnelle n'ont pas été prises, la perception du risque des soignants envers une possible contagion s'accroît⁵⁵. Les ateliers d'entraînement à l'habillage et au déshabillage, c'est-à-dire aux phases où le risque de contagion est le plus élevé, permettent de réduire cette perception du risque⁵⁶. Ainsi, un cadre de santé affirme : « *y a une certaine peur et une appréhension de mal s'habiller. Après l'avoir fait, ils étaient rassurés* »⁵⁷.

Le risque perçu pour le patient, c'est-à-dire la crainte que la qualité et que la sécurité des soins ne soient pas assurées, est également un facteur inhibant l'implication complète et sereine dans le dispositif de prise en charge. Il joue parfois plus fortement encore que la peur pour la famille. En effet, cette inquiétude renvoie au désir des professionnels de pouvoir prodiguer les soins dans les meilleures conditions. Il peut ainsi être démontré que l'absence de préparation des professionnels (exercice ou formation) à la prise en charge spécifique qu'implique la gestion d'une épidémie accroît leur perception du risque et crée un fort malaise⁵⁸. Une précédente étude au sein des ESRH a démontré que près de la moitié des soignants (42 %) estimaient ne pas avoir reçu la formation nécessaire⁵⁹. De manière générale, de nombreux soignants ont fait part de leur grand sentiment d'impréparation, situation qui accroît leur perception du risque en situation de forte incertitude et les met en porte à faux vis-à-vis de leurs valeurs. Comme dans l'étude précédemment citée, il nous est possible de constater une différence dans le sentiment de préparation entre catégories professionnelles : si les médecins ont un sentiment de préparation élevé du fait de leur participation à la définition des protocoles et aux connaissances médicales auxquelles ils ont accès, les infirmiers estiment être beaucoup moins prêts à recevoir un patient atteint de FHV à virus Ebola, et ce alors même qu'ils confirment avoir reçu une formation et un équipement adéquat⁶⁰.

Ce sentiment d'impréparation est également dû à l'absence de procédure adéquate pour assurer une prise en charge de qualité en toute sécurité. En se basant sur l'expérience accumulée pour la prise en charge des maladies infectieuses, les différents services ont élaboré au cours de l'été leurs propres procédures, celles-ci évoluant grandement au fur et à mesure de la mise en lumière de différentes erreurs et divergeant fortement quant à leurs exigences en fonction des médecins

responsables de ces services. Ces différentes procédures ont été également remises en cause par la production normative des agences expertes au niveau national. Les divergences entre médecins au sein d'un même établissement, mais également entre experts locaux et nationaux, étaient donc patentées. Cette incertitude a nourri la perception du risque des soignants et leur sentiment d'impréparation⁶¹. L'absence de directive claire sur le rôle et l'importance de chacun dans la prise en charge a également renforcé le sentiment de vulnérabilité associé à l'acte soignant, de même qu'elle a accentué le sentiment d'inutilité et de détachement de certains soignants tenus à l'écart de la prise en charge. C'est ce que nous constatons au travers de nos entretiens, corroborant ainsi une conclusion bien établie dans la littérature⁶². Un infectiologue souligne ainsi la difficulté pour chacun à trouver sa place au sein du nouveau dispositif : *« C'était compliqué, mais je pense que le travail a été surtout fait pendant les discussions. Ce que met en avant la prise en charge de tels patients, c'est l'obligation de collaboration entre les services qui n'ont pas naturellement l'occasion de travailler ensemble malgré les ponts. Faire travailler le SAMU et les maladies infectieuses est rare. Il a fallu réunir ces équipes, de même avec les biologistes, les épidémiologistes, la médecine du travail pour la prise en charge du personnel, la direction, la direction des soins. Il était question de faire sortir chacun de ses routines, de son habitude pour pouvoir voir comment cela pouvait s'articuler dans des circonstances exceptionnelles. C'est ça la difficulté, c'est sortir de son cadre de routine ».*

1.2.3. L'identification de sous-cultures soignantes : une différenciation des représentations et la perception des risques selon les services

Il faut toutefois se garder de toute généralité. Les entretiens révèlent, en effet, que, si elles sont partagées pour certains sujets, les positions des soignants, du fait de leur perception du risque, varient fortement selon le service où ils exercent. Il est alors possible d'identifier des « sous-cultures » soignantes affectant leur perception du risque et leur implication dans le dispositif de prise en charge des patients infectés par Ebola. Ces sous-cultures déterminent de nombreux paramètres spécifiques à certains services comme la considération du rôle des différents soignants en leur sein (les infirmiers de réanimation se perçoivent et sont souvent perçus comme une sorte d'élite soignante au sein de l'hôpital), le vocabulaire employé (avant tout martial dans les services des maladies infectieuses par exemple ou en réanimation) ou encore la relation avec les patients (attirait pour les maladies rares ou pour les patients fortement techniqués). En fonction de la gravité de la pathologie des patients accueillis et de la lourdeur de l'arsenal technique nécessaire au maintien de leurs fonctions vitales, les équipes utilisent le terme de « beau » malade ou de malade « lourd ». A contrario, un malade nécessitant peu de soins techniques est appelé « faux » malade de réanimation. Comme l'exprime M.-C. POUCHELLE⁶³, *« ces pratiques d'étiquetage attestent aussi de la gestion problématique de la maladie par les soignants, liée à leur positionnement ambigu à l'égard des patients ».*

Les soignants des services des maladies infectieuses ont ainsi tendance à banaliser le risque de contagion infectieuse dès lors qu'ils estiment que cette possibilité fait partie des sujétions leur incombant. De plus, le personnel se trouve souvent affecté à ce type de service par choix, ce qui a un effet très positif sur leur motivation et facilite ainsi l'acquisition d'expérience⁶⁴. Les équipes de ces services ont en effet l'habitude de travailler avec des protocoles restrictifs et dans des situations d'isolement, dans une situation de grave risque infectieux. Soigner des maladies rares est alors considéré comme une opportunité. C'est ce qu'exprime un cadre de l'HIA Bégin : « *C'est vrai que ce service était déjà habitué à prendre des précautions complémentaires notamment chez des patients qui arrivent avec des maladies infectieuses émergentes* », « *Pour Ebola ça s'est pas improvisé comme ça* »⁶⁵. Le chef de service des maladies infectieuses d'un des hôpitaux de l'AP-HP évoque ainsi les précédents constitués par le VIH ou encore par la grippe H1N1.

Cette relative sérénité dans la prise en charge de ce type de patient ne se retrouve cependant pas au sein des services de réanimation. Un cadre relève une attitude contrastant avec celle d'autres services : « *la réa est dans le même pôle [que les maladies infectieuses] et on a pourtant travaillé ensemble sur les procédures. Ils n'accueillent que très peu ce type de patients et là il y a eu plus d'inquiétudes dans les équipes, deux réactions différentes* »⁶⁶. Les services de réanimation sont des services à accès réglementé. À l'instar des blocs opératoires, ce type d'unité de soins est un microcosme singulier dont « *la culture est le huis clos où l'on est entre soi et bien à l'abri dans un espace totalement contrôlé* »⁶⁷. C'est une structure repliée sur elle-même, avec sa conception intérieure normalisée, ses circuits cartographiés, les tenues des personnels codifiées, des procédures d'hygiène et d'asepsie plus drastiques que dans un service « classique », jusqu'aux circuits d'air, de fluides médicaux qui lui sont spécifiques.

Selon un infectiologue, « *dans le soin de réanimation, dans l'action, le lien avec le patient n'est pas aussi important que dans un soin classique, surtout dans la phase aiguë du soin* »⁶⁸. M.-C. POUCHELLE⁶⁹ décrit parfaitement l'univers d'affrontements que l'on retrouve dans ce type de structure, la bataille engagée pour vaincre la phase critique de la maladie. Les médecins anesthésistes réanimateurs ont pour mission principale de « combattre et lutter » contre la maladie et la douleur, et les équipes se « battent » à leurs côtés telle une équipe de soldats, contre la mort et la phase aiguë de la maladie. Par ailleurs, les tenues professionnelles des soignants en réanimation sont généralement légères et pratiques, ce qui facilite les mouvements et gestes. Comme le souligne un infectiologue, les soignants de réanimation ont une relation particulière à la tenue : « *on est plutôt déshabillé, qu'habillé* »⁷⁰. Enfin, les soignants des urgences, s'ils ont exprimé des inquiétudes quant aux moyens (notamment humains) pour assurer une prise en charge de qualité des patients Ebola tout en maintenant l'activité normale du SAU, ont cependant tendance à banaliser les prises en charge « exceptionnelles ». Les modalités de celles liées à Ebola ont pu bénéficier de l'expérience en matière de risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques.

2. CONFRONTATION AU RISQUE : LES REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS DÉSTABILISÉES PAR LA RÉPONSE ORGANISATIONNELLE DES ESRH

Afin de protéger l'environnement d'un virus potentiellement mortel et prendre en charge les malades suspects ou avérés, les douze ESRH désignés par l'État ont construit la réponse organisationnelle au risque autour de protocoles. Ces derniers ont déstabilisé les représentations des soignants lors de leur création (2.1.) puis lors de leur mise en œuvre (2.2.).

2.1. La construction de la réponse organisationnelle : la formation d'un « champ » de la gestion du risque d'Ebola à l'hôpital

2.1.1. Les prémices de la réponse organisationnelle dans les ESRH : les protocoles, des outils privilégiés dans la gestion du risque d'Ebola à l'hôpital

Au regard du caractère particulier de l'épidémie sévissant en Afrique de l'Ouest, à partir du juillet 2014, douze centres hospitaliers ont été désignés par les pouvoirs publics « établissements de santé de référence habilités » dans la prise en charge des patients cas « suspects », « possibles » et « confirmés » de maladies à virus Ebola⁷¹. Choisis en fonction de capacités d'accueil spécifiques et de ressources humaines et techniques adaptées⁷², ces établissements sont souvent « référents de zone » pour les situations sanitaires exceptionnelles⁷³. Ils disposent donc d'un entraînement renforcé à la prise en charge de malades hautement contagieux, à travers la routinisation de procédures spécifiques. Cependant, malgré cette forme de « normalisation » de la gestion de risques sanitaires, ce nouveau statut a impliqué une préparation à la lutte contre l'épidémie de FHV à virus Ebola dans ces établissements, afin qu'ils soient en mesure d'accueillir les patients potentiels d'ici le mois d'août 2014. Ainsi, dans une temporalité très courte, les ESRH ont investi une phase de construction des protocoles de prise en charge des patients atteints de FHV à virus Ebola. Pourtant si ces procédures ont vocation à offrir un cadre d'action très normé et sécurisant⁷⁴ pour les acteurs de première ligne, les entretiens réalisés auprès de soignants ont mis en exergue un vécu, des représentations et perceptions différentes quant à ce processus d'élaboration des protocoles. En effet, le croisement entre l'image qu'ont les soignants des maladies à virus Ebola, leur positionnement au sein de l'hôpital et leur degré d'association à l'élaboration des protocoles, ont impacté leurs représentations de ce risque sanitaire.

2.1.2. En l'absence de pilotage national, une construction de protocoles à l'épreuve des représentations de professionnels de santé

Ainsi, cette phase de construction des protocoles s'est d'abord caractérisée par une série d'ajustements qui ont mis à l'épreuve les *habitus*⁷⁵ de travail de soignants des ESRH. En effet, le premier élément « perturbateur » de la réponse organisationnelle pour l'ensemble des soignants rencontrés a été l'absence de protocole de prise en charge des patients cas « suspects », « possibles » et « confirmés » de maladies à virus Ebola⁷⁶ au moment de la désignation des ESRH. À cette période, le ministère de la Santé n'avait pas édicté de recommandations de référence, si bien que chaque établissement dû mener un travail de construction sur la base de protocoles existants⁷⁷, comme le relate un cadre de santé au CHU de Rennes : « *Il n'y avait rien de construit (...) Ebola on connaissait pas. Il n'y avait rien dans l'établissement. Les médias n'en parlaient pas encore non plus, donc il n'y avait pas de procédures particulières, si bien qu'on a utilisé nos procédures qui avaient déjà servi pour les autres maladies hautement contagieuses* »⁷⁸.

Cette phase d'élaboration et d'adaptation de l'existant au risque d'Ebola a été accompagnée par les ARS de Zone qui soutenaient les ESRH à la fois sur les procédures, l'organisation des services, la gestion des stocks, mais aussi sur le volet financier⁷⁹. En dépit de la « lourdeur » qui le qualifiait invariablement pour certains⁸⁰, ce soutien a été perçu de façon plutôt positive par la majorité des soignants rencontrés, car il répondait à un besoin réel des équipes⁸¹. Ainsi, entre l'été et la fin de l'année 2014, chaque établissement de référence a joui d'une relative autonomie dans l'élaboration des protocoles de prise en charge. Cependant cette forme de liberté n'a pas été perçue par les soignants rencontrés de la même manière. En effet, certains cadres et personnels paramédicaux ont trouvé valorisant de créer en interne des protocoles associant l'ensemble des personnels. Il est vrai que les ESRH étudiés ont fait le choix de bâtir une démarche d'élaboration de procédures très participative au travers de réunions régulières (hebdomadaires à l'occasion des staffs, voire quotidiennes) auxquelles les professionnels des services les plus concernés (infectieux, réanimation, pédiatrie, urgences) participaient. Un chef de clinique au sein de l'unité des risques épidémiques et biologiques à l'hôpital Bichat, souligne ainsi : « *les soignants se sont sentis écoutés, entendus, associés. Les soignants se rendaient compte très vite des possibles défaillances et tout le monde était très réactif sur les remarques soulevées (...) En se sentant écoutés et encadrés, les soignants étaient rassurés* »⁸². Cette phase de construction des procédures a donc permis de développer les liens entre acteurs en interne, mais aussi en externe, illustrés par exemple par les nombreuses interactions avec le HCSP qui s'efforçait, en tant qu'expert, de répondre aux interrogations des ESRH par le biais d'avis⁸³. Cependant, les entretiens réalisés ont laissé entrevoir que les soignants n'ont pas tous occupé la même place dans la construction des protocoles. De par leurs positions

professionnelles, certains soignants n'ont pas eu la même force, ni la même légitimité à intervenir sur ce processus. En effet, comme le renvoie A. STRAUSS⁸⁴, l'hôpital est un lieu de négociation continue entre les différents corps de professionnels. Ces négociations et compromis permettent non seulement de maintenir l'ordre face aux changements, mais ne sont possibles que par l'existence d'un « contrat de l'institution » : celui du mieux-être du patient. Cependant, à l'été 2014, la prise en charge de FHV à virus Ebola a été caractérisée par un très faible corpus normatif. Les protocoles construits dans chaque ESRH ont donc été soumis au jeu de négociations entre les professionnels associés à leur élaboration. Mais ce processus de construction des protocoles n'a pas été chose aisée en raison de plusieurs facteurs. En effet, la temporalité de l'urgence, les craintes associées aux représentations personnelles, les différences de cultures professionnelles en fonction du corps de métier et du service ont entraîné des discussions « *infinies* » comme le souligne un infectiologue du CHU de Rennes, sur des points « *de détails* », pour certains, « *de grande importance* », pour d'autres. Ainsi, dans le cadre de la gestion du risque d'Ebola, un champ à l'hôpital⁸⁵ au sens de P. BOURDIEU se forme, de par les rapports de force et les processus de négociation entre soignants, pour faire prévaloir leurs représentations dans la construction des protocoles. Au cours des entretiens, certains médecins et cadres de santé ont d'ailleurs mis en balance leur forte participation à l'élaboration et mis en œuvre des protocoles avec celle d'autres corps de professionnels tels que les aides-soignants, moins associés : « *L'objectif était de limiter le nombre de personnels, auprès de la patiente. Tout a été séniorisé. C'est toujours l'infirmière qui entrait, pas l'aide-soignante, et c'est le chef de clinique qui s'occupait de la patiente*⁸⁶ ». Néanmoins, si les aides-soignants ont paru dans certains ESRH exclus de la prise de parole sur la thématique d'Ebola, ceux ayant pu être interrogés ont évoqué le fait qu'ils avaient été écoutés par la Direction, celle-ci s'efforçant de répondre à leurs demandes, notamment concernant les tenues spécifiques⁸⁷.

En revanche, si certains professionnels ont apprécié leur liberté d'élaboration de protocoles, d'autres se sont sentis en difficulté face à l'absence initiale de pilotage national, voire interne sur ces procédures de prise en charge spécifiques. En effet, l'absence de cadrage général a pu créer dans certains services des ESRH « *une grande nébuleuse par rapport à la prise en charge des patients* »,⁸⁸ car les soignants dans le même temps recevaient les nombreux messages des médias sur Ebola, alimentant ainsi les craintes. De plus, au cours des entretiens, une autre difficulté a été pointée : l'absence de pilotage national, qui s'est cristallisée autour de la faiblesse des liens entre les ESRH dans la construction des protocoles. Ainsi, le chef de pôle, responsable des services réanimation et maladies infectieuses du CHU de Rennes a déploré cette logique de travail en vase clos, soulignant un manque d'échanges lancinant sur les points de vue et difficultés liés à

l'élaboration des protocoles. Enfin, la période estivale a constitué un obstacle pour certains ESRH, notamment dans la désignation d'un pilote interne dédié à cette mission de protocolisation. Un cadre de santé du CHU de Rennes a ainsi évoqué l'idée que de nombreux services de l'établissement travaillaient sur des procédures de façon déconnectée : « *Chacun travaillait un peu à ce moment-là dans son coin (...) sur l'établissement (...) Y'a pas forcément eu de pilote dans l'avion au départ (...) et je crois que c'est cela qui a pêché*⁸⁹ ».

Ainsi, cette première phase d'ajustements inhérente à l'élaboration des protocoles de prise en charge des patients cas « suspects », « possibles » et « confirmés » aux maladies à virus Ebola a mis à l'épreuve les représentations des soignants.

2.1.3. L'harmonisation nationale des protocoles, un nouvel ajustement qui bouscule les représentations de soignants d'ESRH

De récentes variables dans la réponse organisationnelle à ce risque ont de nouveau impacté les perceptions des professionnels hospitaliers face à celui-ci. En effet, en décembre 2014, le ministère de la santé a fait le choix de mettre en place un pilotage national à travers l'édition de recommandations-cadres sur la prise en charge des patients atteints de FHV à virus Ebola⁹⁰. Paradoxalement, ce changement a constitué une difficulté pour les soignants, notamment pour ceux qui avaient investi la construction des protocoles en interne : « *ce changement de procédures du fait de l'édition de recommandations nationales, du HCSP, de l'EPRUS (...) fût très déstabilisateur pour les soignants chargés de les appliquer. Cela crée de l'incertitude : quelle procédure appliquer ? Celle de l'établissement ou celle plus récente de l'EPRUS ?*⁹¹ ». Outre le sentiment d'incertitude généré, cette « pluie d'injonctions » impliquait une harmonisation quotidienne avec les procédures conçues en interne. Ce changement substantiel a pu renforcer le sentiment de mauvaise préparation des soignants, comme l'a souligné une récente étude^{92 93}. D'autre part, le processus d'harmonisation des protocoles a questionné les procédures internes et pratiques de certains des soignants rencontrés, mettant en avant « leur mise en danger » potentielle face au risque d'Ebola⁹⁴. Néanmoins, certains professionnels rencontrés ont considéré positivement l'harmonisation nationale des protocoles. En effet, au cours d'entretiens, il nous a été rapporté que ce processus a permis d'atténuer les phénomènes de négociation entre les différents services et corps de professionnels. La référence à une norme reconnue par tous a permis d'amoindrir les conflits de légitimité entre les différents professionnels : « *Il faut une autorité stratégique pour imposer une norme. En son absence, les médecins ont le dernier mot (...) Ces discussions ont ralenti la mise en place des procédures (...) Il était donc préférable d'harmoniser les pratiques*⁹⁵ ».

