



56^{ème} CONGRÈS SELF
6 - 8 juillet 2022

**VULNÉRABILITÉS ET
RISQUES ÉMERGENTS**

penser et agir ensemble pour
transformer durablement

EBSCOhost

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

www.ergonomie-self.org

→ Ergonomics abstract

Analyse des expériences significatives des personnels de soin humanitaire en première ligne de la pandémie de COVID-19 pour la conception de formations

Olivia Scannell

Médecins Sans Frontières, FIN-HR L&D Team
Rue de Lausanne 78 - 1211 Geneva - Suisse
Olivia.SCANSELL@geneva.msf.org

Simon Flandin

CRAFT, RIFT, Université de Genève
40 Bd du Pont d'Arve, 1205 Genève, Suisse
simon.flandin@unige.ch

Elleke Ketelaars

CRAFT, RIFT, Université de Genève
40 Bd du Pont d'Arve, 1205 Genève, Suisse
elleke.ketelaars@unige.ch

Germain Poizat

CRAFT, RIFT, Université de Genève
40 Bd du Pont d'Arve, 1205 Genève, Suisse
germain.poizat@unige.ch

Résumé. Notre projet consiste à proposer des orientations de formation à partir d'une analyse à grain fin de l'activité des personnels de soin humanitaire en première ligne de la pandémie de COVID-19. Conduite dans le cadre du cours d'action (Theureau, 2006), l'étude présentée a consisté à documenter les expériences significatives vécues par sept professionnels dans trois pays différents afin (i) de comprendre la nature des difficultés rencontrées et des stratégies afférentes, et (ii) de contribuer à l'état des recherches sur la gestion de la pandémie COVID-19 en contexte de pénurie de ressources et les moyens d'y préparer efficacement les professionnels. La méthode a consisté en (i) 19 récits auto-enregistrés (M ≈ 9 minutes) et (ii) 17 entretiens de remise en situation (M ≈ 50 minutes). Cette communication s'appuie sur une étude de cas relative à l'appréhension, par un médecin-chef, d'une série de situations difficiles liées à la pénurie de moyens d'oxygénothérapie. Des orientations de formation sont proposées.

Mots-clés : Réponse humanitaire, Gestion de crise, Covid-19, Analyse de l'activité, Formation professionnelle.

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

Scannell, O., Flandin, S., Ketelaars, E. & Poizat, G. (2022). Analyse des expériences significatives des personnels de soin humanitaire en première ligne de la pandémie de COVID-19 pour la conception de formations. *Actes du 56ème Congrès de la SELF, Vulnérabilités et risques émergents : penser et agir ensemble pour transformer durablement*. Genève, 6 au 8 juillet 2022.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

Analysis of the significant experiences of humanitarian healthcare workers on the front lines of the COVID-19 pandemic for training design

Abstract.Our project consists in proposing training guidelines based on a fine-grained analysis of the activity of humanitarian care workers on the front lines of the COVID-19 pandemic. Conducted within the framework of the course of action (Theureau, 2006), the study presented consisted in documenting the significant experiences of seven front liners in three different countries in order to (i) understand the nature of the difficulties encountered and related strategies, and (ii) contribute to the state of research on the management of the COVID-19 pandemic in a context of resource scarcity and the means to effectively prepare front liners. The method consisted of (i) 19 self-recorded narratives ($M \approx 9$ minutes) and (ii) 17 re-enactment interviews ($M \approx 50$ minutes). This communication is based on a case study of a chief medical officer's apprehension of a series of difficult situations related to the shortage of oxygen therapy resources. Orientations for training design are suggested.

Keywords: Humanitarian response, Crisis management, Covid-19, Activity analysis, Preparedness training.

INTRODUCTION

La gestion de la pénurie de ressources a été une priorité majeure de la première phase mondialisée de la pandémie COVID-19 (printemps 2020), et a été abordée dans de nombreuses publications « dans le domaine de la santé » (Kearns, 2020 ; Khot, 2020 ; Khoury, Azar, & Hitti, 2020 ; Mason, 2020 ; Vincent & Creteur, 2020). Comprendre et apprendre des nouveaux problèmes de travail qui ont émergé ainsi que des expériences et stratégies d'adaptation des professionnels est devenu une préoccupation majeure pour la recherche et le développement en facteurs humains. L'enjeu est de tirer des leçons de cet épisode critique afin de mieux préparer les professionnels à de futurs épisodes analogues. Pourtant, (i) les connaissances scientifiques sur le travail réel des acteurs de première ligne durant cette période critique restent peu nombreuses, et plus généralement, (ii) les organisations échouent souvent à capturer, diffuser et bénéficier des "leçons" (*lessons learned*) en raison de lacunes dans les processus mis en œuvre (Rhodes & Dawson, 2013). À ce sujet, les dispositifs de formation / préparation ont été identifiés comme l'un des leviers organisationnels les plus efficaces pour que lesdites leçons informent et contribuent à des transformations concrètes et utiles (Gómez, Lorente, & Cabrera, 2004).

