



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

Coopération dans les cellules de crise COVID à l'hôpital et réseau de soin territorial

Sandrine Caroly (1), Vincent Bonnetterre (2)

(1) Laboratoire PACTE, Université Grenoble Alpes. Sandrine.Caroly@univ-grenoble-alpes.fr

(2) Service Hospitalo-Universitaire de médecine et santé au travail, CHU Grenoble Alpes

Résumé. Cette communication aura pour objectif de montrer en quoi la crise a été une opportunité d'activité collective pour commencer à travailler en réseau entre les acteurs de santé du territoire. L'observation des cellules de crise de l'hôpital et territoriales depuis mars 2020 permet de retracer les évolutions de la coopération jusqu'à la construction d'un collectif de travail qui permet de gérer collectivement la crise de la Covid-19 avec des innovations organisationnelles, la réélaboration de règles et de l'entraide pour faire face à la pénurie que connaît le milieu hospitalier et le système de soin bien avant la crise. Différentes étapes seront retracées grâce à cette approche diachronique d'une activité collective.

Mots-clés : Crise, Covid, Hopital, Collectif, Règles.

Cooperation in crisis cells of hospital and territorial health system to manage Covid-19

Abstract. The aim of this communication will be to describe how the crisis was an opportunity for collective activity to begin networking between different stakeholders of healthcare system on the local territory. The ergonomic observation of the hospital and territorial crisis cells, since March 2020, shows that it is possible to follow the evolution of cooperation to the construction of a work collective. The conditions of this collectively management of the Covid-19 crisis are : organizational innovations, re-elaboration of rules and mutual aid, in order to cope with the shortage experienced by the hospital environment and the care system well before the crisis. In a diachronic approach, different step will be traced of collective activity.

Keywords : Crisis, Hospital, Collectif, Rules.

*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 :

Caroly, S., & Bonnetterre, V. (2022). Coopération dans les cellules de crise Covid à l'hôpital et réseau de soin territorial. 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.

INTRODUCTION

Confronté à la pandémie de la COVID-19, le milieu hospitalier a fait preuve d'une agilité organisationnelle pour faire face à la crise. Les recherches en ergonomie sur "la gestion de crise majeure", développées surtout dans les domaines des risques industriels, sont à interroger dans le domaine des risques sanitaires. La crise Covid revêt un caractère durable inédit, presque deux ans.

La gestion de l'incertitude, les deux confinements, les tests, la vaccination ont marqué des apprentissages des acteurs du système de santé dans la capacité de résilience organisationnelle et la coopération. Le CHU acteur pilote principal des cellules de crise interne et territoriale est une instance intéressante à investiguer pour un REX constructif et positif sur la façon de co-construire des stratégies collectives et en réseau pour faire face à la pénurie de moyens en matériel et en personnels soignants.

Cette communication montrera les évolutions de la coopération au fil des différents temps de la gestion de la crise Covid entre l'hôpital et les acteurs du système de soin, qui a permis de trouver des solutions organisationnelles sur le territoire à une échelle locale, ici le Sud Isère. Celle-ci construite dans les cellules de crises, a permis de construire un langage commun sur les consignes sanitaires, de partager l'information transmise aux médias, d'échanger ou de mutualiser du matériel et de réorganiser la programmation des activités de chirurgie, consultation, hospitalisation, de signer ensemble des plans blancs, pour faire face à la pénurie de ressources humaines aux urgences et en réanimation et dans certains services critiques pendant la crise (Ehpad, médecine interne, etc.). Elle amène aujourd'hui, depuis octobre 2021, les acteurs à poursuivre les cellules territoriales sur la gestion des urgences, problématique déjà ancienne, bien avant la crise, en signant un nouveau plan blanc ensemble, car la gestion des urgences ne concerne pas que l'hôpital mais l'ensemble des acteurs (cliniques, médecine de ville, Soins de suite et de Réadaptation, Ehpad, régulation SAMU, Centre d'hospitalisation psychiatrique, etc.) et ce d'autant que « l'embolisation » des urgences est en partie liée à une dégradation de la santé des personnes non suivies pendant la crise.

L'objectif de cette communication est de montrer en quoi la crise a été une opportunité d'activité collective pour commencer à travailler en réseau entre les acteurs de santé du territoire. Pour cela des observations ergonomiques des cellules de crise depuis mars 2020 jusqu'à maintenant ont permis de retracer cette construction collective dans une approche diachronique.