Ainsi, les protocoles se sont dessinés chaque jour davantage comme outil privilégié de gestion du risque de FHV à virus Ebola dans les ESRH. Considérés comme une ligne de défense, un bouclier de

rationalité face au désordre et à l'imprévu, ils tendent à s'imposer comme remèdes dans un monde toujours plus complexe⁹⁶. Pourtant, tant dans leur construction, que leur mise en œuvre, les protocoles mettent à l'épreuve les représentations des soignants impliqués. Il est donc intéressant de questionner également la réception de ces protocoles et leurs interprétations par des soignants des ESRH.

2.2. La réception des injonctions : entre application rigide et stratégies d'adaptation

Classiquement, la réception des injonctions pourrait s'analyser sous l'angle de la confrontation entre la règle issue des protocoles de prise en charge et la réalité du terrain. Si certaines règles ont effectivement pu produire des imprévus de par leurs imperfections, les différents entretiens⁹⁷ montrent que l'administration et l'encadrement hospitaliers, aidés en cela par des lignes de crédits débloquées *ad hoc*, sont globalement entrés en adéquation avec les attentes des soignants. Toutefois, les procédures n'ont pas toujours été interprétées et respectées au même degré.

2.2.1. Les protocoles, lénitifs des craintes exacerbées par les représentations du virus Ebola

Les protocoles sont un ensemble de règles, de techniques, de modèles ayant pour but de réguler et coordonner un système fragilisé. Ainsi, la norme est apparue comme un « *dispositif cognitif collectif*⁹⁸ ». Autrement dit, parce que les conditions de création des règles leur donnent leur légitimité, l'institution hospitalière rassemble les pratiques, les intérêts des services et des différents corps soignants, les expériences en vue de développer un ensemble de règles destiné à améliorer le système. Fort de cette accumulation d'expériences et de connaissances, le protocole qui permet à la fois de prendre en charge les malades suspects ou confirmés du virus et de sécuriser les soignants et les personnes contacts.

Dans le cadre de l'épidémie de FHV à virus Ebola, les protocoles ont apaisé les différentes craintes, représentations négatives⁹⁹ et plus généralement, le sentiment exacerbé d'impréparation que générait le virus Ebola chez les soignants. Néanmoins, la perception des protocoles n'a pas été univoque. En effet, les personnels paramédicaux, par crainte d'être contaminés, ont cherché à appliquer les protocoles le plus précisément possible tout en recherchant leurs failles¹⁰⁰.

En raison de l'intensité de leur peur d'une contagion, exacerbée notamment par l'épisode de la contamination de l'infirmière espagnole et les médias, le protocole a été retenu comme l'outil d'apaisement le plus efficace. Parce qu'il a été créé autour d'experts et de scientifiques¹⁰¹, il a été ressenti par les infirmiers et aides-soignants comme une solution ultime au risque de contamination¹⁰². Bien que perçu comme un espoir de résolution des craintes s'il était bien appliqué, certains soignants ont cherché à mettre en exergue ses failles. Ainsi, lorsqu'à Rennes, durant l'été 2014, l'étanchéité des combinaisons intégrales a été mise à l'épreuve lors de l'exercice,

un sentiment exacerbé de défiance et de peur a vu le jour envers les protocoles et ses auteurs. Lorsque la règle ne s'applique pas exactement au terrain, à la spécificité du service, des locaux, ou plus généralement à la situation, elle perturbe les raisonnements et se révèle assez fortement discréditée.

L'interprétation des protocoles a été corrélative au degré de peur des soignants. Or, les craintes se sont souvent révélées être proportionnelles au niveau d'information des personnes¹⁰³. Ainsi, les médecins, très au fait des études relatives au virus et très présents lors de la construction des protocoles¹⁰⁴, n'ont pas eu les mêmes représentations que les personnels paramédicaux. Ils se sont sentis prêts plus tôt et paraissaient plus confiants. « *Connaître, c'est mieux appréhender. Si on a déjà été confronté à ce type de transmission, on sait bien que mettre des combinaisons intégrales ne changera pas grand-chose. De même, il est aberrant, alors qu'il est prouvé que le virus ne se transmet pas par l'air, que l'on trouve dans les protocoles, l'obligation de mettre les patients dans une chambre à pression négative¹⁰⁵* ». Par conséquent, le symbole du protocole comme outil à suivre à la lettre par peur d'être contaminé était moins prégnant dans leur esprit¹⁰⁶.

2.2.2. La transgression, au cœur des enjeux de pouvoir entre soignants

Cette différence de perception des protocoles a été au cœur de jeux de pouvoir entre soignants. La transgression des règles par les médecins a été mal vue par les personnels paramédicaux, se sentant en première ligne de contamination.

D'une part, le protocole a pris, en quelque sorte, la place du médecin « tout puissant » sur lequel le professionnel paramédical se repose¹⁰⁷. Les infirmiers et aides-soignants ont concédé avoir plus confiance en le protocole créé objectivement par plusieurs experts, qu'en un médecin, qui demeure un individu avec sa part de subjectivité et d'erreurs¹⁰⁸. Ainsi quand un infectiologue rennais est entré dans la chambre d'un cas suspect sans protection parce qu'il le considérait comme un « cas exclu », cette situation a été mal vécue par les soignants. Face à une situation de dilemme entre la parole d'un spécialiste et ses propres représentations, un infirmier a préféré obéir à un protocole plutôt qu'à un diagnostic médical énoncé devant lui, en invoquant un droit et devoir de regard des infirmiers à l'égard des diagnostics médicaux. L'équipe a donc préféré attendre les résultats du laboratoire de Lyon avant de pénétrer dans la chambre sans protection¹⁰⁹. « *La prescription du médecin va être corrélée au degré de risque perçu par le soignant, plus le risque perçu par le soignant va être élevé, plus la relation de confiance avec le médecin va être réduite¹¹⁰* ».

Cet épisode a été ressenti comme une infériorisation du personnel soignant par le médecin. De plus, en raison de la peur du virus, la transgression a été perçue comme une prise de risque inconsidérée envers les soignants.

D'autre part, bien que perçues globalement de manière positive, certaines règles des protocoles

ont heurté des pratiques et/ou règles déontologiques. L'éthique soignante, centrée sur le colloque singulier, a pu rentrer en conflit avec l'objectif général de non-propagation de la pathologie. Ainsi, les protocoles ont eu tendance à transgresser les règles que les soignants se donnent à eux-mêmes (règles tacites ou non – intégrées aux textes législatifs ou réglementaires ou non). Par exemple, les protocoles préconisent de ne pas faire d'examen clinique d'un patient aux urgences dès son arrivée si les soignants ne sont pas encore « habillés » en tenue imperméable. La mise en place de caméras dans la chambre d'isolement pour surveiller le patient suspect aux urgences du CHU de Rennes a heurté « la dimension humaine »¹¹¹ du métier de soignant. Les personnels interrogés¹¹² se demandaient si, dans un cas de ce type, ils auraient le « courage »¹¹³ de ne pas porter assistance à la personne. De même, plusieurs soignants ont témoigné leur gêne de ne pas pouvoir « toucher » les patients (pour les rassurer, les soigner) comme elles le font habituellement. Une fois de plus, la déstabilisation des routines de prise en charge est un élément perturbateur pour les soignants. Ils se demandent souvent s'ils appliqueraient effectivement ces règles drastiques en situation réelle ou si leurs manières de prodiguer habituellement des soins ne prendraient pas le dessus.

2.2.3. Entre application rigoureuse et application réaliste : le cadre au cœur du processus d'injonction

Le cadre de santé est au cœur du processus d'injonction. Responsable de l'organisation des soins, il est le lien entre ceux qui édictent les règles et ceux qui sont tenus de les mettre en œuvre. De par son passé d'ancien soignant, qui lui confère sa légitimité pour piloter le service, il se questionne régulièrement sur le bien-fondé de la norme. Toutefois, sa légitimité peut être fragilisée par le fait qu'il ne pratique plus et n'a pas toujours connaissance des dernières techniques soignantes. En outre, son travail administratif comme celui des autres personnels administratifs de l'hôpital est perçu comme « *improductif par les soignants [...] ce qui contribue à créer un clivage entre eux et les non-soignants, dont les cadres*¹¹⁴ ». Il représente, dans les services, le supérieur hiérarchique confident, qui « *ratrape*¹¹⁵ » toutes les situations délicates, les imprévus, les urgences, les erreurs des équipes et qui doit être disponible à tout moment. En tant qu'ancien soignant et du fait de sa position intermédiaire entre la direction et les équipes, il est perçu comme devant être disponible et accessible à tout moment. Cette position, pour reprendre les études de E. GOFFMAN¹¹⁶, affaiblit son pouvoir.

Vis-à-vis des protocoles, le cadre peut difficilement être légaliste dans la mesure où, en tant qu'ancien soignant, il a connaissance des entraves du terrain. Aussi, contrairement aux autorités administratives, il peut péniblement empêcher l'assouplissement d'une procédure par les équipes soignantes. Néanmoins, il est aussi susceptible de se réfugier derrière un positionnement légaliste. L'origine du protocole lui confère généralement sa légitimité (concernant les protocoles de prise en

charge du virus Ebola, c'est une collégialité d'experts qui la crée¹¹⁷). Pour reprendre la formule de P. BOURRET, « *il [le cadre] n'a pas à se justifier lorsqu'il exige l'application de cette règle* ». Ensuite, imposée à tous, le cadre peut se cacher derrière l'impérativité des procédures pour arriver à des fins stratégiques. La légitimité et la force normative de la procédure lui permettent de se « *désengager*¹¹⁸ » tout en pilotant une conduite du changement. Une cadre de santé des urgences a indiqué que l'épidémie avait mis en lumière les mauvaises habitudes de certains soignants en matière d'hygiène des mains. Elle a ainsi, derrière l'exigence des protocoles, incité au changement des routines déficientes. La procédure qui régissait une situation exceptionnelle a alors été mise au service des situations quotidiennes. Enfin, garant de l'application des procédures, le cadre de santé se trouve confronté aux équipes soignantes qui vont rechercher les failles des règles, leur inadaptation aux services ou aux circonstances en vue de les transgresser et de décrédibiliser l'administration¹¹⁹ (« ils ne connaissent rien au terrain »). Le cadre se trouve alors dans une situation binaire : le laisser-faire et le légalisme qu'il va jauger en fonction des intérêts de son service.

3. INTÉGRATION DU RISQUE : LES REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS DES ESRH RENFORCÉES PAR LA NORMALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE FHV À VIRUS EBOLA

Après l'apparition et la confrontation au risque de FHV à virus Ebola, l'intégration de celui-ci au fonctionnement des ESRH étudiés conduit à relativiser le caractère exceptionnel du phénomène. Ainsi, la prise en charge de celui-ci se caractérise par une remarquable continuité des différentes représentations des professions soignantes préexistantes (3.1). De fait, il est possible de l'appréhender comme un cycle organisationnel d'urgentisation puis de routinisation, processus d'apprentissage imparfait (3.2).

3.1. Une prise en charge du risque d'Ebola éclairée par les représentations sociales usuelles des soignants

3.1.1. Les aides-soignants : une acceptation éclairée du discours institutionnel

Le cas des aides-soignants est intéressant pour introduire la manière dont se structurent les enjeux de pouvoir à l'hôpital. Dans «*Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital*»¹²⁰ A.-M. ARBORIO les présente comme dominés dans un ordre négocié, ce qui explique une certaine invisibilité et la délégation des tâches ingrates qu'ils reçoivent. Néanmoins, les aides-soignants disposent également de marges de manœuvre. Ils peuvent opérer des jeux de négociation autour de leurs activités, mais également retourner le stigmate dont ils sont victimes pour empiéter sur le domaine de compétence des infirmiers.

Il ressort des entretiens réalisés que la prise en charge d'Ebola correspond à cette réalité nuancée. Disposant d'un savoir profane, les aides-soignants sont exclus de la prise de parole à propos d'Ebola. Les professions soignantes se réservent les tâches les plus valorisantes et délèguent celles jugées moins intéressantes aux catégories inférieures. La haute technicité demandée par le traitement de la fièvre devient une excuse pour mettre les aides-soignants à la marge du dispositif.

Leur attitude lors de la prise en charge du FHV Ebola apparaît, de fait, en contraste avec celle des infirmiers, davantage portée sur la confrontation et la coconstruction de la procédure de la prise en charge. C'est ainsi que l'interpellation du médecin¹²¹, leitmotiv des entretiens avec les personnels infirmiers, disparaît lors des échanges avec ces personnels. Pour autant la reprise du discours institutionnel n'est pas aveugle : les aides-soignants interrogés pouvaient s'appuyer sur des arguments médicaux maîtrisés (capacité à lister les modes de transmission¹²²). De même les références à leurs expériences antérieures, pour les plus âgés (prise en charge du Sida dans les années 1980), montrent une capacité forte à questionner le discours institutionnel. Leur adhésion relative au processus de prise en charge témoigne donc bien de cette représentation sociale riche et nuancée.

3.1.2. Les infirmiers : une représentation complexe au centre des enjeux de la prise en charge de la FHV à virus Ebola

Comme le rappellent P. MOSSÉ et M. BOULONGNE-GARCIN dans « *L'hôpital et la profession infirmière* »¹²³, les représentations qu'ont les infirmiers de leur propre métier conduisent à une demande de plus de concertation avec le pouvoir médical. Cette revendication est révélatrice d'un désir de voir leur place reconnue. L'hôpital met en scène de nombreux enjeux autour de la reconnaissance de la profession : demande d'autonomie, de soutien des cadres, évolution qualitative du métier d'infirmier.

La prise en charge de la FHV à virus Ebola s'inscrit parfaitement dans des jeux de pouvoir habituels au sein de l'hôpital. La situation de crise provoquée par l'épidémie a permis aux infirmiers d'appuyer ces demandes de reconnaissance professionnelle.

Les entretiens ont fait ressortir deux thématiques récurrentes du discours infirmier. La première insiste sur le caractère participatif de l'élaboration de la procédure, voire sur la demande d'une plus grande concertation dans la prise en charge. La « question pertinente » posée au médecin à propos des procédures, alimentée par les comparaisons avec les images télévisées des prises en charge sur le terrain, a ainsi, de l'avis même d'un chef de service d'infectiologie, eu des effets positifs sur l'exhaustivité des protocoles de prise en charge¹²⁴.

Conséquemment, la revendication d'une technicité et d'un savoir-faire apparaît également dans le discours infirmier. L'épisode de l'exercice de simulation avec les urgences et la sécurité intérieure au CHU de Rennes l'illustre de manière éloquent avec la vexation des équipes des urgences face aux commentaires des équipes de réanimation sur des pratiques non adéquates, position entièrement assumée dans les entretiens¹²⁵. Si les aides-soignants ont également pu tenir ce discours, cela semble cependant relever davantage du mimétisme.

L'autre thématique récurrente a été celle de la sécurité du personnel, cristallisée autour de la question de l'habillement. Leitmotiv du discours institutionnel, il s'agit d'une thématique que les infirmiers se sont appropriée, certes parce qu'elle les concerne au premier chef, mais également dans la mesure où elle offre une base d'appui légitime à la mise en perspective du discours médical, comme l'illustre la scène évoquée précédemment du refus de cesser de porter les combinaisons de sécurité¹²⁶ dans l'attente des résultats du laboratoire sur un cas suspect.

Cette représentation sociale complexe, qui participe aujourd'hui à l'évolution du système de soin, s'est donc bien manifestée lors de la prise en charge des cas suspects dans les ESRH étudiés.

3.1.3. L'ambivalence de la position du cadre

Ainsi qu'évoqué précédemment à travers les travaux de GOFFMAN et BOURRET¹²⁷ le cadre se trouve dans une situation ambivalente lorsqu'il s'agit de faire appliquer la règle. À cela s'ajoute

la question perpétuelle de la légitimité technique de ce manager de proximité, dont les bureaux sont dans le service, et dont la mission implique nécessairement la confiance des équipes. S'il a eu à jouer un rôle critique dans l'application des injonctions répondant à la prise en charge de patients atteints du virus Ebola, la représentation de son métier s'inscrit dans une continuité certaine qui n'a pas été remise en cause.

Cela se perçoit à travers une certaine versatilité dans le discours tenu par les cadres. En effet, ceux-ci ont adopté en général une posture défensive lors des entretiens, mettant en avant la qualité de l'adaptation des équipes, évoquant le sentiment de « *psychose* »¹²⁸ (terme choisi par une cadre) des équipes sous l'angle du management, avec un accent sur le travail de communication. Les réponses étaient en général courtes et concises, avec un réel souci de donner celles « institutionnellement correctes »: ainsi une cadre a montré sa gêne quand il lui a été fait remarquer qu'elle semblait considérer le médecin comme une personne extérieure au service, de crainte que cela ne soit considéré comme une attaque indirecte¹²⁹.

Si des élèves fonctionnaires dans le domaine de la santé ont ainsi eu des difficultés à aborder précisément la question des représentations sociales, qui relève pour une bonne part du ressenti, tel n'a pas été le cas des entretiens réalisés précédemment par des chercheurs. Dans une atmosphère visiblement moins solennelle, le discours du cadre, plus prolix, s'est rapproché alors en de nombreux points du discours infirmier, avec par exemple des critiques à peine voilées contre le comportement d'un membre de l'équipe de direction lors de la prise en charge d'un patient atteint de la FHV à virus Ebola dans un ESRH¹³⁰.

Ce double discours fait ainsi écho au dédoublement qui est demandé au cadre, à la fois relais de l'administration via la direction des soins tout en demeurant fondamentalement un soignant localisé dans un service. Dans une situation complexe comme celle de l'adaptation à la prise en charge de la FHV à virus Ebola, cette dualité a été visible. C'est sous cet angle qu'il est possible de considérer les éloges reçus par un cadre de la Pitié Salpêtrière de la part des équipes soignantes lorsqu'elles sont allées au contact d'un patient suspecté d'avoir contracté le virus Ebola pour rassurer les équipes¹³¹: la légitimité soignante est venue au support du protocole de soin élaboré.

3.2. L'après crise sanitaire: un risque entre urgentisation et routinisation

3.2.1. Le processus d'urgentisation : Mise en place d'une prise en charge spécialisée et à la marge

Dans sa thèse¹³², le chercheur F. FOURES décrit le concept de « *cité de l'urgence* », un lieu fictif où règnent « *des règles, des registres d'action, des valeurs qui tranchent avec celles du quotidien et sont comparables, quelle que soit la nature de l'événement exceptionnel* ». Cette cité

prend une forme concrète dans l'hôpital à travers la création d'un système de prise en charge qui soumet les soignants à des contraintes de temps et d'espace dans des situations inhabituelles (isolement thérapeutique, tenues protectrices, dispositifs médicaux dédiés...). Il se distingue également du fonctionnement dit normal à travers la création de structures administratives dédiées à la gestion de crise. Ainsi, l'hôpital Bichat¹³³ a réuni hebdomadairement une cellule de crise pour traiter de la menace. Par un traitement exceptionnel et donc à la marge, le risque d'Ebola connaît un processus d'« urgentisation ».

Pour prendre en compte l'épidémie, les décideurs ne font pas le choix d'un changement global du système, mais plutôt de la construction de nouveaux dispositifs destinés à apporter une réponse spécifique à l'évènement exceptionnel. Les paradigmes dominants qui gouvernent la décision en milieu hospitalier et les réactions des différents acteurs ne sont à aucun moment interrogés. Un cadre paramédical du pôle infectieux de l'Hôpital Bichat¹³⁴, résume le phénomène d'urgentisation que connaît l'épidémie à son arrivée dans l'ESRH : « *appliquer des mesures exceptionnelles dans un environnement habituel* ».