Par conséquent, notre étude vise une double contribution à l'enjeu présenté : (i) une documentation empirique qualitative de l'activité des professionnels de santé engagés en première ligne et (ii) celui de recommandations fondées sur des données probantes (*evidence-based*) pour éclairer la conception de futures formations. Pour cela, nous avons mis en œuvre une démarche de recherche en analyse de l'activité finalisée par la conception de formation et indexée à l'expérience des professionnels (Durand, 2008), au bénéfice d'une organisation non-gouvernementale engagée dans la réponse humanitaire à la pandémie de COVID-19.

Les problèmes professionnels induits par la pénurie de ressources et leur gestion

La pénurie de ressources sans précédent liée à la pandémie de Covid-19 a induit des problèmes nouveaux pour les professionnels de santé, en particulier dans le domaine humanitaire dont les projets font l'objet d'un dimensionnement ad hoc. Nous proposons de distinguer trois types de pénurie de ressources¹ qui ont affecté la réponse à la pandémie de COVID-19 : les ressources matérielles, les ressources humaines et les ressources informationnelles (flux d'informations fiables, politiques, protocoles, etc.) Les deux premières ont été causées par la perturbation mondiale des chaînes d'approvisionnement due à la fermeture des frontières internationales et locales. En ont résulté des pénuries intermittentes de stocks et d'équipements sur des périodes prolongées

(équipements biomédicaux, consommables médicaux, EPI, capacités de test, fournitures générales...) mais aussi des ressources humaines (compétences, nombre de professionnels de santé en activité, mobilité réduite, maladies et décès). La troisième pénurie (ressources informationnelles) était en grande partie due aux connaissances insuffisantes sur le virus. La nature dynamique de la base de connaissances (diagnostics, protocoles de traitement, prévention et contrôle des infections) a entraîné une évolution rapide des informations pour les intervenants de première ligne. Ceux-ci ont dû faire face à des contradictions entre les directives de différentes organisations de référence (par exemple, l'OMS et les ministères de la santé des gouvernements locaux) ou à des contradictions avec l'expérience clinique des professionnels. L'un des principaux problèmes engendrés a été l'émergence de dilemmes liés à l'allocation des ressources.

Les dilemmes éthiques découlant de la nécessité de donner la priorité à l'accès au traitement en unité de soins intensifs (USI) en cas de pénurie aiguë ont par exemple été mis en évidence par Vincent et Creteur (2020), qui ont recommandé l'élaboration de règles de triage claires, réservant les équipements de sauvetage aux personnes les plus susceptibles d'en bénéficier. De nombreux patients atteints de COVID-19 ont besoin d'une forme d'assistance respiratoire et doivent souvent rester longtemps dans les unités de soins intensifs, ce qui entraîne une grave pénurie de lits dans ces unités. Il n'est donc pas toujours matériellement possible de traiter tous les patients qui ont besoin de soins intensifs, ce qui soulève des dilemmes éthiques majeurs liés à la question de savoir quels patients devraient bénéficier des ressources limitées et lesquels ne devraient pas en bénéficier.

Des directives pour des prises de décision rationnelles dans l'allocation des ressources sont proposées dans certains articles. Blanchet et al. (2020) plaident notamment en faveur d'une approche rationnelle des dépenses de santé du secteur public et de la prise de décision pendant les phases pandémiques aiguës et au début des phases de récupération. Sur la base des principes d'éthique et d'équité, il est en effet crucial de s'assurer que les patients non infectés par le COVID-19 continuent à avoir accès aux soins de santé et que les services dont ils ont besoin continuent à être financés.