CONTEXTE, DEROULEMENT TEMPOREL DE LA GESTION DE LA CRISE

Nous commencerons par définir ce qu'est une cellule de crise de gestion de la Covid dans notre contexte de recherche, puis nous retracerons les grandes étapes temporelles de la gestion de la crise dans cette cellule territoriale.

Fonctionnement de la cellule de crise territoriale et de l'hôpital

Une cellule de crise est un organe de régulation pour gérer la crise. Les cellules de crise sont déclenchées suite à un plan Orsec ou un plan blanc, situation jugée de crise majeure (sanitaire, industrielle, naturelle). Elle réunit l'ensemble des acteurs qui vont devoir avoir des actions dans la gestion de la crise pour se coordonner, échanger des informations, trouver des solutions ensemble. Par exemple pour la gestion de la Covid dans le système de santé, comment trouver du gel hydroalcoolique, des masques ? Comment organiser le circuit de soin entre les patients Covid et le non Covid ? Quelle consigne sanitaire pour les hospitalisations ? Comment organiser la déprogrammation, l'arrêt de la chirurgie pour désengorger les lits d'hospitalisation ? Ces questions concernent tous les acteurs autour de la table. La cellule de crise est un lieu de décision, une instance opérationnelle de suivi d'actions concrètes.

La **cellule de crise de l'hôpital** est composée de la direction générale (administration et médicale) et d'une représentation des différentes spécialités concernées par la crise : urgence/Samu, réa, infectiologie, virologie, gériatrie, pharmacie, service de soins (médecine/hospitalisation). Certains acteurs viennent pour des sujets ponctuels : la chirurgie pour la déprogrammation, les RH pour le télétravail, le service de santé au travail pour la gestion des clusters ou des vaccinations du personnel, etc. Il existe également par domaine des sous-cellules de crise qui vont instruire des dossiers : création d'une ligne téléphonique pour accéder à des spécialistes (hotline gériatrie, psychiatrie), mise en place d'équipe mobile pour former le personnel soignant aux consignes sanitaires, etc.

La **cellule de crise territoriale**, qui a pu être observée, comprend le CHU, les cliniques, les représentants de la médecine de ville, des laboratoires d'analyse, la ville, l'agence régionale de santé, l'éducation nationale, la caisse d'assurance maladie, les autres acteurs de soin selon les sujets évoqués (CH spécialisé en local-CHAI), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé - CPTS). Chaque acteur a en interne dans son institution une cellule de crise, qui permet à l'acteur de ramener de l'information à la cellule de crise territoriale. Celle-ci permet d'échanger des informations, d'en diffuser, d'adopter une posture commune, de se mettre d'accord sur des points de blocages, etc.

Le rythme de réunion des deux cellules, territoriale et du CHU est à minima hebdomadaire, voire plus fréquent en cas de nécessité (notamment en tout début de crise). La cellule de crise du CHU a surtout fonctionné à la première vague avec un nombre de personnes participants grandissant, puis elle est passée en distancielle à la deuxième vague pour disparaître quasiment à la troisième vague. Tandis que la cellule de crise territoriale a fonctionné tout le temps de la crise. Des interactions existent entre ces deux cellules, des actions décidées dans l'une peut avoir des retombées sur des actions à envisager pour l'autre et vis-et-versa. D'où l'intérêt d'observer ces deux cellules dans le temps, d'autant que certains acteurs se trouvent dans les deux cellules.

Les 4 temps du déroulement de la crise

Nous avons découpé la gestion de la Crise de la Covid dans ces cellules de crise en 4 temps car les sujets abordés et les dynamiques collectives ont évolués, nous y reviendrons dans la partie résultat :

- 1^{er} temps de mars 2020 à mai 2020 : première vague, confinement
- 2^{ème} temps de mai 2020 à septembre 2020 : déconfinement
- 3^{ème} temps de septembre 2020 à décembre 2020 : 2^{ème} vague avec un confinement à partir de décembre
- 4^{ème} temps de janvier 2021 à juin 2021 : vaccination, fin du confinement en mi-mars 2021.

Nous continuons à observer l'évolution des cellules territoriales depuis l'été 2021 mais elle ne sera pas traitée dans les résultats de cette communication écrite.