Si elle correspond à un dispositif ostracisé au sein de l'hôpital, la FHV à virus Ebola ne relève pas pour autant d'une prise en charge en rupture avec l'ordre négocié entre les différents acteurs. Les normes habituelles se reconstruisent, en effet, autour de l'évènement exceptionnel.

3.2.2. Le processus de routinisation: une double reconstruction des routines

En parallèle du processus d'urgentisation, le risque d'Ebola semble connaître un phénomène de routinisation qui apparaît comme une double forme de reconstruction de routines. La première forme tient, à ce que F. FOURES appelle « *à la fois à un processus de rééquilibrage et de réajustement de la répartition des savoirs, et à la construction d'un accord au sein d'une communauté de travail sur la définition, la qualification d'une situation et les réponses à lui apporter* ». Même dans le cas d'un évènement déstabilisateur (crise sanitaire), l'hôpital recrée un ordre à travers des négociations entre les différents acteurs sur la réponse à apporter à la menace. Ainsi, construire une prise en charge autour de la FHV à virus Ebola a suscité de nombreux débats éthiques et techniques dans les équipes. Un infectiologue du CHU de Rennes¹³⁵ illustre par ses propos les délibérations advenues au sein des services : « *Les soignants ont eu des interrogations non prévues par les médecins, comme leur environnement familial, la façon d'appréhender la contagiosité* ».

Ces accords implicites et explicites de travail sont le reflet des enjeux de reconnaissance et de pouvoir qui existent au sein de l'hôpital. Le chef de service poursuit en évoquant des différences de positionnement : « *Pour les médecins, Ebola n'est qu'un cas de plus* ». En réalité, l'urgentisation et la rupture qu'elle a engendrée apparaissent comme le moteur de la reconstruction de nouvelles

routines collectives. La prise en charge, en apparence spécifique, finit par se réinscrire dans un système connu de relations professionnelles, de systèmes de décision et de protocoles. Un cadre de santé décrit le « cycle de vie » de la crise suscitée par l'épidémie au sein l'HIA Begin¹³⁶ : « *Ebola a permis au service de se faire connaître au sein de l'hôpital. On vous tire le chapeau. Et après baisse de régime. On retombe dans la routine* ».

La seconde forme de reconstruction de routines est liée à la bureaucratisation que connaît le risque à la suite de son intégration. La menace s'écarte de son caractère déstabilisateur pour entrer dans un processus de normalisation. Encadrée par des instruments (protocole, formation, exercice, comité...), elle quitte son caractère inquiétant. C. GILBERT¹³⁷, politologue, explique ce phénomène caractéristique des crises sanitaires. La rationalisation du danger par le biais des protocoles réduit l'incertitude des acteurs et par là même, leur sentiment de déstabilisation.

Absorbé dans le fonctionnement quotidien des ESRH, le risque d'Ebola apparaît comme décevant par rapport à la transformation organisationnelle qu'aurait dû susciter le sentiment de crise.

3.2.3. La crise provoquée par l'intégration d'Ebola dans les ESRH : un facteur d'apprentissage à la portée difficile à mesurer

Selon le chercheur F. FOURES, l'apprentissage que la société retire des crises ne serait « *pas à la hauteur du bouleversement des systèmes confrontés à des événements qualifiés d'exceptionnels* ». Il avance que le discours sur la crise se concentre sur son caractère exceptionnel. De fait, dans l'imaginaire collectif, ce n'est pas le système qui n'est plus adapté à l'évènement, mais l'évènement qui n'est pas adapté au système. Le système n'a pas à être changé, ni même la qualité de la réponse organisationnelle à être interrogée. Il s'agirait plutôt de proposer une réponse spécifique à la menace, à l'exemple du processus d'urgentisation décrit plus haut.

Ce phénomène est accentué par la difficulté dans le cas des crises sanitaires à se placer dans une dynamique d'analyse d'erreur. Comment déterminer si le pire a été évité grâce aux mesures mises en place ou si, au contraire, les dispositions prises ont été excessives ? Aussi, les retours d'expérience se concentrent la plupart du temps sur la fluidité des décisions et non sur l'efficacité de l'action.

F. FOURES tempère néanmoins ses conclusions sur le caractère complexe des leçons à tirer des crises sanitaires. D'une part, une forme d'apprentissage est susceptible d'être détachée du registre de l'urgence. Cet apprentissage se traduit par des évolutions en matière « *de connaissance ou à des reconfigurations des systèmes d'acteurs* »¹³⁸. Il peut aussi impliquer des « *re-paramétrages ou des changements d'outils (normatifs ou techniques)* ». Presque systématiquement, les équipes ont relevé les nombreuses avancées permises par la construction d'un nouveau dispositif : mise en place de formations, construction de nouveaux protocoles, revue de la sécurité et de l'hygiène, achat

de nouveaux matériels, etc. Ainsi, intégrer le risque d’Ebola a poussé le CHU de Rennes¹³⁹ à repenser ses procédures et ses circuits pour toutes les maladies hautement contagieuses. Il a également permis de se rendre compte que certaines pratiques « standards » n’étaient pas encore bien intégrées par les soignants (hygiène des mains, port de bijoux, port des gants, etc.). L’épisode a été révélateur de « petites failles » dans la qualité et la sécurité de la prise en charge. Pour y répondre, des temps d’information ont été dégagés.

La difficulté peut être ensuite de conserver les évolutions réalisées en l’absence de réalisation de risque et alors même que l’attention autour du risque d’Ebola décroît. C’est ce que souligne un professeur du CHU de Rennes : « *On est en train de perdre ce qu’on a appris parce qu’il n’y a pas de patients. (...) Un ESRH a le devoir de maintenir une préparation. Les acquis permis par Ebola doivent être conservés* ».

D’autre part, les crises ont sans doute des effets non décelables puisque d’un événement à l’autre, les choix décisionnels divergent, sans qu’une quelconque logique puisse être identifiée. En réalité, ainsi que l’a démontré la théorie de la contingence organisationnelle, les antécédents ou préalables à la crise influencent le type de réponse qu’apportent les communautés et les organisations dans la gestion de la crise. Dans le cas de la prise en charge de la FHV à virus Ebola, les décisions prises peuvent être liées au souvenir d’autres épidémies : H1N1, SRAS, Coronavirus... Ce constat est particulièrement valable pour les centres de référence, régulièrement appelés à traiter des menaces infectieuses.

CONCLUSION

Le travail réalisé nous a permis d'investiguer un champ encore peu exploré par les chercheurs français : celui des représentations soignantes face à une épidémie nouvelle, incertaine quant à ses caractéristiques et mortelle. Si la littérature étrangère, majoritairement anglo-saxonne, nous a fourni des points de comparaisons utiles avec les crises sanitaires passées (comme le SRAS, la grippe H1N1, etc.), nous nous sommes adossés aux entretiens que nous avons pu réaliser auprès des soignants de différents services des ESRH.

Cette étude des représentations nous a permis d'analyser l'organisation hospitalière depuis un point d'entrée original. Elle irrigua notre réflexion sur différents aspects de celle-ci, notamment son adaptabilité : les structures hospitalières, portées en cela par les soignants, se sont, en effet, montrées réactives face à la crise sanitaire que constituait l'épidémie d'Ebola, et ce, malgré le fort degré d'incertitude entourant les modalités de prises en charge.

Ce sentiment d'impréparation, plus ou moins fort selon les services en raison de leurs propres habitudes à prendre en charge des patients souffrant d'une maladie infectieuse, a été exacerbé par une couverture médiatique anxiogène de l'épidémie comme nos entretiens l'ont appuyé. Nos conclusions sont en cela cohérentes avec la littérature existante : les soignants, groupe social singulier partageant des valeurs et symboles particulièrement activés pendant l'épidémie, sont également sensibles aux risques pour leur santé et leurs perceptions du risque dépendent d'une diversité de facteurs pouvant influencer leur implication dans le dispositif de prise en charge particulier mis en place lors des épidémies. Notre étude démontre également que l'influence des différents facteurs identifiés est variable en fonction de la catégorie professionnelle, de la position institutionnelle et des caractéristiques personnelles des soignants.

Il semble donc que la crise sanitaire exacerbe des représentations soignantes qui, en temps habituel, restent discrètes ou sont intégrées dans le fonctionnement routinier de l'hôpital. Elle a, en cela, permis de faire ressortir certains traits caractéristiques de la culture soignante qui structurent et orientent leurs représentations. Comme l'exprime une cadre de santé : « *Ebola fait remonter des choses enfouies* ».

Cette analyse des représentations des personnels hospitaliers implique nécessairement un questionnement du fonctionnement habituel hospitalier. Les différents efforts de préparation, de formation, de communication et d'accompagnement dans le dispositif de prise en charge ont, dans un premier temps, pu remettre en cause, à la marge, certaines routines hospitalières par la mise en place de nouvelles procédures, par la rédaction de protocoles et par l'installation d'instances

dédiées. Ce processus de mise en place de la réponse sanitaire a également mis en lumière des problématiques habituelles de l'organisation hospitalière et a pu appuyer certaines revendications classiques des différents professionnels. Toutefois, comme nous l'avons constaté, au-delà de cette phase « d'urgentisation des routines », les structures hospitalières ont su, par un processus d'ajustement et de rééquilibrage négocié, reconstruire des routines collectives, à travers les protocoles notamment. La gestion du dispositif spécifique de prise en charge se trouva donc pleinement intégrée dans le fonctionnement des établissements de référence. Il ne faut toutefois pas déduire de ce constat que les établissements n'ont pas appris de cet épisode sanitaire : la préparation à la prise en charge a permis de relever des dysfonctionnements, de les corriger et, ainsi, d'améliorer les pratiques standards.

Comme l'ont exprimé de nombreux soignants, cette expérience leur a permis de mener une réflexion sur les modalités de prise en charge en situation d'épidémie, sur les réflexes à intégrer face au risque et sur les éventuelles contraintes pouvant venir limiter l'efficacité pleine du dispositif. Cette expérience accumulée pourra se relever particulièrement utile à l'avenir dès lors que, comme le souligne l'OMS, l'avenir verra de nouvelles épidémies virales ressurgir et se diffuser plus rapidement que par le passé¹⁴⁰.

Il serait ainsi dangereux que les établissements banalisent excessivement cet épisode sanitaire. L'effet d'apprentissage risque ainsi de disparaître s'il n'est pas pérennisé institutionnellement. Ce rapport a permis de mettre en lumière quelques pistes de réflexion afin de mieux identifier les leviers permettant une préparation optimale des ESRH en cas de crise sanitaire aiguë.

-
- ¹ HALE Benjamin, « Ce qui rend Ebola terrifiant, c'est que ce virus menace l'espèce humaine en s'attaquant à son humanité », *Revue Sciences et santé*, 24 Septembre 2014.
- ² MOULIN Anne-Marie, « Autour du virus Ebola », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015, numéro spécial.
- ³ Cf. annexe n°1.
- ⁴ RDC, Ouganda, Soudan, Gabon.
- ⁵ Le Monde avec AFP, « L'épidémie Ebola prend fin au Liberia, selon l'OMS », [en ligne], disponible sur : http://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2015/05/09/1-epidemie-Ebola-prend-fin-au-liberia-selon-l-oms_4630564_1651302.html, (consulté le 11 mai 2015).
- ⁶ LEROY É., POURRUT X., & GONZALEZ J. P., Les chauves-souris, réservoirs du virus Ebola : Le mystère se dissipe. *M/S: médecine sciences*, 22(1), 78-79, 2006.
- ⁷ DESENCLOS Jean-Claude, BOURDILLON François, « 2014, année de la première épidémie d'Ebola de portée internationale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°36, 19 Décembre 2014.
- ⁸ DESENCLOS Jean-Claude, BOURDILLON François, *op.cit.*
- ⁹ JODELET Denise, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1994 (pp. 36-57).
- ¹⁰ Cf. notamment ARROW, Kenneth Joseph, "Risk perception in psychology and economics". *Economic inquiry*, 20(1), 1-9, 1982.
- ¹¹ SJÖBERG, Lennart, « Factors in risk perception ». *Risk analysis*, 20(1), 1-12, 2000.
- ¹² RAUDE, Jocelyn, « Étude des interactions individus-environnements dans la construction des croyances sur les maladies infectieuses », Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Ecole des hautes études pratiques de Paris, 2014.
- ¹³ SLOVIC, Paul, Perception of risk. *Science*, n°236, pp. 280-285, 1987.
- ¹⁴ N. GUALDE souligne ainsi les perspectives eschatologiques fortes présentes dans la notion d'épidémie. Cf. GUALDE Norbert, « De la peste au virus Ebola : comment les épidémies se propagent-elles », *Le Figaro*, 1^{er} août 2014.
- ¹⁵ De même, le Pr. F. BRICAIRE, chef du service des maladies infectieuses de la Pitié-Salpêtrière, souligne que les caractéristiques intrinsèques de la maladie, comme le mode de contamination directe, rapproche la FHV Ebola de la peste noire. Cf. BRICAIRE François, « Épidémie d'Ebola : la mort atroce des victimes du virus », *Atlantico*, 3 avril 2014.
- ¹⁶ DELUMEAU Jean, *La peur en Occident*, Hachette, 2003.
- ¹⁷ WASHER, Peter, 2004. Representations of SARS in the British Newspapers. *Social Science & Medicine*, 59 (2004), 2561–2571.
- ¹⁸ Ils adoptèrent ainsi, dans un premier temps, le même cadrage que les médias britanniques lors de l'épidémie de 1995. Cf. JOFFE, Hélène & HAARHOFF, Georgina, 2002. Representations of far-flung illnesses : the case of Ebola in Britain. *Social Science & Medicine*, 54 (2002), 955-969.
- ¹⁹ Extrait de l'entretien auprès d'un infectiologue du CHU de Rennes, réalisé le 5 mai 2015.
- ²⁰ MOSCOVICI, Serge, 2001. *Social representations*. New York University Press, New York, 240pp.
- ²¹ Cf. RAUDE, J., *op. cit.* pour une description plus précise de ce concept.
- ²² Extrait de l'entretien d'un cadre de pôle de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, réalisé le 4 mai 2015.
- ²³ Extrait de l'entretien d'une aide-soignante du service de maladies infectieuses du CHU de Rennes, réalisé par Jocelyn RAUDE, mars 2015.
- ²⁴ À titre d'exemple, le hashtag #Ebola fit partie des cinq thèmes les plus partagés sur Twitter au cours du mois d'août. Cf. LEETARU, Kalev. Don't blame CNN for the Ebola Panic. *Foreign Policy*, 24 octobre 2014.
- ²⁵ P. SLOVIC a ainsi démontré qu'il existait une corrélation très élevée entre la perception de l'incidence moyenne des risques et la fréquence de leur couverture dans la presse, si bien qu'il pouvait conclure à une forte influence des médias sur les croyances collectives en matière de risque sanitaire. Cf. SLOVIC, Paul, FISCHHOFF, Baruch & LICHTENSTEIN, Sarah, 1979. Rating the risks. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, 21(3), pp. 14-39.
- ²⁶ BOY, Daniel, 2006. La perception des risques. *Les Dossiers de la recherche*, n° 26.
- ²⁷ JOHNSON, Brendan, COVELLO, Vincent, 1987. *The Social and Cultural Construction of Risk : Essays on Risk Selection and Perception*, Boston, Springer, 399 pp.

-
- ²⁸ P. WAGNER-EGGER & Al. ont, par ailleurs, montré que, dans cette course à la narrativisation, la figure du héros et de la victime apparaissaient régulièrement dans la construction des récits journalistiques autour des questions sanitaires. Cf. WAGNER-EGGER, Pascal & Al., 2011. Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic : heroes, victims and villains. *Public Understanding of Science*, 20(4), 461-476.
- ²⁹ WILKINSON, Iain, 1999. News media discourse and the state of public opinion on risk. *Risk management*, 1, 21-31.
- ³⁰ FESTINGER, Leon, 1962. *A theory of cognitive dissonance.*, Stanford University Press, 291 p.
- ³¹ UNGAR, Sheldon, 1998. Hot Crises and Media Reassurance: A Comparison of Emerging Diseases and Ebola Zaire. *British Journal of Sociology*, 49(1) ,36–56.
- ³² UNGAR, Sheldon, 2008. Global Bird Flu Communication. *Science Communication*, 29(4), 472–97.
- ³³ Cette phase alarmante du discours médiatique est récurrente lors des épidémies. Cf. WILSON, Nick, THOMSON, George, MANSOOR, Osman, 2004. Print media response to SARS in New Zealand. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1461–1464.
- ³⁴ Cf. dans le cas américain : BASCH, Corey H. & Al., 2014. Coverage of the Ebola Virus Disease Epidemic in three widely circulated United States Newspapers : implications for preparedness and prevention. *Health Promotion Perspective*, 4(2), 247-251.
- ³⁵ Extrait d'un entretien réalisé avec un infectiologue du CHU de Rennes le 28 avril 2015.
- ³⁶ Extrait d'un entretien réalisé avec un infectiologue du CHU de Rennes le 5 mai 2015.
- ³⁷ Cf. par exemple MULHOLLAND, Quinn. Be very afraid : how the media failed in covering Ebola. *Harvard Political Review*, 26 novembre 2014.
- ³⁸ Cf. par exemple MULHOLLAND, Quinn. Be very afraid : how the media failed in covering Ebola. *Harvard Political Review*, 26 novembre 2014.
- ³⁹ MOSCOVICI, Serge. The phenomenon of social representations. In FARR, Robert M, 1984. *Social representations*. Paris-Cambridge, Maison des Sciences de l'homme and Cambridge University Press, 412 p.
- ⁴⁰ Extrait d'un entretien avec un cadre de pôle de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière réalisé le 4 mai 2015.
- ⁴¹ BARNETT, Daniel .J. & Al., 2005. Applying Risk Perception Theory to public health workforce preparedness training. *Journal of Public Health Management Practice*, supp novembre 2005.
- ⁴² IVES, Jonathan & Al., 2009. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza : a qualitative study. *BMC Public Health*, 9(56), doi:10.1186/1471-2458-9-56.
- ⁴³ Extrait d'un entretien avec un aide-soignant de l'hôpital Bégin réalisé le 5 mai 2015.
- ⁴⁴ *Idem.*
- ⁴⁵ *Idem.*
- ⁴⁶ *Idem.*
- ⁴⁷ NICKELL, Leslie A. & Al., 2004. Psychological effects of SARS on hospital staff : a survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5): 793–798.
- ⁴⁸ L'article de référence étant dans ce domaine celui de BARNETT. D.J. & Al., 2005, *op.cit.*
- ⁴⁹ IVES J. & Al., *op.cit.*
- ⁵⁰ BALICER, Ran D., 2010. Characterizing hospital workers' willingness to report to duty in an influenza pandemic through threat- and efficacy-assessment. *BMC Public Health*, 10(436), doi:10.1186/1471-2458-10-436.
- ⁵¹ Extrait d'un entretien avec un cadre de santé de l'hôpital Bégin réalisé le 5 mai 2015.
- ⁵² QURESHI, Kristin A. & Al., 2005. Healthcare workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *Journal of Urban Health*, 82(3), 378-388 ; QURESHI, Kristin A., 2002. Emerging preparedness training for public health nurses. *Journal of Urban Health*, 79(3), 413-416.
- ⁵³ LEHMANN, Marco & Al., 2005. Ebola and psychological stress of health care professionals. *Emerging Infectious Diseases*, 21(5).
- ⁵⁴ Extrait d'un entretien avec un aide-soignant de l'hôpital Bégin réalisé le 5 mai 2015.
- ⁵⁵ QURESHI, K.A. & Al., 2005, *op. cit.*
- ⁵⁶ SHAPIRA, Y. & Al., 1991. Willingness of staff to report their hospital duties following an unconventional missile attack. *Israeli Journal of Medical Sciences*, 27(11-12), 704-711.
- ⁵⁷ Extrait d'un entretien réalisé avec un cadre de santé de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière le 3 mai 2015.
- ⁵⁸ BALICER, Ran D. & Al., 2006. Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*, 6(99).