Un autre exemple est celui des équipements de protection individuelle (EPI) qui a mis en évidence le besoin d'une gestion optimale (et donc un rationnement) de ressources limitées. La conservation des stocks d'EPI dans le contexte d'une pénurie mondiale d'approvisionnement, tout en maintenant des niveaux de protection adéquats, était une préoccupation générale. Outre la disponibilité des stocks, les décisions de rationnement de l'utilisation des EPI étaient fondées sur l'évolution de la politique de prévention des infections, l'amélioration des

¹ Par "pénurie de ressources" nous désignons l'inadéquation entre fins et moyens perçue par les professionnels dans des situations dans lesquelles

assurer un fonctionnement normal, voire réglementaire, n'est plus possible.

connaissances des mécanismes de propagation virale, les enquêtes sur les cas d'exposition du personnel, les évaluations des risques basées sur le type et la durée de l'activité du personnel, et l'exposition aux patients (Bar-On et al., 2021 ; Garry et al., 2020). En effet, les prestataires de soins de santé ont même eu recours à des appels publics (par exemple via les médias sociaux) pour réduire la pression et assurer un approvisionnement adéquat en EPI (Ranney, Griffeth, & Jha, 2020). Toutefois les principes d'action organisationnels, même bien mis en œuvre, ne peuvent suffire à résoudre les problèmes de terrain engendrés par des configurations locales inédites et critiques.

Afin de contribuer à la compréhension de l'activité professionnelle réelle des acteurs de première ligne pendant la première phase de la réponse d'urgence, nous avons étudié qualitativement l'expérience vécue et les stratégies significatives du personnel médical répondant à la pandémie de Covid-19 dans un contexte humanitaire. Nos questions de recherche étaient les suivantes :

- 1) Quelles sont les expériences les plus significatives / critiques des acteurs de première ligne et quelles stratégies ont-ils utilisées pour faire face ?
- 2) Quelles sont les implications pour la conception de nouveaux dispositifs de formation / préparation pour le personnel d'intervention humanitaire ?

METHODE

Participants

Nous avons recruté sept participants dans quatre missions nationales impliquées dans la réponse à la pandémie COVID-19 entre mars et juillet 2020. Les participants ont été recrutés sur une base volontaire en utilisant un "échantillonnage raisonné" suivant des critères d'éligibilité portant sur les projets et les rôles. Les projets opérationnels ont été sélectionnés sur la base des critères suivants : (i) ils étaient dans des phases de préparation ou de réponse à la COVID-19, (ii) ils soutenaient les patients d'un groupe vulnérable à la COVID-19, dans des hôpitaux ou dans la communauté, et (iii) ils avaient l'accord de leur direction.

Les profils de rôle éligibles étaient : (i) le personnel médical ayant d'importantes responsabilités de coordination (par exemple, PMR - project medical referent, ou MedCo - coordinateur médical), (ii) le personnel médical s'occupant des patients (par exemple, médecin, infirmier), et (iii) les agents de santé s'engageant avec la communauté dans des activités de promotion de la santé.

Recueil de données

Il était impossible d'obtenir un accès direct pour observer et filmer le travail des acteurs en raison du risque de contagion et de l'impossibilité de se déplacer. La méthode de recueil des données a été adaptée, en tirant parti de moyens numériques de communication à distance. Sur une période de deux mois, il a été demandé aux participants d'enregistrer, sous forme de vidéos face caméra d'une durée de 10 à 15 minutes, un ou deux journaux de bord par semaine de leurs expériences marquantes. Les

instructions étaient les suivantes : 1) Décrivez le contexte de la situation à laquelle vous souhaitez revenir ; 2) Racontez ce qui s'est passé et commentez votre expérience au cours de cette situation "significative" pour vous (préoccupations, attentes, connaissances, éléments pris en compte, actions et interprétations sur le moment...).

Fondés sur le cadre de recherche empirique du cours d'action (Theureau 2010), des entretiens de remise en situation ont ensuite été conduits en ligne, approfondissant le contenu des journaux de bord. Au total, 19 entretiens représentant 16,76 heures (1006 minutes) ont été enregistrés.

Traitement des données

Les données ont été traitées individuellement par 4 chercheurs, qui ont chacun créé des "vignettes" concises des moments significatifs vécus par les 7 acteurs en les séparant par enjeu ou thématique identifiée par les acteurs. Le traitement des données a été effectué à l'aide de la méthode des signes hexadiques proposée par Theureau (2006). Nous avons documenté les unités significatives à partir des moments importants relatés par les acteurs et des questions ou événements connexes, tels qu'ils ont été explicités par les acteurs. Cela nous a permis de les traiter ensuite en détails.

Analyse des données

Les vignettes ont fourni une présentation standardisée des éléments significatifs identifiés par les acteurs, qui ont ensuite été discutés entre les quatre chercheurs pour identifier les thèmes émergents et les axes d'analyse. Les références au passé, au présent et au futur ont été prises en compte comme effets et contraintes de l'activité (Theureau, 2006). Des éléments "de contexte" et de réflexion a posteriori des acteurs ont également été pris en compte.