CADRE THEORIQUE

La crise est à situer dans une **approche diachronique** avec un avant (histoire du milieu, des professions, des réseaux d'acteurs), un pendant (manière de faire pour gérer la crise, nouvelles pratiques) et un futur (projection du système dans une situation exceptionnelle à une situation normale, capable d'être en veille pour gérer d'autres perturbations à venir). Cette approche diachronique sera regardée selon deux modèles théoriques pouvant expliquer les évolutions de la gestion de la crise : sécurité gérée/réglée et l'activité collective.

Sécurité gérée et réglée

Notre définition de la résilience se situe au niveau des organisations et non seulement au niveau individuel. Elle correspond à la capacité des organisations à gérer des dysfonctionnements inhabituels et à construire des nouvelles formes de coopérations. La crise conduit à mettre en place des dispositifs (organigramme, réseau d'acteurs, cellule de crise, etc.) pour cibler, contenir, affronter l'ennemi (Gilbert, 2019). La résilience dépend de la confrontation entre la *sécurité réglée* par des normes, des règles, des mesures et des équipements pour contenir et éviter les défaillances (ex : procédure de Plan Blanc, avis du Haut Conseil de la santé publique, message MARS du ministère de la solidarité et de la santé) et la *sécurité gérée* par les connaissances et l'expérience des opérateurs et des collectifs (Daniellou, Boissières, Simard, 2012). Cette dernière relève de l'activité réelle pour anticiper, comprenant la perception des imprévus et la gestion des aléas par les organisations, ainsi que l'expertise humaine et les initiatives. La mise en débat de la confrontation entre ces deux types de sécurité se fait dans espaces de discussions (Rocha, Mollo, Nascimento, 2017), dans les instances de gestion de crise (réunion, temps informel).

Activité collective

L'activité collective est définie comme une articulation entre le travail collectif et le collectif de travail (Caroly, 2016) :

- Le travail collectif correspond aux différentes formes de régulation des perturbations, aléas de l'activité et se traduit par de l'entraide ou de la coopération.

- Le collectif de travail correspond à un partage de manière de faire, de valeurs, qui donne du sens à un travail de qualité.

Nous faisons l'hypothèse qu'une gestion de crise qui relève d'un travail collectif couplé avec un collectif de travail permet de combiner une sécurité réglée et gérée dans la gestion des événements, sur une longue période.

METHODOLOGIE D'OBSERVATION DES CELLULES DE CRISE

La demande faite à la chercheuse [anonymat] dès fin mars 2020, de suivre les cellules de crise de l'hôpital et territoriales, vient du service de santé au travail de l'hôpital qui y participe et de la DG—et CME qui considèrent ces deux instances comme exceptionnelles et souhaitent faire un retour d'expérience (REX) incluant une dimension recherche sur les aspects organisationnels et collectifs. Le caractère inédit de la crise (imprévisibilité et durée) a amené à recueillir des données sans discontinuer depuis lors pour répondre à ces objectifs de REX. Des observations ergonomiques ont commencé depuis fin mars 2020, soit environ 40 cellules de crises CHU et 60 cellules de crises territoriales observées, soit plus de 150 heures d'observations. Celles-ci ont été complétées par 40 entretiens individuels avec les acteurs de ces cellules.

Observation des cellules de crise

Les observations se sont faites principalement « en papier-crayon » (prise de note par l'observateur des communications, des tours de paroles, etc.). Les réunions de cellule de crise sont encore en cours d'analyse. Celle-ci porte sur l'étude des communications selon des catégories construites en fonction du cadre théorique complétées par des catégories provenant de l'analyse de contenu des réunions des cellules de crise. Les catégories d'analyse des communications sont suivantes :

- activité collective : coopération entre acteurs, conflits entre acteurs, projet territorial, soutien de l'autre, connaissance de l'autre, reconnaissance, concertation sur les décisions, collectif, relation avec partenaire extérieurs à la cellule de crise ;
- procédures et règles : discussion sur la prescription, rélaboration des règles, demande aux tutelles ;
- organisation du travail et innovation : gestion des moyens matériels, des effectifs, du flux de patients, du capacitaire, de l'information, recherche de solutions.