⁵⁹TARANTINI, C. & Al., 2015. Healthcare workers of French Ebola Referral Healthcare centers talk about their preparedness feelings. *New Microbes and New Infections*, 2005.

⁶⁰ C'est ce qu'exprime par exemple un infirmier de Bégin : « À l'arrivée de la patiente, j'étais un peu stressé parce qu'il fallait très bien agir. Je n'avais pas peur pour ma santé, car la tenue était très bien et je m'étais entraîné. J'ai peur de mal faire le soin ».

⁶¹ KAPERSON, Roger, PIDGEON, Nick & SLOVIC, Paul, 2003. *The social amplification of risk*. Cambridge University Press, Cambridge, 468 p. Ces auteurs estiment notamment que les désaccords publics entre différentes parties dans le débat suscité par le risque amplifient la perception du risque.

⁶² BARNETT, Daniel J., 2005, *op. cit.*

⁶³ POUCHELLE, Marie-Christine, 2008. *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*. Séli Arslan, 192p.

⁶⁴ Ce résultat est congruent avec celui établi par TARANTINI C., 2015, *op. cit.*

⁶⁵ Extrait d'un entretien avec un cadre de santé de l'hôpital Bégin réalisé le 5 mai 2015.

⁶⁶ Extrait d'un entretien avec un cadre de santé de la Pitié Salpêtrière réalisé le 3 mai 2015.

⁶⁷ POUCHELLE, M.C., 2008, *op.cit.*, p.142.

⁶⁸ Extrait d'un entretien avec un infectiologue du CHU de Rennes, réalisé le 29 avril 2015.

⁶⁹ POUCHELLE M.-C., *op.cit.*

⁷⁰ Extrait d'un entretien avec un infectiologue du CHU de Rennes, réalisé le 29 avril 2015.

⁷¹ Annexe n°6.

⁷² Présence d'un SAMU, d'un service de maladies infectieuses doté de chambres d'isolement à pression négative ou encore d'un laboratoire de niveau de confinement L3 etc.

⁷³ Arrêté du 30 novembre 2005 relatif à la liste des établissements de santé de référence pour chacune des sept zones de défense et de sécurité de France métropolitaine.

⁷⁴ LAGADEC Patrick, la question des plans : nécessités tactiques, risques stratégiques, *Préventique Sécurité*, n°110, mars-avril 2010.

⁷⁵ L'habitus au sens de P. BOURDIEU, désigne la matrice de comportements individuels construits lors de la socialisation primaire et secondaire. Ainsi, les individus issus de mêmes groupes sociaux, professionnels, qui ont vécu des socialisations similaires, peuvent avoir des représentations et manières de penser, d'agir proches. Cf. notamment : BOURDIEU, Pierre, 1980. *Question de sociologie*. Paris, Les Editions de Minuit, 192 p.

⁷⁶ Cependant, il convient de souligner qu'il existe un pilotage international et un réseau international de réponse à la lutte contre les maladies à virus Ebola (le GOARN). Les protocoles français n'ont donc pas été définis ex-nihilo.

⁷⁷ Les protocoles de prise en charge des patients cas « suspects », « possibles » et « confirmés » ont été construits sur la base de protocoles dédiés à la prise en charge de patients atteints de pathologies hautement infectieuses comme la tuberculose.

⁷⁸ Extrait de l'entretien réalisé par Jocelyn Raude auprès d'une cadre de santé au CHU de Rennes, le 17 mars 2015.

⁷⁹ Cf. annexe n°5.

⁸⁰ Référence à l'entretien réalisé auprès d'un chef de pôle au CHU de Rennes, le 29 avril 2015.

⁸¹ Référence à un entretien réalisé auprès d'un cadre de santé du service de réanimation eu CHU de Rennes, le 28 avril 2015.

⁸² Extrait de l'entretien réalisé auprès d'un chef de clinique dans l'unité des risques épidémiques et biologiques à l'hôpital Bichat, le 30 avril 2015.

⁸³ Entre le 10 avril 2014 et le 14 janvier 2015, le Haut Conseil de la Santé Publique a publié 12 avis, visant à répondre principalement aux interrogations des ESRH quant à la prise en charge de patients potentiels. Ces avis sont consultables sur le site internet suivant : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>.

⁸⁴ STRAUSS Anselm, « *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme* », Broché, 1 juin 1991

⁸⁵ CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, SOUTEYRAND Yves (dir.), 1996, *L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins*, Montrouge, Editions John Libbey, Eurotext, 317p.

⁸⁶ Extrait de l'entretien réalisé auprès d'une sage-femme à l'hôpital Bichat, le 5 mai 2015.

⁸⁷ Référence l'entretien réalisé avec un aide-soignant au CHU de Rennes, le 5 mai 2005.

⁸⁸ Référence à l'entretien réalisé auprès d'une sage-femme à l'hôpital Bichat, le 5 mai 2015.

⁸⁹ Extrait de l'entretien réalisé par Jocelyn RAUDE auprès d'une cadre de santé au CHU de Rennes, le 17 mars 2015.

⁹⁰ Circulaire interministérielle relative à la conduite à tenir au regard du risque d'Ebola, le 14 octobre 2014.

⁹¹ Extrait de l'entretien réalisé avec une cadre de santé du pôle des urgences au CHU de Rennes, le 5 mai 2015.

⁹² TARANTINI C. & Al., *op.cit.*

⁹³ Cette étude a mis en avant que l'évolution constante des protocoles et mesures participe du sentiment de mauvaise préparation des professionnels de santé et soignants.

⁹⁴ Extrait de l'entretien réalisé avec un cadre de santé du CHU de Rennes, le 27 avril 2015.

⁹⁵ Extrait de l'entretien réalisé auprès d'une cadre de santé du pôle des urgences au CHU de Rennes, le 5 mai 2015.

⁹⁶ LAGADEC Patrick, *op.cit.*

⁹⁷ Référence aux entretiens auprès des cadres de santé interrogés du CHU de Rennes en mai 2015.

⁹⁸ FAVEREAU, Olivier. Conventions et régulation. In BOYER, Robert (dir.), 1995. *Théorie de la régulation. L'état du savoir*. La Découverte, Paris, pp. 511-520.

⁹⁹ Cf. *supra* : 1.1.1.

¹⁰⁰ Au CHU de Rennes, un infirmier a testé l'étanchéité de la combinaison lors d'une formation habillage et déshabillage. Cette dernière s'est révélée perméable. Référence à l'entretien réalisé auprès d'une infirmière.

¹⁰¹ Le rôle de la science et des experts dans la crise est notable, souvent ce sont les scientifiques, qui, par les outils de mesure des signaux permettent de qualifier ou non un risque en crise (exemple : c'est par un outil statistique d'évaluation du nombre de nouveau cas/semaine qu'on a déterminé récemment que l'épidémie d'Ebola avait pris fin au Libéria). D'ailleurs, selon le politologue Claude GILBERT, les experts donnent aux décideurs les moyens d'objectiver les risques, de les rationaliser, afin de limiter l'incertitude. Ce phénomène peut s'appliquer aux protocoles de prise en charge du virus Ebola. Cf. notamment : GILBERT, Claude, 2009. *Comment se construisent les problèmes de santé publique ?* La Découverte, 296 p.

¹⁰² Selon plusieurs entretiens comme celui d'un cadre paramédical de l'hôpital Bichat ou d'un cadre de réanimation du CHU de Rennes.

¹⁰³ Cf. *supra* : 1.2.2.

¹⁰⁴ Les entretiens ont révélés que plus l'implication des professionnels de santé dans l'édiction des procédures était forte, plus les craintes, peurs et ressentis négatifs était apaisés.

¹⁰⁵ Extrait d'un entretien réalisé auprès d'un infectiologue du CHU de Rennes réalisé le 5 mai 2015.

¹⁰⁶ Certains professionnels, comme un cadre de l'hôpital Bichat, évoquent d'ailleurs la rigidité et la complexité de certaines procédures, trop poussées et insuffisamment adaptées aux réalités du terrain.

¹⁰⁷ La remise en cause de la place du médecin « tout puissant » n'est pas nouvelle, elle date de l'après-guerre. Toutefois, l'épidémie de FHV Ebola a exacerbé ce phénomène.

¹⁰⁸ Référence à l'entretien d'un aide-soignant du service des urgences du CHU de Rennes, le 5 mai 2015.

¹⁰⁹ Référence à l'entretien d'une cadre de santé du CHU de Rennes par J. RAUDE le 17 mars 2015.

¹¹⁰ Extrait de l'entretien d'un infectiologue du CHU de Rennes le 5 mai 2015.

¹¹¹ Référence aux entretiens effectués avec les personnels paramédicaux du service des urgences du CHU de Rennes.

¹¹² Par exemple : référence à un entretien avec un aide-soignant du CHU de Rennes, réalisé le 5 mai 2015.

¹¹³ On notera la force de la terminologie employée.

¹¹⁴ BOURRET Paule, 2006. *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Éditions Séli Arslan, Paris, 284 p.

¹¹⁵ *Id.*

¹¹⁶ GOFFMAN. E., *Les rites d'interaction*. Minuit, Paris, 1974.

¹¹⁷ Les protocoles des ESRH ont été créés à partir des protocoles déjà existants dans les centres hospitaliers, des avis du Haut conseil en santé publique, des instructions ministérielles et des recommandations de l'EPRUS.

¹¹⁸ BOURRET Paule, *op cit.*

¹¹⁹ Référence à l'entretien d'une cadre de santé du CHU de Rennes (infirmier qui a testé l'étanchéité des combinaisons qui se sont révélées perméables).

¹²⁰ ARBORIO, Anne-Marie, 2012. *Un personnel invisible : les aides-soignants à l'hôpital*. Economica, coll. « sociologiques », 334 p.

¹²¹ Référence à l'entretien avec un infirmier d'un service de réanimation, mai 2015.

¹²² Référence à un entretien avec un aide-soignant d'un service de réanimation, mai 2015.

¹²³ MOSSÉ Philippe, BOULONGNE-GARCIN Maryse, 2008. *L'hôpital et la profession infirmière*. Seli Arslan, 191 p.

¹²⁴ Référence à l'entretien réalisé avec un infectiologue, CHU de Rennes, avril 2015.

¹²⁵ Référence à l'entretien réalisé par J. RAUDE auprès d'un cadre de santé au CHU de Rennes, le 17 mars 2015.

¹²⁶ Référence à l'entretien réalisé avec un cadre de santé d'un service de réanimation, avril 2015.

¹²⁷ Cf *supra* : 2.2.3.

-
- ¹²⁸ Référence à l'entretien avec un cadre d'un service de réanimation, avril 2015.
- ¹²⁹ Idem.
- ¹³⁰ Référence à l'entretien réalisé par J. RAUDE auprès d'un cadre de santé au CHU de Rennes, le 17 mars 2015.
- ¹³¹ Référence à l'entretien avec un cadre de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, réalisé en mai 2015.
- ¹³² FOURES, Franck, 2011. *De l'urgentisation des routines à la routinisation des urgences : vieilles maladies, nouvelles crises, simples alertes*. Thèse de doctorat, Programme doctoral de Sociologie, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po Paris.
- ¹³³ Référence à l'entretien avec un professeur d'hygiène de l'Hôpital Bichat en date du 6 mai 2015.
- ¹³⁴ Extrait d'un entretien avec un cadre paramédical du pôle infectieux de l'Hôpital Bichat en date du 30 avril 2015.
- ¹³⁵ Extrait de l'entretien avec le chef du service d'infectiologie du CHU de Rennes en date du 29 avril 2015.
- ¹³⁶ Extrait de l'entretien avec un cadre de santé du service «Maladies infectieuses et tropicales» en date du 6 mai 2015.
- ¹³⁷ GILBERT, Claude, 2003. La fabrique des risques. *Cahiers internationaux de sociologie*, 1(114), p55-72.
- ¹³⁸ FOURES Franck, *op.cit.*
- ¹³⁹ Référence à l'entretien avec un cadre de santé et un cadre supérieur de santé du pôle « Urgences, réanimation et samu » du CHU de Rennes.
- ¹⁴⁰ OMS, 2000. *A framework for global outbreak alert and response*. WHO/CDS/CSR/2000.2.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

Circulaire DGOS/DIR/PF2/DGS/UOP/2014/306 du 7 novembre 2014 relative aux actions à conduire au sein de chaque établissement de santé (hors établissement de santé de référence habilité) dans le cadre de la préparation à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect de maladie à virus Ebola.

OUVRAGES

ABEL P-C., *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?*, Editions De Boeck /Estem, 2014.

AIACH P. & FRASSIN D. (Dir.), *Les métiers de la santé - Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Economica, 1994.

ARBORIO M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Économica, coll. « sociologiques », 2012

BOULONGNE-GARCIN M. & MOSSE P., *L'hôpital et la profession infirmière*, Editions Séli Arslan, 2008.

BOURRET P., *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Éditions Séli Arslan, Paris, 2006.

DELUMEAU J., *La peur en Occident*, Hachette, 2003.

FAVEREAU O., « Conventions et régulation », in BOYER R. (dir.), *Théorie de la régulation. L'état du savoir*, Paris, La Découverte, pp511-520.

FESTINGER L., *A theory of cognitive dissonance*, Standford University Press, 1962.

GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Paris, Minuit, 1974.

JOHNSON B. & COVELLO V., *The Social and Cultural Construction of Risk : Essays on Risk Selection and Perception*, Boston, Springer, 1987.

JODELET D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1994, pp36-57.

KAPERSON R., PIDGEON N. & SLOVIC P., « The social amplification of risk : assessing fifteen years of research and theory ». In : *The social amplification of risk*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

LALONDE C., *Organiser la réponse à la crise : Etude de neuf types de réponses à la crise*, L'Harmattan, 2008.

MOSCOVICI S., *Social representations*, New York, New York University Press, 2001.

POUCHELLE M.C., *L'hôpital ou le théâtre des opérations, essais d'anthropologie hospitalière*, Paris, Editions Seli Arslan, 2008, p142.

STRAUSS A., *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Broché, 1 juin 1991.

ARTICLES

AFP, « L'épidémie Ebola prend fin au Liberia, selon l'OMS », Le Monde, 9 mai 2015.

ARROW K. J., « Risk perception in psychology and economics ». *Economic inquiry*, 20(1), 1982, pp1-9.

BALICER R.D. & Al., « Local public health workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic », *BMC Public Health*, 18 avril 2006.

BALICER R.D., « Characterizing hospital workers' willingness to report to duty in an influenza pandemic through threat- and efficacy-assessmen », *BMC Public Health*, 2010.

BARNETT D.J. & Al., « Applying Risk Perception Theory to public health workforce preparedness training », *Journal of Public Health Management Practice*, novembre 2005.

BASCH, C.H. & Al., « Coverage of the Ebola Virus Disease Epidemic in three widely circulated United States Newspapers : implications for preparedness and prevention », *Health Promotion Perspective*, Vol. 4, N°2, 2014.

BOY D., « La perception des risques », *Les Dossiers de la recherche* N° 26, Paris, 2007.

BRICAIRE F., « Épidémie d'Ebola : la mort atroce des victimes du virus », *Atlantico*, 3 avril 2014.

CONTANDRIOPOULOS A., SOUTEYRAND Y., « L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins », *Sciences sociales et santé*, vol 15, n°4, 1997, pp85-92.

DANIC I., « La notion de représentation pour les sociologue. Premier aperçu », *Université Rennes II*, 2005.

DESENCLOS J-C., BOURDILLON F., « 2014, année de la première épidémie d'Ebola de portée internationale », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°36, 19 Décembre 2014.

GASQUET-BLANCHARD C., « Les fièvres hémorragiques à virus Ebola et Marburg, les multiples enjeux d'une approche globale de la santé », *Journal des anthropologues*, n°138-139, 2014.

GILBERT C., « la fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie* 2003/1, n°114, pp55-72.

GUALDE N., « De la peste au virus Ebola : comment les épidémies se propagent-elles », *Le Figaro*, 1^{er} août 2014.

HALE B., « Ce qui rend Ebola terrifiant, c'est que ce virus menace l'espèce humaine en s'attaquant à son humanité », *Revue Sciences et santé*, 24 Septembre 2014.

IVES J. & AL., « Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza : a qualitative study », *BMC Public Health*, 12 février 2009.

JOFFE H. & HAARHOFF G., « Representations of far-flung illnesses : the case of Ebola in Britain », *Social Science & Medicine*, 2002.

LAGADEC P., « la question des plans : nécessités tactiques, risques stratégiques », *Préventive Sécurité*, n°110, mars-avril 2010.

LEETARU K., « Don't blame CNN for the Ebola Panic », *Foreign Policy*, 24 octobre 2014.

LEHMANN M. & AL., « Ebola and psychological stress of health care professionals », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 21, n°5, Mai 2005.

LEROY E, POURRUT X, et GONZALEZ J-P, « Les chauves-souris, réservoirs du virus Ebola : le mystère se dissipe », *Revue Médecine et Sciences*, volume 22, n°1, janvier 2006, pp78-79.

MOULIN A-M., « Autour du virus Ebola », *Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 2015.

MULHOLLAND Q., « Be very afraid : how the media failed in covering Ebola », *Harvard Political Review*, 26 novembre 2014.

NICKELL L.A. & AL., « Psychological effects of SARS on hospital staff : a survey of a large tertiary care institution », *Canadian Medical Association Journal*, 2 mars 2004.

QURESHI K.A. & AL., « Healthcare workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters », *Journal of Urban Health*, 2005.

QURESHI K.A., « Emerging preparedness training for public health nurses », *Journal of Urban Health*, 2002.

SHAPIRA & AL., « Willingness of staff to report their hospital duties following an unconventional missile attack », *Israeli Medicine Sciences*, 1991.

SLOVIC P., « Perception of risk ». *Science*, n°236, 1987, pp280-285.

SLOVIC P., FISCHHOFF, B., & LICHTENSTEIN, S., « Rating the risks » *Environment: Science and Policy for Sustainable Development*, 1979, pp14-39.

SVANDRA P., *Le soignant et la démarche éthique*, Editions Estem, 2009.

UNGAR S., « Hot Crises and Media Reassurance: A Comparison of Emerging Diseases and Ebola Zaire », *British Journal of Sociology*, 1998, pp36–56.

UNGAR S., « Global Bird Flu Communication », *Science Communication*, 2008, pp. 472–97

TARANTINI C. & AL., « Healthcare workers of French Ebola Referral Healthcare centers talk about their preparedness feelings », *New Microbes and New Infections*, 2015.

TVERSKY A. & KAHNEMAN D., « Judgment under uncertainty : heuristics and biases », Science, New Series, Vol. 185, No. 4157, 1974, pp1124-1131.

WASHER P., « Representations of SARS in the British Newspapers ». Social Science & Medicine, 2561–2571, 2004.

WAGNER-EGGER P. & Al., « Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic : heroes, victims and villains », Public Understanding of Science, Juillet 2011.

WILKINSON I., « News media discourse and the state of public opinion on risk », Risk management, 1999, pp21-31.

WILSON N., THOMSON G., & MANSOOR O., « Print media response to SARS in New Zealand », Emerging Infectious Diseases, 2004, pp1461-1464.

MÉMOIRES ET THÈSES

FOURES F., « De l'urgentisation des routines a la routinisation des urgences : vieilles maladies, nouvelles crises, simples alertes », thèse pour l'obtention de doctorat de sociologie, école doctorale de sociologie, Sciences Po Paris, 2011.

