



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **Caroline Aigle - 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

**L'accompagnement des professionnels
de santé face à une crise sanitaire
exceptionnelle : un enjeu managérial
pour le Directeur des Soins**

Châou Abarghaz

Remerciements

J'adresse mes remerciements à tous les professionnels qui ont contribué à la réalisation de ce travail et m'ont permis de me préparer à ma nouvelle fonction.

Mes remerciements s'adressent également aux équipes de direction et à l'ensemble des professionnels qui m'ont accueillie. Merci aussi pour la confiance accordée dans le libre accès aux informations ayant permis la réalisation de ce travail.

Je remercie également mes collègues pour leurs encouragements tout au long de ce projet.

Enfin, un immense merci à tous ceux qui comptent et que j'aime : mes parents auxquels je rends hommage de m'avoir donné la chance d'accéder aux savoirs, mon épouse Tourilla pour son soutien infaillible, mon fils Samir, mes sœurs, mes frères...et tous mes amis...

Epigraphe

« Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible mais de s'entraîner à lui faire face »

Patrick LAGADEC – Traité des nouveaux risques

Sommaire

Introduction.....	3
1 PREMIER CHAPITRE : Le cadre conceptuel	7
1.1 De la situation sanitaire exceptionnelle à la crise sanitaire exceptionnelle dans les établissements de santé	7
1.1.1 Quelques définitions	7
1.1.1.1 Définition de la situation sanitaire exceptionnelle (SSE).....	7
1.1.1.2 Définition de la crise sanitaire exceptionnelle (CSE)	7
1.1.2 Deux notions que se distinguent.....	8
1.1.2.1 La situation sanitaire exceptionnelle (SSE), une situation qui demeure à l'intérieur d'un cadre reconnu	8
1.1.2.2 La crise sanitaire exceptionnelle (CSE), un évènement extérieur complexe et d'une extrême gravité.....	10
1.1.2.3 Qu'est-ce qui différencie la SSE et la CSE ?	11
1.1.3 La gestion de crise exceptionnelle, entre l'entrée en crise et la stratégie de réponse à la crise.....	12
1.1.4 En quoi la crise sanitaire est apprenante ?.....	14
1.2 Le concept de l'accompagnement	16
1.2.1 Qu'entendons-nous par accompagnement ?.....	16
1.2.2 Que veut dire le mot accompagner ?.....	17
1.2.3 La posture et l'accompagnement.....	17
1.2.4 Le management bienveillant et l'accompagnement.....	19
1.3 Le manager-accompagnateur.....	20
1.3.1 Le rôle transversal du directeur des soins	20
1.3.2 Le rôle du directeur des soins dans la gestion de la crise	21
1.3.3 Leadership et confiance : un gage de cohésion de l'équipe.....	22
1.4 Le concept de l'implication.....	23
1.4.1 Description du concept	23
1.4.2 Le lien entre l'implication et la motivation	24

1.4.3	Les leviers de l'implication organisationnelle	25
1.4.4	L'implication et le management de la qualité	25
1.4.5	Les facteurs de l'implication	26
1.5	Conclusion du cadre théorique.....	26
2	DEUXIEME CHAPITRE : L'enquête.....	27
2.1	La méthodologie de l'enquête	27
2.1.1	Outil de l'enquête :	27
2.1.2	Cadrage concernant les interlocuteurs interrogés	27
2.1.3	Méthodologie d'analyse et confrontation des résultats	28
2.2	Les résultats de l'analyse	28
2.2.1	Analyse de la revue documentaire.....	28
2.2.2	Analyse des entretiens et des retours d'expériences.....	31
2.2.3	Les difficultés évoquées par les acteurs de terrain	36
2.3	La vérification des hypothèses de départ.....	37
2.3.1	Hypothèse 1 : L'accompagnement des professionnels de santé par le directeur des soins, en situation de crise sanitaire exceptionnelle, favoriserait l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire.	38
2.3.2	Hypothèse 2 : L'accompagnement des professionnels de santé par le DS, lors d'une crise sanitaire exceptionnelle, contribuerait au renforcement de la proximité entre le DS et les équipes paramédicales.	38
2.3.3	Hypothèse 3 : Une crise sanitaire exceptionnelle est un évènement qui inciterait le directeur des soins à garantir les moyens permettant aux professionnels de tenir dans la durée face à la crise sanitaire.	38
2.4	Les limites de l'étude.....	39
3	TROISIEME CHAPITRE : Les perspectives identifiées et les préconisations tirées de la recherche.....	40
3.1	Les perspectives	40
3.1.1	La capitalisation de l'expérience de la crise sanitaire COVID-19.....	40
3.1.1.1	Inscrire les nouvelles technologies numériques dans une démarche durable au sein des ESSMS.....	40
3.1.1.2	Pérenniser les pratiques issues de la crise sanitaire.....	41
3.1.1.3	Soutenir la dynamique des coopérations générées par la crise sanitaire	42

3.1.2	Les accords du Ségur de la santé : des accords pour reconnaître l'engagement des professionnels de santé	42
3.2	Les préconisations	43
3.2.1	Avant la survenue de la CSE : Anticiper des organisations médico-soignantes pour mieux gérer les SSE	43
3.2.1.1	Actualiser les procédures et les dispositifs relatifs à la gestion des SSE	43
3.2.1.2	Sécuriser les infrastructures et les circuits logistiques	44
3.2.1.3	Prévoir des organisations qui garantissent la continuité des soins conjointement à la gestion de la crise	45
3.2.2	Pendant la CSE : Mettre en œuvre des organisations médico-soignantes pour mieux gérer la crise sanitaire	45
3.2.2.1	Adapter les organisations médico-soignantes aux SSE	45
3.2.2.2	Donner envie aux professionnels à s'impliquer dans leur travail	46
3.2.3	Préparation de la sortie de crise sanitaire : Accompagner les équipes vers la sortie de crise	47
3.2.3.1	Préparer collectivement la sortie de crise	47
3.2.3.2	Organiser le désarmement des dispositifs de gestion de crise de façon progressive et réversible	48
3.2.4	En post crise : Accompagner l'organisation et le partage des retours d'expériences afin de capitaliser pour l'avenir	49
3.2.4.1	Accompagner collectivement les équipes en post-crise	49
3.2.4.2	Accompagner individuellement les professionnels en post-crise	49
3.2.5	Pour aller plus loin :	50
3.2.5.1	Accompagner collectivement les équipes en post-crise	50
3.2.5.2	Accompagner individuellement les professionnels en post-crise	51
	Conclusion.....	54
	Bibliographie.....	56
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASA : Autorisation spéciale d'absence

CGS : Coordonnateur Général des soins

CH : Centre Hospitalier

COVID-19 : Maladie à Coronavirus 2019

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des conditions de travail

CME : Commission Médicale d'Établissement

CSE : Crise sanitaire exceptionnelle

CSP : Code de santé publique

CSS : Cadre supérieur de santé

CTE : Comité technique d'Établissement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGA : Directeur Général Adjoint

DH : Directeur d'Hôpital

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS : Établissements Sanitaires et Médico-Sociaux

ESSMS : Établissements Sanitaires, sociaux et Médico-Sociaux

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ORSAN : Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles

ORSAN REB : Organisation de la Réponse du système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles pour les Risques Épidémiques et Biologiques

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

Introduction

« Je connais le dévouement des soignants : leurs métiers sont difficiles, parfois pénibles et le sentiment d'un manque de reconnaissance peut décourager, voire contrarier une vocation. Agir vite et fort, tel a été le souhait du Président de la République, telle a été l'ambition du Ségur de la santé », a déclaré le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, lors de son annonce des accords du Ségur de la santé¹ le 21 juillet 2020.

Qu'il s'agisse d'un établissement de santé public ou privé, tôt ou tard, chaque hôpital fera face à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Lorsqu'un tel évènement se produit, la capacité de l'établissement d'éviter la perte de contrôle de la situation sera tributaire de l'efficacité de sa réaction et de son organisation. Les compétences et l'engagement des personnels, ainsi que la qualité du soutien apporté par l'équipe de direction, jouent un rôle essentiel dans la gestion d'une crise sanitaire exceptionnelle (CSE). Dans ce contexte, le directeur des soins (DS) est un acteur incontournable dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux. Il doit faire preuve de proactivité, de constance et d'ouverture dans ses démarches visant à mobiliser les soignants autour de leur cœur de métier.

Chaque crise est unique en son genre. Sa cause et ses conséquences dépendent d'un ensemble de variables, notamment la nature de l'évènement lui-même, le type des activités de l'établissement ainsi que sa gouvernance, sa culture et sa résilience. Le niveau de préparation à affronter une crise et la surveillance de la gestion de crise comptent parmi les responsabilités importantes de l'équipe de direction d'un établissement qu'il s'agisse d'un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure sociale. En ce sens, le système de gestion des risques de l'établissement de santé est un outil de premier plan dans l'identification précoce et la gestion efficace des risques. Un solide programme de gestion des risques, un entraînement à la gestion de crise et un accompagnement des professionnels sont les clés de l'efficacité, la résistance et la survie à la crise. La question de l'accompagnement des professionnels paramédicaux, face à une situation sanitaire exceptionnelle, paraît centrale et sera la thématique retenue pour notre travail.

¹ Mission de concertation pour l'amélioration du secteur de la santé en France qui s'est déroulée au siège du ministère de la santé, avenue du Ségur, du 25 mai au 10 juillet 2020.

Constat

Durant le premier semestre de l'année 2020, nous avons pu vivre l'expérience de gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie du COVID-19² dans un CHU. En effet, la période de notre stage, qui s'est déroulée du 24 février au 17 avril 2020, dans le cadre de notre formation de directeur des soins, a coïncidé avec la confrontation des hôpitaux à cette situation sanitaire exceptionnelle. Ainsi, la gestion quotidienne de cette crise, par les équipes du CHU, nous a permis d'appréhender l'importance du rôle dédié au directeur des soins dans ce champ. D'abord, par son rôle de conseiller soignant au sein de la cellule de crise³. Ensuite, par son expertise dans l'organisation générale des soins (réorganisation des unités de soins et analyse des besoins pour une meilleure prise en charge des patients atteints par la COVID-19). Enfin, par son rôle dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux confrontés, en première ligne comme en deuxième ligne, à la gestion de la crise sanitaire exceptionnelle.

La pandémie de la « COVID-19 »⁴ est provoquée par une maladie infectieuse émergente, appelée maladie à coronavirus 2019, dont l'agent pathogène est le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). L'épidémie coronavirus est apparue d'abord en Chine vers la fin de l'année 2019, avant de s'étendre à de nombreux pays du monde dont la France. La circulation de ce nouveau virus s'est montrée très active, rapide et surprenante à l'échelon du territoire national comme par ailleurs dans le monde, ce qui a contraint les pouvoirs publics à prendre des décisions inédites pour lutter, à travers le système de santé, contre la propagation du virus.

Cette situation sanitaire exceptionnelle liée à la pandémie COVID-19 a provoqué le déclenchement du plan blanc dès le début du mois de mars 2020 dans tous les établissements de santé français qu'ils soient publics ou privés. Ce dispositif permet à chaque établissement de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose pour faire face à l'afflux de patients. Les articles L. 3110-7 à L. 3110-10 du code de la santé publique, introduits par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, définissent l'organisation intra et extrahospitalière permettant de prévenir et de gérer des menaces sanitaires graves et des situations d'urgence.

L'implication de l'équipe de direction et la mobilisation des professionnels de santé ont permis la constitution de nouvelles équipes dédiées aux unités de soins COVID-19 en un

² Maladie à Coronavirus 2019 : « Co » signifie « corona » ; « vi » pour « virus » ; « D » pour « disease = maladie en anglais » ; « 19 » pour « 2019 »

³ Annexe 7 : Schéma d'une cellule de gestion de crise hospitalière.

⁴ L'OMS a annoncé le 11 février que le nom de cette nouvelle maladie serait « COVID-19 ».

temps très contraint et dans des espaces qu'il a fallu transformer. Les médecins et les personnels soignants assument dans la limite de leurs compétences la prise en charge d'autres patients que ceux relevant habituellement de leur spécialité.

Durant cette période, en collaboration avec l'équipe de direction, le rôle du directeur des soins est apparu comme un véritable levier dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux. Ce rôle est encore plus important dans un contexte où tous les acteurs de la santé sont contraints de prendre de nouvelles décisions organisationnelles dans un temps contraint, venant parfois modifier et réinterroger le calendrier des activités de soins autres que celles liées à la pandémie COVID-19. Les responsables de l'ensemble des établissements du système de santé ont dû redéfinir leurs priorités dans un environnement financier déjà en tension.

Ainsi émergent les questionnements suivants : **Dans quelle mesure le DS peut-il accompagner les professionnels de santé pour les aider à faire face à la gestion d'une crise sanitaire exceptionnelle tout en assurant la continuité des soins au sein de l'établissement de santé ? Quelles sont les actions d'accompagnement qu'un DS peut mettre en place pour encourager les professionnels à se mobiliser et à tenir dans la durée face à une crise sanitaire exceptionnelle ? Quelle stratégie le DS peut mettre en place, en concertation avec l'équipe de direction, pour prendre en compte les bouleversements occasionnés par la crise sanitaire sur le plan organisationnel, social et psychologique ? Quels sont les outils mobilisables par le DS pour évaluer l'impact d'une crise sanitaire exceptionnelle sur les équipes ? Quels apprentissages est-il possible d'en retirer ?**

Ces interrogations s'inscrivent dans la perspective de notre prise de fonction en qualité de directeur des soins et par conséquent de la responsabilité qui sera la nôtre dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux en toute situation.

Ce qui nous amène ainsi à formuler notre question centrale :

En quoi l'accompagnement mis en œuvre par le directeur des soins, dans un contexte de situation sanitaire exceptionnelle, peut-il favoriser l'implication des professionnelles paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire ?

C'est à cette question de départ que ce mémoire va tenter d'apporter quelques éléments de réponse, en confrontant le cadre conceptuel, que nous avons identifié, à la réalité de l'expérience vécue par les professionnels de santé pendant la crise sanitaire COVID-19.

Pour réaliser ce travail, nous avons utilisé deux outils : la recherche bibliographique et les entretiens semi-directifs.

Ainsi, à partir de notre question centrale, nous avons mis en lumière trois hypothèses opérationnelles de travail dans le champ théorique qui serviront ensuite de guide à notre analyse empirique.

Hypothèse 1 : L'accompagnement des professionnels de santé par le DS, dans une situation sanitaire exceptionnelle, favoriserait l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire.

Hypothèse 2 : L'accompagnement des professionnels de santé par le DS, lors d'une crise sanitaire exceptionnelle, contribuerait au renforcement de la proximité entre le DS et les équipes paramédicales.

Hypothèse 3 : Une crise sanitaire exceptionnelle est un évènement qui inciterait le directeur des soins à garantir les moyens permettant aux professionnels de tenir dans la durée face à la crise sanitaire

Dans la première partie de notre travail de recherche, nous nous intéresserons au cadre conceptuel. Dans ce cadre théorique, nous aborderons le concept de situation sanitaire exceptionnelle, celui de crise sanitaire exceptionnelle, ainsi que les concepts d'accompagnement et d'implication.

La deuxième partie de notre mémoire sera consacrée à l'explication de la méthodologie utilisée pour notre enquête au sein de 2 établissements de santé (un CHU et un CH). L'analyse des résultats des 11 entretiens semi-directifs réalisés, nous permettra ensuite de confronter le vécu du terrain au cadre théorique sur la base de notre question de départ.

Enfin dans la troisième partie de notre mémoire, nous formulerons quelques préconisations synonymes de succès dans nos missions de directeur des soins au plus près des attentes des professionnels de santé et des usagers du système de santé.

1 PREMIER CHAPITRE : Le cadre conceptuel

1.1 De la situation sanitaire exceptionnelle à la crise sanitaire exceptionnelle dans les établissements de santé

1.1.1 Quelques définitions

1.1.1.1 Définition de la situation sanitaire exceptionnelle (SSE)

Selon la définition donnée par Christophe Van Der Linde⁵ dans « *Mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé* », une situation sanitaire exceptionnelle désigne « *la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise* ».

Cette conception intègre toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, qu'elles soient liées notamment à une maladie infectieuse à potentiel épidémique, une catastrophe naturelle, un accident technologique ou encore un acte malveillant. Cette notion très large, intégrée au Code de la Santé Publique (CSP) a vocation à permettre le développement d'un véritable continuum entre le fonctionnement « habituel » du système de santé et la réponse opérationnelle à ce type de situations qui peut être qualifiée « d'avant crise ».

1.1.1.2 Définition de la crise sanitaire exceptionnelle (CSE)

Le concept de « crise sanitaire exceptionnelle » est complexe, délicat à appréhender et a priori, difficile à contrôler. Il souffre d'une inexistence juridique en tant que tel. Dans le domaine de la médecine ancienne, le terme de crise désignait le moment où la maladie touchait à son terme. La crise n'était donc pas un signe de maladie mais plutôt de résistance à la maladie. Dans la tragédie grecque, la crise est le moment de vérité où le passé est révélé. Edgar Morin⁶ dans « *Pour une crisologie* » note qu'on en arrive aujourd'hui à des retournements complets de sens : en effet, ce qui désignait à l'origine « *décision, moment décisif d'un processus incertain* », en arrive à pointer son contraire : « *crise signifie*

⁵ VAN DER LINDE C, Nov 2019, mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé, IDM/EHESP

⁶ EDGAR M, 1976, Pour une crisologie, IN : Communications, 25, 1976, La notion de crise, PP. 149-163.

indécision : c'est le moment où en même temps qu'une perturbation, surgissent les incertitudes ».

1.1.2 Deux notions que se distinguent

1.1.2.1 La situation sanitaire exceptionnelle (SSE), une situation qui demeure à l'intérieur d'un cadre reconnu

Nous vivons dans une société où les risques⁷ sont permanents, multiples et très divers. La définition communément admise pour la notion de risque est la probabilité d'occurrence d'un danger. Cette notion recouvre à la fois le danger potentiel de catastrophe et la perception qu'en a la société. Parfois, de sérieux écarts peuvent exister entre la réalité des risques et la façon dont ils sont perçus. Si comme le dit Ulrich Beck⁸, la société actuelle est une société du risque, c'est-à-dire une « société de la catastrophe », les risques sont cependant souvent mal perçus et évalués. Les accidents sont souvent nombreux, les catastrophes surviennent. Ce n'est que lorsque le risque se réalise que l'on peut parler de crise. Un risque majeur est un événement d'origine naturelle ou liée à l'activité humaine, dont l'impact peut mettre en péril le bon fonctionnement de la société, perturber l'activité économique du territoire, porter atteinte à l'intégrité des personnes et des biens, publics ou privés, et menacer l'environnement.

Ainsi, et particulièrement en matière de risques sanitaires, la canicule de l'été 2003 a représenté une situation de crise tout comme celle du sang contaminé au début des années 1980 ou encore de la grippe A (H1N1) en 2009, auxquelles les établissements de santé publics ont dû faire face.

Dès lors, sur le plan des crises hospitalières majeures, et afin de préparer au mieux les établissements de santé publics à faire face à un environnement de menaces sanitaires de plus en plus importantes, le dispositif réglementaire a été renforcé ces quinze dernières années. Une nouvelle appellation a fait son apparition dans la loi de Santé publique de Janvier 2016, celle de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE).

⁷ Cf. Annexe 5 : Cartographie des risques et menaces auxquels un établissement de santé peut être exposé.

⁸ BECK U, 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad. de l'allemand par L. Bernardi. Paris, Aubier, 521p.

C'est ainsi que l'existence d'un plan blanc est rendue obligatoire pour tous les établissements de santé publics. C'est un dispositif de gestion qui va permettre de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont dispose un établissement de santé public dès lors que les besoins de prise en charge dépassent ses moyens ordinaires. Il va couvrir l'ensemble des risques et menaces endogènes (incendie, rupture de médicaments, rupture d'eau potable, inondations, mouvements sociaux...) et exogènes (afflux de patients ou de victimes d'un accident, d'un attentat, d'une épidémie ou d'un évènement climatique meurtrier et durable). Il convient d'observer les modifications de novembre 2016 qui attribuent au Directeur de l'établissement de santé la responsabilité de la mise en œuvre du plan blanc, le cas échéant, à la demande du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Par ailleurs, l'instruction du 26 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles vient préciser l'organisation de la prise en charge hospitalière en lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire ». Ce dispositif de préparation est appelé « ORSAN »⁹ et chapeaute les plans blancs en facilitant la coordination régionale des trois secteurs sanitaires (ambulatoire, hospitalier et médico-social). En 2019, un nouveau volet dédié aux épidémies a été inclus ORSAN REB pour les risques épidémiques et biologiques dont l'objectif est d'assurer la prise en charge¹⁰ des patients présentant une maladie infectieuse transmissible et d'enrayer rapidement un risque épidémique ou de ralentir son introduction sur le territoire tel que celui lié à la COVID-19.