Des entretiens individuels avec les acteurs participant aux cellules de crise

Les 40 entretiens individuels ont été réalisés auprès de différents acteurs internes et externes au CHU, personnes ressources de ces cellules dans la gestion de la crise : direction générale, CME, direction des soins, SAMU, urgence, réanimation, gériatrie, infection, virologie, hygiène, syndicat, conseil de l'ordre, représentants de la médecine libérale, clinique. L'entretien dure une heure environ sur le lieu de travail de l'acteur. Le guide d'entretien utilisé comprend plusieurs parties : la fonction de la personne interviewée, ses missions et tâches, la perception des changements liés à la crise (niveau individuel, collectif, organisationnel, territorial), la santé, les innovations

organisationnelles, les apports des cellules de crise CHU et territoriale dans son activité, les limites, les perspectives d'évolution du CHU et du système de santé sur le territoire. Ces entretiens enregistrés et retranscrits font l'objet d'une analyse complémentaire aux observations des cellules de crise pour produire des résultats sur la gestion collective de la crise COVID. La chercheuse a pu confronter les acteurs sur certaines séquences d'observation des cellules de crise pour accéder à une compréhension de la réélaboration des règles et de l'activité collective.

RESULTATS

Les résultats présentés ici sont encore en cours d'exploitation pour une analyse approfondie. Ils portent des résultats d'ensemble sur l'évolution de l'activité collective selon les différents temps de la crise.

Du travail collectif dès la première vague qui se poursuit

- Un besoin de faire face ensemble

La nécessité de travailler ensemble tient à la pénurie des ressources principalement humaines, difficultés déjà existantes dans le passé (crise des infirmières, ou des urgences), mais qui n'étaient jusqu'à présent pas partagées. Le contexte de la crise Covid oblige les acteurs à se retrouver en situation de coopération. *«On est dans des immenses difficultés... déprogrammer en mode dégradé...comment faire tourner les urgences ?... Mobiliser du personnel chirurgical pour le médical »* (verbatim de la direction de l'hôpital en cellule de crise)

«Il n'était plus possible de rester seul, on ne se connaissait pas vraiment » (entretien CME).

Le pilotage de la cellule par une coopération de la direction de l'hôpital et la CME dans la durée avec le reste du corps médical et des acteurs des cliniques et de la ville s'avère inédit. C'est la première fois que l'hôpital ressent à quel point son fonctionnement nécessite de la coordination. Il vit une gouvernance partagée entre DG et médecins, services cliniques (infectiologie, réanimation, etc.) et services transversaux (biologie, hygiène, service de santé au travail) autour d'un objet commun, la gestion de la crise.

- Découverte de l'autre et reconnaissance de ses difficultés

C'est la première fois que tous les acteurs de santé d'un territoire se retrouvent autour d'une table, ce qui a permis d'apprendre à se connaître et de reconnaître les contraintes des uns et des autres. Par exemple, sur la filière chirurgicale le coût de la déprogrammation d'intervention sur le retard de prise en charge pour l'hôpital et les cliniques, le manque de personnel IADE en réanimation, le fonctionnement dégradé de la psychiatrie et des urgences, la surcharge de patientèle des médecins traitants, le manque d'accès aux laboratoires ou aux plateformes techniques. Les acteurs ont pu prendre conscience que tout le monde a ses propres contraintes de matériel, de ressources humaines avec la nécessité de partager des procédures et d'innover. Cela a permis également à chaque acteur de réaffirmer son rôle et sa place sur le territoire : hôpital public, médecine libérale, clinique privée, etc.

- Une activité individuelle pour le collectif

Chaque individu a pu apporter quelque chose au collectif par son réseau de connaissances ou ses compétences. Par exemple, trouver du gel hydroalcoolique par son réseau d'entreprises et le redistribuer à l'hôpital et les cliniques, ou bien fabrication de masques et de respirateurs en s'appuyant sur ses connaissances personnelles de réseaux de makers et d'associations. L'apport de l'individu au collectif peut relever de sa compétence d'expertise (appartenance à des sociétés savantes, des liens recherche-enseignement-praticien) pour donner des informations utiles au processus de décision de la cellule de crise.

- Une forte réactivité pour mettre en œuvre des moyens

Les obstacles financiers et organisationnels ont été levés pour assurer une forte réactivité de tous les services transversaux (services numériques, logistiques, etc.). Les cliniques ont appliqué rapidement ce qui était dit en cellule de crise. Toute décision était suivie, et à l'inverse, aucune décision en lien avec le sujet COVID, même à l'échelle des pôles d'activité hospitalier n'a été prise sans être présentée en cellule de crise. Le caractère exceptionnel de la situation a fait que chacun voulait dépasser ses propres limites, et l'œuvre commune passait devant les intérêts particuliers, ce qui a rendu des arbitrages possibles initialement au-delà des questions de « chapelles ».