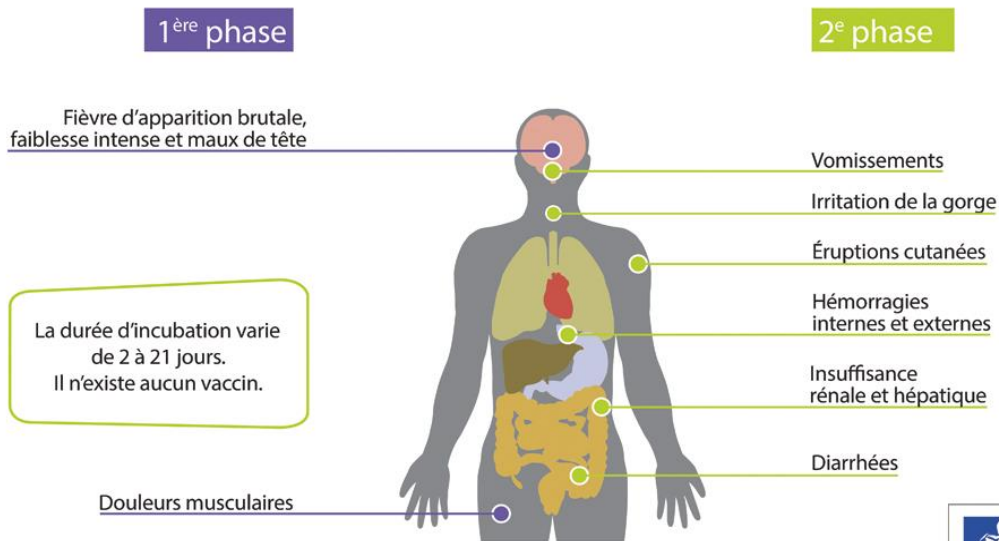
RAUDE J., « Étude des interactions individus-environnements dans la construction des croyances sur les maladies infectieuses", Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, 2014.

LISTE DES ANNEXES

- **Annexe n°1** : Symptômes et transmissions du virus Ebola
- **Annexe n°2** : Liste et grille d'entretiens réalisés auprès de soignants d'ESRH
- **Annexe n°3** : Retranscription d'un entretien avec un cadre de santé d'un service de réanimation
- **Annexe n°4** : Compte rendu d'entretiens
- **Annexe n°5** : Photographies des sites et dispositifs de prise en charge de patients atteints de la FHV à virus Ebola des ESRH
- **Annexe n°6** : Circuit d'un patient atteint de la FHV à virus Ebola

ANNEXE N°1 : SYMPTÔMES ET TRANSMISSIONS DU VIRUS EBOLA

Quels sont les symptômes de la maladie à virus Ebola ?




Conception : Direction générale de la santé - AICOM, Octobre 2014

LE VIRUS EBOLA

Transmission du virus Ebola

- ▶ La fièvre hémorragique Ebola est l'une des maladies virales les plus agressives
- ▶ Elle se transmet par contact direct avec les liquides organiques
- ▶ Des cas de contamination par manipulation de chimpanzés morts ou vivants ont été observés
- ▶ Incubation : 2 à 21 jours

Le virus




0,5 micromètre
Un cheveu humain fait 400 micromètres d'épaisseur

Symptômes


- ▶ Pousée de fièvre, faiblesse, douleurs musculaires, maux de tête et mal de gorge
- ▶ Dans les 14 jours après l'infection, début de saignements abondants internes et externes

Sources : OMS, UNEP, ScienceNet

Effets sur le corps humain



- ① Saignements des gencives et des voies nasales
- ② Maux de gorge
- ③ Rougeurs sur le torse
- ④ Saignements gastro-intestinaux causant des douleurs et des diarrhées

 **REUTERS**

ANNEXE N°2 : LISTE ET GRILLE D'ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DE SOIGNANTS D'ESRH

Liste des entretiens

- Entretien exploratoire avec deux infirmiers du CHU de Rennes réalisé par Jocelyn Raude, le 2 mars 2015.
- Entretien exploratoire avec deux aides-soignants du CHU de Rennes réalisé par Jocelyn Raude, le 3 mars 2015.
- Entretien exploratoire avec un cadre de santé du CHU de Rennes réalisé par Jocelyn Raude, le 17 mars 2015.
- Entretien avec un cadre de santé du service de réanimation du CHU de Rennes, le 27 avril 2015.
- Entretien avec un cadre de santé du service de réanimation du CHU de Rennes, le 28 avril 2015.
- Entretien avec un chef de pôle responsable des services des maladies infectieuses et de la réanimation médicale au CHU de Rennes, le 29 avril 2015.
- Entretien avec un infectiologue au CHU de Rennes, le 29 avril 2015.
- Entretien avec un cadre paramédical du pôle infectieux de l'AP-HP Hôpital Bichat, le 30 avril 2015.
- Entretien avec un chef de clinique dans l'unité des risques épidémiques et biologiques de l'AP-HP Hôpital Bichat, le 30 avril 2015.
- Entretien avec un cadre paramédical du pôle infectieux de La Pitié Salpêtrière, le 4 mai 2015.
- Entretien avec un cadre sage-femme du pôle maternité de l'AP-HP Hôpital Bichat, le 5 mai 2015.
- Entretien avec un cadre de santé des pôles urgences, réanimation et SAMU du CHU de Rennes, le 5 mai 2015.
- Entretien avec un cadre de santé du service des urgences au CHU de Rennes, le 5 mai 2015.
- Entretien avec un infectiologue du CHU de Rennes, le 5 mai 2015.
- Entretien avec deux cadres paramédicaux des urgences de la Pitié Salpêtrière, le 6 mai 2015.
- Entretien avec un infectiologue de l'AP-HP Hôpital Bichat, le 6 mai 2015.
- Entretien avec un cadre de santé du service des maladies infectieuses et tropicales à l'Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, le 6 mai 2015.

- Entretien avec un infirmier à l’Hôpital d’Instruction des Armées Bégin, le 6 mai 2015.
- Entretien avec un aide-soignant civil à l’Hôpital d’Instruction des Armées Bégin, le 6 mai 2015.
- Entretien avec le directeur des soins et le directeur qualité du CHU de Rennes, le 13 mai 2015.

Grille d’entretien

Réactions des institutions face au risque d’Ebola :

- À quel moment le centre hospitalier a-t-il été désigné "établissement de santé de référence habilité"?
- De quelle manière ce changement de statut a-t-il été vécu par les équipes soignantes ?
- Les soignants se sentaient-ils suffisamment préparés ? Ont-ils reçu des formations spécifiques ? Les FHV à virus Ebola sont-elles pour vous des maladies infectieuses comme les autres ?
- Quelle vision du risque d’Ebola les soignants avaient-ils avant de devenir ESRH ?
- Quand et comment avez-vous entendu parler d’Ebola ?
- Votre établissement a-t-il communiqué sur ce sujet ? Quelle réaction avez-vous eu face à cette communication (stress, peur, valorisation, volontariat)?
- Quelle réaction avez-vous eu au regard de la communication externe (médias, ministère, ARS)?

Organisation et moyens mis en œuvre :

- Comment se décompose la prise en charge et le circuit d’un patient cas "suspect, possible ou confirmé" ?
- Une réorganisation a-t-elle été nécessaire (aménagement et moyens) ?
- Le protocole Ebola a-t-il été mis en adéquation avec les objectifs du service ?
- Comment s’est organisée la gestion des déchets (DASRI, nettoyage) ?
- Quelle a été la procédure à suivre en cas de décès d’un patient atteint d’Ebola ?
- Comment avez-vous évalué le bilan risques/avantages ?

Réactions des personnels :

- Qu’ont-ils retiré de cette expérience, en positif et négatif ?
- Ont-ils été volontaires ? Si oui, quelles étaient leurs motivations ?
- Avaient-ils des appréhensions sur ce risque ? Comment y avez-vous répondu ?

ANNEXE N°3 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UN CADRE DE SANTÉ D'UN SERVICE DE RÉANIMATION

Bon alors pour commencer, peut-être par le commencement, au niveau chronologique. On va juste revenir sur le moment où le CHU de Rennes a été désigné comme centre de référence, est-ce que c'était une surprise ou est-ce que c'était quelque chose prévu de longue date sur le fait si Ebola allait apparaître ce serait directement Pontchailloux désigné comme référence ?

Non ce n'était pas quelque chose, à ma connaissance, qui était défini de longue date. Alors après c'est vrai juste pour resituer moi, j'ai pris le poste en réanimation, j'ai réintégré le CHU après ma formation en juillet, juillet 2014. Et de mémoire le CHU a été désigné ESR dans ces périodes, je dirais courant août. Donc c'était pas du tout quelque chose qui était présagé. Ça on ne sait pas comment ils ont fait les choix.

Il y a une surprise ? Oui, oui.

Ça s'est ressenti au niveau des équipes ?

Alors ce qui s'est ressenti au niveau des équipes, c'est que l'épidémie nous est arrivée dessus, qu'on soit centre de référence ou pas, j'ai envie de dire. C'est que, on pouvait être amené à prendre en charge des patients porteurs ou suspects, porteurs du virus. C'est vrai, ce qui a pu être majoré par le fait d'être établissement de référence parce que là on s'est dit pour le coup, si on pensait peut être ne pas en avoir le fait d'être établissement de référence du Grand Ouest, forcément, on allait déjà un petit peu moins entre guillemets y échapper. Donc c'est un peu comme ça que ça a été vécu par les équipes. Et du coup, je pense que l'actualité, les médias, ont généré une psychose, une psychose importante, une peur auprès des soignants dans les prises en charge.

Et vous deviez avoir les projecteurs braqués sur vous et à la moindre erreur ça allait...?

Non même pas. C'est surtout peur pour soi, pour sa famille d'une contamination éventuelle.

Est-ce que vous avez eu l'impression d'être suffisamment préparé au fait de devenir un centre de référence ?

Non, parce qu'en fait ça c'est fait un peu « machine à l'envers ». C'est-à-dire, on nous a dit « ben voilà, on va être établissement de soins de référence », mais en ayant aucune procédure de faite à ce moment-là. Donc ça s'est fait entre l'annonce, je vous dis je suis arrivée, fin juillet –fin août donc sur le mois d'été tout à décliner : de l'arrivée du patient jusqu'à éventuellement envisager le décès, en passant par la prise en charge dans une ambulance. Aucune procédure n'était existante, donc un grand flou, un grand flou parce qu'on savait, il fallait qu'on réagisse ça c'était certain. Il fallait qu'on réagisse rapidement parce qu'on pouvait

être susceptible de prendre en charge des patients, mais il fallait aussi qu'on garantisse la sécurité du personnel.

Dans cette étape vous avez été aidé par les recommandations, est-ce que ça a été utile ?

Oui

Oui, c'est venu rapidement ?

Oui, c'est vrai. Tout s'est fait en concertation avec la direction des soins, en lien avec l'ARS, l'ARS zone, le chef de service aussi qui est infectiologue donc qui était un clou dans la boucle. Et donc voilà, on a travaillé de concert avec aussi l'hygiène, les labos, parce que chacun dans ces petits, ces secteurs, on intervenait dans la prise en charge et on devait avoir avec une prise en charge cohérente. Donc, on a été très aidé parce qu'il y avait aussi la DGOS et puis l'ARS qui avait la ligne de conduite sur ces prises en charge. Et on a été quand même aidé.

Et est-ce que du coup le phénomène Ebola n'a pas un peu mis en stand-by tout le reste des activités de la réa, tous les autres projets pour se centrer juste sur Ebola ?

Si un peu. Je vous le dis.

Oui, ça a phagocyté toute l'activité, tous les temps disponibles pour faire de l'action brevet...

Tout à fait, tout à fait. On n'en est pas encore sorti d'ailleurs. C'est vrai que ça a soulevé un gros chantier. On est encore en train de renforcer la formation des équipes en faisant des ateliers justement hygiène-élimination des déchets. Vous voyez, on n'est pas encore sorti de cette phase. On est, on va dire, en consolidation.

Et au niveau des équipes la pression s'est un peu relâchée, ou même la psychose s'est réduite ?

Là en septembre on a eu une vigilance. En octobre il y a eu une pointe je veux dire ou un pic dans cette psychose. Où là en urgence entre guillemets j'ai envie de dire, je les ai réunis avec donc l'infectiologue responsable, la cadre supérieure. On en était à entendre des choses qui courraient : « de toute façon s'il y a un cas, moi je refuserai de le prendre en charge » donc ça générerait beaucoup de stress, mauvaise ambiance. Donc il a fallu apaiser et puis rassurer. Parce qu'on avait les moyens de prendre en charge, les moyens humains aussi parce qu'on avait décliné un renfort en personnel. Donc il fallait exprimer et donner ce temps d'échanges.

C'est un effort de communication en fait ? Oui

Et ça s'est traduit comment dans la pratique ? C'était la direction des soins qui rassurait et vous, vous étiez le relais ? Non, c'est moi qui aie pris l'initiative. Parce que j'ai senti, c'est

vrai que c'est nous qui sommes au cœur de l'activité au jour le jour. J'ai eu des choses qui, voilà, des choses qui me revenaient aux oreilles et j'ai senti... Alors ça c'est un peu le côté soignant qui ressort, et je me suis dit là faut qu'on fasse quelque chose. Après techniquement, ma hiérarchie, la cadre supérieur a vraiment été dans mon sens, car en 24h on a été capable de réunir elle, moi, et l'infectiologue qui est le chef de pôle avec l'équipe dans cette salle. On a rencontré une partie de l'équipe de jour et on a refait une deuxième réunion pour rencontrer l'équipe de nuit.

Les personnes qui intervenaient avec les possibles patients infectés par Ebola étaient volontaires ?

Alors c'est la grande question. La réanimation n'a pas été confrontée. Si ! Sur l'été, il y a eu un cas suspect, mais qui a été très vite éliminé. Et là, bon je pense que là on est tombé sur une très bonne équipe, il faut le dire, qui elle était volontaire. Mais, certains ont exprimé clairement qu'ils ne souhaiteraient pas si ça arrivait prendre en charge les patients. S'est posé la question de savoir, est-ce qu'on fait une liste des volontaires et là on s'est dit dans quoi on s'embarque ? Donc on n'a pas souhaité. On s'est dit le moment venu on avisera. Mais c'est pour ça qu'à cet instant-là quand j'ai senti cette tension, je me suis dit : « il ne faut pas qu'il y ait d'effet boule de neige » parce que, il y a des gens, et cela ça se respecte, qui ne pourront pas et ça il faut le respecter. Ça c'est quelque chose qui est ressorti dans nos procédures et groupes de travail. C'est que, il y a des gens, il faut qu'ils soient suffisamment sereins pour prendre en charge un patient suspect ou avéré Ebola, puisqu'on a fait des ateliers de simulation et c'est clair qu'il ne faut pas qu'il y ait trop de stress parce qu'il y en aura de toute façon. Donc on n'a pas fait ce principe de volontaire.

En termes de cohésion d'équipe ce n'était pas trop compliqué qu'il y en a qui dise « ben non, moi je me retire c'est Ebola » ça a été bien vécu par ceux qui ont accepté le risque ? Il a dû avoir des débats ?

Ah oui, il y a eu des débats. Mais je crois qu'en connaissance de son collègue, ça s'est respecté. On sait qu'il y a des personnes qui ne pourront pas parce qu'elles sont déjà étiquetées entre guillemets « fragiles » puis qui avancent des arguments entendables, humains. Il y avait des mères de famille avec des bouts de chou de 6 mois qui ne pouvaient pas, intrinsèquement elles ne pouvaient pas. Et nous en tant qu'encadrant, on a franchement intérêt à entendre ça, parce que je vous dis, pour avoir vécu les simulations et ce que recouvre une prise en charge, il ne faut pas aller dans cet état d'esprit parce que là on va mettre en difficulté le soignant.

Alors justement, est-ce que c'est Ebola qui a une spécificité qui fait que la psychose était presque normale ou c'est aussi l'effet simulation, procédures qui d'un coup s'accumulent et tombent un peu en avalanche et qui a contribué à créer la psychose ?

Je ne crois pas trop en l'avalanche de procédures parce qu'au final, on les a peut-être un peu cocoonés. Mais on ne les a pas trop investis. Et on leur a amené tout cuit. Et en plus, on a réussi à obtenir pour l'encadrement une astreinte au titre d'Ebola. Ce qui fait que si un cas arrivait même sur le week-end, ce sont les cadres qui ont géré la situation qui se déplacent. Il y a eu, d'ailleurs un cas le mois dernier donc une collègue s'est déplacée et a géré. Et donc ça a été forcément très apprécié de l'équipe. Et donc je pense que ce n'était pas encore tant ça, c'était tout ce qu'a véhiculé les médias enfin, le pourcentage de mort, quand on est atteint, à un moment on était à plus de 70% de risque de décès. Il y a eu un effet vraiment média néfaste, j'ai envie de dire, comme à la suite du sang contaminé, quand on a découvert le SIDA...

Et pour contrecarrer cet effet néfaste des médias, est-ce qu'il n'y avait pas justement des moyens auprès des soignants d'information pour leur expliquer vraiment la présence que recouvrait une prise en charge de cette pathologie ?

Ça a été fait en plus. On a vraiment communiqué donc là pour le coup avec le chef Dominique et l'hygiène, toujours le chef de pôle qui est infectiologue et la direction des soins en amphi, sur des créneaux à plusieurs dates précises, courant de l'été. On a présenté ce qu'était la maladie, la transmission, les risques. Masi malgré tout, je crois que quand il y a une représentation qui s'est faite dans la tête, c'est difficile de casser cette représentation.

Mais c'est un peu étrange qu'un service comme la réanimation qui justement est censé composer avec les cas parfois les plus extrêmes puisse sombrer comme ça ?

Alors c'est ce qu'on leur a renvoyé. On leur a dit, c'est vrai que la grippe est super plus contagieux, on est sur les voies aériennes. C'était le leitmotiv. Tous les jours moi j'essayais de leur dire.

Vous avez une idée de la proportion des personnes qui étaient inquiètes au point de sortir ? Oui, sur une équipe je dirais sûre 1/3.

Un refus catégorique de participer aux soins ? Ou des réticences ?

Alors peut-être le refus 1/3 et une appréhension, on était à plus de la moitié.

Et par rapport à votre service à votre avis, le service a mieux réagi, plutôt mal ? Mieux, Mal, aussi bien que tout le monde ?

Alors ce qu'il faut savoir c'est que finalement, on a travaillé un petit peu dans notre coin en concertation avec les maladies infectieuses puisqu'il y avait 2 possibilités. Soit le cas était grave et il arrivait directement sur la réanimation, soit le cas n'était entre guillemets que suspect, valide, sur ses jambes et il allait dans ce cas sur maladies infectieuses, un service de

médecine. Et à part ces 2 secteurs là, ces 2 services, ça n'a pas tellement fait de ramifications dans les autres services de l'hôpital. Des collègues ont même appris qu'on était d'astreinte, maintenant, au titre Ebola.

Vraiment micro-localisé ? Oui et les autres personnels finalement ne se sentaient pas concernés.

Vous vous êtes peut-être senti isolés par rapport à cette menace à l'hôpital ?

Du coup, c'était quand même quelque chose qui avait une dimension importante, parce que ça générerait, c'est vrai que si ça arrive ça génère des moyens importants tant humains que voilà... Les patients doivent être distribués dans d'autres secteurs. Et après seulement parce qu'on a un gros appui de notre cadre supérieure, on avait aussi un appui médical puisqu'on a eu un renforcement au titre Ebola de l'équipe médicale. Donc non pas seuls. Mais c'est vrai finalement que ce n'était pas si véhiculé que ça sur tout l'hôpital. Après ce qu'il faut savoir, c'est que ces réunions d'information dans un premier temps, en amphi ont été aussi ciblées que pour les personnels qui seraient amenés à les prendre en charge. Et ça a été élargi à la rentrée sur tout le CHU.