Il faut donc prendre en considération que la conduite d'une gestion de crise sera différente en fonction d'un risque « accepté » c'est-à-dire connu et accepté individuellement ou d'un risque « inacceptable » c'est-à-dire inconnu et dont la décision échappe à l'individu (ex. risque pandémique face à un virus émergeant tel celui de la COVID-19).

En cas de risque « accepté », nous sommes face à une situation sanitaire exceptionnelle « maîtrisable » dans la mesure où il existe des fonctions spécialisées pouvant être mises en œuvre pour aider au retour à la normale. C'est ainsi que Lagadec¹¹ (*La gestion des crises*) conçoit que « *La marche normale correspond à un fonctionnement sans grands*

⁹ Le plan ORSAN se compose de cinq volets et a pour objectifs d'adapter les parcours de soins des patients face aux nouvelles attentes et de déterminer les mesures nécessaires pour que le système de santé puisse monter en puissance lors de tous types d'évènements (articles L.3131-11, L.6114-1 et R.3131-10 du CSP).

¹⁰ Cf. Annexe 6 : schématisation de gestion des flux de patients

¹¹ LAGADEC P, 1992, *La gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs*, Ediscience international, 326p.

écarts : un ensemble de régulations permet au système de conserver un équilibre général qui lui assure son rythme de croisière. Naturellement, ce contexte de référence peut être lui-même plus ou moins agité-calme ou déjà au bord de la rupture – Mais globalement, il « tient » à l'intérieur d'un cadre encore reconnu ». C'est ce qu'il appelle l'accident « classique », celui qui reste dans le champ de validité des capacités de régulation d'urgence.

Pour Christophe Van Der Linde, la SSE s'inscrit dans un management maîtrisé et performant qui régule et met en œuvre des actions correctrices. Ces actions ont pour but d'éviter la rupture du seuil capacitaire de prise en charge et de ramener l'établissement vers un régime courant d'activité conforme aux attendus du projet régional de santé.

S'il appartient au Directeur de l'établissement de santé public de mettre en œuvre le plan blanc, le rôle du directeur des soins est de savoir gérer, en sus des projets, ces crises sanitaires exceptionnelles en collaboration avec l'équipe de direction, l'équipe d'encadrement paramédicale et l'équipe médicale. En effet, il doit veiller à la continuité des soins et organiser la répartition équilibrée des ressources en soins au niveau de l'établissement. Il lui appartient également de prendre les mesures nécessaires à la continuité et la sécurité des soins notamment dans la gestion des moyens de remplacement de soignants, dans une logique de solidarité institutionnelle.

1.1.2.2 La crise sanitaire exceptionnelle (CSE), un évènement extérieur complexe et d'une extrême gravité

Lagadec, dans son ouvrage « *La Gestion des crises, outils de réflexion à l'usage des décideurs* » utilise, pour caractériser la crise, les notions de déstabilisation et de turbulence. Cela indique clairement que la crise va naître de la façon dont une situation d'urgence ou de risque majeur est gérée par l'autorité responsable.

La crise est, en effet, un concept social. Elle ne recouvre totalement ni la situation d'urgence, ni le risque majeur. Dans cette optique, Lagadec opère une distinction entre « l'accident classique » et « l'évènement majeur ». Le premier est une « simple brèche dans un fonctionnement général qui globalement n'est pas menacé ». Ainsi, les Directeurs des soins savent gérer des épisodes de grippe saisonnière et répondre aux pics éventuels d'activité. Dans le second cas, « à l'évidence, on ne se retrouve pas face à une défaillance habituelle ». Martin Hirsch¹² l'avait pressenti dans « *l'énigme du Nénuphar face au virus* », « pendant cette réunion du 14 mars au soir, les experts nous montrent leurs

¹² Martin Hirsch, « *l'énigme du Nénuphar face au virus* », Ed. Stock, 2020

projections. Si rien n'est fait, nous pourrions avoir 100 000 patients en réanimation, et quelques centaines de milliers de morts (...). C'est juste une catastrophe sanitaire sans précédent. Mais ils ne se contentent pas de projeter ce qui va arriver si on ne fait rien. Ils montrent en même temps l'effet des différentes mesures : fermeture des écoles, télétravail, confinement ». Les travaux de Lagadec¹³ ont identifié les principaux facteurs de crise que sont l'incertitude, la multiplication du nombre d'acteurs, le débordement des dispositifs de réponse, la perte de confiance à l'égard des autorités publiques, la remise en cause des experts et le retentissement sur l'ensemble de l'organisation sociale. Edgar Morin le précise avec une grande justesse « *le mot sert désormais à nommer l'innommable, il renvoie à une double béance : béance de notre savoir (au cœur même du terme de crise) et béance dans la réalité sociale elle-même où apparaît la crise ».*

Après avoir défini d'une part la SSE et d'autre part la CSE, nous nous intéressons à ce qui différencie ces deux notions.

1.1.2.3 Qu'est-ce qui différencie la SSE et la CSE ?

Contrairement à la SSE, la CSE se caractérise par l'énormité du problème et ses conséquences immédiates, l'insuffisance et l'inadéquation des moyens de réaction (manque de ressources en matière d'expertise et de communication), l'insuffisance d'information et de connaissance. Mais au-delà de l'urgence face à une situation de haute gravité et en aggravation exponentielle, le temps constitue la dimension clé de la crise. En effet, le temps de la crise est un paramètre déroutant pour trois raisons : la longue durée de l'évènement initiateur va soumettre à l'usure l'ensemble des professionnels de santé et les organisations. En outre, le caractère évolutif de la menace ou du problème fait qu'on se trouve face à une dynamique. Enfin, le rythme erratique du temps exige des réactions extrêmement vives aux accélérations fulgurantes après des périodes dites « inertes ».

L'un des rôles importants du directeur des soins, comme j'ai pu l'observer au cours de mon stage, pendant la période de crise sanitaire liée au COVID-19 en mars dernier, est non seulement de préserver les équipes en place qui commençaient à fatiguer (l'objectif étant d'inscrire la mobilisation dans la durée) mais également, de faire preuve de pédagogie et d'explications lorsque les préconisations sont significativement modifiées voire contradictoires.

¹³ LAGADEC P, 1995, Cellule de crise : Les conditions d'une conduite efficace, Editions d'Organisation, 122p.

1.1.3 La gestion de crise exceptionnelle, entre l'entrée en crise et la stratégie de réponse à la crise

Ainsi que l'avait énoncé Christophe Van Der Linde dans son ouvrage « *Mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé* », la gestion de crise sanitaire consiste à définir une stratégie d'organisation de la prise en charge pour faire face à une CSE. En d'autres termes, c'est l'application de mesures réflexes qui permettront, dans un premier temps, de stabiliser l'organisation en donnant une orientation, une dynamique et en posant les bases des prises en charge médicales à venir. Elle correspond à un management adapté qui implique de savoir exploiter les informations incomplètes, accepter les incertitudes et les doutes, hiérarchiser les priorités, faire preuve de fermeté dans les arbitrages tout en favorisant la concertation et l'écoute, déléguer et faire confiance afin d'élaborer une stratégie. Enfin, le management adapté implique également de savoir maîtriser la communication en interne et en externe.

Dans son article « *la gestion de crise, entre progrès et vertige* »¹⁴, Lagadec considère « *qu'il ne s'agit pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à lui faire face ; d'avoir des plans pour éviter d'être surpris, mais de s'entraîner à être surpris ; d'avoir les réponses à tout, mais d'être créatif dans l'inconnu. Ce qui conduit à des formes de préparation centrées sur la feuille blanche et beaucoup moins sur des réponses à des scénarios prédéfinis* ». Cette définition illustre parfaitement l'importance à accorder non seulement à la préparation préalable à la surprise mais aussi au temps de la réflexion distanciée et d'ouverture des raisonnements et des réseaux, sans lesquels on risque en permanence de perdre les repères stratégiques indispensables à une action cohérente.

La gestion de crise sanitaire implique donc de savoir prendre du recul pour être en mesure d'inventer des réponses pertinentes. Elle implique également de faire preuve de grandes capacités d'initiatives, d'adaptabilité et de créativité.

Comment peut-on caractériser les étapes de la gestion d'une crise sanitaire ? Pour tenter d'y répondre, Lagadec dans son ouvrage « *La gestion de crise* » décrit les deux phases suivantes :

a) L'entrée en crise, phase réflexe qui est capitale et décisive où l'on travaille sur un objet non défini (par manque d'informations) et dans une large mesure impossible à définir (la crise n'ayant pas encore « choisi » sa trajectoire). Dès cette phase, il s'agit au moins de placer un certain nombre de barrières et de « retardants » minimum. Dans son ouvrage

¹⁴ LAGADEC P, *la gestion de crise, entre progrès et vertige, revue l'ENA hors les murs*, no 485, novembre 2018.

« *l'énigme du Nénuphar face au virus* », Martin Hirsch a appelé cette phase la drôle de guerre » en la situant de la mi-janvier au début du mois de mars 2020 : « *On sait que le danger est là, mais il ne se matérialise pas. (...) Le 1^{er} février, nous faisons une note importante sur la manière dont l'AP-HP s'organisait face à ces premières alertes* ».

b) La phase de construction et de mise en œuvre de la stratégie de réponse qui se compose de deux volets : celui de la réflexion distanciée et celui de la conduite proprement dite, qui exige des choix précis et un accompagnement général du système dont on a la charge.

Sur le volet « réflexion distanciée », il faut : **se doter** d'une équipe « recueil d'informations » dont le rôle est d'éclairer le décideur sur ce qui se passe, ce qui se fait, ce qui se dit, et notamment les rumeurs ; **ouvrir** les réseaux de tous les acteurs essentiels au traitement de la situation et de ses développements possibles ; **définir** un cadre d'autorité en clarifiant les responsabilités et bâtir au plus vite un système de coopération ce qui implique une capacité à redistribuer l'information, l'intelligence, le pouvoir et les moyens ; **mettre en place** une équipe d'intelligence critique dont le rôle est l'aide à la décision grâce notamment, au questionnement permanent (sur les diagnostics posés, les solutions mises en avant, les développements possibles des processus déclenchés en raison de la dynamique actuelle de l'évènement mais aussi des souvenirs d'expériences passées qu'il réveille) ; **dégager** des logiques d'action c'est-à-dire différents types de règles (règles politiques, règles de fonctionnement interacteurs, règles de conduite institutionnelle, règles de traitement de la crise y compris l'après-crise, règles de prise de décision).

Sur le volet « conduite de la crise » : L'acte fondateur est le positionnement du dirigeant. En effet, le premier problème du dirigeant est de « **nommer** » la crise ou de dégager un champ opératoire pour pouvoir agir de façon appropriée et engager une intervention pertinente. Nommer va permettre de fixer l'indétermination. Il doit **prendre position** sur des orientations de fond ce qui implique des arbitrages fondamentaux. Face à l'urgence, il doit **définir une stratégie de réponse**, en prenant en compte la gestion du temps qui est une composante capitale.

Ensuite, il doit **conduire l'ensemble des opérations** et **veiller à la cohérence du système** par une prise en charge de la crise, par l'anticipation et la prise d'initiatives, identifier les erreurs, les points faibles, gérer les contradictions et susceptibilités ; puis **piloter le système** : pour cela, **constituer et conduire une cellule de crise** dont la composition sera étudiée avec soin, et qui sera hébergée dans un espace situé de façon centrale proche des bureaux de Direction ; l'architecture de la cellule de crise sera fondée

sur l'idée de séparation (séparation entre lieu de réception et lieu de traitement de l'information, séparation entre lieu de décision et lieu d'expertise) et celle d'interface pour permettre le fonctionnement d' « équipes de liaisons » reliant les responsables à leurs services par lignes directes ou télécopie ; désigner un leadership ferme et garder une vigilance critique sur le mode de fonctionnement ; puis **maîtriser la question de l'expertise** en mobilisant un réseau d'experts, en clarifiant les limites de l'expertise, en anticipant les résultats et options possibles, consolider la crédibilité de ce réseau et éviter les confusions de rôle (experts/décideurs) ; **prévoir une cellule « communication »** en charge de l'interface avec le monde de la presse et avec tous les publics (public interne, victimes,...) ; **conduire la crise jusqu'à son terme** en évitant de confondre fin de la gestion technique de la crise avec fin de la crise ; **conduire l'après-crise** en organisant des débriefings sérieux et en confortant les équipes.

1.1.4 En quoi la crise sanitaire est apprenante ?

Pour définir « l'apprenance », Anne-Paule Duarte¹⁵ dans son article « *les situations de crise à l'hôpital – défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance* » fait référence à celle donnée par Philippe Carré¹⁶ dans son ouvrage (*l'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*) : « un ensemble de dispositions favorables à l'acte d'apprendre dans toutes les situations, qu'elles soient formelles ou non, expérientielles ou didactiques, autodirigées ou dirigées, intentionnelles ou fortuites ». Il est intéressant d'observer dans ce néologisme la particularité du suffixe « ance » qui renvoie à un « état en devenir » par rapport à un suffixe en « tion » faisant lui référence à un « état arrêté ».

L'apprenance est donc une attitude favorable à l'apprentissage. Elle recouvre trois dimensions :

La dimension cognitive : il s'agit de l'ensemble des représentations, des conceptions, des jugements « froids » préalables à l'acte d'apprendre qui va régir nos perceptions et nos (in)compréhensions du contenu. Dans cette dimension, on intègre les capacités de l'apprenant à gérer son apprentissage c'est-à-dire ses stratégies d'apprentissages ou son savoir-faire d'apprenant (exemple : savoir se fixer des objectifs d'apprentissage, planifier son apprentissage, se constituer et utiliser de façon pertinente son environnement d'apprentissage personnel, etc...).

La dimension affective : il s'agit « des affects, sentiments, émotions ressentis au contact du savoir ». Cette dimension peut être la conséquence d'expérience plus ou moins

¹⁵ Anne-Paule DUARTE, *les situations de crise à l'hôpital – défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance*, revue *savoirs* 2016-2, n°41, PP.55-69

¹⁶ CARRE P. *l'apprenance : vers un nouveau rapport au savoir*. Editions DUNOD. 2005-Mars-10

heureuse en matière d'apprentissage (souffrance ou au contraire réussite à l'école par exemple).

La dimension conative : ce sont « les dispositions à s'engager dans l'action ». Elles sont régies par les instances de « choix et d'orientation des conduites ». C'est le « projet d'apprendre ». Ce qui pousse ou freine l'apprenant à s'engager dans un parcours formatif.

En quoi la crise sanitaire est-elle apprenante pour les professionnels de santé ?

Anne-Paule Duarte pense que « *les situations de crise sont des situations privilégiées pour faire émerger des connaissances nouvelles* ». En effet, dans une situation de crise, le professionnel de santé est face à l'imprévu. Il doit chercher une réponse, une solution, une prise de décision en cherchant au fond de lui-même de nouvelles connaissances, des ressources inexploitées. La réponse doit être immédiate. Ainsi, lors de la crise sanitaire liée à la COVID-19 en mars 2020, pour pallier le manque de masques, les soignants ont eu l'idée innovante d'utiliser les visières de protection. De même, le manque de surblouses a été compensé par l'utilisation des sacs en plastique destinés aux conteneurs déchets « poubelles ». Cette capacité à faire face, cette ouverture d'esprit, ce sens de l'adaptation et celui des responsabilités correspondent aux apprentissages informels qui émergent en situation de crise. Ils sont générateurs de compétences qui vont surgir naturellement et spontanément.

Par ailleurs, Anne-Paule Duarte¹⁷ a constaté que les apprentissages informels étaient fondés sur l'expérience et qu'ils se situaient dans un contexte unique. S'agissant de l'expérience de la crise sanitaire liée à la COVID-19, elle sera « mémorisable » et laissera une empreinte d'ordre émotionnel engendrée par le stress et les changements inattendus qu'elle comporte. Ainsi, ces expériences vécues vont se cumuler et créer des savoirs nouveaux. Il s'agit « d'apprentissages expérientiels » qui vont devenir une première expérience, laquelle va se cumuler aux expériences à venir. Cela devient, selon Anne-Paule Duarte, de l'autoformation qui est spécifique à la culture hospitalière. Ce qui amène à évoquer l'hôpital en tant qu'organisation apprenante.

Dans une organisation apprenante, les apprentissages collectifs sont privilégiés en vue d'organiser une progressive collective des compétences. Être compétent c'est être capable d'agir avec pertinence dans une situation de travail. Anne-Paule Duarte définit la compétence comme un « « savoir agir » réflexif, autodidacte qui démontre la bonne utilisation des ressources (humaines, pédagogiques, matérielles) mises à disposition par

¹⁷ DUARTE AP. Post-situation de crise. L'apport de l'intelligence émotionnelle. Gestions hospitalières. Mai 2015 ; (n°546) : p.275.

l'organisation dans un contexte donné, un lieu donné et un temps donné ». La notion de flexibilité, d'adaptabilité, de marge de manœuvre est importante pour le personnel qui doit pouvoir agir au plus vite et au plus près de la problématique rencontrée. La direction de l'établissement doit prendre en compte cette notion et se doit de prévoir un plan B en le faisant savoir à l'ensemble du personnel. Ainsi, lors de la crise sanitaire de la COVID-19 en mars 2020, les établissements de santé ont remédié à la saturation des services de réanimation en transformant les salles de réveil et les salles de blocs opératoires en salles de réanimation.

Enfin, la notion de confiance de la hiérarchie, de l'équipe d'encadrement, de la direction est primordiale car en situation de crise le personnel doit agir vite et prendre des décisions qui sont vitales pour les patients. Le soutien de l'équipe d'encadrement en place est déterminant. Ce soutien favorise le sentiment d'auto-estime. En situation de crise, le Directeur des soins qui fait partie de l'équipe de direction et qui est très impliqué dans l'organisation de l'hôpital, a pour rôle d'accompagner l'ensemble des équipes soignantes en impulsant une dynamique orientée vers l'implication et la cohésion collective (par exemple par les échanges de pratiques professionnelles, le partage des compétences ...). Ce qui nous amène ainsi à nous intéresser au concept de l'accompagnement.

1.2 Le concept de l'accompagnement

1.2.1 Qu'entendons-nous par accompagnement ?

L'accompagnement est une notion « très tendance » dans le domaine du soin et aussi dans le contexte de l'encadrement. Les contours de sa définition sont flous et sujets à de multiples interprétations. Cependant celui-ci demeure une thématique incontournable pour le directeur des soins. Qu'il s'agisse d'accompagnement à la performance, au changement ou du personnel en situation de crise, cette notion fait appel à une posture d'action qui se compose de processus, démarches, voire d'étapes. La finalité est de comprendre ce qui se cache derrière cette notion en termes de postures et d'actes professionnels ainsi que les limites et les enjeux au niveau relationnel et contextuel afin de mieux saisir le périmètre et la portée d'action du directeur des soins.

L'accompagnement est associé à la pierre angulaire d'une démarche participative et horizontale, totalement opposée à la démarche traditionnelle verticale, unidirectionnelle et autoritaire (où l'information et les décisions sont prises dans un schéma pyramidal). Ce schéma est appliqué dans les contextes de crise, qui sont des situations où l'avenir est incertain. Même si ce procès peut sembler déterminant dans la gestion de crise, a contrario

l'accompagnement n'aurait-il pas un impact positif et durable ? Cette piste de réflexion amène à s'interroger sur les différents sens donnés au mot accompagnement.