Nous présentons dans cette communication un cas d'intérêt particulier : celui d'un référent médical de projet (PMR - Project Medical Referent), un médecin expatrié travaillant pour un projet Covid-19 dans un pays africain. Son hôpital avait pour mandat de traiter les cas stables et modérés de Covid-19. Peu après le début de sa mission, il a été confronté à un afflux croissant de patients infectés. Cela concernait aussi bien les patients répondant aux critères du protocole d'admission et de traitement que ceux qui n'y répondaient pas (par exemple, une saturation en oxygène inférieure à 90 %). Or son hôpital était confronté à pénurie de ressources, notamment en oxygène.

Nous avons analysé les aspects phénoménologiques (expériences vécues) et sémiologiques (significations produites) de la façon dont cet acteur a appréhendé et fait face à l'évolution de la pandémie en contexte de pénurie de ressources, au cœur de ce qu'il a appelé dans son journal de bord "Le problème de l'oxygène".

Nous présentons les résultats sous forme *narrative* afin de rendre compte (i) de "l'épaisseur" des événements vécus par le PMR, et (ii) de l'histoire des événements (dynamique d'émergence) du point de vue du PMR.

RESULTATS

1. Phase 1 : Des choix difficiles conduisant à une transgression du protocole

Le PMR recevait des pressions de la part des familles pour admettre des patients en dehors du mandat de son hôpital, tandis que d'autres hôpitaux refusaient ses références ou ne répondaient pas au téléphone. Cela générait chez lui un fort sentiment d'accablement et d'anxiété. Il convient de noter que l'oxygène n'était pas la seule ressource rare durant cette période. Les préoccupations du PMR étaient constamment tournées vers la palliation du manque de matériel important pour les soins aux patients ou la protection du personnel, au point de devenir la norme, mais une norme difficilement soutenable et difficile à vivre.

"C'est fou quoi. Chaque jour c'était un combat [...] il y avait une rupture de quelque chose ou alors un défaut de quelque chose. Soit il n'y avait pas un médicament qui était important pour les patients soit il n'y avait pas le matériel suffisant pour le personnel. C'était la routine en fait".

Il a remarqué que le pronostic clinique des patients n'était pas cohérent, et même contraire au protocole. Celui-ci parlait du principe qu'au-delà de 90 % de saturation en oxygène, le patient était stable et avait peu besoin d'oxygénothérapie, tandis que ceux dont la saturation était inférieure à 90 % étaient des cas graves instables devant être référés ailleurs. Étant donné que même les patients dont la saturation est supérieure à 90 % sont susceptibles de désaturer rapidement, le PMR a constaté qu'il ne disposait pas d'une capacité d'oxygène suffisante pour traiter le besoin clinique.

"Dès le départ, il a été convenu que nous n'admettions pas des patients désaturés à moins de 90%. Mais la réalité a été très vite autre."

Pour répondre aux exigences de traitement, il a donc dérogé au protocole de traitement officiel, rationalisant l'oxygène en fonction des besoins cliniques.

L'absence de capacité d'oxygénothérapie et de soins intensifs n'a pas permis de respecter la directive de traitement et d'admission du ministère de la Santé. Le PMR s'est donc senti obligé de s'écarter de la stratégie et du mandat attribué à l'hôpital. D'abord en changeant le protocole de traitement (en rationalisant l'oxygène uniquement pour ceux qui en ont besoin cliniquement), et ensuite les critères d'admission - il a accepté les patients sévères. Il s'agissait d'une déviation majeure, mais le PMR ne mentionne aucune discussion ou validation de la part d'une autorité externe (ministère de la santé, coordination humanitaire ou cellule de gestion médicale spécialisée).

"Il a fallu faire des choix difficiles. On a dérogé à la stratégie parce qu'on ne pouvait plus la respecter."

Le PMR a expliqué que cette dérogation a entraîné des conséquences imprévues, pouvant même constituer une des causes de décès de patients.

"Les premiers patients qu'on a pris, à ce niveau-là comme ça, ils sont décédés. Certains d'entre eux sont décédés. Et on s'est retrouvés en train de gérer les corps et c'était compliqué."

1.1 Point de vue du PMR

Le PMR a révisé ses hypothèses quant aux personnes devant recevoir une oxygénothérapie - notamment les patients présentant des signes cliniques de risque de désaturation rapide. Il avait des préoccupations éthiques visant à protéger la capacité hospitalière (préoccupation de santé publique) plutôt que de traiter le patient en détresse (préoccupation clinique). La pénurie de capacités de soins intensifs était incompatible avec l'augmentation des besoins et la progression clinique des patients. Le PMR a supposé que les autres structures de santé protégeaient leur propre capacité en refusant certains patients graves qui auraient dû relever de leur mandat.