Et avec 1/3 du personnel soignant qui refuserait potentiellement de prendre en charge, ça a dû être compliqué pour l'organisation du service ?

On s'est dit, si ça arrive ce jour-là, on espère de pas avoir tout le tiers regroupé. Mais on était confiant parce qu'au final, on se rend compte que les gens peuvent appréhender et puis, surtout quand on a eu cette astreinte qui a été validée, on s'est dit quand on va être là sur place, on va les accompagner on était confiance, on va les rassurer, on va les encadrer et ça devrait bien se passer.

Et vous aviez parlé d'Ebola, dans le service pendant les pauses avant qu'il y ait les indignations ou c'était passé aux oubliettes ? Non, ça a été conjoint j'ai envie dire avec, comment ça a été vécu dans les médias.

Qu'est-ce qui est, selon vous, plus dur à vivre pour les équipes ? Est-ce l'isolement physique ?

Alors si on devrait prioriser. D'abord le risque de contamination, ça c'est vraiment le n°1 parce que c'est vraiment ce qui a été porteur de craintes, ensuite la pénibilité de la prise en charge, l'habillage dans un endroit clos, effectivement avec peu de personnel puisque vous êtes enfermés, mais supporter l'habillage, c'est vrai que les combinaisons sont très contraignantes. On a beaucoup réfléchi sur visière, sur lunettes surtout quand vous avez déjà des lunettes soi-même. Donc ça c'est une vraie problématique.

Vous aviez tout le matériel à compléter. Et du coup qui a été acheté pour l'occasion ou c'était dans l'hôpital ?

Ah non non. Les marchés, essayer les combinaisons, qu'est-ce qui va le mieux. Les masques, il y en a qui donnaient plus de buée que d'autres.

Il n'y avait pas de matériel unifié au niveau national ? C'était chaque hôpital qui achetait ? Oui cela ça a été un gros problème. C'est que chaque centre a travaillé dans son coin.

Vous aviez dit qu'il y a avait beaucoup d'entraide cadre sup-médecins et quand ça passait au-dessus c'était débrouillez-vous ? Si, avec la direction de soins aussi. Parce que c'est eux qui faisaient le relais avec l'ARS.

Est-ce que parfois vous avez eu à faire des choix compliqués, vous avez eu 2 patients c'est ça ?

Alors on en a eu une qui est arrivée avant qu'on mette en place les astreintes, qui est arrivée sur la réanimation. C'était sur l'été. Et puis il y en a eu un à Claude Bernard, les maladies infectieuses le mois dernier.

Comment vous faites ? Parce que ce patient, il y a la prise en charge Ebola mais il peut avoir autre chose. Et le temps où il est suspect, est-ce que vous limitez les examens biologiques ? Oui, et de toute façon c'est les consignes.

Et c'est pas compliqué de se dire est-ce qu'on lui donne cette chance de prendre cette prise de sang ou est-ce qu'on prend le risque pour l'hôpital ?

Alors ça c'est un vrai débat, éthique même qui s'est posé en réanimation. Parce que...Le cas le plus typique, le patient c'est au moment où vous sortez de la chambre, il fait un arrêt. Et là, de toute façon ça a été très clair, le temps de s'habiller déjà, c'est peut-être une perte de chance, mais vous devez vous habiller, vous ne rentrez pas dans la chambre sans être en sécurité vous-même. Ça aussi ça a été difficile pour du personnel de réanimation qui est dans une hyper-technicité. Il faut sauver des vies, on dégaine sur le défibrillateur, voilà à tout moment. Ça aussi ça a été un sujet de discussion. Mais à nous aussi, vous vous habillez d'abord, c'est la priorité de toute façon. Et effectivement, quel soin ? Est-ce qu'on dialyse ? Est-ce qu'on dialyse pas ? Après il a une gestion du matériel.

Vous vous posez la question pour chaque soin ?

Oui, et du coup c'est ça qui a été décidé. Le cas venu, ça sera à réfléchir en équipe pluridisciplinaire et à se dire voilà... Il y a quand même un appareil d'écho qui a été acheté et dédié, des fibroscopes à usage unique... On a réfléchi sur le matériel indispensable, à minima. Si on doit dialyser, là aussi on a réfléchi du coup sur des poches de dialyse à usage unique.

Du coup, est-ce qu'on ne peut pas dire même si c'est provoquant dire que c'est un mal pour un bien que maintenant vous avez acquis beaucoup plus de technicité ?

Mais c'est clair. De toute façon on se dit que c'est toujours très porteur. Parce que là ça a été l'occasion de se dire, Ebola c'est une maladie hautement contagieuse de toute façon globalement, et ce que l'on fait là peut être transposable à une autre contamination.

Comment s'est passé le premier cas en fait ? Vous étiez présente ? Non, non...

C'était votre collègue, c'est ça ?

Non, ça s'est fait sur un week-end. On n'avait pas encore toutes les procédures. Ils ont fait l'essentiel. Ça a été levé dans les 2h le cas. Donc ça n'a pas duré. Ils ont été à l'essentiel : s'habiller. Après, on a réévalué. Et en plus ce n'était pas un cas réel. Du coup voilà, on n'a pas été amenés à aller plus loin. Puis à Claude Bernard, il y a 1 mois, là ça a duré 48h jusqu'au deuxième prélèvement qui était négatif. Et là, c'est vrai que la collègue qui fait partie des astreintes était là, à gérer du début jusqu'à la fin, le laboratoire, l'élimination des déchets...

Vous étiez équipés pour envoyer, transporter le prélèvement ?

Oui, oui... Tout cela c'était clair. On a un système d'armoire qui est prête avec tout le matériel dedans, une check-list. On est prêts.

Vous savez dans votre temps de travail, vous passiez combien de temps du fait d'Ebola, de toutes ces nouvelles procédures au nouveau management, de tout ce qui est lié à Ebola?

Après, j'ai envie de dire, le travail a été partagé, réparti. Déjà, l'équipe d'hygiène a eu une grosse part du boulot : l'élimination des déchets, l'environnement. Le biomédical qui s'occupe du matériel, lui a fait la procédure sur la protection de tout ce qui est appareil respi, scop. Les collègues du funérarium ont travaillé là, en concertation avec mon collègue M.M, ont travaillé avec le funérarium sur une procédure décès. Donc vous voyez on s'est réparti. Donc c'était pas très lourd en soi.

Toute à l'heure vous avez fait la remarque que dans les services il n'y avait que les maladies infectieuses et la réanimation qui avaient le droit d'y toucher, mais tout ce qui est logistico-médicale derrière a dû y toucher ?

C'est vrai, après il y a quand même eu des ramifications. Parce que le laboratoire a dû aussi sortir une procédure pour les prélèvements, les déchets, donc oui, tout le côté logistique.

Et vous les sentiez comment par rapport à ça ? Est-ce qu'ils se conformaient on va dire aux instructions qui étaient de travailler sur Ebola ou il y avait aussi cette peur ?

Oui oui, surtout le laboratoire on l'a senti. Parce qu'on a eu des réunions pluriprofessionnelles animées par la direction des soins. Chacun dans son petit secteur avait...

De la solidarité aussi du coup ?

Oui, Oui. Et de l'entraide aussi. On pouvait donner des pistes aussi les uns aux autres. En tout cas, on s'enrichissait à chaque fois de ces réunions.

Et est-ce que l'élimination des déchets de cette manière-là, vous l'aviez déjà expérimenté avant, par exemple l'incinération, vous avez dû trouver un incinérateur... ?

Oui oui, là aussi ça a été géré par notre service intérieur. Là aussi, on a passé le relais. Mais après, à nous sur le terrain, avant qu'ils prennent en charge les déchets en amont, on a quand même aussi, la procédure, la décontamination, le triple emballage... Donc tout ça voilà ça s'est fait de concert et en concertation. Mais ça ne nous est pas tout revenu à nous.

Sur ce que vous venez de dire, au début on avait un peu le sentiment d'impréparation, au moment de la désignation du centre de référence ...

Disons qu'on commençait de toute façon à y réfléchir parce qu'on nous a dit « on peut être amené à avoir des cas ». Mais oui.

Et que finalement petit à petit, ça allait en s'organisant en se protocolisant... On n'avait pas le choix.

En même temps que, finalement peut-être que la tension médiatique à un peu rabaissé à un moment ou avec d'autres événements qui ont touché l'actualité, il y a eu moins de tension médiatique. Et finalement, maintenant, vous nous dites que vous êtes prêts pour recevoir un cas. Ça a peut-être était un mal pour bien puisqu'on peut réagir à plusieurs épidémies. Alors est-ce que ce processus de protocolisation, d'organisation, ça a rassuré les équipes ? Ou est-ce que la peur s'est maintenue, appréhension de la contamination alors que finalement des entraînements, des protocoles, une organisation qui a été mise en place, des réunions pluriprofessionnelles, est-ce que ça a pu d'une manière ou d'une autre aller dans un sens de stabilisation des esprits, de normalisation ?

Je l'espère. Après faudrait les interroger, je pense parce que c'est eux qui sont au cœur de ça au final. On a un peu moins de retours, on en entend moins.

Mais même vous aussi, en tant que personne, citoyenne plutôt que soignante ?

Moi je pense, je pense, Il n'empêche que devant la situation de demain, on a beau avoir les procédures et les protocoles, ce n'est pas le quotidien.

Il y a un écart entre..? Oui, et ça fera peur. On sera confronté à un stress.

Pour vous ça reste exceptionnel dans un service qui est pourtant habitué à l'exceptionnel ? Un cas Ebola, parce que finalement vous êtes confrontés à beaucoup de situations.

Oui, mais là on reste à une prise en charge à la marge quand même, et qui a vraiment un impact parce que dans notre organisation, on a un seul module, on a 21 lits. On a un seul module qui peut accueillir un patient Ebola parce qu'on peut mettre les chambres en pression négative et il avait été décidé que si on accueillait un patient comme ça, il fallait vider le module. C'est-à-dire trouver une place pour 8 patients. Donc ça implique plein de choses. Et du coup, ce n'est pas dans notre quotidien. Ça implique quasiment un plan blanc pour nous. Même en termes de ressources humaines, parce que voilà, on s'est aussi penché, on a vu l'expérience de Bégin. On avait eu leur premier compte-rendu de prise en charge, qui d'ailleurs nous avait permis un petit peu de nous enrichir et d'alimenter un peu nos procédures. 3h c'est un grand maximum, habillé dans une chambre. Donc ça demande du personnel.

Moi je voulais revenir sur les réactions de l'équipe soignante et évidemment sur les revendications en matière de sécurité et une question qui fâche un petit peu. Est-ce que toutes ces revendications étaient liées à Ebola ou est-ce que ça a aussi servi de support à des revendications plus récurrentes, vous avez parlé d'achat de matériel, astreintes de garde qui sont quand même des choses récurrentes dans les services ? Donc sans parler du phénomène.

Si, si. C'est intéressant parce qu'en plus j'arrivais dans le service. J'ai eu effectivement le sentiment qu'il y avait des choses qui ressortaient.

Ça a un peu canalisé des frustrations courantes...

Oui, il y a des choses qui sont ressorties « Ouais de toute façon le personnel on ne l'aura pas... ». Voilà certains désabus d'un climat environnant, qui remontés et l'occasion de dire « Ouais, et puis de toute façon, on n'aura pas le choix... ». Effectivement, ça fait remonter des choses enfouies. C'était important, important de marquer le temps de communication et d'expression.

Est-ce que globalement l'équipe a été satisfaite de la réponse de la réponse qu'elle pouvait attendre de l'encadrement ou de l'administratif d'ailleurs, du médico – technique ?

Je pense qu'ils ont apprécié ce moment. Même s'il a été que pour quelques personnes, il avait le mérite d'avoir été mis, pour ceux qui pouvaient et ceux qui voulaient. Et puis après, il y a eu aussi la diffusion par ceux qui était là auprès de leurs collègues. Je pense que ça, ça a été apprécié. Je le vois comme ça, je suis très dans la communication. C'est vrai que ça s'est fait

vite, en 48h on a réagi. Donc il y a des gens qui n'ont pas pu venir, ils ont dit « ouais, mais on a été prévenu trop tard... ». Ben oui, mais je dis à un moment donné, situation d'urgence, réaction en urgence. Je pense que ça marque le coup. Ça veut dire « on entend, on entend ».

Quel était la réaction du personnel soignant au moment où il y a eu un patient suspect ? Il y en a qui étaient curieux ? Qui venait voir ? Est-ce qu'il y en a qui se sont dit que scientifiquement ça pouvait être intéressant ?

J'ai pas le sentiment... Alors c'était sur un week-end, un dimanche. On s'est sentis, forcément frustrés entre guillemets. Mais en même temps rassuré parce qu'ils ont très bien géré, dans le calme. C'est tombé sur des personnes qui savaient relativiser. Quand on a fait cette réunion, il y a une aide-soignante de nuit qui a dit : « c'est pas pire qu'un patient qui à la grippe ». Mais tout le monde ne raisonnait pas comme ça. Donc curiosité, non. Et on n'est pas dans cette mentalité sur la réa.

Et par rapport à cette soignante, qui a ,du coup, su temporiser les choses, est-ce que le fait que la réa soit un service fermé ça pas eu aussi un effet « balle de ping-pong » où la peur s'entretenait ou les gens n'arrivaient pas vraiment à s'aérer l'esprit de ça ?

C'était ma crainte, quand j'ai senti cette tension qui montait. Je me suis dit, on va être mal, parce que si ça fait boule de neige et qu'au final les uns et les autres se montent la tête, on n'aura personne de volontaire demain si ça arrive. Donc ça créait du coup une tension, et puis c'était pas dynamisant parce que les ateliers qu'on mettait en route pour prendre en charge les patients : l'habillage- déshabillage, les gens étaient désabusés. D'un côté, on voulait leur donner les moyens d'être rassurés et de l'autre côté, ils n'y allaient pas ou y allaient à reculons. Bon, donc il fallait entendre les choses, après c'est vrai que ça a basculé et on était peut-être en période de tensions. Et ça en a rajouté.

Est-ce que le médecin a eu un rôle à jouer pour temporiser les choses ? Sa présence a été utile ? Il a su communiquer avec l'équipe soignante sur l'enjeu que représentait cette prise en charge spécifique? D'ailleurs, là-dessus toute à l'heure quand vous parliez des personnes extérieures au service, vous aviez mis médecin dedans aussi. C'était assez rigolo. À quel moment ?

Je ne sais plus, j'avais noté. Ça m'avait fait tiquer. Mais c'était sa question le principal

Ah oui, mais non ça m'intéresse. À quel moment j'ai dit ça ?

... Ah non pour les astreintes ?

Non pour l'encadrement. Je vous ai demandé s'il y avait de l'encadrement ? Vous m'aviez répondu oui nous avons eu beaucoup d'appui des cadres supérieurs et des médecins, donc à ce moment-là vous aviez mis sur le même plan...

Disons, que nous avons travaillé quand même de concert. Malgré tout, je réinsiste sur cette communication qui a eu lieu. Là aussi, j'ai pu avoir le chef de service de la réa et le chef de pôle qui sont venus parce que l'équipe trouvait qu'ils n'étaient pas suffisamment présents au quotidien. Donc là aussi...

Donc est-ce qu'ils ont modifié les pratiques par la suite ?

Après, sont arrivés aussi leurs astreintes donc c'est pas tout à fait identifié pareil, en tout cas il y avait un sénior de plus dédié Ebola si un cas arrivés, parce que quelque part il fallait une présence médicale. Donc là je pense que ça leur a fait tilt, parce que les ateliers habillage-déshabillage, ils ne sentaient pas concernés, certains. Donc, voilà, pour les soignants forcément c'est pas neutre.

Du fait qu'on ait rajouté un sénior présent, quelle a été la réaction des équipes soignantes?

Et puis après, on leur a fait un retour diplomatiquement que ce serait bien aussi qu'ils y aillent. Petit à petit, c'est venu. Ils ont mis un petit peu le temps, ils ont fait ces ateliers. Ça a été perçu forcément par l'équipe et ça a fait du bien. Parce que, il est évident que demain une prise en charge nécessite forcément que le médecin rentre et nécessite un binôme médecin-infirmière.

Je viens juste de jeter un coup d'œil sur les protocoles. À chaque fois il était rappelé qu'il fallait les « médecins les plus séniors », les « infirmiers les plus séniors », comment concrètement en termes d'organisation des soins, comment est-ce mis en place ?

Justement, il a été défini que ça ne serait pas les internes qui rentreraient. C'est pour ça que, sur les gardes de nuit le week-end, il y a un interne-un sénior sur la réa. C'est pour ça qu'il y a un autre sénior qui est venu aussi en doublon pour assurer cette astreinte. Parce que, voilà il y a de quoi faire en étant déjà que sur la réa, donc s'il y a un cas, il faut une personne dédiée à 100%.

Et vous nous aviez dit que vous avez réussi à juguler ça, au niveau juste de la communication est-ce qu'à un moment vous avez envisagé de prendre des mesures plus drastiques de type demander à du personnel extérieur, hors le sénior, ou alors ça n'était pas à l'ordre du jour parce que ça aurait été un désaveu pour le service ?

Ah oui, non, non, ça ne m'a pas du tout effleuré. Parce qu'en plus, elles ont les compétences, elles ont le savoir-être, le savoir-faire. Je crois qu'elles avaient vraiment besoin d'être rassurées.

Oui, dans le fond elle ne doutaient pas de leur technicité, de leur capacité à prendre, à faire les médicaments. Non, il y avait une vraie peur. Légitime.

Est-ce qu'il y a eu des exercices ? Et comment ces exercices ont été vécus par les équipes ? Alors justement, il y a eu une simulation sur la réa, bien vécue, fin bien vécue... Très formateur, éprouvant... Parce que là on se retrouve aussi confronté à mettre le doigt sur des choses sur lesquelles il ne fallait pas qu'on réajuste, qu'on réfléchisse... Là aussi, par contre on avait joué sur le volontariat, donc on était avec des personnes, qui étaient déjà de toute façon volontaires de prendre en charge des patients. Mais c'était aussi sûrement été un exercice qui a aidé à désamorcer la situation. Parce qu'on leur a bien renvoyés et la direction des soins également, que, on avait été bons, en termes clairs à part des petites choses à affiner. Voilà, elles savaient faire... Ils savaient faire.

On avait une question tout à fait technique, cette fois-ci on passe du coq-à-l'âne, mais on s'est dit dans le cas qu'une personne serait décédée d'Ebola dans le service qui aurait la procédure ? Oui, on a une procédure.

Elle est résumable ou pas ?

Oui c'est simple, un cas Ebola qui vient n'a pas de visite. Il a le téléphone, il peut y avoir un système d'interphone, puisque nous on a des chambres vitrées donc ça donne une visu par les vitres. Et même, en cas de décès, nous ne pourrons pas toucher le défunt puisque le corps est enfermé dans une double housse et un cercueil en zinc.

Et le cercueil en zinc, il est dans l'hôpital ? Vous avez dû l'acheter ? On a dû l'acheter. .

Et il est toujours quelque part dans l'hôpital ?

Il est au funérarium, on est équipé, on a nos 2 housses puisque c'est ici que seront mises les 2 housses. Le funérarium s'est donc équipé de ce cercueil en zinc et d'un chariot spécifique.

Et la gestion des personnes contact c'est vous qui la réalisez également ? Ou est-ce que par exemple toutes les personnes qui ont été en contact avec le cas suspect...

Oui on a un listing obligatoire, toute personne qui rentre dans la chambre doit émarger parce qu'il faut qu'on ait une traçabilité en lien avec la médecine du travail, s'il y avait un souci.