1.2.2 Que veut dire le mot accompagner ?

Le mot accompagnateur vient du terme « compagnonnage », « compagnon », désignant celui avec lequel on partage le pain. Le verbe accompagner signifie « prendre pour compagnie », ou « se joindre à ». De cette étymologie découle l'idée d'un **déplacement commun** (Roberge, 2003)¹⁸ et l'**idée de partage de quelque chose d'essentiel** (Ardoino, 2000)¹⁹. Par conséquent, chaque situation de crise est un événement singulier que le directeur des soins partage avec les équipes de terrain qu'il s'agisse des cadres supérieurs, des cadres de santé, des professionnels de terrain ou du corps médical. En tant que directeur des soins, répondre présent aux inquiétudes que peut générer une situation fait partie de l'accompagnement. Ainsi, percevoir les difficultés à venir, accompagner la mise en place d'actions rejoignent l'une des activités principales répertoriées dans le référentiel métier du directeur des soins à savoir : participer à la conception, l'organisation et l'évolution des activités de soins²⁰.

Concernant l'accompagnement, la plupart des usages qui en sont faits restent intimement liés à une « **temporalité – durée** » qui constitue une « forme de processus ». Ce point essentiel suggère qu'au-delà du temps, l'accompagnement est inscrit dans un espace tel le « bout de route » fait ensemble, le cheminement commun, qui ne se comprend que dans le temps et dans l'histoire vécue (Ardoino, 2000). En effet, l'accompagnement du directeur des soins en situation de crise est en totale corrélation avec celle-ci à l'instant où elle se produit, ce qui explique que l'accompagnement et la posture soient différents selon les situations auxquelles est confronté ce dernier.

1.2.3 La posture et l'accompagnement

Afin de développer ces deux notions que sont la posture et l'accompagnement, Maela Paul, Docteur en sciences de l'éducation précise²¹ que, les compagnons vont de pairs et sont de

¹⁸ Roberge M., 2003, A propos du métier d'accompagnateur et de l'accompagnement dans différents métiers, Education permanente n°153

¹⁹ Ardoino J., 2000, De l'accompagnement, en tant que paradigme, Revue Pratique de Formation /Analyses, Université Paris 8, Formation permanente

²⁰ Référentiel métier de Directeur des Soins en établissement et en institut de formation ; EHESP ; mars 2010

²¹ Paul M., L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique, l'Harmattan (2007)

statuts égaux, alors que l'accompagnement « concerne deux personnes de statut inégal mais qui fonctionnent au sein d'une relation conjuguant disparité des places et parité relationnelle » (...) Ce pourquoi, l'accompagnement fait partie intégrante des missions du directeur des soins car il s'agit bien « d'être avec et d'aller vers ».

Un accompagnement se fait dans un cadre institutionnel, il se fait au nom des valeurs, des finalités de l'institution et sous son contrôle ; ce qui est en complète adéquation avec l'exercice professionnel du directeur des soins. Ardoino (2000) appuie également cette notion en précisant que la démarche d'accompagnement nécessite une position éthique dans un cadre professionnel.

Michèle Roberge (2003) rejoint ce propos dans la mesure où elle décrit l'accompagnement comme étant « à la fois **un art et un métier et sa véritable essence est une question de position relationnelle, de valeurs et d'éthiques** ». Ainsi, même si dans sa pratique, le directeur des soins accompagne, conjugue et dirige en permanence des hommes et des logiques contradictoires, il garde à l'esprit l'incontournable question éthique. Cette dernière est d'ailleurs exacerbée lors de situations propices à générer du stress et de l'angoisse auprès des professionnels. La posture d'accompagnement du directeur des soins tient donc une place prépondérante dans la relation d'aide avec les professionnels et devient déterminante dans la gestion d'une situation de crise.

Dans cette mission d'accompagnement, Maela Paul (2007) définit plusieurs dimensions à travers différentes postures.

Une posture éthique comme citée ci-dessus, qui impose un esprit critique et réflexif. En effet, cela suppose de s'interroger sur le bien-fondé de la démarche, des limites, du cadre de bienveillance et du respect de l'autre.

Parfois, il s'agit d'une posture de non-savoir où l'on évite celle de l'expert pour laisser davantage de place à la parole de l'autre et ainsi sortir du rôle habituel. Cette posture permet un dialogue où chacun est acteur et auteur de la relation en adoptant de nouvelles attributions pour résoudre ensemble la problématique posée. Cela implique une posture d'écoute qui permet l'interaction, la reformulation, le questionnement, et l'attention à l'autre. Il s'agit alors d'adopter une posture émancipatrice permettant à chacun d'évoluer et de « grandir en humanité » (M Paul 2007).

1.2.4 Le management bienveillant et l'accompagnement

Cette mission d'accompagnement du directeur des soins fait écho au management par la bienveillance.

La notion du travail a évolué au fil de l'histoire. D'abord associé à une situation asservissante (esclavage, servage, exploitation ouvrière), le travail a aussi été un moyen privilégié de se rapprocher de Dieu (Weber, 1964). Cette notion a ensuite pris la forme d'un symbole de libération du peuple (Auguste Comte, 1822-1856). Puis, le travail a également été un moteur de la croissance économique du capitalisme (Adam Smith, 1723-1790) ou un moyen de s'accomplir en mobilisant les énergies et procurant de la satisfaction (Charles Fourier, 1772-1836).

En parallèle à toutes ces acceptions de la notion de travail, les modèles de théories des organisations ou théories du management ont évolué vers des pratiques managériales visant à promouvoir la bienveillance. En dehors des effets positifs de l'approche bienveillante dans la gouvernance hospitalière et la gestion des personnes, rejoignant d'ailleurs les effets positifs de l'accompagnement ; cet engouement pour la bienveillance, ou encore appelé le management bienveillant, a créé des cadres de travail coopératifs et favorables à l'épanouissement humain. Ceci pourrait avoir plusieurs explications.

La première raison pourrait s'expliquer par les changements importants dans le système de soins et les évolutions législatives. L'évolution des besoins en santé de la population (le vieillissement, les maladies chroniques, les polypathologies, ...) mais aussi les interactions et le partenariat des acteurs de santé ont été à l'origine de changements organisationnels.

La deuxième raison pourrait avoir un lien avec le renforcement de la judiciarisation, le consumérisme des usagers et la pression médiatique accrue pesant sur les structures de santé et les équipes de direction dont le directeur des soins. En effet, aujourd'hui les moyens de communication et de diffusion de l'information exposent le directeur des soins au risque de déficit d'image de la structure si le modèle de management et d'organisations n'est pas authentiquement bienveillant.

Ce facteur nous amène à aborder une troisième raison, celle des risques que représentent certaines professions et missions pour la santé mentale et physique des personnels avec l'apparition d'un phénomène plus récent, les risques psycho-sociaux. Ainsi, la centration des professionnels sur leur cœur de métier constitue un levier d'action et de prévention de ces risques dans les services de soins.

Tous ces éléments concourent à démontrer qu'une approche centrée sur l'humain, que ce soit en termes d'accompagnement, de management bienveillant, ou d'une autre notion récente qu'est la qualité de vie au travail, reste un gage d'adaptabilité et de stabilité au sein des organisations de soins.

Ainsi, l'accompagnement du directeur des soins dans la déclinaison des décisions institutionnelles met en perspective dans les pratiques soignantes les notions de mobilisation, de motivation des professionnels. Il implique la collaboration interprofessionnelle et la coordination des équipes comme préalable à la cohésion d'équipe afin de codécider, de coconstruire, de dérouler et d'évaluer les actions de terrain même dans les moments les plus difficiles.

1.3 Le manager-accompagnateur

Nous avons défini ci-dessus l'accompagnement et la position professionnelle d'accompagnateur. Il convient ici de s'interroger sur qu'est-ce qu'un manager-accompagnateur ? Être manager-accompagnateur²², c'est avoir au moins les 5 qualités suivantes : communiquer pour orienter, redonner du sens à la mission de chacun, faire preuve d'empathie, se rendre disponible et être à l'écoute. Un manager est celui qui accompagne une équipe. A ce titre, il définit, en concertation avec ses collaborateurs, les méthodes et les priorités qui permettront d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de l'organisation globale, mais plus particulièrement dans le cadre de ses fonctions. Pour cela, il doit être visionnaire, percevoir l'orientation précise vers laquelle on souhaite diriger son activité et disposer des qualités clés indispensables à tout manager : l'empathie, la rigueur et la communication.

Aussi, outre le fait d'énoncer les qualités requises pour être un manager-accompagnateur, il convient de définir le statut du directeur de soins, ainsi que son rôle dans la structure hospitalière, sa position vis-à-vis de l'équipe d'encadrement (les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé de proximité) et des professionnels paramédicaux.

1.3.1 Le rôle transversal du directeur des soins

Le rôle du directeur des soins est pluridisciplinaire, par les différentes missions qui lui sont confiées, mais aussi, suivant les différentes possibilités d'exercices des missions que pose

²² <https://www.acde-conseil.com/management-et-transformation>

le décret n°2002 – 550 du 19 Avril 2002²³. Le Directeur des soins est un membre de l'équipe de direction et dispose, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble de l'équipe d'encadrement (cadres supérieurs de santé et cadre de santé). A ce titre, il participe, à l'encadrement des cadres paramédicaux, qu'à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ainsi qu'à la conception du projet de soins, l'organisation et l'évolution des activités de soins.

Le Directeur des soins est responsable de la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Ainsi, il a par délégation du directeur de l'établissement, un positionnement hiérarchique vis-à-vis de tous les personnels paramédicaux. Il est donc, en étroite collaboration avec le Directeur de l'établissement, l'acteur essentiel de la stratégie des soins, de l'organisation des services en coordination avec l'équipe d'encadrement. Il assure le suivi, le contrôle et l'évaluation des résultats des stratégies mises en place, dans toutes les situations sanitaires auxquelles l'hôpital est confronté.

Par ailleurs, ses fonctions consistent à élaborer en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé concernés le projet de soins, à le mettre en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité, un suivi et une évaluation des résultats.

Son rôle implique qu'il évalue l'état de tension des équipes soignantes et assure, en étroite collaboration avec l'encadrement supérieur, une écoute active des soignants pour les accompagner à faire face aux éventuelles difficultés dans leur exercice ou à accomplir leurs projets professionnels. Il propose des améliorations des modes de fonctionnement, en redéployant les effectifs si nécessaires, modifiant les processus de prise en charge, en fonction néanmoins des moyens tant humains que financiers, dont il dispose.

1.3.2 Le rôle du directeur des soins dans la gestion de la crise

Plus particulièrement, en situation sanitaire exceptionnelle, le directeur des soins doit mettre en place une organisation de soins qui repose sur des décisions institutionnelles elles-mêmes basées sur la doctrine du dispositif national ORSAN. Dans ce cadre, il doit savoir fixer les objectifs opérationnels relatifs à la prise en charge des patients, et veiller en appui aux équipes paramédicales, à gérer efficacement la crise sanitaire. La qualité de ce

²³ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 et par le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010.

dispositif va dépendre de la mobilisation de tous les acteurs du système de santé et plus particulièrement, les services de la structure hospitalière. Le directeur des soins a la responsabilité d'assurer une coordination adaptée des différents acteurs fondée sur un travail de préparation effectué en amont. En situation sanitaire exceptionnelle, il lui appartient de mettre en place un plan de gestion des tensions sur le capacitaire d'accueil des victimes, sur la consommation du matériel de soins et sur les ressources humaines paramédicales.

1.3.3 Leadership et confiance : un gage de cohésion de l'équipe

Selon le psychologue Alain Duluc²⁴ : « Le leadership est la capacité d'entraîner les autres avec soi dans un projet collectif par leur adhésion volontaire ». L'adhésion nécessite une relation de confiance, qui s'assoit sur quatre piliers : l'organisation, la coopération, le leadership et le développement des individus. Ainsi, le directeur des soins peut être considéré comme un leadership à partir du moment où il sait mobiliser, fédérer, donner le cap et communiquer. Il sait conduire une équipe vers la cohésion autour d'un but commun avec le partage des valeurs, des informations et des pratiques professionnelles.

Une équipe²⁵ est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. Elle se compose de professionnels avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin. Une équipe unie autour d'un même objectif se caractérise par un engagement et un esprit d'équipe uniques et identifiables. Elle a une plus grande longévité car ses membres souhaitent continuer à travailler ensemble. La cohésion de l'équipe repose donc sur le partage des compétences et des valeurs. Les membres de l'équipe génèrent un but commun et clairement défini caractérisé par des intérêts collectifs et un sentiment de responsabilité partagée.

L'équipe fixe des objectifs mesurables et axés sur la tâche du collectif et elle a besoin d'un leadership efficace qui fixe et maintient les structures, gère les conflits, est à l'écoute des membres, leur fait confiance et leur apporte son soutien. Il est aussi important que les membres de l'équipe conviennent des fonctions de leadership et les partagent.

Nous avons mis en exergue que l'accompagnement permet une collaboration interprofessionnelle. Toutefois, notre étude ne s'est pas encore intéressée aux autres

²⁴ DULUC A., 2013, leadership et confiance : jouer collectif, parler vrai, être humain, 3^{ème} éd., Paris : DUNOD, P.94.

²⁵ <https://www.has-sante.fr> ; Qu'est-ce qu'une équipe ; Morgan ; Mai 2019

apports de l'accompagnement. Nous allons désormais nous intéresser au concept de l'implication comme une relation de cause à effet.

1.4 Le concept de l'implication

1.4.1 Description du concept

La définition de l'implication est plurielle et déclinable selon l'utilisation dans laquelle celle-ci s'applique. C'est une thématique et un terme que l'on retrouve quotidiennement dans le milieu professionnel.

Le concept d'implication étant pluriel, il demande une prise en compte de ses diverses significations. Au sens strict on entend par implication la notion de participation regroupant à la fois un engagement et un attachement. Au sens usuel, il y a implication lorsqu'une chose en contient une autre, il s'agit d'une action première que l'on retrouve et qui va déterminer par corrélation l'action secondaire. L'implication s'apparente de ce fait au lien de conséquence. Le conséquent est rattaché à l'antécédent par un sens logique. C'est une relation de cause à effet dans sa globalité que l'on peut perfectionner dans sa définition en y rattachant le terme professionnel.

Celui-ci précise les tenants et aboutissants du concept d'implication au sein d'une organisation collective en tenant compte des déterminants individuels des soignants. Précisons que de nombreuses équipes aux métiers différents se retrouvent engagées au sein d'une organisation. La qualité de la prestation délivrée sera donc fortement impactée par le niveau de cet engagement.

Elle peut se définir comme « *l'engagement des personnes dans leur travail ou dans différentes facettes de celui-ci* » (Thévenet, 2001). Chez un sujet, la part de l'image de soi occupée par le rôle professionnel semble être la pierre angulaire de l'implication organisationnelle de ce même sujet faisant converger son engagement, son attachement et son identification.

Dans notre cas nous étudierons la relation qui existe entre l'implication organisationnelle d'un sujet (le professionnel de santé) pour un objet (le travail) et l'adhérence des valeurs centrales du sujet aux objectifs et normes de l'organisation²⁶. Cela permettra de préciser le

²⁶ PEOC'H N et CEAUX C « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. », recherche en soins infirmiers, n°108, mars 2012, pp. 53-66.

positionnement que doit adopter le directeur des soins bien que le concept d'implication reste relatif à tout autre domaine professionnel.

Nous allons ainsi tenter d'exposer les différents sens du mot implication pour en déduire sa primordialité dans le rôle de directeur des soins.

1.4.2 Le lien entre l'implication et la motivation

L'implication est une notion qui est souvent confondue avec la notion de motivation. Pourtant, implication et motivation sont deux notions différentes bien qu'intimement liées l'une à l'autre.

L'implication traduit une relation entre un sujet (personne) et un objet (le travail). En amont de l'expérience professionnelle, il existe divers motivateurs pouvant induire ou prédisposer l'implication. Néanmoins, ceux-ci ne peuvent permettre d'affirmer l'implication future du sujet dont il est question. Selon M. Thevenet²⁷, c'est l'expérience qui engendrera l'implication.

M. Thévenet explique que les théories de l'implication identifient la motivation et la satisfaction comme étant des synonymes d'implication alors que son concept est plus particulier : " L'implication serait à la fois une cause de la motivation et une conséquence de la satisfaction " (M. Thévenet, 1992).

Par ailleurs, d'après les résultats de recherches de Meyer et Allen (1997) et de Meyer et al. (2004), l'influence de l'implication organisationnelle s'est avérée significative sur l'ensemble des sources de motivation définies par la théorie de l'autodétermination. La motivation n'est donc pas forcément source d'implication mais, à l'inverse, l'implication a un effet positif significatif sur le niveau de motivation.

L'enjeu pour les managers est donc d'accompagner les employés dans le développement d'une motivation autodéterminée, perçue comme venant d'eux-mêmes et non de contraintes extérieures. Cela invite à développer l'alignement stratégique des organisations et à nourrir la convergence des valeurs, des finalités et des approches entre les salariés et leurs entreprises et ce, pour stimuler leur implication organisationnelle et, indirectement, leur motivation au travail.

²⁷ THÉVENET M., « *Impliquer les personnes dans l'organisation* », 1992

1.4.3 Les leviers de l'implication organisationnelle

Les travaux de Kelman²⁸ (1958) mirent en lumière trois dimensions essentielles de l'implication. L'échange induit par la valorisation du travail au moyen de systèmes de récompense, l'identification du sujet à l'organisation tel qu'énoncé par Maslow²⁹(1954), l'internalisation par des valeurs communes (individuelles et collectives).

D'un autre côté, Allen et Meyer³⁰ supposent l'implication comme "un attachement affectif ou émotionnel envers l'organisation tel qu'un individu fortement impliqué s'identifie, s'engage et prend plaisir à être membre de l'organisation qui l'emploie". Leurs travaux contribuent à identifier trois caractéristiques fondamentales de l'implication. L'implication affective qui se manifeste comme la volonté du sujet à rester dans l'organisation pour des raisons émotionnelles. L'implication calculée qui correspond à l'évaluation des avantages et inconvénients des suites d'un départ de l'organisation. L'implication normative incarnée par le devoir moral du sujet à rester dans l'organisation.

Par ailleurs, Thévenet et Neveu³¹ (2002) proposent quatre composantes fondamentales au concept d'implication, faisant ainsi échos aux recherches de Morrow³² (1993). L'implication dans l'organisation, qui se manifeste par la loyauté du sujet envers cette même organisation. L'engagement dans le travail, qui correspond à la part du travail dans la vie quotidienne. L'implication dans la carrière et la profession, qui s'exprime par l'importance accordé à sa carrière par le sujet. L'approbation de l'éthique du travail, modélisé par la valeur intrinsèque du travail considéré comme une fin en soi.

1.4.4 L'implication et le management de la qualité

Dans la norme ISO 9004³³ (Organisation Internationale de Normalisation), la terminologie « implication » est identifié comme l'un des principes centraux de la norme sur le management de la qualité. Cette dernière préconise que l'organisation identifie tant les

²⁸ KELMAN HC. (1958). « Compliance, identification and internalization: three processes of attitude change », In: Conflict Resolution, vol. II, n°1, 1958, pp. 51-60.

²⁹ La théorie de la hiérarchisation des besoins

³⁰ MEYER JP, ALLEN NJ et SMITH CA. "Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization", In: Journal of Applied Psychology, 1993, vol.78.

³¹ THEVENET M. et NEVEU JP L'implication au travail, Paris, Editions Vuibert, Coll. Entreprendre, 2002.

³² MORROW PC. The Theory and Measurement of work commitment, Greenwich: JAI Press, 1993, pp. 18-19.

³³ Norme ISO du management de la qualité

attentes que les besoins de ses agents en termes de reconnaissance, de satisfaction personnelle et de développement.

1.4.5 Les facteurs de l'implication

A travers l'ensemble des travaux étudiés, nous pouvons distinguer les facteurs individuels et les facteurs organisationnels.

Les facteurs individuels sont associés directement au sujet et à son estime de soi. Ils se décomposent en deux axes principaux. Les besoins rationnels et les besoins émotionnels.

Les facteurs organisationnels résultent de la relation entre le sujet et l'organisation (projets, convergence des valeurs, système de récompense, etc.)

Les individus auraient une propension à l'implication et à la motivation, certains étant plus enclins que d'autres à les développer par la suite. L'enjeu pour le manager est donc de favoriser au mieux les conditions de développement de ces états psychologiques.

L'implication organisationnelle permet d'accroître globalement les sources de motivation de l'individu. Elle favorise ainsi, le développement d'une motivation autodéterminée et d'un intérêt pour le travail.

L'action du directeur des soins réside dans sa mission d'accompagnement des professionnels paramédicaux afin de permettre à chaque membre de l'équipe (facteurs individuel) de mettre ses compétences au service du collectif (facteurs organisationnels) et de créer ainsi une dynamique d'implication et de motivation autour d'un objectif commun.

1.5 Conclusion du cadre théorique

Notre recherche documentaire nous a permis de faire le constat suivant :

- Une situation sanitaire exceptionnelle provoque un bouleversement dans les organisations du système de santé notamment si celui-ci n'est pas préparé aux évènements imprévus.
- Une situation sanitaire exceptionnelle recentre les professionnels de santé sur leur cœur de métier et renforce les coopérations à tous les niveaux (local, territorial, régional, national) pour éviter que la SSE ne se transforme en CSE.
- Une crise sanitaire, comme celle provoquée par la Covid-19, est apprenante pour tous les acteurs du système de santé.

- La gestion de crise nécessite l'anticipation à être prêt à faire face aux évènements imprévus.
- Il existe une relation entre la démarche d'accompagnement mise en œuvre par un manager et la dimension de l'implication au sein d'une équipe de travail.
- Les managers jouent un rôle important dans la cellule de crise et sont considérés comme des pivots entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel.
- Les travaux de Lagadec ont identifié les principaux facteurs de crise que sont l'incertitude, la multiplication du nombre d'acteurs, le débordement des dispositifs de réponse, la perte de confiance à l'égard des autorités publiques, la remise en cause des experts et le retentissement sur l'ensemble de l'organisation sociale.

Nous allons, dans le chapitre suivant, confronter l'analyse documentaire aux résultats de notre enquête sur le terrain.

2 DEUXIEME CHAPITRE : L'enquête

2.1 La méthodologie de l'enquête

2.1.1 Outil de l'enquête :

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-directifs³⁴ auprès des acteurs ayant participé à la gestion de la crise sanitaire exceptionnelle COVID-19. En effet, l'entretien semi-directif permet une plus grande liberté d'expression des interlocuteurs sur leur ressenti et leurs habitudes face à tel ou tel sujet, ce qui laisse une place à la réflexion pour approfondir et expliciter davantage certains points. L'objectif de ces entretiens est de pouvoir analyser l'accompagnement des professionnels de santé en situation de crise sanitaire exceptionnelle par le directeur des soins et tenter de comprendre dans quelle mesure la crise réinterroge le rôle et les missions de chaque acteur ? Pour ce faire, j'ai d'abord mené une pré-enquête au sein d'un CH et d'un CHU, en avril 2020, auprès de 3 cadres de santé et 3 cadres supérieurs de santé. L'analyse des entretiens de cette phase exploratoire m'a aidé à cibler ma question de recherche et à réajuster mon guide d'entretiens. Ensuite, j'ai réalisé les entretiens sur le terrain auprès des interlocuteurs multi-professionnels³⁵.

2.1.2 Cadrage concernant les interlocuteurs interrogés

³⁴ Cf. Annexe 1 : le guide d'entretien, annexe n°

³⁵ Cf. Annexe 2 : la liste des professionnels interrogés, annexe n°

Les entretiens ont été limités à onze personnes interviewées et ce, en raison des contraintes liées au confinement instauré au moment de notre enquête sur le terrain. Pour les besoins et la faisabilité de la recherche, les interlocuteurs ont été choisis en fonction de leur pertinence par rapport au sujet étudié et de la typologie de leur lieu de travail (un CH et CHU situés dans une zone d'épidémie COVID-19 qualifiée de rouge). Nous avons veillé également à une diversité dans la représentation des acteurs ayant été impliqués dans la gestion de la crise sanitaire COVID-19 (acteurs administratifs, médicaux, soignants). Une information claire a été transmise aux participants pour leur expliquer l'objectif général de notre démarche (sur la méthodologie de l'entretien, sur la destination et le traitement des données récoltées, sur la garantie de la confidentialité des propos recueillis, sur les modalités d'accès aux analyses une fois écrites...) afin d'obtenir leur consentement éclairé.

2.1.3 Méthodologie d'analyse et confrontation des résultats

Nous avons choisi de circonscrire notre analyse à deux établissements de santé : un CHU et un CH, tous les deux situés en zone rouge d'épidémie COVID-19. Ce choix est motivé par la volonté de tenir compte, dans notre analyse, de la spécificité des établissements confrontés à l'afflux des personnes touchées par l'épidémie de la COVID-19, au regard des différences significatives en termes de stratégie et de choix d'orientations en fonction de chaque zone géographique du territoire national. Au cours de cette enquête, plusieurs composantes ont été élucidées, d'une part, sur la base de notre analyse documentaire, d'autre part, sur la base de nos entretiens.

Pour l'analyse thématique des entretiens³⁶, nous nous sommes appuyés sur un tableau le croisement des données (les thématiques qui s'approprient à notre sujet, les questions posées, les indicateurs du contenu du guide d'entretien, les verbatims des personnes interviewées).

2.2 Les résultats de l'analyse

2.2.1 Analyse de la revue documentaire

L'analyse documentaire nous révèle qu'une structuration formelle existe à différents niveaux : à l'échelle des établissements de santé à travers les procédures du plan blanc et

³⁶ Cf. Annexe 3 : Tableau utilisé pour l'analyse thématique des entretiens

de la cellule de crise, à l'échelon du GHT par le partage et la mutualisation des pratiques signifiés dans la convention constitutive et dans le PMP ainsi que le PSP. Cette structuration existe également à l'échelle territoriale à travers les procédures de veille sanitaire pilotées par l'ARS et au niveau national par la définition des plans en prévision de la gestion des risques sanitaires (plan ORSAN, plan bleu, plan canicule, ...).

Ainsi, les aspects d'organisation des soins, de coordination des équipes, de management et d'accompagnement des professionnels sont pensés, partagés et inscrits dans les différents plans de gestion de situations sanitaires exceptionnelles. Il conviendra, après en avoir étudié les principaux éléments, d'apprécier la réelle application sur le terrain, au travers du discours des interlocuteurs et des observations menées.

A l'échelle de l'établissement et en lien avec notre thématique, le rôle du directeur des soins dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux, en situation de crise sanitaire exceptionnelle, fait appel à des compétences spécifiques. Au-delà de l'identification des besoins et l'organisation des ressources disponibles, le rôle d'accompagnement des professionnels nécessite, de la part du manager, des aptitudes en termes de force de proposition, de communication et de dialogue, mais aussi des qualités de savoir être et de la dimension relationnelle. Être dans l'écoute, adapter son discours à ses interlocuteurs, partager l'information avec ses collaborateurs et ses supérieurs, comprendre les cultures professionnelles sont des qualités attendues de la fonction du directeur des soins.

Dans le cadre conceptuel développé dans la première partie de ce mémoire, nous pouvons relever que l'accompagnement est défini comme une activité du management, et qu'il peut être également assimilé à la notion du management « bienveillant », source d'implication chez les professionnels. Cette activité s'inscrit dans le cadre du décret n° 2010-1135 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des Soins de la fonction publique hospitalière. En effet le décret prévoit que le directeur des soins « ...coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ». Le référentiel des compétences du directeur des soins³⁷ met en évidence neuf compétences, dont plusieurs en lien avec notre thématique. La première compétence s'intéresse au pilotage de projets. La compétence 3, quant à elle, appréhende la définition des besoins et l'organisation des ressources disponibles. La compétence 4 concerne le management des équipes d'encadrement. Enfin, la compétence 6 porte sur la gestion et la coordination des compétences des professionnels paramédicaux. Ainsi, la

³⁷ Référentiel de compétences des directeurs des soins, EHESP, mise à jour en novembre 2017

notion d'accompagnement est sous-jacente à ces compétences, ce qui nous renseigne sur la préoccupation du métier de directeur des soins de cette mission.

De plus, le projet de soins du CH où j'ai mené mon enquête porte un axe « axe n° 5 » qui se nomme « accompagner l'évolution des organisations et des métiers vers le nouvel hôpital 2024 », dont l'objectif opérationnel est de faciliter l'accompagnement des équipes professionnelles vers le changement par un management participatif et bienveillant et ainsi répondre aux enjeux majeurs déterminés par l'établissement.

Le projet social du CHU, établissement support du GHT, met également en lumière la nécessité de structurer, coordonner et accompagner les mesures en faveur de la qualité de vie au travail des professionnels et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers.

Par ailleurs, nous pouvons citer la mise en place des réunions hebdomadaires entre le directeur des soins et les cadres supérieurs de santé afin de partager les informations ascendantes et descendantes et échanger régulièrement les points de vue.

En période de l'hôpital en tension ou en situation sanitaire exceptionnelle, les cellules de crise régulières sont prévues afin de prendre des décisions institutionnelles et élaborer la feuille de route pour faciliter la déclinaison des actions par les professionnels sur le terrain. Toujours à la lumière d'accompagnement des personnels de l'établissement en cas de situation sanitaire exceptionnelle, une cellule de crise psychologique est prévue pour prendre en charge les professionnels et les usagers qui en manifestent le besoin.

Ainsi, le Directeur des soins a démontré, dans la crise sanitaire provoquée par la COVID-19, son rôle irremplaçable pour l'organisation des activités et le fonctionnement des établissements, en collaboration avec l'équipe de direction. Sa collaboration a été particulièrement permanente avec le directeur des ressources humaines (DRH), le directeur des services logistiques, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le président de la commission médicale d'établissement (PSME) afin de mener à bien ses actions. Il a dû anticiper, préparer, ajuster et réajuster les organisations de soins et de formation composant, du fait de l'épidémie et de l'état de crise sanitaire, avec les réponses inédites à apporter aux besoins critiques de santé publique. Mais aussi, en tenant compte des ressources disponibles et de celles manquantes, des recommandations et consignes nationales et locales évoluant de jour en jour, quelquefois d'heure en heure et trop souvent de manière contradictoire.

A l'échelle du territoire, et dans le cadre du GHT, la stratégie affichée au sujet de la coopération s'appuie sur la mutualisation des moyens pour une meilleure coordination des

actions, le partage et l'harmonisation des pratiques pour favoriser le développement des compétences et la cohésion des équipes professionnelles.

Cette analyse documentaire nous renseigne sur le niveau de la dynamique des établissements de notre étude en lien avec la thématique d'accompagnement des professionnels paramédicaux et plus particulièrement dans le cas de situation sanitaire exceptionnelle. Il existe un cadre, une structuration formelle (cas du projet de soins au CH et du projet social au CHU).

Le travail engagé à l'échelle du GHT et la formalisation du PMSP³⁸ devrait nous permettre de répondre par l'affirmative et de proposer une orientation positive à notre première hypothèse théorique :

Il est alors possible de prévoir, à ce stade de notre recherche, une approche favorable à une de nos hypothèses : « *L'accompagnement des professionnels de santé par le DS, dans une situation sanitaire exceptionnelle, favorise l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire.* » (Hypothèse 1).

Alors, qu'en est-il dans les actes ?

Abordons maintenant une analyse à partir des paroles des professionnels rencontrés, afin de nourrir nos diverses recherches documentaires par l'éclairage du vécu, du ressenti, du retour d'expériences et de la compréhension des acteurs eux-mêmes.

2.2.2 Analyse des entretiens et des retours d'expériences

Lors de nos entretiens³⁹ avec les professionnels de santé occupant les différents postes, ces derniers ont tous manifesté la volonté de faire un constat de la situation sanitaire inédite qu'ils étaient en train de vivre sur le terrain et de donner leur point de vue. Chaque interlocuteur a fait un retour sur son expérience en lien avec la gestion de la crise sanitaire exceptionnelle COVID-19. Tous ont affirmé que la lutte contre la propagation de l'épidémie est « l'objectif central ». Les professionnels médicaux et paramédicaux ont d'ailleurs déclaré qu'ils ont le sentiment d'être centrés sur leur cœur de métier et que par conséquent ils se sentent plus impliqués et plus motivés à tenir dans la durée face à la crise sanitaire. Ils disent avoir retrouvés, à travers cette crise sanitaire, le sens qu'ils donnent à leur métier car ils se sentent plus utiles dans le travail qu'ils accomplissent au service de la société.

³⁸ Projet médico-soignant partagé

³⁹ Cf. Annexe 4 : Un exemple d'entretien réalisé et retranscrit.

Par ailleurs, des éléments positifs ont été soulignés par le personnel paramédical, comme le renforcement des équipes par des professionnels recrutés pour la durée de la crise. Une directrice des soins d'un CHU souligne : « *pour renforcer les équipes sur le terrain, nous avons fait appel aux étudiants paramédicaux et aux étudiants en médecine de notre CHU, nous avons aussi doublé les gardes des cadres soignants pendant les week-end et jours fériés en faisant appel aux cadres formateurs étant donné que les écoles paramédicales ont été fermées* ». De plus, les médecins et les cadres interviewés ont apprécié la visite des unités de soins par la directrice des soins en compagnie du cadre de pôle et du médecin chef de pôle concernés. « *Les visites organisées au sein des services par la direction des soins ont été très attendues par les agents pour clarifier le discours, retrouver la confiance et résister à la dureté de la crise* » a déclaré un réanimateur du CH. Selon un cadre supérieur de pôle « *la visite rendue aux personnels sur le terrain a permis à ceux-ci de se sentir soutenus et accompagnés face à l'ampleur des enjeux* ».

Les interlocuteurs interrogés ont également évoqué la place de la communication diffusée par le directeur des soins. « *Après les couacs de communication en début de crise par la méconnaissance de ce nouveau virus, il était important pour la direction de rétablir un discours plus transparent, plus adapté à la culture du monde hospitalier et qui apporte des réponses aux besoins des professionnels de terrain* », souligne un directeur adjoint du CHU. Les directrices des soins questionnées disent avoir axé leur communication sur les vraies préoccupations des professionnels qui sont sur le terrain. « *Il a fallu expliquer par exemple l'intérêt de la régulation concernant la distribution des équipements de protection individuelle notamment les masques et ce, afin que le personnel prenne conscience que mieux la consommation du matériel est gérée, plus la pénurie de celui-ci est écartée* », apporte la directrice des soins du CH.

Par ailleurs, les interlocuteurs rencontrés lors de notre enquête ont rendu hommage à certaines actions institutionnelles comme l'ouverture des crèches au sein des établissements pour accueillir les enfants du personnel, l'organisation du télétravail et/ou les autorisations spéciales d'absence (ASA) pour faciliter le quotidien des agents. Ils ont également évoqué que ces actions d'accompagnement ont été renforcées par des gestes de bienveillance comme l'ouverture des salons de coiffure, au sein de ces établissements, pour assurer des prestations de confort gratuites au bénéfice du personnel, ou encore la distribution des bons de carburant aux agents. « *Quand j'ai appris que certains agents de l'établissement ont été testés positifs au coronavirus et qu'ils ont été mis en éviction, j'ai pris mon téléphone et je les ai appelés un par un pour les reconforter et les encourager à prendre soin d'eux et de leurs familles, et le lendemain j'ai envoyé à chacun une carte de*

soutien[...] j'estime que c'était la moindre des choses qu'un directeur des soins peut manifester envers ses collaborateurs en particulier dans une crise comme celle-ci », a déclaré la directrice des soins du CHU. Ainsi, pour un directeur de soins, le soutien psychologique est une dimension primordiale de l'accompagnement des professionnels notamment en situation de crise sanitaire exceptionnelle. Une infirmière de réanimation raconte : « la cellule de psychologie mise en place par la direction m'a vraiment aidée le jour où j'ai pris en charge le premier patient diagnostiqué COVID-19, car à la fin de mon poste j'avais peur d'emporter le virus avec moi et contaminer mon mari et mes deux filles ».

Sur le plan de relations interprofessionnelles, une solidarité infaillible est identifiée sur le terrain entre les différentes équipes à l'échelon de l'établissement « *on a l'impression que l'hôpital s'est transformé en un seul service, personne n'exprime le sentiment d'appartenance à son unité d'affectation habituelle, personne ne fait la rétention du matériel de son unité d'origine* » répète une infirmière du service de réanimation. De plus, est saluée l'élan de solidarité nationale autour du personnel des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. Ce salut est illustré par des témoignages des professionnels interviewés à l'image du témoignage d'une infirmière de réanimation « *tout le monde nous applaudit, certains nous font des dons de matériel médical et de masques, d'autres nous apportent des repas et des petites douceurs [...] et il y a même ceux qui nous mettent à disposition des logements d'hébergement et des moyens de transports* ». Ce mouvement de solidarité à la fois intra-établissement et extra-établissement ainsi que l'accompagnement par les managers hospitaliers, pendant toute la durée de la crise sanitaire, ont été jugés « *très positifs* » par les professionnels de santé et mettent en lumière « *les vertus de ces soutiens sur le moral et l'implication des soignants* ». Nous retenons, par exemple, l'expression du vice-président de la CME du CHU « *finalement, les effets de la solidarité nationale et de la cohésion des acteurs du système de santé ont été si importants que les défaillances logistiques avérées ont été accueillies avec beaucoup de recul et de compréhension de la part des équipes de terrain* ». De plus, les dysfonctionnements et les déficiences rencontrés pendant la crise sanitaire Covid-19 ont été apprenantes dans la mesure où ils ont impulsé des initiatives chez les professionnels en termes d'innovation et d'ingéniosité pour contrer aux difficultés des professionnels de santé pendant la crise et continuer ainsi à gérer cette crise le mieux possible. C'est l'exemple du développement des solutions de protection pour les personnes exposées au virus Covid-19 puisque des prototypes opérationnels « *visières de protection* » se sont déployés sur le terrain auprès des patients et des soignants afin de répondre aux problèmes urgents. Par ailleurs, une application de visio-conférence est déployée dans plusieurs établissements hospitaliers et établissements médico-sociaux (EHPAD⁴⁰) pour aider les

⁴⁰ Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

personnes vulnérables et isolées à garder le lien avec leurs proches. D'après un cadre supérieur, ces démarches d'innovation ont été à chaque fois soutenues, validées et accompagnées par la directrice de soins et les médecins de l'établissement. Selon la directrice des soins du CH, « *le développement de la politique de la recherche paramédicale fait partie de nos compétences en tant que directeurs des soins* ». Quant à la directrice des soins du CHU, elle prétend : « *nous devons encourager et impulser la recherche et l'innovation dans nos établissements afin de faire évoluer les pratiques de nos professionnels et améliorer la qualité de prise en charge de nos patients* ».

La crise sanitaire covid-19 a permis de mettre en lumière le rôle important du directeur des soins. Ce dernier est vu comme un acteur-clé dans la coordination des activités des soins et l'accompagnement des équipes d'encadrement, de par une expérience et une position spécifique. Repéré comme étant force de proposition au sein de la cellule de crise et pour les décisions stratégiques, le directeur des soins est attendu par les membres de direction interrogés comme un « *un accompagnateur des équipes dans la déclinaison des décisions prises* », un collaborateur qui partage une préoccupation tournée vers l'utilisateur. Pour les cadres supérieurs de santé, quant à eux, l'implication et la motivation des professionnels paramédicaux, ne peut avoir lieu sans « un accompagnement de la direction des soins ».

Il ressort de ces entretiens que la dynamique du directeur des soins, en période de crise sanitaire exceptionnelle, dans le management et l'accompagnement de l'équipe d'encadrement, en lien avec la déclinaison des décisions institutionnelles, peut avoir un impact sur l'implication et la cohésion des équipes paramédicales. Ainsi, ces éléments de réponse nous donnent une indication quant à l'importance du rôle du directeur des soins dans l'engagement et l'implication des acteurs paramédicaux en situation de la crise sanitaire exceptionnelle. « *Malgré la fatigue et une forme de lassitude, nos équipes soignantes restent impliquées et motivées au quotidien* » rapporte le vice-président de la CME du CHU. En effet, il est mis en relief que l'accompagnement des cadres paramédicaux par un management et un coaching bienveillant renforce la cohésion des équipes pour faire face aux situations de crise. Selon une directrice des soins interrogée au CH, « *Être leader, ce n'est pas être devant, mais c'est de se mettre en position qui permet de prendre soins de son équipe* ».

En outre, notre enquête de terrain a démontré que le directeur des soins est considéré par le personnel paramédical comme un acteur de proximité et contributeur tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel. **Nous pouvons y voir une tendance vers la confirmation de notre hypothèse 2** : « *L'accompagnement des professionnels de santé*

par le DS, lors d'une crise sanitaire exceptionnelle, permettrait le renforcement de la proximité entre le DS et les équipes paramédicales ».

Par ailleurs, l'ensemble des acteurs rencontrés dans le cadre de notre étude partagent le sentiment d'avoir retrouvé le sens donné au travail qu'ils exercent et ce, malgré les difficultés exceptionnelles liées à la crise sanitaire COVID-19.

A l'échelle de l'établissement comme à l'échelle du territoire, il ressort que la solidarité interprofessionnelle face à la crise sanitaire a favorisé le décloisonnement entre les établissements, entre les pôles et entre les unités fonctionnelles. Ceci a permis de construire une réelle vision commune pour une coordination des activités de soins pendant la crise sanitaire.

Si ce constat est partagé par l'ensemble des professionnels interrogés, la pénurie de certains équipements logistiques pendant la période de la crise Covid-19 est considérée comme l'une des faiblesses de notre système de santé. Cette situation signale un écart entre la structuration formelle dans la gestion d'une crise sanitaire exceptionnelle, retrouvée dans l'analyse de la revue documentaire et le vécu concret des acteurs sur le terrain. Ce décalage mérite d'être questionné, et soulève l'interrogation de l'opérationnalité des décisions. Comment passer de la théorie à la pratique ? Comment garantir les orientations stratégiques pour une déclinaison concrète sur le terrain ? Quelles sont les limites du rôle du directeur des soins dans ce processus d'accompagnement de la déclinaison des décisions au plus près des acteurs ? Ces interrogations sont à confronter aux retours d'expériences exposés plus haut, à travers les récits des interlocuteurs. Les éléments suivants semblent largement perfectibles pour la globalité des acteurs interrogés : l'anticipation et la garantie du stock de matériel indispensable à la prise en charge des patients et à la protection des personnels ; la communication transparente et claire qui doit trouver écho dans la réalité des pratiques professionnelles.

A ce niveau de notre étude, notre hypothèse 3 ne peut être confirmée, puisqu'il a été démontré que malgré la mobilisation des managers, à l'image du directeur des soins, la logique des aléas liés à la crise relevant d'un niveau qui dépasse largement le GHT ne permet pas aux managers de l'établissement de garantir, en temps et en heure, tous les moyens nécessaires à la gestion de la crise.

2.2.3 Les difficultés évoquées par les acteurs de terrain

Au cours de nos entretiens, tous les professionnels interviewés ont évoqué de réels dysfonctionnements, en début de crise, au sein des établissements où ils exercent. Ils ont mis en avant le manque de moyens matériels, de places pour les patients, des locaux non adaptés aux soins de réanimation, des flux très importants de patients, ce qui est identifié par certains comme « *un manque d'anticipation pour faire face à la crise sanitaire exceptionnelle, de manière générale en France* ». Les professionnels interviewés ont évoqué particulièrement la question de la pénurie de certaines ressources matérielles. D'après les professionnels de terrain, « *un manque de matériel* » est désolé et l'« *absence d'anticipation* » des stocks des équipement de protection individuels (EPI) et de la solution hydroalcoolique (SHA) est déplorée à travers cette crise relevant pourtant d'une réelle « *problématique de santé publique* ». Une directrice des soins du CH souligne : « *C'est vrai qu'au début de la crise, tout le monde a été surpris par l'accélération du flux de patients « COVID-19 » à prendre en charge en urgence, du coup les services logistiques n'arrivaient plus à obtenir auprès des fournisseurs les quantités suffisantes en termes de matériels nécessaires à la réalisation des soins [...] on a commencé alors à manquer de masques, puis de gants, puis de surblouses de protection, le gel hydroalcoolique, les respirateurs, les écouvillons, les réactifs pour le laboratoire...etc.* ». Une infirmière de réanimation déclare : « *Ce qui m'a le plus choqué, c'est quand nous les soignants, étions contraints de porter des sacs poubelles pour pallier le manque de surblouses de protection* ». Une cadre de santé regrette les retards que prennent les analyses des « *tests PCR* »⁴¹ par manque de réactifs au niveau du laboratoire d'analyses biologiques. Elle ajoute que ce dysfonctionnement a provoqué un retard dans l'orientation des patients vers la bonne filière en fonction de la confirmation ou la non confirmation du diagnostic « COVID-19 », ce qui a accentué, selon la cadre interrogée, la désorganisation du circuit du patient.

Par ailleurs, la notion de « *perte de chance* » pour les patients est même avancée et ce, malgré l'implication des professionnels, en raison du manque des respirateurs et parfois des lits de réanimation. « *Ma grande crainte pendant mes gardes était de devoir faire un choix entre les patients que je dois prendre en charge prioritairement en réanimation et les patients que je dois mettre en attente d'une éventuelle place, heureusement que je n'ai pas été amenée à vivre une telle situation [...], il faut dire aussi que la solidarité entre tous les établissements de notre pays et le transfert des patients vers les régions les moins impactées ont contribué à la prise en charge de tous les malades atteints de la COVID* », raconte un médecin réanimateur d'un CH. D'autres interlocuteurs ont aussi évoqué le risque

⁴¹ Le test PCR (Réaction en Chaîne par Polymérase) est le test de référence pour le dépistage d'une infection au COVID-19.

de perte de chance à la suite de reports d'opérations chirurgicales et du renoncement aux soins de certains malades.

De plus, les incohérences des informations diffusées et les contradictions entre les discours scientifiques ont été mises en exergue avec un vécu qui soulève la question de la « *perte de confiance dans la gouvernance des établissements concernés* ». Ainsi, un cadre de l'EHPAD rattaché au CHU a évoqué l'incompréhension exprimée par les soignants de ce secteur vis-à-vis de leur privation des masques FFP2⁴² « *sous prétexte que le personnel de l'EHPAD ne dispense pas des soins invasifs* ». En effet, la décision institutionnelle de réserver, en priorité, les masques FFP2 pour le personnel des unités de réanimation a provoqué une vive réaction des soignants de l'EHPAD en argumentant qu'ils pratiquent eux-aussi des aspirations endotrachéales et des soins de bouches chez les personnes âgées. Ces soins peuvent provoquer la projection des sécrétions respiratoires des personnes soignées sur l'environnement du professionnel. La cadre rapporte que « *le personnel de l'EHPAD a le sentiment que l'institution fait passer les personnes âgées au second degré tout en exposant les agents du secteur médico-social aux risques sanitaires* ».

De surcroît, la réalité des craintes de la pandémie, de méconnaissance de la maladie, d'un manque de traitement spécifique contre le coronavirus, de la positivité à la Covid-19 chez certains professionnels de santé, des représentations propres à chacun, est spontanément abordée comme autre élément de complexité pour la prise en charge des patients.

Pour autant, il a été reconnu que ces défaillances ont contribué à l'émergence des pratiques innovantes pour répondre aux urgences de la crise sanitaire et ont permis de tirer des enseignements utiles pour l'avenir. C'est en ce sens que la quasi-totalité des interlocuteurs ont évoqué la notion de « crise apprenante ».

2.3 La vérification des hypothèses de départ

Notre étude nous a permis d'avoir une approche qualitative des professionnels paramédicaux dans leur accompagnement, pendant la crise sanitaire exceptionnelle, par l'encadrement et plus précisément par le directeur des soins.

Les données recueillies et leur analyse confirment les hypothèses de travail énoncées au départ de notre étude :

⁴² Filterin facepiece, littéralement « pièce faciale filtrante » de seconde classe. C'est un masque de protection auto-filtrant utilisé pour filtrer 94% des particules en suspension dans l'air selon les normes européennes EN 143 et EN 149.

2.3.1 Hypothèse 1 : L'accompagnement des professionnels de santé par le directeur des soins, en situation de crise sanitaire exceptionnelle, favoriserait l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire.

En guise de synthèse de notre étude, nous retenons que : même si la crise sanitaire « COVID-19 » est exceptionnelle par sa sévérité et sa durée, l'implication des professionnels de santé est avérée et que celle du personnel paramédical est notamment inhérente à l'engagement du directeur des soins tant au niveau de l'accompagnement des équipes d'encadrement qu'au niveau de l'accompagnement de la déclinaison des décisions à l'échelle des unités, des pôles et de l'établissement. En ce sens, nous notons qu'il existe un réel lien entre l'accompagnement mis en œuvre par le directeur des soins, en situation de crise sanitaire exceptionnelle, et l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise.

Nous pouvons ainsi conclure que notre **hypothèse 1** est confirmée.

2.3.2 Hypothèse 2 : L'accompagnement des professionnels de santé par le DS, lors d'une crise sanitaire exceptionnelle, contribuerait au renforcement de la proximité entre le DS et les équipes paramédicales.

Les résultats de notre enquête nous permettent de dire que le directeur des soins est reconnu, par les professionnels paramédicaux, comme un manager qui est en contact permanent avec l'encadrement de proximité. En cas de situation de crise exceptionnelle, le directeur des soins est repéré comme un acteur qui renforce le lien entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. Il sait mobiliser les compétences, valoriser les expériences et assurer la communication ascendante et descendante. Ces données nous permettent de confirmer notre **hypothèse 2**.

2.3.3 Hypothèse 3 : Une crise sanitaire exceptionnelle est un évènement qui inciterait le directeur des soins à garantir les moyens permettant aux professionnels de tenir dans la durée face à la crise sanitaire.

A l'issue de notre enquête de terrain, il n'a pas été mis en lumière qu'une crise sanitaire exceptionnelle permet au directeur des soins de garantir instantanément tous les moyens permettant aux professionnels de tenir dans la durée face à la crise sanitaire. Par

conséquent, notre **hypothèse 3** ne peut être confirmée, ni même être infirmée puisque la problématique de la pénurie des moyens matériels dépasse largement le périmètre d'action du directeur des soins. Toutefois, il ressort nettement que « *l'implication forte des professionnels* » dans la gestion de la crise a permis de pallier certaines carences en termes de moyens par des créativité issues de l'imagination du personnel lui-même.

2.4 Les limites de l'étude

Il convient ici d'expliciter les limites de notre étude, qui se caractérisent principalement par :

- ⇒ **L'outil de l'enquête** : étude qualitative sous forme d'échanges et de retours d'expériences.
- ⇒ **La taille de l'échantillon** : Les 11 entretiens réalisés sur deux établissements de santé ne semblent pas suffisants pour accorder une vraie valeur scientifique à notre étude. Il convient donc de lire les résultats présentés avec prudence, sur la base de verbatim des professionnels de deux établissements de santé. L'analyse des entretiens donne une visibilité à chaud sur le sujet. Elle apporte une réflexion sur la place de l'accompagnement dans le management des équipes paramédicales par les directeurs des soins.
- ⇒ **La période du déroulement de l'enquête** : Nos entretiens avec les professionnels se sont déroulés en pleine période de la pandémie au COVID-19. De ce fait, les réponses étaient sous forme de retour d'expérience à chaud, ce qui confère une validité limitée dans le temps aux conclusions de notre enquête. Une enquête à froid « après une sortie de crise » pourrait être confrontée à la nôtre.
- ⇒ **Le profil des établissements choisis pour l'enquête** : Le choix des terrains d'enquête à partir de nos critères d'inclusion a été contraint par le confinement instauré au moment de notre enquête sur le terrain, et par le fait que nous souhaitions réaliser des entretiens en face à face. Par conséquent, les 2 établissements de santé où s'est déroulée notre enquête se situaient, tous les deux, en zone rouge de l'épidémie. Nous aurions préféré faire un comparatif des entretiens entre une zone rouge et une zone verte de l'épidémie.

- ⇒ **Le manque d'expérience dans le domaine de la recherche pour l'investigateur** : Il y a probablement d'autres éléments qui auraient mérité une analyse plus approfondie afin de clarifier davantage le sujet.

Au regard du contexte actuel, nous proposons d'aller plus loin, par l'analyse des leviers et des limites identifiées. Nous proposerons enfin quelques préconisations issues de notre recherche, dans le champ de la direction des soins.

3 TROISIEME CHAPITRE : Les perspectives identifiées et les préconisations tirées de la recherche

3.1 Les perspectives

La crise sanitaire apprenante, telle que précédemment développée trouve ici toute sa place, tant les opportunités s'offrent à nous. C'est ainsi que les contraintes imposées par les mesures sanitaires (distanciation sociale, règles d'hygiène spécifiques) ont contribué à l'accélération de l'utilisation des nouvelles technologies numériques à l'hôpital (télémédecine, télétravail visioconférence, etc.). En outre, la lutte collective contre l'évolution d'une crise sanitaire comme celle de la COVID-19 conduit spontanément à la cohésion entre les professionnels de santé et à la coopération qui nous conduit au-delà du périmètre des GHT (entre les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, privés, libéraux). Par ailleurs, les grandes difficultés rencontrées au sujet de la disponibilité des lits d'accueil des patients et de l'approvisionnement de certains types de matériels nécessaires à la prise en charge des malades ont induit l'émergence des innovations intra-hospitalières en termes d'organisations (transformation des unités d'hospitalisation conventionnelle en unités de réanimation rendant ainsi l'hôpital modulable) et de bonnes pratiques professionnelles (développement d'autres EPI comme l'utilisation des visières ou des masques de plongée intégral).

3.1.1 La capitalisation de l'expérience de la crise sanitaire COVID-19

3.1.1.1 Inscrire les nouvelles technologies numériques dans une démarche durable au sein des ESSMS

Pour mieux gérer les situations sanitaires exceptionnelles, il appartient aux managers de l'hôpital de soutenir l'innovation pour s'adapter aux contraintes spécifiques de la crise en favorisant, par exemple, l'émergence d'un circuit de type "bottom-up" de diffusion des

initiatives et des innovations en termes de prise en charge. Il s'agit, pour le DS, de promouvoir le recours aux nouvelles technologies numériques (télémédecine⁴³ pour maintenir la continuité du service public et la sécurité des soins tout en respectant la distanciation sociale et en limitant l'aggravation des risques sanitaires). Il doit être vigilant au respect de la réglementation relative à l'utilisation des outils numériques, comme il doit apprécier en permanence la plus-value et les limites de l'utilisation de ces techniques (pertinence, adaptation au profil de poste, qualité du travail livré, impact psychologique, QVT, conciliation vie privée/vie professionnelle, etc.). C'est également une opportunité, pour le DS, de capitaliser sur les activités de télémédecine expérimentées pendant la crise pour les inscrire dans le projet médico-soignant de l'établissement et le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT afin de les adapter à d'autres types de filières de soins.

3.1.1.2 Pérenniser les pratiques issues de la crise sanitaire

En fin de cycle d'une crise sanitaire, il importe de réviser le plan de continuité d'activité (PCA) en formalisant les actions mises en œuvre afin de capitaliser et gagner en réactivité en cas de nouvelle situation sanitaire exceptionnelle (SSE), et notamment prévoir un volet spécifique à une nouvelle pandémie comparable au Covid-19 pour mieux protéger les professionnels et les citoyens.

En ce sens, bon nombre d'établissements de santé se sont engagés dans l'accompagnement de l'analyse des organisations issues de la crise sanitaire liée au Covid-19 pour en tirer les conséquences, tant pour la vie quotidienne de l'établissement que pour adapter ses dispositifs de gestion de crise. L'objectif est de capitaliser sur les pratiques mises en place pendant la crise Covid-19 pour les pérenniser dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, le directeur des soins doit accompagner l'organisation et le partage des retours d'expériences afin de :

- Faire pérenniser toutes les bonnes pratiques professionnelles (règles d'hygiène, port des EPI) et faire progresser les organisations de travail existantes.
- Enrichir le plan de continuité de l'activité (PCA) en s'inspirant des organisations de travail mises en œuvre pendant la crise (déprogrammation et reprogrammation des activités de façon échelonnée).

⁴³ Les consultations téléphoniques (sans vidéotransmission) sont remboursées par l'assurance maladie dans les cas prévus par le décret n°2020-459 du 21 avril 2020 : patients dépourvus de moyens de connexion en vidéo, atteints ou suspectés de COVID, en ALD ou âgés de plus de 70 ans, et les patientes enceintes.

- Maintenir un niveau d'adaptabilité dans les organisations de travail des équipes (rendre les espaces modulables, partager les équipements, etc.) pour faire face aux événements imprévisibles qui peuvent affecter le fonctionnement d'un établissement.

3.1.1.3 Soutenir la dynamique des coopérations générées par la crise sanitaire

L'expérience de la collaboration autour de la gestion de la crise Covid-19 nous a démontré qu'il faut accepter de sortir du cadre préexistant, dominé par le cloisonnement, en innovant avec de nouvelles façons de coopérer. Il convient de développer la transversalité interservices, inter-établissements et entre secteurs sanitaire, social, médico-social et ambulatoire pour fluidifier les parcours de patients par une meilleure coordination entre les acteurs du territoire. En effet, la crise sanitaire a fait la démonstration du caractère incontournable d'un lien fort et fluide entre l'hôpital, la ville et le médico-social autour de la personne âgée. C'est dans cette optique que le gouvernement a décidé de nommer un pilote par territoire pour garantir la coordination entre les trois. Le DS peut, par exemple, impulser des partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales pour le transfert des patients et l'utilisation des lits d'aval.

Une coopération spécifique autour de la gestion des SSE est également à formaliser avec le partage des organisations à mettre en place en amont de la crise (formalisation des fiches actions pour chaque poste métier), pendant la crise (partage des procédures, des compétences, des prises en charges des patients, des transferts, etc.) et en aval de la crise (reprise progressive des activités tout en maintenant un dispositif territorial de veille sanitaire pour être réactif à tout moment). Par ailleurs, l'élan de solidarité nationale vécue pendant la crise COVID-19 nous invite à structurer une démarche de mécénat et de partenariat qui renforce la solidarité et l'entre-aide en cas de tensions dans la fourniture de certains éléments essentiels à l'exercice des professionnels et à la prise en charge des patients. Afin d'enrichir la pratique professionnelle, d'assurer l'efficacité des prises en charge et favoriser l'entraide entre les équipes, le DS doit soutenir le travail collectif et signifier l'importance de la collaboration interprofessionnelle.

3.1.2 Les accords du Ségur de la santé : des accords pour reconnaître l'engagement des professionnels de santé

La crise sanitaire du coronavirus a fait ressortir les difficultés des établissements de santé et médico-sociaux français. Face à ce constat, le gouvernement a déclenché un plan d'investissement et de revalorisation destiné aux hôpitaux. Un plan qui s'est concrétisé par les accords du Ségur de la santé. Les 33 conclusions du Ségur de la santé ont pour

ambition d'accélérer les transformations engagées par le plan « Ma Santé 2022 » et ce, afin de poursuivre la modernisation du système de santé en France et d'améliorer le quotidien des professionnels de santé ainsi que la prise en charge des patients.

Parmi les principales conclusions du Ségur de la santé dévoilées le 21 juillet 2020 : la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés, le recrutement de 15 000 personnels ; la revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, la revalorisation des gardes pour les internes ; la formation de plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients ; l'attribution des moyens pour favoriser l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers ; le financement de l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande » ; l'élargissement du développement de la télésanté en s'appuyant sur les acquis de la crise pour mieux soigner les patients.

Ces mesures indiquent un changement de philosophie pour le système de soins, épuisé par des années de restrictions budgétaires, et fortement éprouvé par la crise sanitaire due au Covid-19. Il s'agit de renforcer les moyens, mais aussi de remettre de l'humain et du sens dans notre système de santé.

Ainsi, la crise du Coronavirus s'est avérée un accélérateur d'innovation pour le secteur hospitalier. Winston Churchill déclarait en 1953 que « les difficultés maîtrisées sont des opportunités gagnées ». Dans le contexte d'une telle crise, cette phrase prend aujourd'hui tout son sens.

3.2 Les préconisations

Le soutien et l'accompagnement du personnel des ESSMS face à des situations sanitaires exceptionnelles exigent des managers une stratégie de pilotage des actions en amont, pendant, en sortie de crise et en aval de la crise :

3.2.1 Avant la survenue de la CSE : Anticiper des organisations médico-soignantes pour mieux gérer les SSE

3.2.1.1 Actualiser les procédures et les dispositifs relatifs à la gestion des SSE

Il appartient à l'institution de définir, par avance, les besoins prioritaires en cas de situation sanitaire exceptionnelle, puis formaliser la faisabilité en fonction des capacités de

l'établissement (locaux, organisation, pratiques, ressources, etc.). C'est pourquoi il convient pour les directions des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de maintenir une vigilance permanente par rapport à la survenue d'éventuelles situations sanitaires afin, d'une part, d'être rapidement réactif en mobilisant toutes les ressources nécessaires à la gestion de la situation sanitaire (personnel, matériel, outils organisationnels, capacités d'accueil pour les patients) et d'autre part, d'assurer la prise en charge de tous les usagers qu'ils soient impactés ou non par la situation sanitaire exceptionnelle.

Il incombe au directeur des soins de collaborer étroitement avec le PCME et le coordonnateur de la qualité et gestion des risques pour formaliser et tenir à jour les procédures relatives aux SSE (plan blanc, plan bleu, plan hôpital en tension, plan de sécurisation de l'établissement, plan de continuité d'activité, seuil de déprogrammation des activités de soins non urgentes, etc.) qui permettent de cadrer les actions et de donner de la visibilité sur la conduite à tenir face aux situations sanitaires exceptionnelles. Pour une meilleure implication des professionnels dans l'application des procédures, le DS a la charge de faire participer les équipes d'encadrement et les équipes de terrain à la rédaction des procédures dans le respect des doctrines institutionnelles (nationale, régionale, territoriale, locale).

Par ailleurs, le DS doit veiller à l'intégration, dans le plan de formation annuel, des formations continues sur la gestion des crises sanitaires exceptionnelles afin d'assurer l'actualisation des connaissances des professionnels.

3.2.1.2 Sécuriser les infrastructures et les circuits logistiques

La pandémie du coronavirus nous a prouvé la nécessité de mettre en place un mode de pilotage des ressources adapté à une activité à risque infectieux et à la potentialité de survenue de nouveaux épisodes épidémiques aigus. C'est pourquoi, il convient, avec la participation du DS, d'identifier dans chaque service les espaces et les ressources pouvant être « réactivés » en cas de besoin pour faire face à une situation urgente. Les équipes d'encadrement doivent anticiper les organisations (parcours patients, opérationnalité de la cellule de crise, identification des scénarios en fonction des risques, identification des moyens à mobiliser, formation des référents SSE, etc.)

La crise sanitaire Covid-19 nous a également révélé le caractère extrêmement stratégique de la gestion des ressources et notamment les stocks et les approvisionnements dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles. La stratégie réside dans la recherche d'un

juste équilibre entre un stock de matériel dormant et coûteux, et un stock de matériel mobilisable qui doit pouvoir répondre à des situations sanitaires exceptionnelles et imprévisibles. Ainsi, pour assurer la continuité de l'activité, il est essentiel de sécuriser les circuits logistiques et d'approvisionnement et ce, afin d'assurer la disponibilité et l'opérationnalité des équipements de protection individuelle (EPI), des équipements biomédicaux et des produits consommables.

3.2.1.3 Prévoir des organisations qui garantissent la continuité des soins conjointement à la gestion de la crise

Le plan de continuité d'activité (PCA) est un processus qui permet d'identifier les menaces potentielles pour une organisation, et de définir les actions à maintenir de façon prioritaire pour continuer d'atteindre ses objectifs et honorer ses obligations. C'est un outil dont la cellule de crise se sert pour remplir ses missions (obligation pour les ESSMS de maintenir en permanence des soins non reportables et d'accueillir tous les patients, même lors de situations exceptionnelles). Lors des situations sanitaires exceptionnelles, les ESSMS sont tenus d'organiser la continuité des soins qui ne peuvent pas être différés. En effet, tout en assurant la gestion de la crise, les établissements doivent poursuivre l'offre de soins pour les cas urgents et pour toutes les personnes dont l'état de santé nécessite un suivi médical permanent. Les ESSMS sont également tenus de sécuriser juridiquement l'activité de l'établissement au regard de ses obligations réglementaires et contractuelles (continuité des soins, missions de service public, etc.) et contraintes (risque de perte de marché, image de l'établissement, etc.). L'enjeu est de limiter les impacts de la crise sanitaire exceptionnelle sur la capacité de ces établissements à assurer leur mission première d'universalité, de qualité et de sécurité des prises en charges. C'est la cellule de crise, à laquelle participe le DS, qui statue sur les activités et missions essentielles de l'établissement à maintenir absolument en cas de SSE et les besoins associés en ressources humaines, matérielles, organisationnelles et techniques.

3.2.2 Pendant la CSE : Mettre en œuvre des organisations médico-soignantes pour mieux gérer la crise sanitaire

3.2.2.1 Adapter les organisations médico-soignantes aux SSE

Il est ainsi nécessaire de mettre en place des organisations agiles et réversibles pour pouvoir prendre en charge, à tout moment, des patients dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle, tout en assurant l'accueil et la continuité des soins pour l'ensemble

des malades. Le DS, en sa position de pivot entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel, doit accompagner l'encadrement dans la déclinaison des organisations statuées par la cellule de crise. Il s'agit de donner des moyens aux acteurs de terrain en adoptant la méthode projet. Pour se faire, il est rappelé l'importance :

- D'adapter les capacités d'accueil des patients pour chaque filière en fonction de chaque risque (Cf. cartographie des risques et menaces sanitaires) pour mieux gérer les flux des patients (réorganiser les circuits des patients, mettre en place des renforts humains pour le suivi des patients).
- De protéger le personnel contre les risques professionnels en optimisant les conditions de travail (renfort des équipes engagées en première ligne, disponibilité du matériel et des EPI, sensibilisation au respect des protocoles relatifs aux pratiques professionnels et aux règles d'hygiène).
- De déprogrammer les activités non urgentes et libérer les lits en lien entre la cellule de crise, la coordination des soins et le PCME.
- D'adapter les maquettes organisationnelles et les plannings à l'effectif nécessaire à l'activité dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle. Ceci passe par l'évaluation de la charge supplémentaire pour les acteurs et l'adaptation des ressources humaines aux organisations spécifiques aux SSE
- De mobiliser les moyens matériels supplémentaires et gérer les stock (armoires plan blanc, EPI adaptés aux risque, lits, dispositifs médicaux, médicaments, etc.)
- D'adapter le système d'information pour accompagner l'identification et la gestion des patients tout au long de leur prise en charge. Le SIH permet aussi de suivre de manière régulière l'activité et le capacitaire des unités de soins au moyen d'indicateurs afin d'apprécier le degré de tension et d'anticiper une éventuelle montée en charge.
- De faciliter l'information et l'orientation des proches.

La mise en œuvre de ces mesures repose nécessairement sur une réorganisation de l'espace, un fonctionnement qui favorise l'adaptation des règles de distanciation sociale et des gestes barrières, une modification des modes de communication, la formation et l'information.

3.2.2.2 Donner envie aux professionnels à s'impliquer dans leur travail

La crise sanitaire provoque un bouleversement dans la gestion des ressources humaines au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, le directeur des soins est amené à s'engager dans l'anticipation des effets de la crise sur les compétences, le recrutement et la formation des équipes, dans un temps très contraint. L'anticipation des tensions sur les ressources humaines doit se faire en étroite collaboration avec la direction

des ressources humaines, sous le prisme de l'adaptation des ressources aux nouvelles organisations, du suivi du temps de travail et de gestion des absences du personnel. Pour ce faire, il convient de garantir l'équité dans la gestion du temps de travail, et créer un vivier de professionnels "à potentiel d'évolution" basé sur les expériences positives afin de réguler le turn-over des effectifs dans un esprit de dialogue social apaisant (travail en 12 heures, en binôme, intérim, heures supplémentaires, effectifs requis). Ce management basé sur la rotation des équipes permet aux personnels de bénéficier des journées de repos après une période éprouvante psychologiquement et physiquement. Il appartient aussi au directeur des soins de renforcer les liens avec les écoles et instituts de formation des professionnels de santé pour obtenir des renforts humains.

Le rôle du DS est de sensibiliser les cadres à la mutualisation territoriale des moyens (dynamique collaborative) et au suivi quotidien des consommations de médicaments et équipements stratégiques tout au long de la phase aiguë de l'épidémie afin de permettre aux équipes soignantes d'exercer leur mission dans des conditions de travail acceptables. Le DS doit veiller à l'association des acteurs de terrain aux réflexions sur les organisations à formaliser dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire aiguë. C'est une démarche d'accompagnement qui valorise le rôle central des professionnels positionnés en première ligne et qui permet ainsi de prévenir une éventuelle baisse de motivation des équipes liée à la pression de la crise sanitaire.

3.2.3 Préparation de la sortie de crise sanitaire : Accompagner les équipes vers la sortie de crise

3.2.3.1 Préparer collectivement la sortie de crise

La préparation de sortie de crise est une phase cruciale où le DS devient davantage un acteur de proximité aux côtés des équipes d'encadrement. La sortie de crise doit être organisée de manière à favoriser un retour à un fonctionnement normal (qui n'est pas synonyme de recherche de la situation antérieure) pour des professionnels ayant été différemment mobilisés (changement d'affectation, télétravail, arrêt maladie, autorisation spéciale d'absence). Elle passe par la mise en place d'un cadre général de reprogrammation et de reprise des activités de façon à assurer la sécurité sanitaire des patients et des professionnels.

La préparation de la phase post-crise nécessite à la fois une démarche qui donne du sens à un retour à la "normalité" en reprenant les modes d'organisation usuels et une manière de capitaliser, collectivement, les nouvelles organisations qui permettent d'améliorer les

conditions de travail des professionnels en post-crise. Pour ce faire, le directeur des soins doit inviter les médecins et les professionnels paramédicaux à travailler ensemble sur l'élaboration du fonctionnement en sortie de crise. L'enjeu est de taille, il s'agit d'assurer les conditions permettant de renforcer la cohésion des équipes et motiver les professionnels épuisés par les effets de la crise sanitaire.

3.2.3.2 Organiser le désarmement des dispositifs de gestion de crise de façon progressive et réversible

La sortie de crise doit se faire avec une grande prudence. Il convient d'organiser le désarmement des infrastructures mises en place pendant la crise sanitaire tout en gardant certains dispositifs en vieil pour être réactif. Parallèlement, la reprise de l'activité est elle aussi très progressive et, en réalité, plus lente qu'on ne pouvait le penser. Plusieurs facteurs pèsent sur ce rythme. Le premier est la diminution des capacités due aux chambres seules. Le deuxième est l'état des stocks en matériel et en médicaments (notamment les produits utilisés en réanimation). Le troisième facteur est l'épuisement des équipes par la gestion de la crise. Le quatrième facteur vient des patients eux-mêmes, parce que les usagers ont peur de retourner dans l'environnement hospitalier. Par ailleurs, la gestion des ressources humaines reste un point de préoccupation majeur de la sortie de crise. Nombre d'établissements ont par exemple imposé à certains agents des prises de vacances forcées pendant cette phase transitoire entre le désarmement du dispositif de la crise sanitaire et la reprogrammation de l'activité normale des unités de soins. S'ajoute à l'épuisement, les relations tendues entre ceux qui ont été en première ligne et ceux qui reviennent après avoir été mis en éviction durant la crise.

Dans ce contexte, le rôle de l'équipe de la direction est de communiquer régulièrement et de façon transparente sur le processus de sortie de crise. En effet, la phase de sortie de crise peut fragiliser à tout moment l'état psychologique des professionnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Afin de prévenir la survenue de troubles psycho-traumatiques liés à un stress extrême, il convient de veiller à l'apparition des signaux évocateurs de fragilité chez les professionnels et de mettre en place une démarche de prévention adaptée. Pour ce faire, le DS doit sensibiliser l'encadrement à la détection des signaux de fragilité individuels et collectifs et l'accompagner à s'approprier la démarche de prévention et ses enjeux. Il doit aussi soutenir, pendant la préparation de sortie de crise, les professionnels de terrain en leur rendant des visites pour les remercier et échanger avec eux (débriefing) avant d'entamer la phase post-crise.

3.2.4 En post crise : Accompagner l'organisation et le partage des retours d'expériences afin de capitaliser pour l'avenir

3.2.4.1 Accompagner collectivement les équipes en post-crise

En post-crise, le DS doit impliquer l'encadrement auprès des équipes et organiser avec eux des debriefings par service sous forme de retours d'expériences et faire un bilan collectif sur les difficultés vécues et sur les enseignements tirés de la crise. Les debriefings de proximité permettent de prévenir ou de limiter les tensions entre les membres d'une équipe ayant connu des situations différentes pendant la crise (ceux qui étaient en première ligne et ceux qui étaient en éviction pendant la pandémie) et préserver ainsi un climat serein au sein de l'établissement

Quant à l'utilisation des retours d'expériences (RETEX), elle doit intervenir lorsqu'une prise de recul sur la situation est concevable, par exemple, sur les modalités de sortie de crise. Cette démarche proactive permet de sécuriser au plus tôt le fonctionnement de l'établissement. L'adoption d'une telle approche réflexive permet d'identifier de manière systémique et collective ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, pourquoi et comment s'améliorer (OMS, 2018). Le RETEX est donc un outil d'apprentissage qui permet aux acteurs de tirer des leçons en post-crise pour permettre une réactivité forte de l'établissement et une efficacité renforcée face à une nouvelle crise de ce type.

Par ailleurs, il appartient à l'institution de remercier l'engagement de chacun pendant la CSE et d'exprimer sa reconnaissance envers tous les acteurs, quelle que soit leur situation professionnelle (en première ligne, en seconde ligne, en télétravail ou en activité partielle). C'est l'occasion pour les dirigeants d'organiser un moment de convivialité et de communiquer vers les équipes sur les dons reçus, les messages de soutien reconnaissance du travail effectué.

3.2.4.2 Accompagner individuellement les professionnels en post-crise

En termes d'accompagnement individuel, il est important d'organiser des groupes de parole et d'analyse des pratiques sur le ressenti de la crise pour mettre à plat les tensions et peurs liées au retour dans l'établissement de certains agents. Cet espace de réflexion éthique est utile pour accompagner la prise de recul par chaque professionnel.

Le directeur des soins, quant à lui, doit valoriser le travail réalisé par les cadres et mettre en valeur les professionnels mobilisés. Il a également la charge d'accompagner l'encadrement pour faire évoluer les pratiques managériales (organiser des temps

d'échange et d'analyse de pratiques). A cet égard, il incite les cadres à réaliser des entretiens individuels avec les personnels (vécu de la période, recueil des contraintes organisationnelles et médicales). C'est un moment où l'écoute et la bienveillance, de la part du manager, prennent une place prépondérante. C'est dans ce cadre de « management bienveillant » que les cadres peuvent proposer un appui psychologique anonyme aux agents, en fonction de leurs besoins et des aménagements de postes ou de missions.

3.2.5 Pour aller plus loin :

3.2.5.1 Accompagner collectivement les équipes en post-crise

⇒ Optimiser les conditions de la qualité de vie au travail (QVT) :

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, les organisations subissent un grand bouleversement et les conditions de travail des équipes deviennent pénibles. Pour autant, certaines démarches relatives à la QVT peuvent spécifiquement être mises en place dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans le but de soutenir les équipes mobilisées dans la gestion de la crise. Il convient de recueillir les besoins des agents et évaluer la pertinence des actions mises en place pendant la crise (espaces de bien-être comme le salon de coiffure dédié au personnel, crèche pour accueillir les enfants du personnel, autorisations spéciales d'absence, distribution des bons de carburant aux professionnels mobilisés, renforts liés à la suractivité...). Certaines de ces actions innovantes, mise en œuvre à la faveur de la crise, peuvent être inscrites de manière plus durable dans les organisations, afin de promouvoir la qualité de vie au travail et prévenir ainsi une perte de sens au travail. De même, un plan d'actions QVT post-crise est nécessaire afin d'intégrer la prévention des troubles psycho-traumatiques dans la démarche QVT. D'autres expérimentations peuvent être développées par les cadres sur la base de propositions du personnel (boîte à idées) et par des réponses aux appels à projets liés à la QVT (veille, démarche projet). En ce sens le DS doit veiller à maintenir une écoute bienveillante et neutre des intervenants, pilotes et participants aux dispositifs et à valoriser le travail réalisé par les équipes. Enfin, faire en sorte à maintenir un lien continu entre les professionnels mobilisés face à la crise sanitaire et ceux qui le sont moins et ce, afin de préserver une cohésion forte au sein de l'établissement de façon durable.

Il est également important d'organiser des debriefings dès le début d'une situation sanitaire exceptionnelle (prise en charge des premiers cas et gestion de l'afflux des personnes contaminées) pour prévenir les arrêts de travail pour des raisons tenant à l'inquiétude quant à la sécurité des conditions d'exercice. Par ailleurs, la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement psychologique (psychologues, plateforme d'écoute...) des

professionnels, des usagers et des familles est particulièrement indispensable en période de SSE.

⇒ **Permettre aux équipes de maintenir le lien avec les familles :**

La crise sanitaire peut transformer et fragiliser les liens unissant les familles des usagers aux équipes de professionnels assurant leur prise en charge. Dans ce contexte, le directeur des soins doit sensibiliser les cadres de santé à proposer des pistes de réflexion ainsi que des suggestions d'actions en vue de permettre aux équipes de maintenir et/ou de recréer un lien avec les familles. L'enjeu étant de renforcer la coopération de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur dans une nouvelle dynamique. Mais c'est également d'équilibrer la réflexion "Bénéfice-Risque" individuelle avec ses conséquences potentielles collectives (des visites fréquentes en situation sanitaire exceptionnelle augmentent le risque de contamination). En utilisant les nouveaux moyens de communication (smartphones, tablettes iPad, Skype, Zoom...), les équipes peuvent organiser des temps d'échange entre les familles et l'utilisateur afin d'atténuer l'impact de la rupture familiale liée à l'hospitalisation ou à l'entrée en institution. Il est aussi important d'organiser des temps de réflexion éthique pour donner du sens aux pratiques mises en œuvre pendant la crise. Cette démarche doit prendre en compte le retour d'expérience des familles vers les professionnels de l'établissement afin pouvoir identifier les situations d'incompréhension potentiellement conflictuelles et prévenir ainsi le risque contentieux.

3.2.5.2 Accompagner individuellement les professionnels en post-crise

⇒ **Adopter une communication concertée à un niveau stratégique**

En situation sanitaire exceptionnelle, il apparaît d'autant plus nécessaire de structurer une politique de communication lisible sur les conditions de fonctionnement de l'établissement auprès des équipes et des usagers. En effet, une SSE nécessite une communication préparée et adaptée à destination des équipes, des patients, des familles, des partenaires sociaux et des collaborateurs extérieurs. C'est pourquoi, il est attendu de l'institution de disposer d'un plan de communication interne et externe avec des éléments de langage cohérents et des outils de « reporting »⁴⁴ adaptés. Une attention particulière doit être portée à la circulation des fausses informations « fake new » à l'encontre de l'image de l'établissement, c'est pourquoi il est impératif pour l'institution de diversifier les canaux de communication (portail du SI interne, mails, notes de service, lettres d'information, affiches, presse, réseaux sociaux, etc.) pour optimiser le partage des bonnes informations et les relayer de façon plus large afin de toucher le maximum de public en un délai acceptable.

⁴⁴ Expression anglophone de la communication des données. Il consiste en la présentation de rapports sur les différents sujets d'une entreprise.

Communiquer de manière régulière, c'est assurer la bonne diffusion de l'information sur la situation, les décisions et les consignes émanant de la cellule de crise. Cela revêt également un caractère fédérateur et mobilisateur. Ainsi, la mission du DS est de communiquer régulièrement avec l'encadrement pour diffuser les informations institutionnelles, valoriser les actions mises en place par l'établissement et relayer les décisions auprès des équipes.

⇒ **Privilégier une communication claire et transparente envers les professionnelles de terrain**

En interne, il convient d'adopter une politique de communication la plus structurée et transparente possible, afin d'éviter la propagation d'infox et l'installation d'un climat de défiance. En effet, une communication claire et transparente permet de maintenir un climat de confiance et assurer ainsi une cohésion au sein de l'établissement pour gérer la crise sanitaire sur la durée. Elle permet aussi de rassurer les usagers et leur entourage. De même, elle favorise la collaboration avec les partenaires extérieurs pour sécuriser les parcours patients.

En situation de crise, il est primordial de communiquer de manière régulière en interne sur les mesures prises, sur les produits sensibles (état des stocks, projections, consignes de bon usage) et de maintenir le dialogue social durant la crise avec une concertation régulière du CHSCT.

Il est aussi important pour l'institution de pérenniser un plan de communication visant à maintenir le lien avec les représentants des usagers et créer une cellule d'accompagnement des familles afin de les tenir au courant des actions mises en œuvre par l'établissement, mais aussi d'apporter une réponse à leurs attentes (privilégier les temps de communication orale avec les familles).

Pour mener à bien ce plan de communication, le DS doit construire une vision partagée de la communication en étroite collaboration avec les cadres supérieurs de santé pour organiser la circulation de l'information entre le niveau central et le niveau local.

Pour finir, une véritable capitalisation des enseignements issus de la crise sanitaire coronavirus, viendra sans doute révolutionner les méthodes de managements, en lien avec la formalisation d'une veille permanente vis-à-vis des SSE (une instance veille/risques), dans un contexte tourné vers l'ancrage du sens et de l'humain dans le système de santé.

C'est ainsi que j'ai pu poser mes préconisations en me basant sur ce que j'ai observé pendant ma formation, sur mon expérience personnelle, sur le retour d'expérience et sur le travail de recherche. Ces préconisations seront pour moi un guide sur lequel je m'appuierai lors de ma prise de poste.

Conclusion

La pandémie du Covid-19 et les mesures prises pour limiter sa propagation ont provoqué une mobilisation de grande ampleur de tous les acteurs du système de santé et sans équivalent dans l'histoire récente. Cette crise sanitaire exceptionnelle a provoqué un afflux massif des patients dans tous les hôpitaux du monde. En France, cette situation sanitaire inédite a bouleversé les organisations de soins et a pesé sur la charge de travail les conditions d'exercice des professionnels de santé. Pour atténuer ce choc majeur et éviter que la crise se transforme en catastrophe, les pouvoirs publics ont réagi par des mesures de confinement de la population et de déclenchement du plan blanc dans tous les hôpitaux de l'hexagone.

Face à l'enjeu de santé publique que représente cette crise sanitaire et ses conséquences à court, moyen, long terme, les professionnels de santé sont devenus des acteurs incontournables dont la mobilisation est capitale. Ainsi, si la production des soins relève de la responsabilité de l'ensemble des professionnels de santé, le directeur des soins est un acteur propice à l'accompagnement des équipes soignantes, à la mobilisation des ressources matérielles et organisationnelles, à la prévention des risques psychosociaux et à la gestion des risques liés aux soins. Pour y arriver, le travail en collaboration avec l'équipe d'encadrement, l'équipe médicale, les membres de la direction et les soignants est primordiale pour le DS. Son objectif est de faire en sorte que le système de santé produise le meilleur niveau de santé pour la population en tenant compte de toutes les contraintes existantes. Porteur d'un leadership humain et responsable, le directeur des soins utilise sa capacité à partager les émotions, comme un préliminaire au partage des valeurs humaines fortes. Par la mise en œuvre de ces valeurs dans son management, l'éthique du « care », le DS répond au besoin d'une stratégie institutionnelle, partagée et bienveillante dans l'intérêt supérieur de l'utilisateur.

Si le rôle du DS constitue un levier d'accompagnement des professionnels de santé en situation de crise sanitaire exceptionnelle, l'exemple de la crise sanitaire COVID-19 montre que cet accompagnement pourrait avoir un impact sur l'implication et la motivation de chaque soignant. De cette expérience, chaque acteur impliqué dans la crise pourrait tirer des apprentissages pour l'avenir. Dans ce contexte, la mise en application de la dimension « accompagnement », essentielle dans la gestion des crises exceptionnelles, permet de créer un environnement favorable à l'implication des professionnels, à la dynamique du groupe et à la mobilisation des acteurs de santé autour d'un but commun.

Certes, une situation sanitaire exceptionnelle provoque une rupture des organisations habituelles, mais elle est aussi génératrice de la mobilisation des professionnels autour d'un objectif commun et d'innovation en termes de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles.

Enfin, sur le plan personnel, ce travail nous a demandé un effort de déploiement de capacités organisationnelles étant donnée la période particulière dans laquelle il s'est inscrit. Toutefois, les changes nombreux enrichissants et productifs par les différents interlocuteurs nous ont permis d'aboutir à une analyse de ce travail de recherche.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 et par le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010.
- Code de la Santé Publique, articles L3110-7 à L3110-10 définissant l'organisation intra et extrahospitalière permettant de prévenir et de gérer les menaces sanitaires graves et des situations d'urgence.
- Code de la Santé Publique, articles L3131-7 et R3131-4 relatifs à l'organisation du plan blanc dans les établissements de santé.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.
- Loi organique n°2020-365 du 30 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.
- Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013, relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles.
- Décret n° 2020-524 du 5 mai 2020, modifiant le décret 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature.
- Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006, relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.
- Circulaire du Premier ministre du 2 janvier 2012, relative à l'organisation et la structuration gouvernementale pour la gestion des crises majeures.
- Instruction SGMAS/HFDS du 20 avril 2010, relative aux principes d'organisation et de fonctionnement de la mission de veille et d'urgence sanitaire dans les ARS.
- Instruction ministérielle du 02 novembre 2011, relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé.
- Instruction ministérielle n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014, relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Rapports et guides méthodologiques :

- DGS, DGOS, 2019, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles.
- Ministère de la santé et des solidarités, 20 février 2020, Guide méthodologique : Guide de préparation au risque épidémique du covid-19.
- Ministère de la santé et des solidarités, 2006, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé.
- Ministère de l'action et des comptes publics, 2014, Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique.

- Rapport du Haut Conseil de Santé Publique, 1996, l'évaluation économique des actions de santé, dossier n°17 HCSP.
- Rapport du Haut Conseil de Santé Publique, 2020, à propos du Coronavirus-SARS-CoV-2.

Ouvrages :

- LAGADEC P, 1992, La gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs, Ediscience international, 326p.
- LAGADEC P, 1995, Cellule de crise : Les conditions d'une conduite efficace, Editions d'Organisation, 122p.
- HIRSCH M, 2020, l'énigme du Nénuphar face au virus, Editions Stock, 2020.
- EDGAR M, 1976, Pour une crisologie, IN : Communications, 25,1976, La notion de crise, PP. 149-163.
- BECK U, 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad. de l'allemand par L. Bernardi. Paris, Aubier, 521p.
- Recommandations de la Fédération des observatoires régionaux des urgences, Avril 2019, Gestion des épisodes de tension en établissement, 60p.
- VAN DER LINDE C, Nov 2019, mémento pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ou de crise en établissement de santé, IDM/EHESP.
- VAN DER LINDE C, Mai 2020, Appréhender dans sa globalité les rôles attendus d'un cadre dans l'organisation d'une situation sanitaire exceptionnelle à l'hôpital, IDM/EHESP.
- Martin Hirsch, « *l'énigme du Nénuphar face au virus* », Ed. Stock, 2020.

Revue-Articles :

- LAGADEC P, *la gestion de crise, entre progrès et vertige, revue l'ENA hors les murs*, no 485. Novembre 2018.
- LEFEBVRE V et SAUGELIN E. Compte-rendu. La complexité, source d'innovations. L'hôpital face aux situations extrêmes. Gestions hospitalières. Sept 2019 ; (n°588) : p.431.
- L'équipe de coachs du centre national de gestion (CNG). Accompagnement managérial en situation de crise sanitaire. Premiers retours des coachs du CNG. Revue française de gestion. Mars-Av 2020 ; (n°593) : pp.20-21.
- DUARTE AP. Les situations de crise à l'hôpital – défis ou opportunités d'émergence de l'apprenance. Revue savoirs. 2016-2 ; (n°41) : PP. 55-69.
- DUARTE AP. Situation de crise à l'hôpital opportunité d'émergence de l'apprenance. Gestions hospitalières. Nov 2014 ; (n°540) : p.542.
- DUARTE AP. Post-situation de crise. L'apport de l'intelligence émotionnelle. Gestions hospitalières. Mai 2015 ; (n°546) : p.275.
- DUARTE AP. Résistance passive à l'hôpital. Les situations de crise sont-elles un antidote ? Gestions hospitalières. Mars 2016 ; (n°554) : p.160.

- ROBERGE M, 2003, A propos du métier d'accompagnateur et de l'accompagnement dans différents métiers, Education permanente n°153.
- ARDOINO J., 2000, De l'accompagnement, en tant que paradigme, Revue Pratique de Formation /Analyses, Université Paris 8, Formation permanente.
- PEOCH N et CEAUX C « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. », recherche en soins infirmiers, n°108, mars 2012, pp. 53-66.

Mémoires :

- Module interprofessionnel de santé publique (MIP), 2016, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Groupe 9 animé par VAN DER LINDE C. L'organisation hospitalière dédiée aux crises sanitaires (plan blanc) est-elle toujours d'actualité face aux nouvelles menaces ?
- LE BONNIEC C, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Le plan hôpital en tension, entre gestion de crise et gestion quotidienne de la capacité d'hébergement : L'exemple du centre hospitalier de Landerneau. Mémoire de directeur d'hôpital. Promotion 2015-2016.

Sites internet :

- <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- <https://www.collectifjauneorange.net/optimisation-communication>
- <https://www.lafrenchcom.fr/cellule-de-crise/organisation-et-management>
- www.cadre-dirigeant-magazine.fr
- https://fr.wikipedia.org/wiki/Sociologie_des_organisations
- <https://www.strategies.fr/blogs-opinions/idees-tribunes/4042232W/covid-19-une-crise-de-communication.html>
- <https://www.cerem.fr/system/files/documents/2018/12/1Montoya/fonctionnementd'unecelluledecrise.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Annexe 2 : Liste des professionnels interrogés

Annexe 3 : Type de tableau utilisé pour l'Analyse thématique

Annexe 4 : Un exemple d'entretien réalisé et retranscrit

Annexe 5 : Cartographie des risques et menaces auxquels un établissement de santé peut être confrontés

Annexe 6 : schématisation de gestion des flux de patients

Annexe 7 : Schéma d'une cellule de gestion de crise hospitalière

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

(Cadrage des entretiens, objectifs, questions)

Questions préalables pour identifier le contexte et l'interlocuteur :

- taille de l'établissement,
- type de gouvernance (direction commune, GHT),
- identité du professionnel (missions initiales, expérience en gestion de crise, liens professionnels avec les membres de la cellule)

Objectif 1 : Comprendre l'organisation (pendant la crise sanitaire exceptionnelle) et le rôle du directeur des soins pour objectiver la diversité des pratiques ?

- 1- Depuis combien de temps que vous exercez dans l'établissement ?
- 2- Quelles sont vos missions dans le poste que vous occupez actuellement ?
- 3- Avez-vous déjà participé à une gestion de la crise sanitaire ? (*Nombre, y avait-il séparation entre stratégie et opérationnel ?*)
 - a. Si oui, dans quel contexte ?
 - b. Si non, avez-vous une expérience, par exemple, dans la mise en place d'une politique de sécurité dans les établissements de santé et/ou médico-sociaux (type Plan Blanc...)?
- 4- Sur la base de quel référentiel (ou process) vous vous êtes appuyé pour organiser la gestion de la crise sanitaire liée au COVID-19 ? (*Orientation ministérielle, plans blanc/bleu, cellule de veille préexistante, supports théoriques de travail, composition initiale et facteurs d'évolutions*) ?
- 5- Quel était le périmètre de vos missions dans la gestion de la crise sanitaire ? (*RH paramédicales, dispensation des soins, organisation des activités de soins, gestion du matériel, accompagnement psychologique des soignants*) ?

- 6- Quels sont les moyens matériels mis à votre disposition pour faire face à la crise sanitaire ?
- 7- Comment se faisait la déclinaison des décisions sur le terrain ? *(Collaboration avec les autres membres de la direction, collaboration avec les cadres de santé...)* ?
- 8- Comment s'est organisée la communication ? *(Interne et externe à la structure, ascendante et descendante)* ?

Objectif 2 : Evaluer le ressenti des acteurs impliqués dans la gestion de la crise sanitaire *(pour comprendre les enjeux de pouvoir, le positionnement, l'accompagnement des professionnels, les apprentissages)*

- 9- Avez-vous participé à la cellule de crise ? si oui, quel a été votre rôle au sein de la cellule de crise ? Avez-vous pu jouer pleinement ce rôle ? *(Ce qui a manqué le plus, la plus grande fierté, implication personnelle, complémentarité des compétences, aide à la décision, circulation des informations, innovation)*
- 10- Comment décririez-vous la collaboration entre les managers (administrateurs, directeurs) et les professionnels de santé pendant la crise sanitaire ? *(Au regard de la représentation, des interactions des personnalités, confrontation ou coopération entre acteurs)*
- 11- Avez-vous observé des difficultés lors de votre gestion de la crise sanitaire ? Si oui, lesquelles ? Si non, comment l'expliquez-vous ? *(Tensions, gestion des RH, gestion du matériel, informations contradictoires)*
- 12- Avez-vous été contraint de prendre des décisions difficiles pendant la crise COVID-19 ? *(Centre de décision unique ou multiple, degré d'improvisation voire bricolage, possibles innovations, réquisitions)*
- 13- Quelles actions avez-vous mises en place pour aider les soignants à tenir dans la durée dans la prise en charge des patients touchés par la pandémie de coronavirus ?
- 14- Dans quelle mesure avez-vous accompagné les professionnels de santé à faire face aux difficultés provoquées par la pandémie COVID-19 ? *(Difficultés psychologiques ; difficultés de garde d'enfants ; le personnel diagnostiqué positif au COVID-19)*

15- D'après vous, qu'est-ce qu'explique qu'une situation de crise sanitaire puisse conduire à une grande cohésion des collectifs de travail ?

16- Comment avez-vous accompagné ces mouvements à préparer « l'après COVID » et à tirer les enseignements de ces facteurs humains ?

17- Que reprenez-vous de cette expérience ? (*Crise sanitaire "apprenante"*)

18- Avez-vous autres choses à ajouter à cet entretien ?

Annexe 2 : Liste des professionnels interrogés

Nous avons recueilli les propos de onze professionnels :

- Un coordonnateur général des soins de CHU, établissement support du GHT
- Une directrice des soins CHU, directrice des soins adjointe
- Un coordonnateur général des soins du CH, président de la CSIRMT de territoire
- Un directeur adjoint du CHU, secrétaire général en charge du GHT
- Un médecin réanimateur CHU, Vice-Président de la CME
- Un médecin réanimateur CH, médecin référent de l'unité de réanimation polyvalente
- Un cadre supérieur de santé CHU, cadre de pôle chirurgie
- Un supérieur de santé CH, cadre de pôle soins critiques
- Un cadre de santé CHU, cadre de l'EHPAD rattaché au CHU
- Un cadre de santé CH, cadre de l'EHPAD rattaché au CHU
- Une infirmière CHU, unité de réanimation chirurgicale

Annexe 3 : Analyse thématique du guide d'entretien		
Thèmes	Questions	Indicateurs de contenu
Identité du professionnel	Quelle est votre fonction ? Depuis combien de temps exercez vous ?	La fonction de l'interlocuteur permet d'avoir un point de vue métier et mettre en lien son ressenti avec "son niveau d'expertise"/d'expériences
La taille de l'établissement La mission de l'établissement (CHU, CH, EHPAD) Gouvernance	S'agit-il d'un CHU, d'un CH, d'un EHPAD hospitalier, autonome ? Combien de lits ?	La taille de l'établissement a un impact sur la structure de la cellule de crise La mission de l'établissement a un impact sur la structure de la cellule de crise
Objectif n°1: Comprendre l'organisation et le fonctionnement (pendant la crise sanitaire exceptionnelle) et le rôle de DS pour objectiver la diversité des pratiques		
Connaissance de l'interlocuteur	2-Quelles sont vos missions dans le poste que vous occupez actuellement ? 3-Avez-vous déjà participé à une gestion de la crise sanitaire ? (nombre, y avait-il séparation entre stratégie et opérationnel ?) Si oui, dans quel contexte ? Si non, avez-vous une expérience, par exemple, dans la mise en place d'une politique de sécurité dans les établissements de santé et/ou médico-sociaux (type Plan Blanc...) ?	L'interlocuteur ayant déjà participé à une gestion de crise nous permettra d'obtenir une prise de recul / et une comparaison par rapport à son ressenti dans l'objectif 2
Méthodologie et modalités de gestion de crise	4-Sur la base de quel référentiel (ou process) vous vous êtes appuyé pour organiser la gestion de la crise sanitaire liée au COVID-19 ? (Orientation ministérielle, plans blanc/bleu, cellule de veille préexistante, supports théoriques de travail, composition initiale et facteurs d'évolutions) 5- Quel était le périmètre de vos missions dans la gestion de la crise sanitaire ?	Malgré une situation inconnue, la construction de la gestion de crise s'est faite sur la base d'un référentiel (renvoie à la nécessité de préparation à la gestion de crise). Permet d'identifier si les acteurs étaient préparés un minimum à la gestion de crise. Mise en évidence de l'importance d'un référentiel (travail sur la recherche) Mise en évidence d'une nécessaire adaptation des établissements pour la construction de la cellule
Gestion des moyens	6-Quels sont les moyens matériels mis à votre disposition pour faire face à la crise sanitaire ?	Organisation logistique formalisée ou non au préalable
Le rôle et la responsabilité des acteurs au sein de la cellule de crise	7-Comment se faisait la déclinaison des décisions sur le terrain ? Qui prenait les décisions ? 8-Comment s'est organisée la communication ?	Les rôles et responsabilités ont été définis au préalable
La prise de décision	9-Avez-vous participé à la cellule de crise ? si oui, quel a été votre rôle au sein de la cellule de crise ? Avez-vous pu jouer pleinement ce rôle ?	Permet de montrer la place de la recherche RSMS dans la prise de décision
La communication au sein de la cellule de crise	Comment s'est organisée la communication ? (interne et externe à la structure, ascendante et descendante)	Mesurer si l'interlocuteur a conscience des processus de communication ou bien si sa réponse bascule dans du ressenti
Objectif 2 : Evaluer le ressenti des acteurs impliqués dans la gestion de la crise sanitaire pour comprendre les enjeux de pouvoir, le positionnement, l'accompagnement des professionnels, les apprentissages)		
L'organisation de la prise de parole	9-Avez-vous participé à la cellule de crise ? si oui, quel a été votre rôle au sein de la cellule de crise ? Avez-vous pu jouer pleinement ce rôle ?	La distribution de la parole était organisée La distribution de la parole était inexistante Les personnalités les plus fortes s'expriment Un lien peut être établi entre personnalité et prise de parole / entre expertise et prise de parole?
La coopération avec les collaborateurs	10-Comment décririez-vous la collaboration entre les managers (administrateurs, directeurs) et les professionnels de santé pendant la crise sanitaire ?	La répartition des pouvoirs
Les difficultés de la gestion de crise	11-Avez-vous observé des difficultés lors de votre gestion de la crise sanitaire ? Si oui, lesquelles ? Si non, comment l'expliquez-vous ? (tensions, gestion du temps, informations contradictoires)	Dégager des pistes de réflexions
Impact psychologique de la crise	12-Avez-vous été contraint de prendre des décisions difficiles pendant la crise COVID-19 ? (quand étaient prises les décisions pendant/ avant/ à l'issue de la cellule de veille préexistante, atteinte ou non des objectifs)	Apprentissages informels Apprentissages émotionnels Démarche auto-réflexive
L'accompagnement par le DS	13-Quelles actions avez-vous mises en place pour aider les soignants à tenir dans la durée dans la prise en charge des patients touchés par la pandémie de coronavirus ? 14-Dans quelle mesure avez-vous accompagné les professionnels de santé à faire face aux difficultés provoquées par la pandémie COVID-19 ?	Le fait de bricoler ou de laisser des marges de manœuvre développe l'apprentissage et donc la compétence et serait source de motivation pour les acteurs
L'implication des professionnels	15-D'après vous, qu'est-ce qu'explique qu'une situation de crise sanitaire puisse conduire à une grande cohésion des collectifs de travail ? 16-Comment avez-vous accompagné ces mouvements à préparer « l'après COVID » et à tirer les enseignements de ces facteurs humains ?	Le ressenti des professionnels

Annexe 4 : Un exemple d'entretien réalisé et retranscrit

QUESTION 1 : Depuis combien de temps vous exerçiez dans l'établissement ?

Depuis 20 ans, en tant que médecin réanimateur...

QUESTION 2 : Avez-vous déjà participé à une cellule de crise avant cette crise du COVID ? Dans quel contexte ?

Oui lorsque je travaillais aux urgences dans le cadre de mise en tension de l'hôpital avant un éventuel plan blanc ou lors de grands événements ou compétitions comme au moment de la coupe d'Europe en 2016.

QUESTION 3 : Est-ce que vous savez comment la cellule de crise a été conçue au sein du centre hospitalier ?

J'ai commencé la crise COVID en mars au CHRU de notre GHT et j'ai intégré la cellule de crise du Centre Hospitalier au 1^{er} avril. La cellule de crise était donc déjà constituée au CH et j'ai donc pris le train en marche puisque j'ai la responsabilité des soins continus dans le pôle des soins critiques.

QUESTION 4 : Et quelles ont été les modalités de composition de la cellule de crise ? Est-ce que la composition de la cellule de crise a été basée sur les modalités du plan blanc ou est-ce qu'elle a été basée juste sur les notes ministérielles ? Ou vous êtes-vous appuyé sur d'autres supports ?

Pour les mêmes raisons que précisées précédemment je n'étais pas présent au début. Cela semblait être comme les cellules de crise que j'ai vécues précédemment, basé sur les référentiels du plan blanc. Il me semble mais je ne suis pas certain...

Et au CHU ?

A CHU, on n'était pas à la cellule de crise directement. On faisait un point pluriquotidien au sein du pôle de réanimation qui était constitué des praticiens, professeurs et un à deux membres de l'encadrement. Ce n'était pas une cellule de crise en tant que telle et on ne participait pas à des décisions extra pôle.

QUESTION 4 : Et quel a été le périmètre des missions de la cellule de crise ? Était-elle uniquement concentrée sur la crise ou y avait-il d'autres éléments évoqués ?

Le périmètre était aussi vaste que nécessaire. Ce qui nous intéresse c'est de savoir la gestion du quotidien, avec un point d'étape sur le nombre de patients COVID et NON-COVID aussi bien sur l'établissement que sur le GHT. L'aval était discuté également avec un point sur les lits sur un périmètre étendu allant même jusqu'à [...] Et il y avait un point plus général sur l'accueil des patients et l'accueil des familles qui a été d'ailleurs rediscuté à plusieurs reprises au regard des données ministérielles pour les familles et des règles d'hygiène avec l'évolution des pratiques au cours de la crise. C'était donc quelque chose qui dépassait le cadre de la crise elle-même. Cela englobait tous les aspects.

QUESTION 5 : Quels sont les moyens mis à la disposition de la cellule de crise ? Est-ce qu'il y avait une salle dédiée ?

C'était un point fixe quotidien puis bi-hebdomadaire dans un même endroit avec des conditions d'hygiène : masques, SHA et il y avait des possibilités de téléconférences au sein de l'hôpital, car il y avait des personnes suspectes et qui présentait des symptômes, et du GHT.

Il s'agissait d'une salle fixe, la salle des conférences assez vaste et suffisamment d'espace pour respecter la distanciation sociale.

QUESTION 6 : Comment s'est effectuée la répartition des rôles et des responsabilités au sein de la cellule de crise ?

J'ai pris le train en marche mais lorsque j'y étais le scénario avait l'air bien rodé. C'était un point administratif puis médical sur les patients COVID et on enchainait sur les dysfonctionnements médicaux ou paramédicaux et au niveau des ressources humaines également sur lesquelles la direction des soins et la direction des ressources humaines nous apportaient des réponses et des précisions. Chacun prenait le rôle qu'il tenait d'habitude.

QUESTION 7 : Et comment se prenaient les décisions ?

En concertation avec tous les participants, il n'y avait pas de vote mais c'était un accord, un consensus à chaque fin de séance.

QUESTION 8 : Qui tranche à la fin de chaque concertation ?

Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu de séance où il y avait un réel désaccord et des décisions prises de façon arbitraire.

QUESTION 9 : Comment se faisait la déclinaison des décisions sur le terrain par les praticiens du terrain ?

Je n'ai pas eu l'impression qu'il y ait des choses qui n'étaient pas respectées. On a eu une attitude en soins critiques un peu différente de l'attitude recommandée par l'institution. L'un des points importants c'était les visites des familles car on était très en souffrance sans parler des patients et des familles à cause de l'absence de visites possibles en cette période de COVID. Donc on a fait un courrier aux familles et on a discuté entre nous d'un protocole loco-local de service autorisant les visites des familles. Ce protocole était encadré avec un maximum de précautions pour ces familles. On l'a soumis à la direction qui ne l'a pas validé mais qui nous a autorisé oralement à le mettre en application. Sinon, sur le terrain on faisait descendre l'information par les cadres et les médecins et on appliquait sur le terrain.

QUESTION 10 : Comment s'est organisée la communication ?

Il y avait un point quotidien diffusé sur l'intranet de l'établissement. Les notes sont prises, pendant la réunion de la crise de cellule, par le cadre coordonnateur du plan blanc, de l'unité de décontamination hospitalière (UDH) et de gestion des risques sanitaires. Il reprenait point par point ce qui avait été discuté en cellule de crise et le transmet à la direction de la communication pour le redistribuer sur le réseau intranet. Ensuite, les cadres de santé impriment et affichent les notes d'information.

Concernant la communication interne, c'était principalement à l'oral, les grandes lignes étaient connues. Quand c'était des modifications de l'hygiène c'était les cadres ou l'équipe d'hygiène qui intervenaient pour mettre en pratique les subtilités d'habillement et des mesures barrières sanitaires. Il y a aussi des problèmes d'approvisionnement en matériel, donc la communication se faisait essentiellement à l'oral.

La communication externe, quant à elle, elle était gérée par la direction générale et le PCME.

QUESTION 11 : La direction de la communication a-t-elle joué un rôle principal dans la communication à la fois interne et externe ?

Un rôle principal : je n'ai pas l'impression qu'il y ait eu une grosse communication externe. Probablement oui, car il y a eu une grosse campagne d'affichage et de communication avec la presse. En interne, le directeur de la communication était présent à chaque cellule, mais en dehors des affiches pour le public ou les notes d'informations, à mon sens, pas grand-chose de plus.

QUESTION 12 : Quel a été votre rôle au sein de la cellule de crise ?

De se faire le rapporteur des problèmes rencontrés au quotidien, de quel corps que ce soit, de la part des équipes médicales et paramédicales des unités COVID ou non COVID, parce qu'il y avait aussi une souffrance des unités NON-COVID qui se sont sentis parfois mises à l'écart, pas délaissé mais il y a beaucoup de mouvements autour du COVID, ce qui fait que les professionnels qui s'occupaient des unités NON-COVID sont parfois restés sur le

banc. Et en plus on a été les seuls à garder une activité non COVID en réanimation sur le GHT et même sur le territoire, donc on a été sous pression des 2 cotés. Notre rôle est donc de faire remonter ces infos et de faire un point précis sur le terrain avec les admissions, les perspectives de sorties également, la recherche des lits d'aval...etc.

QUESTION 13 : La cellule de crise vous a-t-elle permis de jouer pleinement votre rôle ?

Oui

QUESTION 14 : Et comment décrieriez-vous le dialogue au sein de la cellule de crise au regard de sa composition ?

Comme je l'avait évoqué en début de notre entretien, je n'étais pas là au tout début de la crise, je suis arrivé sur quelque chose qui était quand même bien rodé. Il y a forcément des dissensions, des désaccords mais il n'y a pas eu à mon sens de décisions arbitraires prises. C'était toujours cordial, ça s'est passé sans heurts, il n'y a pas eu de problème d'écoute des uns avec les autres. A aucun moment je n'ai senti de tensions. Il faut dire aussi que la direction de l'établissement est assurée par un administrateur provisoire qui est arrivé en janvier et qui termine sa mission fin juin. Ce qui pourrait expliquer le déroulement des débats dans ce climat cordial.

QUESTION 15 : Est-ce que des participants extérieurs comme par exemple, les représentants de l'ARS ou les représentants du pouvoir politique ont pu participer à certaines cellules de crise ?

Possiblement en mon absence, mais moi je n'en n'ai vu aucun.

QUESTION 16 : Avez-vous observé des difficultés pendant la cellule de crise ? si oui, de quel ordre ?

Non, à part les lendemains de garde, fatigué du fait de quelques gardes compliqués et où il fallait rester pour la cellule de crise et donc du surmenage comme difficulté pour nous qui sommes sur le terrain jour et nuit.

Parfois en cellule de crise on voyait apparaître d'autres personnes, pas forcément là aux réunions d'avant ou d'après, il y avait un peu de saupoudrage parfois. C'était un des soucis qui faisait que parfois on dégraissait la taille de la cellule de crise pour la recentrer sur des personnes dont la présence est incontournable.

QUESTION 17 : Sinon vous n'avez pas observé de tensions au sein de cellule ?

Oui, c'est comme toutes ces réunions, on dégraisse et parfois un manque de rappel à l'ordre dans ce sens-là. Le timing était bien réglé d'autant plus que c'était tous les jours, et on n'a pas le loisir de passer tout son temps dans ces cellules de crises. Chacun connaissait son ordre de passage, c'était bien réglé.

QUESTION 18 : Les médecins sur le terrain ont-ils été parfois contraints de prendre des décisions difficiles ? Par manque de place jusqu'à penser à trier ou par manque de matériel ?

On a eu de la chance sur le GHT de ne pas être très impacté par un flux de patients que l'on n'a pas su juguler. On a toujours eu suffisamment de places pour ne pas avoir à se poser ce genre de question. Ça a été tendu mais on n'a jamais dû trier, même si je n'aime pas trop ce terme. Les seules décisions un peu difficiles à prendre c'était au tout début, celles de fermer l'USIC pour pouvoir l'investir et faire 8 lits de réanimation COVID supplémentaires. C'était une décision contraignante pour les cardiologues qui ont dû travailler dans des locaux pas forcément adaptés à faire des soins intensifs cardiologiques. Ce sont les seules décisions difficiles à prendre ou qui ont pu poser problème.

QUESTION 19 : La cellule de crise a-t-elle été contrainte de prendre des décisions parfois à l'aveugle ou avec une incertitude ?

Au début j'imagine que oui. Au mois de Mars au CHU de [...] on a pris des décisions intra-pôle qui se sont avérés inadaptés au départ par manque de connaissance de ce virus. Par exemple, on nous annonçait la pénurie de masques et du coup, seules les personnes malades pouvaient avoir un masque et devaient rester en isolement au sein des unités de soins. Cela a été revu par la suite et après tout le monde, tout soignant, toute personne rentrant à l'hôpital portait un masque quel que soit son statut. Ça a été probablement quelque chose qui a également été discutée sur Lens avec probablement une imprécision sur les conduites à tenir au départ faute de connaissances. Au niveau médical c'est pareil, là on sort du cadre de la cellule de crise, c'est vraiment un virus que personne ne connaissait bien et il y a eu beaucoup de choses qui ont été faites en faisant un copier-coller du virus de la grippe au départ.

QUESTION 22 : Quelles actions ont été mises en place pour aider les professionnels du terrain à tenir dans la durée ? Et quel rôle a joué la direction des soins ?

Une des grandes actions a été une grande coopération, une coopération vraiment importante, massive de la part de mes collègues anesthésistes sur le plan médical. Sur le plan paramédical, il y a eu une grosse collaboration de la part de tous les services, tout le monde a joué le jeu. Plus largement, un ETP de psychologue a été octroyé dans le service pour les collègues, les infirmiers et les patients. C'est d'ailleurs quelque chose que l'on demandait depuis longtemps et que le COVID a réussi à faire passer rapidement à temps plein. On s'est rendu compte que c'était quelque chose d'essentiel même si ça ne rapporte rien en monnaie sonnante et trébuchante. On a eu un élan de solidarité intra hôpital qui nous a vraiment aidés à tenir le coup. Après on a eu des petits gestes locaux des commerçants qui nous ont soutenus par de petites actions, des friandises...

Concernant la directrice des soins, elle était présente à toutes les cellules de crise et elle descendait sur le terrain. D'ailleurs, les visites organisées au sein des services par la direction des soins ont été très attendues par les agents pour clarifier le discours, retrouver la confiance et résister à la dureté de la crise...et je pense qu'elle a joué son rôle comme elle peut...

QUESTION 23 : D'après vous, qu'est-ce qui explique qu'une situation de crise exceptionnelle, comme celle-ci, puisse conduire à une grande cohésion des équipes et des professionnels ?

Je pense que c'est tout simplement le côté extraordinaire et le cœur du métier et ce pourquoi on fait ce métier qui est vraiment passé au premier plan. C'était tout le monde vient faire son boulot et plus que son boulot. Vraiment, on n'a ressenti aucune réticence à part peut-être une crainte de certains par l'inconnu ou par des pathologies pouvant constituer des facteurs de risques. Mais je pense vraiment que c'est le cœur de notre métier et notre vocation. C'est sans emphases, sans lauriers.

QUESTION 24 : Que reprenez-vous de cette expérience à la fois d'expérience, d'enseignements et de vision ?

Beaucoup de choses, la cohésion intra hospitalière. Ça a aussi révélé des tensions, car on était chacun dans un équilibre fragile. Au bout des 2 mois on était quand même tous contents de ce qui s'était passé mais contents de retrouver chacun notre métier propre et il ne fallait pas que ça dure trop longtemps car le mélange des genres c'est bien mais on se rend compte qu'on n'a pas tous la même vision des choses, pas tous le même métier et qu'on est chacun avec des caractères différents, des façons de travailler différentes. Sur une courte durée ça passe, après on se rend compte que plus longtemps c'est plus compliqué, que la polyvalence c'est toujours quelque chose de souhaitable et vivable à l'hôpital. Ce qu'on retiendra aussi, c'est la difficulté qu'on a eu avec des patients en grande souffrance, des soignants en grande souffrance. Ce que j'ai particulièrement mal vécu c'est l'absence des familles, l'absence de contacts qu'on avait eu et la détresse que cela a pu

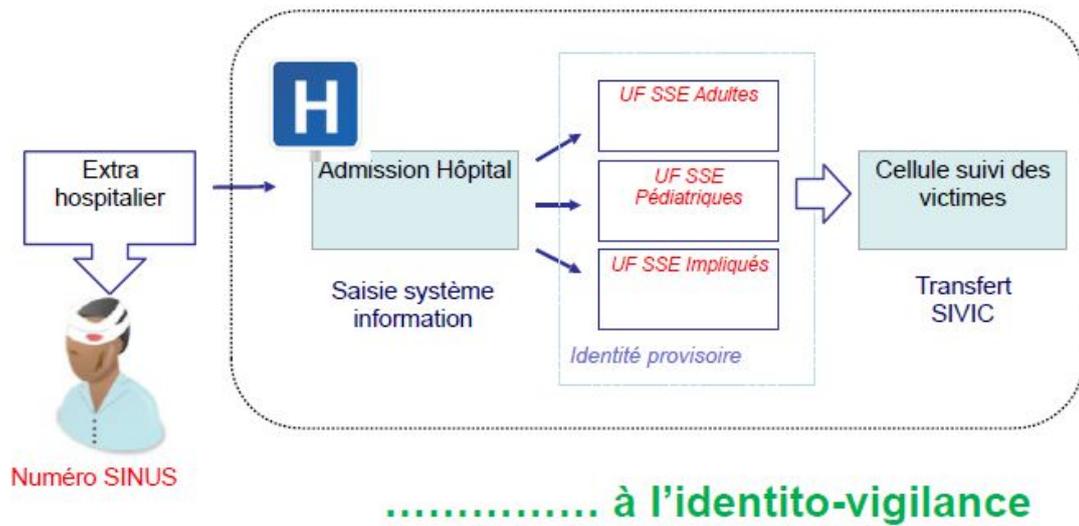
engendrer à tous les niveaux. C'est clairement quelque chose qui m'a beaucoup marqué et beaucoup affecté, c'est vraiment pour ça que j'avais été un des moteurs pour organiser des visites où on prenait un petit risque mais maîtrisé car c'était très important. Je retiens également, la réactivité de tout le monde car on a quand même réussi à monter un service de réanimation COVID en moins de 48 heures. La réactivité même plus haut, de notre hiérarchie, même ministériel avec des moyens qui nous ont été accordés dans l'urgence et dont on a pu faire bon usage à mon sens. On n'a pas eu d'impression de gabegies. Le côté réactif de tout le personnel même si on l'a déjà évoqué. Et une angoisse quand même d'un éventuel deuxième pic car on a tous soufferts et on est tous très fatigués. Le post COVID est difficile, on sent dans l'équipe tout le monde est tendu. Aussi l'angoisse d'une éventuelle autre épidémie qui nous mettrait une seconde fois à genoux avec cette fois-ci le risque comme vous le disiez tout à l'heure devoir faire un tri, devoir prendre des décisions éthiquement difficiles. On l'a frôlé en tout cas chez nous et je ne voudrai pas que cela arrive. Aussi cet élan de solidarité qui va au-delà de la frontière de l'hôpital et sur lequel il faut pouvoir capitaliser mais ça va être difficile.

Annexe 5 : cartographie des risques et menaces auxquels un établissement de santé peut être confrontés

Catégorisation du risque	Typologie des situations à risque ou menaces
Afflux de blessés somatiques et psychiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accident de la route, aérien ou ferroviaire ▪ Accident de chantier ▪ Attentat (balistique, explosif, voiture bélier, piétinement, effondrement de structure ...) ▪ Incendie ▪ Explosion ▪ Accident du travail « en masse » ▪ Emeute/rixe importante
Afflux de malades notamment de personnes fragiles (personnes âgées, enfants)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Épidémie saisonnière (ex. grippe saisonnière, bronchiolite, toxi-infection alimentaire collective, etc.) ▪ Événement climatique (canicule, grand froid, pollution ...)
Prise en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent (risque épidémique et biologique)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronavirus ▪ Fièvres hémorragiques virales
Prise en charge de patients atteints par un agent NRC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accident ou attentat nucléaire, radiologique (NR) ou chimique (C)
Dégradation du fonctionnement des installations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incendie ou risque d'inondation qui menace l'établissement ▪ Panne électrique, risque de panne d'approvisionnement énergétique (ex : coupure électricité, défaut d'approvisionnement en carburant) ▪ Panne téléphonique ▪ Rupture d'approvisionnement d'eau potable ▪ Action malveillante, menace d'attentat au sein de l'établissement ▪ Défaillance des systèmes d'information, cyberattaque
Infection associée aux soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fermeture d'une unité de production ou de soins (ex : liée à la présence de <i>légionelles</i>, épidémie à <i>clostridium difficile</i>)
Altération de l'offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénurie de médicaments ou de fluides vitaux ▪ Difficultés de circulation du personnel (ex. épisode climatique intense, neige, inondation, cyclone, etc.)

Annexe 6 : schématisation de gestion des flux de patients

De l'admission des victimes dans le SIH



Annexe 7 : Schéma d'une cellule de gestion de crise hospitalière

ABARGHAZ
Châou
DECEMBRE 2020

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Caroline Aigle - 2020

L'accompagnement des professionnels paramédicaux face à une crise sanitaire exceptionnelle : un enjeu managérial pour le directeur des soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de RENNES

Résumé :

Dans une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), le directeur des soins, à l'instar des autres membres de l'équipe de direction, est systématiquement impliqué dans la définition et l'adaptation des stratégies de réponse de l'établissement aux risques sanitaires face à des scénarios identifiés et mesurables (afflux massif de patients, tension sur le capacitaire, tension sur les ressources humaines, approvisionnements perturbés, etc.). Dans une telle situation avec autant d'inconnues et de manque d'expérience, adopter le principe d'une analyse bénéfice-risque systématique permet de prendre des décisions appropriées selon les données connues à un instant donné et sécuriser l'activité de l'établissement au regard de ses obligations (continuité des soins, missions de service public, etc.) et contraintes (risque de perte de confiance, image de l'hôpital, etc.). Pour se faire, il est attendu du directeur des soins d'adopter une démarche d'accompagnement qui favorise le renforcement de l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion d'une crise sanitaire exceptionnelle afin de limiter les impacts de celle-ci sur la capacité de l'établissement à assurer sa mission première d'universalité, qualité et sécurité des prises en charges. La question est de savoir en quoi l'accompagnement mis en œuvre par le DS, en situation de crise sanitaire exceptionnelle, peut favoriser l'implication des professionnels paramédicaux dans la gestion de la crise sanitaire ? C'est à ce questionnement que nous allons tenter d'apporter quelques éléments de réponse, en confrontant le cadre théorique des concepts que nous avons identifiés à la réalité de l'expérience des professionnels, via des retours d'expériences et des enquêtes de terrain, pendant la crise sanitaire covid-19.

Mots clés :

Situation sanitaire exceptionnelle - crise sanitaire exceptionnelle – Covid-19 - risque sanitaire - gestion de crise – cellule de crise – accompagnement des professionnels – implication des professionnels – expérience professionnelle - professionnel paramédicaux – directeur des soins – soignants – prise en charge des patients

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.