Une structuration avec en sous-groupes thématiques, réunissant les acteurs concernés au niveau du CHU et du territoire, a par ailleurs permis d'être plus réactif : par exemple sur la gériatrie, la pharmacie, etc.

- Partager des procédures

La cohérence de la gestion de la crise à un niveau territorial passe par la création de référentiel opératif commun sur les consignes sanitaires, les règles d'hygiène. Par exemple sur les règles des visites aux patients par les familles, consigne partagée entre les établissements pour éviter des conflits avec des familles de patient qui n'auraient pas un sentiment de traitement équitable entre établissements. Autre exemple, faire des chambres seules pour éviter la contamination entre patients et si impossibilité par manque de place, mettre un claustra, garder le masque et mesure d'hygiène pour la salle de bain.

De plus, le fait de regrouper tous les acteurs de terrain dans la cellule territoriale a permis d'être plus fort pour discuter des orientations descendantes de l'ARS qui n'étaient pas toujours en adéquation avec ce qu'il fallait faire sur le terrain.

- Des innovations organisationnelles au niveau du territoire

Le circuit de gestion du Covid était au début organisé avec une centralisation du flux de patient Covid à l'hôpital, impliquant le changement de 350 postes. Alors que lors de la deuxième vague, les acteurs ont décidé de dispatcher les patients Covid entre les différents établissements publics et privés afin de mieux répartir la charge de travail en fonction des ressources disponibles.

Un outil de gestion des données a été créé pour suivre l'information sur les patients hospitalisés Covid et les taux d'incidence des tests PCR afin de pouvoir dispatcher les patients Covid et non Covid entre les établissements. Il a permis également de penser à des innovations pour diminuer le flux des patients Covid :

hôtel hospitalier, équipe mobile allant dans les Ehpad pour les tests-prélèvements ou les vaccins, aide des médecins retraités à la régulation du SAMU pour répondre aux nombreux appels, suivi médical à distance par des médecins traitants pour le suivi des Covid à domicile pour des formes moins graves ne nécessitant pas des hospitalisations, création d'hotline aux médecins traitants et professionnels de santé pour accéder à des spécialistes (gériatre, rhumatologue, etc.)

Il fallait « avoir une vision précise, quelque chose d'organisé, de structuré » (verbatim de la direction de l'hôpital en cellule de crise), d'« être réactif entre nous » (verbatim de la CME en cellule de crise).

On observe une évolution de la coopération (travail collectif, gestion de la crise) vers la construction d'un collectif de travail (partage de références communes, valeurs, réélaboration des règles). « Nous on apprend à marcher comme vous », « on a les mêmes problèmes », on apprend à « dire entre nous ce qui est possible », (Verbatim de la direction et CME de l'hôpital en cellule de crise).

Du collectif de travail lors du déconfinement et de la deuxième vague

L'analyse de l'évolution des communications entre les acteurs de cette cellule de crise et des processus de décision montrent le passage d'un travail collectif à un réel collectif de travail, capable d'une coopération plus efficiente, d'un soutien mutuel, d'un partage de valeurs, voire même d'une préservation de la santé de chacun dans cette période de crise.

Le collectif n'était pas totalement existant avant les cellules de crise, même si les acteurs se connaissaient de loin ou avaient partagé quelques événements dans leur parcours professionnels. L'expérience collective vécue de la gestion de la première vague les a amenés à mieux se connaître grâce au travail collectif, à construire des relations de confiance, à élaborer un véritable collectif respectant la diversité de chacun et reconnaissant la complémentarité de tous.

- Une envie de continuer à travailler ensemble

Plusieurs événements ont marqué cette création d'un collectif territorial : un plan blanc signé entre les partenaires, des communications de presse faites ensemble, une visite du ministre au moment du déconfinement pour exprimer un souhait d'aller vers un système de santé territorial.