Et toutes les personnes qui ont été avant en contact dans la salle d'attente ? C'est vous qui les appelez et qui faites le suivi de santé? Alors, nous on ne sera pas dans ce cas-là. Ça sera plutôt les urgences. Puisque nous, soit il va arriver direct transfert SAMU, donc on ne gère pas les personnes contact en amont. Soit il arrive en transfert des maladies infectieuses. Donc, on n'est pas confrontés à ça.

Et tous les proches par exemple? C'est quel service en charge ? Non, mais de toute façon, ce qui avait été dit, les proches c'est surveillance pendant 21 jours de la température. Puisqu'on sait qu'il faut en moyenne 21 jours pour développer le virus et que, tant qu'il n'y a

pas de température on n'est pas contagieux.

Il n'y a pas une personne qui est dédiée ? Non, non. À un moment donné, justement vous soulevez la chose, on avait parlé qu'il aurait été intéressant d'avoir une personne coordinatrice de tout ça.

Oui pour l'instant, on a eu que 2 cas suspects donc c'est pas... C'est peut pas une gestion de... (rires) Non mais malgré tout vous voyez, pour coordonner, c'est un vrai travail à temps plein. Bon la direction des soins était très investie, donc ils ont très bien géré. Mais c'était quand même assez lourd à porter je pense.

Mais du coup, maintenant avec le recul, et d'un point de vue purement personnel encore une fois c'est tout à fait anonyme, vous pensiez que c'était adapté ou surdimensionné la réponse à Ebola par rapport à ça ? C'est vrai c'est toujours facile, on n'a pas eu de cas donc on ne va pas dire surdimensionnée...

Surdimensionnée, non. Après voilà... Je pense qu'il y a eu du gâchis à certains moments, parce que, par un petit peu de confusion, on a investi sur des tenues qui au final se sont avérées pas totalement hydrophobes, donc ce n'était pas les bonnes. Donc je ne sais pas le stock qu'on a, qui ne sera pas utilisé en cas de ... Mais ça voilà. Après on fait comme on peut avec les moyens qu'on a, quand la situation arrive.

Parce qu'on entend beaucoup autour, en dehors de l'hôpital c'est « Ebola c'est un phénomène médiatique, tout le monde se monte la tête par rapport à ça, ce n'est pas si grave que cela, il y a quasiment très peu de chances que ça arrive en France » ...

Oui, non on n'en était pas si certains que ça.

Oui, donc vous l'inverse à l'hôpital c'était...

Oui, parce que voilà. Nous, c'était plus tous les retours de médecins et d'infirmières de Médecins Sans Frontières, ou autres associations, les militaires aussi.

Il y a beaucoup d'informations qui ont transitées, on va dire par les circuits médicaux, et qui du coup sont arrivées dans le CHU, c'est-à-dire des rumeurs ou des témoignages d'anciennes personnes qui avaient été... ?

Non, très peu très peu de chose. C'était difficile d'avoir les informations. Je vous dis on a eu le rapport de Bégin pour le premier cas. Le deuxième on n'a jamais eu, peut-être que le corps médical a eu, mais nous on n'a jamais eu. C'est vrai, qu'on était demandeurs d'avoir leur retour. Parce que je sais que le premier retour nous a permis de nous poser des questions.

Il y a peut-être eu beaucoup de protocoles théoriques et peut-être pas assez de retours d'expériences pratico-pratiques.

Ah oui, oui. Ah oui, c'est vrai, on a trouvé ça dommage de ne pas profiter des expériences des uns et des autres pour pouvoir s'enrichir.

Est-ce que de manière générale, est-ce qu'il y a eu un manque de moyens ? À l'hôpital, par exemple vous parliez du coordinateur vous ne l'avez pas eu finalement?

Non, Non. Manque de moyen non, parce que c'est vrai qu'il y a eu une enveloppe budgétaire dédiée. Après là où on avait quand même une appréhension, c'était si vraiment on avait été confrontés, quand on voit le nombre de personnes dédiées qu'il nous fallait. Je pense que ça aurait été difficile. Ceci dit la direction des soins nous disait : « il y aura du monde ». Sauf qu'il faut du monde formé. Formé en maladie infectieuse encore on peut trouver, mais du monde formé en réa si le patient est intubé et ventilé... (Soupirs) là on était un peu plus réservés... Voilà. Mais après on a pu avoir le matériel, c'est aussi ce discours que j'avais pour rassurer l'équipe : « on a ce qu'il faut ! »

Au moins sur ce plan-là, sur cette maladie-là, tout le reste suit on n'est pas seuls au monde.

Oui, on n'est pas en Afrique avec les petits moyens. Bon là où je vous dis que ça un peu créé un petit flop, c'est quand on a su qu'on n'avait pas les bonnes tenues quand même (rires). Et ça c'était avant la communication qui a eu lieu...

Et comment vous avez réalisé ça ?

En fait, c'est hygiène, c'est l'équipe d'hygiène. Je ne sais plus comment ça s'est fait. Je me demande si c'est pas par le retour de Bordeaux ou de Bégin. Et en se penchant sur la question... Alors là aussi, on était ESR, au départ en même temps les directives c'était les TYVEK, on savait quelle tenue il faut commander. Puis après, il y a eu contrordre, le contrordre de l'ARS zone, tout ça, ça s'est croisé. Et puis on nous a dit finalement si secrétant, effectivement c'est pas les bonnes tenues. Donc, on a essayé de rattraper le coup, on s'est dit : « bon vous êtes quand même protégés », parce qu'en plus les soignants avaient fait le test avec une seringue d'eau avec de l'éosine colorée, « oui vous voyez ça passe à travers », vous voyez jusqu'où ça allait. Donc, il y a aussi ça qui est remonté. Puis, on a croisé tous cela. Et oui, effectivement, elles ne sont pas hydrophobes.

Malheureusement, on va bientôt arriver au bout du temps que vous pouvez nous accorder. Sur l'ensemble d'une carrière pour vous et l'ensemble des personnes de votre service, est-ce que vous diriez qu'Ebola ça a été un moment vraiment important structurant quelque chose d'exceptionnel qu'on a fait, qu'on mettra en avant ou finalement ça était juste l'attention d'un moment où il fallait le faire, puis passer à un autre sujet ou vraiment quelque chose d'exceptionnel qui va rester ?

Alors moi, c'est vrai que c'était conjoint à ma prise de fonction, mais je ne l'ai pas pris de façon très sereine, comme une prise en charge Lambda. Alors peut-être qu'on a tort.

Effectivement, il fallait assurer la sécurité des soignants, il fallait assurer une prise en charge de qualité du patient. Une fois ces conditions-là réunies. Et en se donnant les moyens... En plus, on avait des temps d'échanges, de rencontres, de réflexions entre cadre et avec la cadre sup. Je trouvais qu'on avançait bien et qu'on donnait les moyens et en tout nous, on devait être garants de donner les moyens aux agents de travailler dans de bonnes conditions. Ça a été un moment, je trouve, intéressant parce que ça permet de se remettre en cause, et de voir là où on n'est pas très bons, et de se remettre d'équerres. Et puis faut savoir réagir à des situations rapidement, en bousculant un petit peu aussi le personnel et voilà comment face à ça on agit, et comment on réagit et on ajuste.

L'angle qu'on voudrait avoir pour le rapport c'était la sensation qu'avaient les soignants par rapport à ce phénomène Ebola. Alors est-ce que rétrospectivement ils se diront, on a géré Ebola on était établissement de référence ou au contraire, c'était l'attention d'un instant, ça a duré 6 mois ? Je pense qu'ils vont plus le voir comme ça.

Le premier ou le deuxième ?

Le deuxième. Le deuxième parce que moi je pense, mais après on parle à leur place. Ça a été l'attention d'un moment. Il y a eu le soufflé. Puis le soufflé est retombé. Au jour d'aujourd'hui, c'est comme ça qu'il le voient et je me dis qu'on n'a pas encore forcément passé le cap. Le cas quand même qu'on a eu le mois dernier le montre, et je me dis qu'on n'est quand même pas à l'abri demain d'avoir un cas, et si on devait avoir un cas, peut-être qu'on basculera dans l'autre hypothèse.

Là, la vigilance n'est pas retombée encore ?

On en parle moins, Il y a toujours les ateliers qui courent. Non je pense que c'est une veille.

Et du coup, pour un hôpital vous pensez qu'être centre de référence est un facteur d'attractivité ou de répulsion pour les soignants qui voudraient... ?

Alors là, grand regret. J'aurais bien aimé ne pas être centre de référence pour le coup.

Plutôt de répulsion. D'accord. Personne n'est venu là en se disant « c'est sympa, j'ai envie de travailler sur Ebola ».

Non, moi je leur ai dit que c'était une grande chance. Que c'était bien, c'était mettre en avant les capacités d'accueil qu'on avait. C'est vrai qu'on a une réanimation qui permet d'accueillir grâce à ses chambres en pression négative, on a un laboratoire L3, de niveau 3 qui permet d'accueillir les patients. Donc c'était plutôt bien. Mais on se serait bien passé de cette prime de centre de référence.

Donc le rôle du cadre de santé dans ce type spécifique de prise en charge ça serait de rassurer ? L'accompagnement, l'écoute et puis oui, rassurer. Beaucoup de présence.

Du coup, petite question pour rebondir, vous avez dit que les soignants s'en seraient bien passés, est-ce que vous pensez que les directeurs s'en seraient bien passés ?

Non... Oui oui, d'une certaine façon. Et puis on a répondu présent. Et on a attendu peut-être un audit qui doit être fait. Mais on est ceci dit assez fier du travail qui a été fait.

Est-ce que ça vous a forcé à trouver des solutions innovantes pour réorganiser le service en situation Ebola? Puisque vous avez eu des recommandations, des protocoles qui ont été établis nationalement, mais comme vous l'avez dit, vous avez pu constater l'écart entre ce qui était postulé théoriquement et ce qui reste dans la pratique. Et est-ce que ça vous a obligé du coup cet écart à trouver des solutions qui n'étaient pas protocolaires, qui n'étaient pas dans... ?

Oui comme je vous disais, ça remet forcément, un petit peu les pendules à l'heure. Ça remet à jour les fonctionnements. Après, les écarts étaient plus dans le concret, les choses dont on n'avait pas l'habitude, dans la gestion des déchets... Mais, sinon globalement...

C'est un rôle que vous estimez valorisant de devoir... Oui, après je ne le vois pas forcément valorisant. On était là. On a répondu présent.

ENTRETIEN AVEC UN CADRE PARAMÉDICAL DE PÔLE INFECTIEUX

1 - Centre de référence

Désignation : Dans chaque zone de défense, il y a un établissement référence en NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) : situation de crise qui comporte des risques pour les personnels et les patients. Ces situations peuvent amener les établissements à être dépassés en termes de prise en charge. La France est divisée en zone de défense (environ 7 zones). Pour la région Ile-de-France, c'est l'AP-HP qui est référent. Au sein de l'AP-HP, il y a trois établissements : la Pitié et Bichat pour les adultes et Necker pour les enfants.

Début de l'alerte en avril 2014 et accentuation de la crise au mois de juillet 2014 : Etre ESR, demande un service de maladies, un service de réanimation et un laboratoire de niveau de confinement de niveau 3. L'hôpital de la Pitié ne comporte pas ces trois conditions (pas de laboratoire de niveau 3), donc fin juillet 2014 Bichat est désigné centre de référence avec Bégin pour les adultes.

2 - Protocole et procédures

Avant la formation, il y a eu de l'information autour de ce risque au sein de l'hôpital. L'hôpital a organisé des réunions d'information dans chacun des services concernés par le risque d'Ebola.

- Réunion organisée très rapidement pour informer les personnels, notamment sur la désignation de Bichat comme centre de référence.
- Réunion pour les équipes de jour et de nuit.
- Il a été fait des plaquettes d'information, et une page sur le site intranet de l'hôpital qui expliquait la situation et la mise à jour des procédures pour Ebola.

Rapidement, il a fallu vérifier que les procédures étaient conformes aux recommandations nationales qui évoluaient quasiment tous les jours. Les procédures devaient être conformes aux recommandations (notamment pour la tenue des personnels). Les procédures ont évolué en même temps que les recommandations nationales.

Parallèlement aux réunions d'information, il a fallu commander du matériel et organiser les formations pour les services de première ligne. Ces formations étaient pratiques sur le virus Ebola (atelier d'habillage, déshabillage). Les formations étaient en continue pendant plusieurs semaines et assurées par l'encadrement et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Circuit du patient : Normalement il y a une admission directe dans le service des maladies infectieuses. Il est régulé par le SAMU, en lien avec l'ARS et l'InVS. Dès que le risque

d’Ebola est identifié, les personnes doivent appeler le SAMU. Le médecin du SAMU et celui des urgences se mettent en lien avec l’ARS et l’InVS pour savoir si c’est un cas possible Ebola. Si c’est un cas possible, le patient est transféré dans un centre de référence Ebola. La procédure est alors activée dans l’établissement de référence pour pouvoir accueillir le patient. Des chambres sont dédiées à l’épidémie avec un SAS d’entrée et de sortie.

L’intérêt des SAS d’entrée est qu’ils permettent aux personnels de s’habiller (ils sont considérés comme propres en permanence). Le SAS sortie comprend des procédures de décontamination et de déshabillage. **Le SAS permet de faire un « circuit de marche en avant ».**

Aménagement du service : une unité a été aménagée pour accueillir des patients Ebola en 2011. L’unité est fonctionnelle, mais pas idéale : il faut qu’il y ait de manière continue le service de réanimation et le laboratoire à proximité. Il y a eu des financements spécifiques régionaux pour la mise en place de cette unité.

Si le patient a besoin de réanimation, une chambre a été aménagée afin qu’une réanimation puisse être organisée pendant 12 heures (parce que c’est la durée qu’il faut pour avoir le diagnostic Ebola). Il y a un circuit spécifique pour acheminer les examens biologiques au laboratoire (impossible de les envoyer par le pneumatique). C’est un personnel qui l’emmène avec une procédure très spécifique.

Contact avec le patient : Pour les patients, la prise de conscience face au risque était déjà présente, ils provenaient de la zone épidémique d’Afrique. Le temps que le personnel s’habille, une personne parlait, par l’intermédiaire de l’interphone, au patient pour qu’il ne se sente pas trop isolé. La règle est de respecter les procédures pour protéger le personnel, même s’il y a une urgence vitale. Il faut gérer la culpabilité de ne pas agir rapidement auprès du patient.

Obtention des moyens : Le service n’a pas eu de difficulté à obtenir les moyens nécessaires auprès de l’administration. Les procédures ont même été accélérées. Cependant, des difficultés avec les fournisseurs ont été rapportées : ils étaient submergés par les demandes et il y a eu des ruptures de stock.

Gestion en cas de décès : une procédure nationale a été rédigée avec l’utilisation de sacs spéciaux. La décision qui a été prise au niveau national est la mise en bière dans des cercueils en plomb dans le service directement.

3 - Représentations

Crainte pour les personnels : l'hôpital Bichat a une culture de prise en charge du risque. La majorité des personnels ont choisi de travailler en maladies infectieuses, donc les craintes des personnels étaient peu nombreuses. L'hôpital Bichat a été centre de référence pour le SRAS, et H1N1... Les services ont des procédures régulièrement mises à jour du fait que l'Etablissement soit souvent désigné comme centre de référence.

L'utilisation des combinaisons a été difficile et stressante en raison de la crainte d'être contaminé au moment du déshabillage.

La probabilité de prendre en charge un patient Ebola était faible, mais la crainte semblait plus importante pour Ebola que pour les autres maladies. Un dispositif d'accompagnement des personnels a été mis en place.

Pour Ebola, 4 services ont été identifiés (maladies infectieuses, réanimation médicale, urgences, maternité). Il n'était pas exclu qu'une femme enceinte puisse arriver à l'hôpital avec un risque d'être contaminée par Ebola. Les personnels de ces services avaient plus de craintes que ceux du service des maladies infectieuses. Pour y pallier, l'encadrement a mis en place des dispositifs d'information et de communication.

⇒ **Crainte accentuée selon les services (du fait de la pratique) : infectiologie contre maternité. Il y a une connaissance et une « habitude » du risque infectieux pour le service des maladies infectieuses.**

La réaction a été différente en réanimation : Le risque était perçu comme plus important car le service s'occupe de patients graves. Le fait que la réanimation réalise des actes invasifs entraîne une exposition aux liquides. Au cours de cette situation de crise, aucun patient n'a été pris en charge, ce qui rend le risque théorique mais aussi plus inquiétant. A contrario, au sein du service des maladies infectieuses, la confrontation au risque a permis de diminuer les contraintes en donnant aux personnels le sentiment d'être préparés et encadrés.

La réaction du laboratoire a été différente car celui-ci n'est pas en contact direct avec les patients. Des appréhensions ont été exprimées par les familles, plus que par les personnels de laboratoire.

Représentation sociale des familles des soignants : Aucune crainte particulière de l'entourage des personnels des maladies infectieuses n'a été rapportée à la cadre.

La perception du risque par le reste de l'hôpital : Plusieurs chefs de service (chirurgie notamment) ont redouté un impact négatif. Ils ont craint pour l'impact négatif sur leur activité (crainte que des patients ne viennent pas se faire soigner dans cet hôpital à cause d'Ebola).

Gestion des médias : Les médias ont vraiment commencé à parler d'Ebola quand l'établissement a été désigné centre de référence. Des réunions avaient déjà été organisées pour informer les personnels, ce qui a minimisé les difficultés. En septembre 2014, un journaliste a été déclaré cas possible Ebola, ce qui a entraîné une circulation rapide des informations dans la presse. Du fait que le patient communique avec les médias, les informations sortaient dans la presse avant que les personnels de l'hôpital ne soient informés. Cette exposition a été mal vécue par les soignants (beaucoup de camions de journalistes...). Le patient communiquait avec les journalistes et les informations sortaient dans la presse avant que les personnels de l'hôpital ne soient informés, donc cela a été mal vécu par les soignants pendant cette période (beaucoup de camions de journalistes...).

L'hôpital a été très sollicité par la presse (surtout les médecins), tant qu'Ebola a fait les gros titres. La direction de la communication a répondu aux demandes.

Expérience positive ou négative ? Cela a permis de souder l'équipe autour de cette spécificité. Ebola a obligé l'hôpital à mettre à jour les procédures et renforcer les formations. La difficulté a été d'appliquer les recommandations nationales à la réalité du terrain. La perception de risque et l'application du principe de précaution ont également été complexes à appréhender pour les équipes. Il pense que l'expérience a été positive, mais ils n'ont pas eu à prendre en charge un cas avéré, juste des cas possibles. Le point positif a été la cohésion de tous les responsables de la prise en charge (cela a été très aidant et rassurant).

4 – Droit de retrait et volontariat

– Droit de retrait :

C'est une discussion qui a eu lieu en cellule de crise. Les personnels peuvent faire valoir ce droit de retrait, sous réserve que les dispositifs de protection mis à leur disposition ne soient pas conformes. Le droit de retrait ne peut pas être invoqué si les matériels de protection recommandés sont à la disposition du personnel, si les personnels sont formés aux matériels et au risque et si les procédures sont conformes aux recommandations nationales. Il faut aussi qu'il n'y ait pas des contre-indications personnelles et médicales.

Tous les personnels pouvaient être exposés au risque d'Ebola mais l'hôpital a fait preuve de souplesse : s'il y avait des inquiétudes ou des appréhensions qui semblaient les bloquer dans la prise en charge des patients, il fallait se référer au cadre pour trouver une solution. Si une personne semblait avoir une contre-indication, la personne pouvait aller à la médecine du travail, afin que le médecin du travail informe l'encadrement des contre-indications. Cela a permis de rassurer les personnels.

Sur les 12 ou 13 patients cas possibles, il n'y a jamais eu d'opposition et de droit de retrait du personnel mais une demande de supervision sur les pratiques réalisées. Le cadre relève des

questionnements légitimes mais pas réellement de craintes. Il y a eu des questionnements légitimes, mais pas réellement de craintes. Il y a eu une présentation à un CHSCT extraordinaire, pour que les personnels soient informés et puissent participer aux formations.