"Ils avaient commencé à rentrer dans un petit jeu vicieux, où en fonction du type de malade, même parfois qu'ils avaient 1 ou 2 places, ils refoulent le malade."

1.2 Stratégie du PMR 1 : Transgression et adaptation des protocoles

La limitation des ressources exigeait une adaptation constante, selon le PMR, à laquelle il s'est habitué. Ce besoin d'adaptation constante l'a préparé et prédisposé à une plus grande flexibilité et agilité au fur et à mesure de la mission, et donc aux adaptations protocolaires plus importantes qui ont suivi. La nécessité de s'adapter est l'une des principales leçons que le PMR a explicitement tirées de sa mission.

"Je suis arrivé au travail, et tu sais que tu vas trouver une nouvelle situation chaque jour. Il faut s'adapter."

2. Phase 2 : Émergence d'un enjeu urgent et critique

L'équipe a été confrontée à l'arrivée d'un patient en désaturation sur le parking de l'hôpital.

"Un soir, on a eu une situation d'urgence...il n'y avait plus de lits, et on s'est retrouvé avec un patient, qui nous a été référé, et pour lequel l'urgence était vraiment l'oxygène, [...] il désaturait, et dans le site on a un coordinateur de site qui dépend de la délégation de la santé avec qui je travaille en étroite coordination. Et lui et moi, on a commencé à passer des appels de tous les côtés parce qu'on n'avait pas d'endroit où l'envoyer."

Le PMR s'est retrouvé confronté à un problème apparemment insoluble : devoir sauver le patient en état critique, en garantissant le droit à un accès impartial à l'assistance médicale, mais en sachant qu'il n'avait pas la capacité en oxygène (ni le personnel de l'USI) pour fournir des soins de qualité appropriée. Le PMR a contacté le représentant du ministère de la Santé en qui il avait confiance.

"Je m'autorise à appeler son collaborateur et dire « il faut qu'on l'appelle ». Et il me dit oui, je pense qu'il faut qu'on l'appelle. "

Le représentant du ministère de la Santé a rapidement apporté un concentrateur sur le site, puis l'a laissé à l'hôpital.

"Et ce jour, exceptionnellement, il y a un des responsables qui dit je vais venir avec un extracteur que je vais emprunter [...] (il) est venu avec un appareil neuf. Il a dit c'est un prêt. On a sauvé le patient. C'est jamais reparti - on a gardé l'appareil !"

2.1 Point de vue du PMR

Le PMR était conscient (i) que les patients en état critique étaient refusés par d'autres hôpitaux, (ii) que les hôpitaux protégeaient leur capacité de soins intensifs, (iii) que les processus d'orientation étaient compliqués, (iv) que la capacité de transfert des patients était limitée (pas d'ambulances disponibles avec oxygénothérapie) et (v) que la pression des patients et de la famille pour l'admission serait forte. Bien que cela ne soit pas au premier plan de ses préoccupations, le PMR était également conscient qu'un seul incident critique pouvait avoir un impact significatif sur l'ensemble du service hospitalier s'il n'était pas bien géré, en raison de l'agitation publique.

"Et s'il meurt dans la voiture c'est un scandale à l'hôpital... Il y a des préoccupations même sécuritaires derrière. Parce que ça peut vraiment dégénérer. Il y a des hôpitaux où ça a dégénéré à cause de situations comme ça."

2.2. Stratégie du PMR 2 : Prioriser une action de secours vital – "Je sais qui appeler!"

Confronté à un cas urgent et critique, le PMR a donné la priorité à une action immédiate pour sauver des vies, malgré la connaissance des limites de l'unité de soins intensifs de l'hôpital. Il a estimé que la situation méritait de faire appel, in extremis, au représentant du ministère. Malgré l'urgence, il a respecté les lignes de communication habituelles, mais savait qu'il lui fallait obtenir un appel d'urgence à son contact de confiance.

"Voilà. C'est la personne qu'il faut toucher. Quand on se faisait vraiment coincé, moi je me disais, c'est vraiment celui-là qu'il faut toucher."

2.3 Stratégie du PMR 3: Communication proactive avec le patient

Le PMR n'hésite pas à traiter directement avec les patients et leur famille. Il va discuter de manière proactive lorsqu'il le juge nécessaire, malgré les problèmes de sécurité personnelle.

"Bon, en réalité, quand je vais face à la situation, j'y pense après. Pour moi la priorité est d'expliquer aux gens ce qui se passe. Parce que beaucoup ne comprennent pas les enjeux."

3. Phase 3 : Les effets domino conduisent au rétablissement du protocole

Le changement de protocole et l'acceptation de patients critiques au-delà de la capacité et des compétences de l'hôpital ont entraîné d'autres problèmes - notamment celui de créer un précédent encourageant les patients à se présenter et les autres hôpitaux à référer, ainsi que la nécessité de gérer des décès ayant des répercussions émotionnelles, physiques et administratives complexes. Le PMR a atteint un "point de bascule" après l'incident critique. L'équipe et lui ont réalisé que l'hôpital ne pouvait plus fonctionner de cette manière.

"Et ça a été un enseignement pour nous de dire : si on commence à prendre des patients par complaisance... On peut se retrouver vraiment en train d'enchaîner des décès parce que les autres structures vont se dire : "chaque fois qu'ils vont chez eux, on les prend toujours". Il a fallu vraiment casser cette dynamique."

3.1 Point de vue du PMR

Après s'être rendu compte que le changement de protocole avait produit une solution insatisfaisante, le PMR a accepté que la solution trouvée devienne temporaire et était prêt à envisager d'autres adaptations. Il est parti du principe que sans changement supplémentaire, le nombre de décès augmenterait.

3.2 Stratégie du PMR 4 : Réinstallation d'un protocole ajusté

Le PMR s'est concentré sur le plaidoyer auprès des partenaires du projet pour les pousser à agir conformément à leurs propres mandats, à savoir accepter les patients sévèrement touchés par le COVID-19, protéger la capacité de son hôpital et réduire les effets néfastes pour son équipe. Il a néanmoins rétabli le protocole avec une certaine flexibilité afin de prendre en charge temporairement les patients dont l'état était préoccupant.

"Et dans la solution ultime ils vous disent "non prenez le cas, nous on ne peut pas..." Voilà. Soit "il n'y a plus de place", soit "à ce temps c'est pas possible on ne peut pas vous trouver une ambulance pour le faire partir". Et voilà, "on est conscient que vous n'avez pas tous ce qu'il vous faut, mais faites comme vous pouvez"."

Le PMR a adapté le protocole d'admission pour permettre une admission temporaire de 24 heures, mais même cela n'était pas satisfaisant.

"On a eu des situations où ils nous disaient, stabilisez le malade pour qu'il voie le lendemain matin, et après on le récupère. Mais le lendemain quand tu commences à appeler et écrire, parfois les gens ne décrochent plus le téléphone et ils ne répondent plus aux messages."

3.3 Stratégie du PMR 5 : Patience, avec des rythmes de travail différenciés

Rétrospectivement, au cours de l'entretien, le PMR a identifié qu'il devait faire preuve de patience pour faire face à des vitesses et des niveaux de réactivité différents, en particulier avec les partenaires (par exemple, le ministère de la Santé) qui n'étaient peut-être pas habitués à travailler au rythme de l'urgence médicale.

"Dès que l'état est impliqué, il faut, même dans l'urgence, avoir une certaine patience. Il faut intégrer ça, parce que, ils n'ont pas forcément le même rythme des urgences qu'une ONG bien structurée, et qui fait ça depuis des années."

3.4 Stratégie du PMR 6 : Utilisation du réseau

Le PMR a fait preuve de résistance et de ténacité dans le suivi des partenaires.

"On nous dit qu'il n'y a pas de place, à force d'harceler un peu, on nous a trouvé une solution."

Un groupe WhatsApp semi-formel pour les références de patients ou les cas urgents a été mis en place, bien qu'il n'y ait pas toujours de réponse. Le PMR y a trouvé un moyen pour contacter directement les personnes qu'il considérait comme ayant un pouvoir décisionnel.

"Mais en dehors de l'écrit, j'appelle parfois certains responsables quoi. Parce que j'ai le numéro de certains patrons d'autres structures et même de certains cadres de la délégation."

DISCUSSION

Les résultats de cette étude suggèrent la nécessité de renforcer la formation / préparation des acteurs individuels (i) à tolérer de nouvelles configurations d'adversité, (ii) à produire des significations face à des scénarios imprévus et (iii) à trouver/inventer de nouvelles ressources lorsqu'il y a un écart entre les objectifs et les moyens disponibles. Par exemple, le cas analysé a montré que les organisations médicales humanitaires peuvent, comme d'autres, être confrontées à des problèmes opérationnels qui obligent les individus à se débrouiller sans les ressources et le soutien attendus.

Pour "naviguer" (Lagadec, 2015) dans le "problème de l'oxygène", le PMR a expérimenté en situation, puis restitué dans le cadre de la recherche, plusieurs stratégies que l'on peut qualifier de "positives". Celles-ci sont (i) conscientes et intentionnelles pour le PMR, (ii) finalisées par la transformation de l'environnement, et (iii) identifiables par des occurrences manifestes pour le chercheur. Certaines d'entre elles sont intéressantes à partager ou à enseigner dans le cadre d'un programme de préparation (par exemple celle qui consiste à évaluer tout écart aux prescriptions afin soit de les faire évoluer, soit de trouver comment s'y conformer à l'avenir, par exemple). D'autres peuvent sembler plus triviales ou en tout cas peu généralisables et donc moins fécondes pour alimenter de futurs dispositifs de formation / préparation.

Nous avons toutefois analysé qu'au-delà de ces stratégies positives, une capacité - ou capabilité - du PMR a été déterminante pour "naviguer" dans les situations difficiles rencontrées. Elle peut être qualifiée de capabilité "négative" (Flandin, Salini, Drakos, & Poizat, 2021 ; French, 2001 ; Rieu Plichon, 2019 ; Simpson, French, & Harvey, 2002), au sens où elle n'est (i) ni conceptualisée par le PMR, (ii) ni finalisée par des transformations de l'environnement, mais par une résistance aux perturbations qui en émanent, (iii) ni repérable par des occurrences manifestes, mais inférée à partir de l'analyse. Nous l'inférons notamment à partir de la documentation (Scannell, 2021) : (i) d'une tolérance à la tension et à l'incertitude temporelle (endurance face à un problème apparemment insoluble ; patience face à des rythmes d'action différents entre partenaires ; acuité dans l'évaluation de l'urgence) ; (ii) d'une disposition à se créer des opportunités de signification et d'action (notamment par le biais de ce que nous appelons une "ingénierie de la chance" reposant sur l'établissement de liens de confiance et de ressources potentielles, comme dans le cas de l'appel d'urgence passé par le PMR).

Cette capabilité négative nous semble avoir joué un rôle crucial dans l'activité du PMR, et n'est pas du tout réductible à ce que la recherche en facteur humain traite souvent de façon beaucoup plus restreinte et de manière "positive", sous l'angle de la gestion du stress notamment (capacité à faire face : to cope with).

Aussi une innovation intéressante en formation consisterait-elle à encourager le développement de dispositions à faire preuve de capacité négative, sous différentes formes, telles celles documentées dans cette étude. Celles-ci ne se prêtent pas facilement à la conceptualisation, à la simulation mentale et

physique ou à l'évaluation : en effet, l'influence de l'installation de la fatigue, de l'inconfort, du doute, du risque, de la pénurie sur la capacité à produire des significations et à inventer des solutions (même temporaires) est difficile à approcher en dehors des contextes où elle s'exerce. Pour préparer les intervenants d'urgence humanitaire au-delà des programmes classiques de formation / préparation, des innovations sont nécessaires.

Une nouvelle approche pourrait notamment inclure (i) des contenus en facteurs humains sur la capacité négative, aidant les stagiaires à la conceptualiser comme la capacité à se créer des opportunités de significations face à des problèmes mal définis, épineux, voire "indisciplinés" ("unruly problems" - Ansell & Boin, 2019), (ii) des études de cas emblématiques permettant aux stagiaires de préconfigurer des situations problématiques et plausibles ainsi que des stratégies pertinentes, (iii) des simulations de type jeux de rôles afin de développer des dispositions à l'adaptation et à l'innovation dans des configurations urgentes et perturbatrices (e.g., Flandin, Poizat, & Perinet, 2021).

CONCLUSION ET MISE EN PERSPECTIVE

Préparer les acteurs à faire face à une adversité sans précédent reste un défi pour toutes les organisations. Dans les ONG, comme dans d'autres organisations qui ont été confrontées à une crise, il est courant, à la suite d'un épisode d'importance particulière, de procéder à une évaluation de la réponse, qui comprend un exercice sur les leçons apprises. L'attention est largement concentrée sur l'identification des défaillances - c'est-à-dire sur la manière dont la réponse a été déficiente, sur la compréhension des causes et, idéalement, sur la mise en place de recommandations pour atténuer le risque de futurs événements. L'accent est mis sur la manière d'améliorer ou de réorganiser les systèmes de travail, en adaptant les directives, les procédures et les instructions de travail aux mêmes défaillances ou à des défaillances similaires. Bien qu'il s'agisse d'un modèle largement rétrospectif, basé sur l'analyse des événements négatifs passés, il est également lié à une analyse de risque prospective pour des situations analogues futures. Ce que de tels processus ne peuvent cependant pas faire, c'est contribuer à une préparation adéquate à des situations inconnues, imprévisibles voire impensées. Nous avons donné un exemple de la façon dont une recherche empirique menée en contexte écologique peut informer la conception de formation en matière de préparation à la gestion de situations critiques.

L'étape suivante est une phase de preuve de concept consistant à mettre en œuvre et à tester des dispositifs prototypiques de formation / préparation conçus en fonction des orientations exposées dans cette étude.

NOTE DES AUTEURS

Cette recherche a en partie été financée par le Fonds National Suisse pour la Recherche Scientifique (requête Ambizione PZ00P1_185903).

BIBLIOGRAPHIE

- Ansell, C., & Boin, A. (2019). Taming Deep Uncertainty : The Potential of Pragmatist Principles for Understanding and Improving Strategic Crisis Management. *Administration & Society*, 51(7), 1079-1112.
- Blanchet, K., Alwan, A., Antoine, C., Cros, M. J., Feroz, F., Guracha, T. A., ... Johansson, K. A. (2020). Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 5(10), e003675.
- Bar-On, E., Segal, G., Regev-Yochay, G., Barkai, G., Biber, A., Irony, A., ... Kreiss, Y. (2021). Establishing a COVID-19 treatment centre in Israel at the initial stage of the outbreak: Challenges, responses and lessons learned. *Emergency Medicine Journal: EMJ*.
- Durand, M. (2008). Un programme de recherche technologique en formation des adultes. Une approche enactive de l'activité humaine et l'accompagnement de son apprentissage-développement. *Éducation et Didactique*, 2(2), 69-93.
- Flandin, S., Poizat, G., & Perinet, R. (2021). Proactivité et réactivité. Deux orientations pour concevoir des dispositifs visant le développement de la sécurité industrielle par la formation. *Les cahiers de la sécurité industrielle*. Toulouse : FONCSI.
- Flandin, S., Salini, D., Drakos, A. & Poizat, G. (2021). Concevoir des formations facilitant l'émergence de nouvelles significations face à des événements inédits et critiques. *Activités*, 18(1).
- French, R. (2001). "Negative capability": Managing the confusing uncertainties of change. *Journal of Organizational Change Management*, 14(5), 480-492.
- Garry, S., Abdelmagid, N., Baxter, L., Roberts, N., le Polain de Waroux, O., Ismail, S., ... Checchi, F. (2020). Considerations for planning COVID-19 treatment services in humanitarian responses. *Conflict and Health*.
- Gómez, P.J, Lorente, J.J.C, Cabrera R.V. (2004). Training practices and organisational learning capability: Relationship and implications. *Journal of European Industrial Training* 28, 234-256.
- Kearns, A. J. (2020). The principle of salvage in the context of COVID-19. *Nursing Inquiry*.
- Khot, U. N. (2020). Navigating Healthcare Supply Shortages During the COVID-19 Pandemic: A Cardiologist's Perspective. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(6).
- Khoury, P., Azar, E., & Hitti, E. (2020). COVID-19 Response in Lebanon: Current Experience and Challenges in a Low-Resource Setting. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 548-549.
- Lagadec, P. (2015). *Le continent des imprévus: Journal de bord des temps chaotiques*. Manitoba - Les Belles Lettres.
- Mason, D. J. (2020). Lessons From COVID-19 About Rationing Care. *JAMA Health Forum*, 1(9), e201207-e201207.
- Ranney, M. L., Griffeth, V., & Jha, A. K. (2020). Critical Supply Shortages—The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), e41.
- Rhodes, L., & Dawson, R. (2013). Lessons learned from lessons learned. *Knowledge and process management*, 20(3), 154-160.
- Rieu Plichon, C. (2019). Le manager face aux paradoxes du changement. Le rôle de la capacité négative. *Revue française de gestion*, 45(278), 105-119.
- Scannell, O. (2021). *Learning from COVID-19 First Responders' Experience in a Medical Humanitarian Emergency Response Organisation. A contribution to the conception of training environments for emergency preparedness and response in conditions of resource scarcity*. Mémoire de Master publié aux archives ouvertes de l'Université de Genève.
- Simpson, P. F., French, R., & Harvey, C. E. (2002). Leadership and negative capability. *Human Relations (New York)*, 55(10), 1209-1226.
- Theureau, J. (2006). *Le cours d'action. Méthode développée*. Toulouse : Octarès.
- Theureau, J. (2010). Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche « cours d'action ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 287-322.
- Vincent, J.-L., & Creteur, J. (2020). Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *European Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*.