A la fin de la première vague, le collectif de la cellule de crise territoriale ne s'est pas dissout et à continuer de fonctionner sur la thématique des soins non programmés. Des groupes de travail se sont constitués pour répondre aux problématiques d'embolisation des urgences avec un travail avec l'amont sur l'implication de la médecine générale, la création des CPTS, les Hotlines et un travail avec l'aval, notamment les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), la disponibilité de lits pour les « bed blockers »¹. Le groupe sur les « urgences » a remplacé la cellule de crise

territoriale avec les mêmes acteurs autour de la table et la même fréquence de réunion. Ce groupe s'est retransformé en cellule de crise territoriale au moment de la deuxième vague. La continuité des rencontres témoigne de l'existence d'un collectif réuni autour d'un besoin d'une organisation collective des soins sur le territoire. On retrouve la même chose à la fin de la troisième vague, un groupe de travail sur les urgences se poursuit entre les acteurs du territoire.

« Dans la réflexion territoriale, s'imaginer comment collaborer plus public/privé/ville sur la gestion des ressources », « structuration des GPST (groupement professionnels de santé territoriale), travailler la gouvernance et travailler avec une notion de co-responsabilité » (verbatim de la direction de l'hôpital en cellule de crise)

- Une entraide qui devient de plus en plus efficiente

L'entraide entre les acteurs du territoire et avec le corps médical, qui se développe dès la première vague, permettant à chacun de ne pas être seul face aux difficultés, devient une ressource pour chacun des acteurs lors de la seconde et de la troisième vague. On observe des échanges de personnel entre clinique et hôpital pour assurer la garde aux urgences, l'utilisation d'un équipement d'analyses biologiques à l'hôpital quand il tombe en panne dans un laboratoire privé, la mise à disposition de lits Covid/non covid pour désengorger certains services, la médecine de ville vient en renfort dans les Ehpad et à la régulation Samu, etc.

- Le collectif aide à préserver la santé de chacun

Avec la durée de la crise, on observe de la fatigue des acteurs de la cellule de crise, voire de l'épuisement. Confronté également à la pénurie de moyens sur le terrain et aux conflits parfois des équipes soignantes ou des fonctions médicales (lié aux désorganisations permanentes et le manque de RH), les acteurs peuvent exprimer leur désarroi dans la cellule, dire combien ils sont démunis. Ils n'ont pas souvent l'occasion de pouvoir l'exprimer dans leur propre institution.

La cellule a pu apparaître à certains moments comme un lieu d'expression de sa souffrance « je ne sais plus comment faire », « moi je laisse les clés de mon établissement, venez-vous en occuper ! » (Verbatim de membres de direction de différents établissements).

- Des réorganisations moins coûteuses

Le partage de décision commune, prenant en compte l'activité collective et la préservation de la santé de chaque acteur se manifeste par des réorganisations moins coûteuses. Par exemple :

- pouvoir retourner dans son établissement ou ses équipes avec des messages communs « dire [que] la cellule de crise..., le message à faire passer, à nouveau en tension en réa » (verbatim de la CME en cellule de crise) ;
- une régulation du SAMU rendue possible par une connaissance des disponibilités de chaque établissement pour orienter les patients selon le degré d'urgence, dispatcher, équilibrer les relations avec

¹ patients occupant des lits au CHU de façon prolongée du seul fait de l'absence de places disponibles dans les institutions censées les accueillir

L'HAD, les médecins de ville, les renforts avec la psychiatrie, SOS médecin ;

- un apprentissage de la déprogrammation en chirurgie, du partage des lits d'hospitalisation en médecine avec des variations sur les besoins de lits covid par rapport non covid, de la répartition de la charge sur la réanimation et les urgences, d'échange de personnels

- la construction de réponses communes au test covid avec des ajustements entre les laboratoires privés et publics, le rôle de médecins de ville et des pharmacies, avec l'usage des potentialités d'analyse des machines en biologie sur le territoire

- le soutien aux Ehpad : équipe mobile du réseau d'hygiénistes (RIPIN), Hotline, répartition des personnes âgées hospitalisées sur le territoire, équipe de psychologues en renfort, intervention de médecins généralistes en renfort, procédures avec les pompes funèbres

- le rôle des internes dans la gestion de la crise : déploiement en effectif sur terrain pour aider compte tenu du manque de personnel et adaptation de la formation, sans sacrifier pour avoir des personnels qualifiés pouvant venir dans les effectifs futurs.

- face à la pénurie de médicaments à certains moments, la pharmacie s'organise avec des prêts entre clinique et hôpital ou officine pour avoir du stock et des renégociations avec les fournisseurs ou de l'élargissement de marché de fournisseurs.

Des réévaluations des règles mises à mal lors de la troisième vague et de la vaccination

Les réévaluations de règles sont nombreuses lors de la première et de la seconde vague. Elles sont le résultat de cette activité collective des cellules de crise. Mais les injonctions plus fortes du ministère (en particulier encadrant la logistique de la vaccination) ont amené à moins d'autonomie et une sécurité plus réglée que gérée, pouvant fragiliser la coopération entre les acteurs. Le collectif apparaît néanmoins suffisamment construit pour pallier cette difficulté de la cellule de crise. « Par rapport au MARS, c'est important que l'on partage entre établissements des politiques de mises en œuvre » (verbatim de la direction de l'hôpital en cellule de crise territoriale)

Prenons un exemple de réévaluation avant la phase de vaccination à propos de la déprogrammation. Un directeur de clinique nous disait en entretien individuel « On a des injonctions de l'ARS qui sont fermes, qui sont même de vraies injonctions [...] on obéissait au doigt et à l'œil, en attendant que ça se passe. La première injonction [au moment de la première vague] nous on a arrêté ici [l'activité chirurgicale], et puis il se passait rien [pas beaucoup de Covid]. Et là c'était un très mauvais signal de pas être assez agile pour se dire, ben y a rien qui se passe, mais faut pas ne pas travailler. » (Entretien Directeur d'une clinique privée). La clinique et les autres ont repris la chirurgie fonctionnelle, pour ne pas laisser les praticiens à l'arrêt et continuer de soigner. Cette reprogrammation de l'activité a été rendue possible par une décision collégiale de la cellule de crise, qui se situe dans une dérogation de la règle trop directive du ministère, non adaptée à la situation locale de la pandémie.

Cette réévaluation collective de la règle, qui relève de la sécurité gérée, a pu autoriser parfois même les cliniques à de la reprogrammation de la chirurgie

allant un peu au-delà de ce qui était décidée en cellule de crise (10%, de reprise).

La réévaluation des règles lors de la vaccination a été beaucoup plus compliquée. Il y avait une course au chiffre, la volonté de se montrer bon élève par rapport au ministère, rendre compte que tous les moyens étaient mis en œuvre pour rendre visible l'efficacité du système de santé. Les acteurs n'ont plus la main sur l'approvisionnement en médicaments et en vaccins, c'est dorénavant un stock d'état redistribué par territoire selon les retours sur les consommations en temps réel, système encore en place aujourd'hui.

Les échanges au sein de la cellule territoriale étaient plus conflictuels : les médecins de ville ont eu le sentiment de n'avoir pas les moyens de bien faire, le choix de s'orienter vers la création d'un vaccino-drome a été discuté plusieurs fois, la distribution sur l'ensemble du territoire nord et sud Isère est venue déstabiliser une cellule plutôt construite sur le sud du département, etc. La question des coûts, jusque-là peu présente dans les échanges entre les acteurs revenait, faisant revenir parfois avec elle les tensions du passé.

Nos analyses des réunions lors de cette troisième vague tendent à constater que la « crise », moment de gestion le plus délicat, à distinguer de la crise Covid au sens large, se trouve bien ici réellement et moins dans les deux autres vagues bien gérées par les acteurs. Probablement à cause d'une sécurité réglée plus forte, laissant moins de place à la sécurité gérée, qui s'explique par une reprise en main au niveau central (ministère, DGS, ARS) laissant moins de marges de manœuvre aux hôpitaux et acteurs de soins au niveau du territoire. Cependant les régulations collectives restent très nombreuses pour trouver des solutions face aux problèmes récurrents de manque de ressources humaines et de difficultés du système de santé (urgence, lit aval, etc.), témoignant de l'existence d'un collectif de travail qui se poursuit.

DISCUSSION

Nos résultats d'observation des cellules de crise au sein d'un CHU et d'un territoire depuis le début de la pandémie de la Covid 19 nous permet de retracer l'évolution de l'activité collective au fil du temps : passage d'un travail collectif nécessaire (ne pas rester seul) à de la coopération et de l'entraide, à la construction d'un collectif de travail (partage de références communes, valeurs, réévaluation des règles pour faire face ensemble et penser l'avenir).

La crise de la Covid-19 apparaît comme une opportunité de construire de l'activité collective pour commencer à travailler en réseau entre les acteurs du territoire (conseil de l'ordre des médecins, ARS, hôpital, clinique, SSR, ville, etc.). La cellule territoriale en octobre 2021 se poursuit aujourd'hui sur un autre dossier, celui des urgences, faisant l'objet récemment d'un plan blanc signé entre les partenaires, alors que le sujet du Covid avait quasiment disparu des échanges au sein de la cellule de crise du moins jusqu'à la 5^e vague ayant débuté en novembre. D'autres initiatives montrant une volonté d'une gouvernance plus collective du système de santé sont la création des services d'accès aux soins (SAS), des CPTS, de système de gestion collective de données sur

les lits disponibles sur le territoire, d'un annuaire de hotline de spécialistes.

Cependant il existe des conditions pour une durabilité d'un système de santé territoriale :

- besoin d'autonomie des territoires vis-à-vis du niveau central et de la région (ARS)
- une possibilité gestion collective d'une enveloppe budgétaire entre les acteurs de soin
- un pilotage avec une gestion de projet (des objets communs de travail et un plan d'actions)
- une évaluation de l'efficacité.

Par ailleurs, cette coopération au niveau des acteurs de santé sur un territoire n'a pas été perçue nécessairement par les professionnels de terrain, qui ont pu ressentir les transformations organisationnelles ou les décisions, en fonction des situations, comme des ressources ou des obstacles à leur activité de travail. Les changements de pratiques ont été très importants et la fatigue, voire l'épuisement également. La suite de ce REX dans les cellules de crise est de réaliser des REX dans les unités de soins ayant été impactées par le Covid (soit directement urgence, réa, chambres funéraires, médecine interne, gériatrie, etc ; soit indirectement par les réorganisations comme la chirurgie, la biologie, etc.).

CONCLUSION ET MISE EN PERSPECTIVE

Pour conclure, nos interventions en ergonomie ne peuvent pas être seulement ponctuelles dans le cas d'une gestion de crise sanitaire qui dure. Cette recherche montre l'importance d'une approche longitudinale, qui doit questionner nos interventions sur le recueil de données, leurs analyses et leur restitution aux acteurs pour les accompagner à développer les espaces de discussion (Mollo, 2022), que sont les cellules de crise. Il s'agit aussi par cette intervention sur une démarche de REX de produire de nouvelles connaissances scientifiques sur les conditions de développement de l'activité collective (Casse, 2015) et de l'apprentissage de la crise, notamment sur les processus de réélaboration des règles entre la sécurité

réglée et la sécurité gérée pour produire de la résilience (Cuvelier, 2011) et de l'agilité organisationnelle.

L'intérêt pour l'ergonomie de suivre des cellules de crise est de porter un nouveau regard sur ces instances de régulation relevant de la sphère politique. L'ergonome se doit d'être présent là auprès des acteurs décisionnaires, de renouveler ses pratiques d'intervention avec les enjeux de société. Ainsi, l'ergonomie pourra aider à comprendre en quoi l'organisation en réseau sur un territoire de santé pourrait viser une meilleure qualité des soins pour les usagers.

BIBLIOGRAPHIE

- Caroly, S (2016). Collectif de travail. In Vallery, G., Bobiller-Chaumon, M.E., Brangier, E., Dubois, M. (dir). *Dictionnaire de psychologie du travail : 110 notions clés* (pp.101-104). Paris : Dunod.
- Casse, C. (2015). *Concevoir un dispositif de retour d'expérience intégrant l'activité réflexive collective : un enjeu de sécurité dans les tunnels routiers*. Document de thèse en ergonomie. Université de Grenoble.
- Cuvelier, C. (2011). *De la gestion des risques à la gestion des ressources de l'activité. Etude de la résilience en anesthésie pédiatrique*. Document de thèse en ergonomie. CNAM Paris.
- Daniellou, F., Boissières, I., & Simard, M. (2010). *Les facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle : un état de l'art*. FONCSI : Toulouse.
- Mollo, V. (2022). *Cultiver la diversité pour développer l'agentivité. La réflexivité dans la démarche ergonomique*. Document d'HDR. Université de Toulouse.
- Rocha, R., Mollo, V. & Nascimento, A. (2017). Le débat sur le travail fondé sur la subsidiarité : un outil pour développer un environnement capacitant. *Activités*, 14 (2). <https://journals.openedition.org/activites/2999>