– **Question sur le volontariat :**

Le volontariat entre en contradiction avec la réglementation sur le droit de retrait. Cet antagonisme peut-être difficile à assumer, dans le cas où des volontaires se désigneraient sur la réglementation sur le droit de retrait. C'est une complexité assez importante à gérer, notamment s'il y a eu des volontaires. Le choix de ne pas recourir à des volontaires a été fait en cellule de crise (représentants de la direction, du corps médical, paramédical...). Il fallait convaincre les professionnels qu'il n'y avait pas de crainte à avoir.

5 - Son ressenti personnel

Le cadre évoque des difficultés de sommeil et des interrogations incessantes sur la pertinence de ses choix. Il avoue avoir été rassuré par le caractère collectif des décisions. Il note un « bon esprit » et une communication efficace qui ont contribué à souder son équipe autour de la nouvelle prise en charge.

Situation marquante : Le dispositif Ebola est très lourd. L'épisode de la présence de deux cas possibles à l'hôpital a montré une réelle difficulté à assumer plusieurs patients concernés par Ebola à la fois. Les soignants étaient aux limites de ce qu'ils pouvaient faire. Cela a posé des questions. Les moyens mobilisés pour la prise en charge d'un patient sont très importants. Les limites de cette expérience : si l'épidémie avait été importante, cela aurait eu un impact important sur le système hospitalier (fonctionnement et organisation des services de l'hôpital).

Questionnement pour l'avenir : Etant donné la lourdeur du dispositif, comment maintenir à jour les compétences du personnel pour être opérationnel 7 jours sur 7 et 24h sur 24h ? Discussion avec l'IGAS : certains pensent qu'il faut habiliter les personnels (système très lourd à mettre en place), et d'autres pensent qu'il faut maintenir les formations tout au long de l'année (système en place souple et pragmatique) sans faire appel à un système d'habilitation qui risque de bloquer le système.

*« La difficulté a été d'adapter le fonctionnement ordinaire à un fonctionnement extraordinaire.
Le mieux est d'appliquer les mesures exceptionnelles dans un environnement habituel »*

– ***L'image d'Ebola avant l'épidémie de 2014***

- Des épidémies dans des lieux reculés, très peu habités en zone rurale, surtout en zone forestière avec un fort taux de létalité avec un impact peu important sur la population compte tenu de la faible densité de population dans ces lieux reculés.
- L'infectiologue s'est dit surpris par l'épidémie. Il pensait que cela allait être circonscrit aux zones africaines.
- Notion de proximité avec la forêt primaire : espèces animales très peu en contact avec l'homme. Contagion rare (centaine de cas), mais forte létalité. Pas d'ampleur comme on l'a connu en 2014.
- Les facteurs qui ne présageaient pas d'une épidémie en France, en Europe, dans les pays industrialisés :
 - Raison populationnelle : Éducation à la santé, appréhension des messages d'information, interprétation différente, éducation sur les systèmes de transmission de l'information beaucoup plus efficace et en tps réel. Les zones rurales africaines sont durement touchées, car ils ne recevaient pas l'information, si ce n'est en allant la leur donner de vive voix
 - Architecture, urbanisme
 - Réponse de l'offre sanitaire, moyens de prise en charge

– ***Le sentiment de préparation du CHU de Rennes lors de sa désignation comme ESRH :***

- Pontchailloux est déjà l'établissement de référence sur la zone de défense du Grand Ouest, pour les maladies hautement contagieuses. Un travail était déjà fait sur les alertes bioterroristes, la préparation de lutte contre la variole (biotoxicologie). Puis, à chaque crise comme l'épisode du SRAS, de la grippe aviaire, tuberculose multirésistante le CHU de Rennes était l'établissement de référence du Grand-Ouest. Cela paraissait naturel que le CHU soit un ESRH.
- Plus les professionnels de santé étaient présents depuis longtemps dans l'établissement, moins ils ont été surpris par la désignation. Ainsi, les médecins ont paru mieux informés que les autres soignants, soumis à un turn-over plus important. Une différence similaire est à noter entre les services d'infectiologie et de réanimation où le personnel se renouvelle régulièrement

– ***La participation d'un infectiologue à la préparation du risque Ebola :***

- Côté hygiène : procédures de transmission
- Côté infectiologie : côté prise en charge
- Coordination entre les disciplines
- Désormais : poste de coordination nationale des ESRH

– **Les difficultés liées à la construction des protocoles :**

- Cela a été compliqué au départ, il y avait beaucoup d’appréhensions, de demandes d’adapter certaines procédures au mode de fonctionnement des équipes. Il se rajoutait une anxiété très alimentée par les médias et qui a desservi à l’hôpital (épisode de l’IDE espagnole et aux USA). Cela a été diversement reçu. *« À force d’aplanir, de négocier, nous avons avancé ».*
- **Le travail complexe de construction d’une nouvelle prise en charge a surtout été effectué pendant les discussions. Ce que met en avant la prise en charge de tels patients, c’est l’obligation de collaboration entre les services qui n’ont pas naturellement l’occasion de travailler ensemble malgré les ponts. Faire travailler le SAMU et les maladies infectieuses est rare. Il a fallu réunir ces équipes, de même avec les biologistes, les épidémiologistes, la médecine du travail pour la prise en charge du personnel, la direction, la direction des soins. Beaucoup de disciplines ont travaillé ensemble pour développer un protocole commun. Il était question de faire sortir chacun de ses routines, de son habitude pour de son habitude pour articuler leurs compétences dans des circonstances exceptionnelles. Toute la difficulté est de sortir de son cadre de routine.**
- Plus la situation est exceptionnelle, plus le travail d’information est essentiel.
- A chaque fois, le travail est réalisé en concertation. *« Cela amène tout le temps à des corrections, donc on se réunit de nouveau, mais on n’oublie toujours un acteur, par exemple la logistique. Les biologistes disent qu’ils trouvent anormal qu’ils n’aient pas à s’habiller de la même manière que les soignants, car c’est le même sang qui arrive au labo... Finalement, tout le monde se rend compte que c’est difficile de travailler en cosmonaute, certains ont des lunettes, donc on cherche à trouver autre chose. Lors des exercices d’habillage, certains ne peuvent pas venir, car ce n’est pas sur leur temps de travail... Nous avons 8 mois de travail, une 30taine d’ETP pendant 8 mois pour 3 patients suspects... »*

– **L’harmonisation des protocoles au niveau national :**

- Désormais, un protocole au niveau national est en voie de rédaction. Il s’agit d’une procédure générique qui rappelle tous les principes de base.
- L’harmonisation a été compliquée, car chacun avait avancé dans son coin avec ses contraintes et ses spécificités. Un travail de regroupement des pratiques a été réalisé dans le respect des spécificités de chacun. Ce travail ne servira pas seulement pour le virus Ebola mais pour toutes les futures épidémies.
- Problématique majeure : les spécificités de chaque établissement : Les ESRH comportent chacun leurs propres spécificités. Ils disposent d’architecture ou même de services qui peuvent fortement différer. Aussi, l’homogénéisation des protocoles s’avérera complexe, même si une base peut être partagée.

- ***La pertinence de la mise en place d'une équipe mobile ou d'un seul ESRH :***
 - L'hospitalisation des malades est incontournable.
 - La question qui s'est posée au niveau du ministère : 1 ESRH (avec un bâtiment dédié, beaucoup de lits, comme l'ont fait les Allemands [Hamburg] et Anglais [Londres]) ou 12 ? La France a fait le choix de couvrir tous les territoires, ce qui est un modèle de prise en charge singulier en Europe.
 - La désignation d'un unique ESRH aurait impliqué la mise en place d'une organisation dégradée. Ce modèle n'empêche par la réalisation de tout un travail de préparation sur l'organisation d'établissements secondaires (circuit, transport du patient...). L'ESRH unique n'empêche pas d'avoir tout un travail sur l'organisation d'établissements secondaires qui vont avoir des patients qui vont être suspects donc ça n'aurait pas empêché tout ce travail de préparation des établissements, pour conditionner, préparer les patients, baliser les circuits et transports pour emmener les patients vers l'ESRH. Le choix du nombre d'ESRH dépend principalement des moyens que l'Etat souhaite y consacrer. La question étant politique, les tests et comparatifs opérationnels ont été mis de côté. De fait, il est difficile d'estimer la qualité de l'un ou l'autre des dispositifs. Le choix français semble davantage correspondre aux attentes des professionnels de santé et des hauts fonctionnaires du Ministère.

- ***Malgré votre engagement, vous ne semblez pas croire au risque d'épidémie d'Ebola en France...***
 - *« L'organisation des ESRH n'est pas pour prendre en charge une épidémie, mais juste quelques cas. Si vous interrogez Begin, ils vous diront qu'ils ont pu prendre en charge un cas, ils n'en n'auraient pas pris un deuxième... Nous ne sommes pas du tout dans une configuration épidémique, mais dans la situation du rapatrié sanitaire qui vient d'Afrique. Le raisonnement du dispositif grippe A avec une organisation hospitalière adaptée pour des milliers de malades a été radicalement différente. On peut effectivement discuter de cet investissement pour des cas isolés ».*

- ***Vous avez appris de tout ce travail ?***
 - *« Ce n'est pas du tout perdu, mais il est difficile de maintenir les qualifications sur un risque infectieux, qui viendra de par le changement climatique, la déforestation, les contacts pathogènes entre animaux et hommes qui pourraient devenir plus fréquents et sur une circulation des hommes, des biens, des ressources... cela amènera à des émergences futures ».*

- ***Les conséquences de l'épisode de la contamination de l'infirmière espagnole :***
 - Étonnement face à l'arrivée de l'épidémie en zones urbaines en Afrique Centrale, car ça n'était jamais arrivé. Questions sur la contagiosité de cette souche virale. Apparemment, il semble que le virus ait muté tôt dans l'épidémie, ce qui lui a conféré une densité de contagiosité très importante.

- Il y a un sous-diagnostic des médias : 12 000 morts pour 9 millions d'habitants au Libéria. Le paludisme, c'est 100 000 morts par an.
 - L'image d'Ebola est terrible. *« J'ai des collègues libériens qui sont morts avec qui je travaillais. Le fait que cela touche les soignants, c'est quelque chose qui marque beaucoup la population. C'est l'image du docteur ou de l'infirmière qui dans l'imaginaire ne tombe pas malade. Finalement, c'est eux qui sont morts. Cette image a beaucoup choqué. Deuxièmement, le fait que ce sont les soignants qui connaissent, qui sont très informés, qui sont professionnels et pourtant qui décèdent tout de même, c'est une forte image. Si même eux ils ne sont pas capables de s'en défendre, cela laisse la porte ouverte à la fantasmagorie de l'épidémie, de la contagion, du virus invisible tueur [...] Alors c'est vrai que les épidémies de grippe, il y en a autant chez les soignants que chez les malades, car ils sont au contact, sauf que la grippe tout le monde s'en fout, surtout que les soignants sont en bonne santé et s'en sortent facilement »*. Cela a inquiété tant les soignants que la population.
- *Selon les témoignages, les médecins ont moins peur de transgresser les règles des protocoles que les aides-soignants et infirmiers. Ces derniers ne savent alors plus à qui faire confiance. Les médecins prennent-ils trop de risques ?*
- *« Je pense que connaître, c'est mieux appréhender. Si on a déjà été confronté à ce type de transmission, on sait que mettre des combinaisons scaphandres ne changera pas grand-chose. D'autre part, j'ai trouvé aberrant l'obligation de mettre les patients dans les chambres à pression négative alors qu'Ebola ne se transmet pas par l'air. C'est dans tous les protocoles donc quand un cas suspect arrive et que la chambre à pression négative est prise, on doit transférer les lits d'une chambre à l'autre. Et si le médecin avait demandé de mettre le cas suspect dans une chambre sans dispositif de pression négative, cela aurait été l'incompréhension totale. La connaissance médicale « ce n'est pas transmis dans l'air », cela nous rassure en tant que médecin, mais cela n'est pas prioritaire sur les écrits. Il y a donc la procédure et la connaissance médicale réelle au moment T »*.
 - La transgression peut relever de ce type de démarche ou d'une différence de système de pensées et de raisonnements entre le médecin et le soignant. Le médecin est susceptible d'exclure un cas (critères cliniques épidémiologies, discussion avec l'InVs). Ainsi, de façon collégiale, le médecin va exclure le cas. De son côté, le soignant ne dispose pas des mêmes connaissances. Il n'a pas participé aux conférences, assisté aux discussions ou encore participé à l'élaboration de la prise en charge à toutes les étapes. La réaction du soignant dépendra donc de la confiance que celui-ci accorde au médecin et à son ordre. Le suivi aveugle du médecin sera corrélé au degré de risque perçu par le soignant. Plus le risque lui paraîtra important, plus un degré de confiance élevé sera exigé.
 - *« L'antirationalité, c'est la procédure, c'est l'annihilation du libre arbitre. Dans une structure hospitalière, c'est souhaitable »*

ANNEXE N°5 : PHOTOGRAPHIES DES SITES ET DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE
DE PATIENTS ATTEINTS DE FHV À VIRUS EBOLA DES ESRH



SAS de déshabillage avec zone propre et zone sale à l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Bégin



Séparateur amovible des zones à risque et des zones saines du service des maladies infectieuses et tropicales de l'HIA Bégin



Mini laboratoire d'analyse sanguine pour traitement des échantillons de sang prélevé

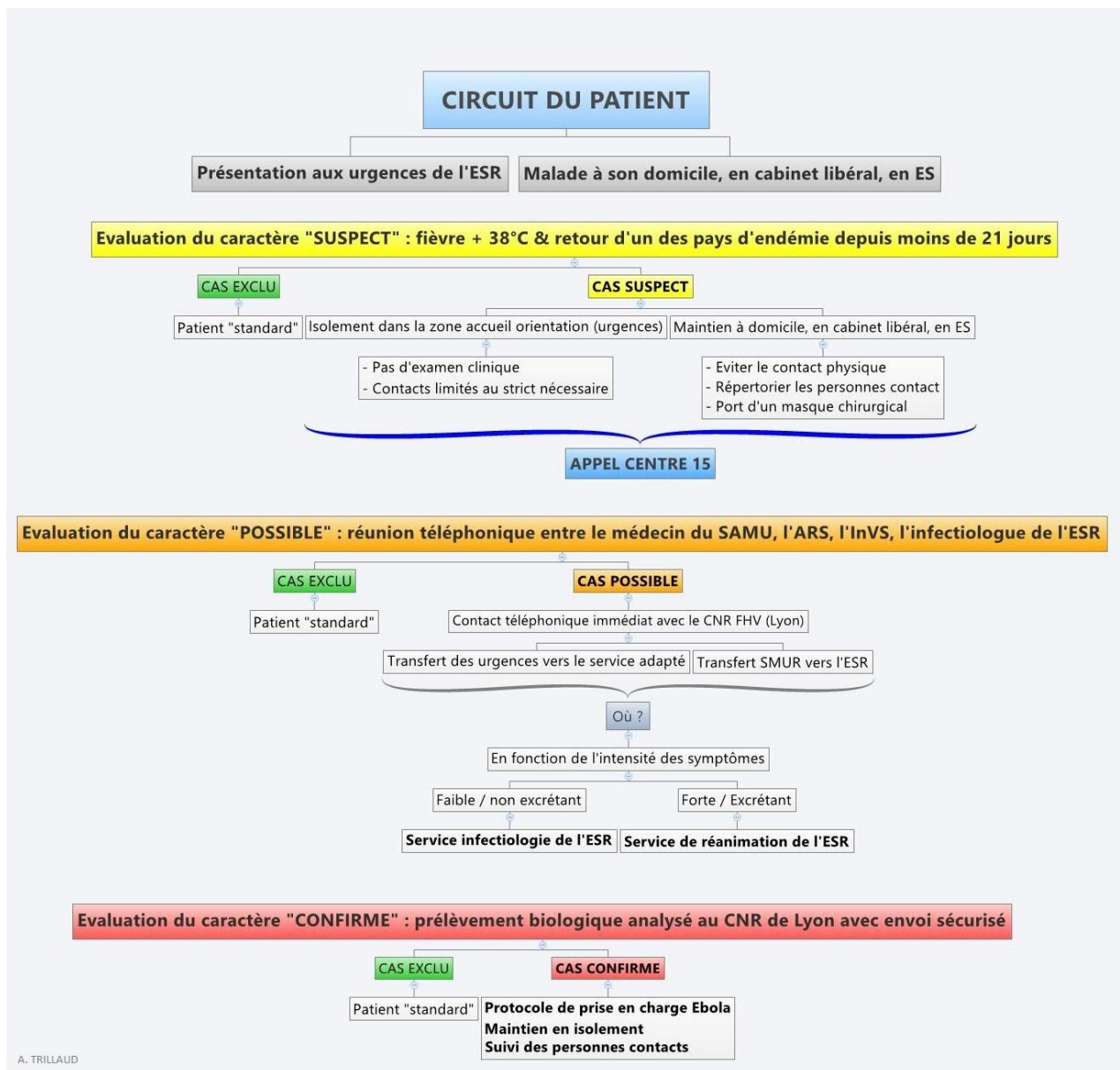


Chambre d'accueil et traitement d'un patient atteint de FHV à virus Ebola de l'HIA Bégin



Armoire de dispositifs médicaux utilisés lors des soins d'un patient atteint de FHV à virus Ebola au CHU de Rennes

ANNEXE N°6 : CIRCUIT D'UN PATIENT ATTEINT DE LA FHV À VIRUS EBOLA



Thème n°34 - Animé par : Clélia GASQUET-BLANCHARD, Maître de conférences en Géographie de la Santé, et Jocelyn RAUDE, Maître de conférences à l'EHESP, chercheur associé au centre Edgar Morin.

« L'IMPACT DU RISQUE D'EBOLA SUR LES REPRÉSENTATIONS DE SOIGNANTS. L'EXEMPLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE DE REFERENCE EN FRANCE »

ATTAL Jenny, IASS ; BREUER Conrad, DH ; DUBOIS-CONSTANT Pauline, AAH ; DUREL Philippe, DS ; LE TEXIER Marion, D3S ; MAKAROFF Marion, AHH ; MONTERO Antoine, DH ; TRILLAUD Angéline, IASS.

Résumé :

Notre étude nous a permis de mettre en évidence le caractère pluriel de l'épidémie Ebola affectant les soignants tant par les modes de prise en charge que par les modalités d'organisation. Objet de fantasmes dans la psyché collective, Ebola a fortement affecté les représentations des soignants des ESRH. L'objet de ce travail est d'estimer dans quelle mesure le risque de FHV à virus Ebola a questionné les représentations usuelles de soignants des ESRH en France.

Notre première partie étudie et met en perspective les représentations particulières que se sont forgées les soignants du risque de se voir confrontés à l'épidémie de FHV à virus Ebola. Les concepts de perception et d'amplification sociale du risque révèlent une culture soignante mise à l'épreuve.

La deuxième partie démontre l'influence des représentations sociales sur la réponse organisationnelle. La rédaction des protocoles a ainsi été un processus révélateur des enjeux de pouvoir présents au sein de la structure hospitalière. Des ajustements et rééquilibres négociés ont ainsi été nécessaires afin de concilier les positions des différents acteurs.

Notre troisième partie décrit l'intégration du risque d'Ebola au sein d'un dispositif de prise en charge spécialisé. La normalisation de la menace permet, par la suite, la reconstruction des routines collectives. Quelles leçons les équipes soignantes ont-elles tiré de cet épisode sanitaire ?

Mots clés : Ebola, représentations des soignants, ESRH, perception des risques, protocoles

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs