

MOTS CLÉS

Covid-19
 Personnel hospitalier
 Professionalisme
 Métier
 Gestion de crise
 Pandémie
 Compétences

Covid-19

COMPÉTENCES

La prise en charge des Covid-19

Quelle situation professionnelle, quelle réponse en termes de professionnalisme ?

Dans les hôpitaux, les patients et leur entourage veulent pouvoir compter sur des professionnels compétents, capables d'intervenir efficacement dans les situations cliniques ou pathologiques à traiter. Ces situations peuvent être simples ou complexes, habituelles ou rares, plus ou moins urgentes, stables ou évolutives, avec ou sans complications. Toutes supposent que ces professionnels agissent en fonction d'un savoir scientifique et clinique, certes pouvant évoluer mais préexistant. D'autres situations peuvent être inédites, telle la prise en charge des patients Covid-19, qui interrogent le professionnalisme du personnel d'un hôpital : quelles sont les caractéristiques de cette situation, sa spécificité ? Quelles réponses en termes de professionnalisme ont été, à des degrés divers, inventées et mise en place entre mars et avril 2020 ?

La situation de prise en charge des Covid-19

Quatre grandes caractéristiques en font la spécificité.

Une situation inédite et instable

» Un doute persistant : les acteurs des hôpitaux ont dû affronter une pathologie nouvelle, sans savoir disponible sur ce virus qui ne ressemble à aucun autre. Chaque jour, chaque nuit, il leur faut travailler dans l'inconnu, avec des informations divergentes et des hypothèses pouvant changer du jour au lendemain. Il faut agir en sachant qu'on ne sait pas. Cette situation est déconcertante : ce virus entraîne chez les patients des conséquences symptomatiques variées

et des évolutions brutales, fulgurantes, inexpliquées. L'inédit n'est pas dû seulement à ce déficit de connaissances. Il concerne aussi les modes de relations avec les patients et leur entourage et qui sont au cœur des métiers du soin : les règles nécessaires de sécurité imposent de nouvelles relations, à distance. Les masques font disparaître non seulement les traits du visage d'autrui mais aussi et surtout son expression : le travail se fait dans l'anonymat. Les contraintes de la réanimation, avec les corps des patients en décubitus ventral, font disparaître le visage, ne laissant en présence que des corps intubés et ventilés, sans expression personnelle, sans répondant. Les relations avec les familles des patients se font par téléphone ou courriel, sans contact physique, entraînant des situations dramatiques et parfois inhumaines.

» Une instabilité permanente : au flou du savoir, au doute persistant, à l'inévitable navigation à vue s'ajoute la pression de l'accélération de l'évolution des situations cliniques. Le flux des patients ne cesse d'augmenter, entraînant la crainte persistante de manquer

Guy Le BOTERF
 Directeur de
 Le Boterf Conseil
 (France)
 Professeur associé
 à l'université de
 Sherbrooke (Canada)

de lits ou d'appareils respiratoires. Cet univers professionnel ne connaît aucun ralentissement. Les points de repère temporels et leurs rythmes sont bouleversés : les dimanches deviennent des jours ordinaires, la référence aux rythmes des temps familiaux et en hôpital disparaît devant l'état d'urgence permanent...

Une situation de pénurie, catastrophique

» Une pénurie dramatique de moyens. Au manque de savoir et à l'instabilité s'ajoute le manque abyssal de moyens. Il faut éviter les contagions sans disposer des masques chirurgicaux ou FFP2 nécessaires, de gel hydroalcoolique, de blouses, de gants, de lunettes, de cagoules chirurgicales, de surblouses stériles.

Les lits et les appareils respiratoires sont en nombre insuffisant et la saturation est permanente ou en voie de l'être soudainement. Les professionnels de santé ne sont pas assez nombreux. Les plates-formes logistiques sont sous tension et les stocks ne sont pas au rendez-vous. Il faut trouver des lits partout, coûte que coûte, dans d'autres services, y compris hors de l'hôpital, dans des régions moins touchées et dans les pays frontaliers. Personne ne sait sur quoi il sera possible de compter demain.

Une des pénuries les plus importantes est celle du temps, non seulement pour soigner mais pour prendre soin. Elle affecte le cœur de métier des soignants.

» Un scénario catastrophe. Cette situation est une « situation de catastrophe », du même type que celles provoquées par des éruptions volcaniques, des tremblements de terre, des grands accidents de chemins de fer, des attentats : les risques encourus par les populations sont considérables et peuvent entraîner un nombre important de victimes, et de nombreux décès.

Dans le cas d'une pandémie, une médecine d'urgence s'impose, mais avec une urgence qui devient permanente. La prise en charge du Covid-19 ne laisse aucun répit.

Ce type de situation se caractérise par un écart considérable entre la demande de secours et l'offre disponible de secours en temps opportun. Les hôpitaux qui ont eu le temps de se préparer à cette situation ont pu se mettre en mode de gestion de crise pour mettre en place les moyens nécessaires ; d'autres n'ont pas eu le temps d'éviter la crise et se sont trouvés dépassés par les événements.

Une situation à dilemmes

Dans leur travail habituel, les réanimateurs ont toujours des choix à faire concernant les patients qui peuvent et doivent bénéficier d'un service de réanimation. Ces choix font partie de leur pratique courante. Les professionnels de santé doivent faire des choix éthiques fondés sur une appréciation de l'évolution probable des patients, de leur capacité à « s'en sortir », de leur qualité de vie en autonomie suite au choc brutal que constitue la réanimation sous coma artificiel et avec intubation.

La prise en charge du Covid-19, dans un contexte de pénurie d'appareils respiratoires, a entraîné des choix encore plus tragiques de priorisation des patients, ayant à prendre en

« Une des pénuries les plus importantes est celle du temps, non seulement pour soigner mais pour prendre soin. Elle affecte le cœur de métier des soignants.

compte à la fois respect absolu de la valeur individuelle de chaque personne quelle que soit sa vulnérabilité et nécessité de réserver les moyens de traitement disponibles et insuffisants à ceux qui peuvent être sauvés.

Ces situations constituent des drames humains : chaque patient n'est pas seulement un patient, mais une personne avec un entourage, une famille, celles et ceux qui lui sont chers.

Une situation à fort impact corporel et affectif

Inédites, instables, catastrophiques, à dilemmes éthiques..., les situations professionnelles que doivent traiter les professionnels de santé en hôpital sont fortement stressantes. Elles mettent le corps et l'affectivité à rude épreuve, d'autant plus que de nombreux soignants reconnaissent qu'ils n'ont « jamais été préparés à cela ». La peur est partout présente : peur d'être contaminé et de contaminer, peur des collègues asymptomatiques, peur de n'avoir pas mis correctement des équipements de sécurité, peur de ne pas être capable de tenir physiquement et psychologiquement dans la durée, peur de contaminer sa famille au retour de l'hôpital, peur d'être confronté à la souffrance et à la mort des patients, peur d'être conduit à des choix éthiques déchirants, peur d'avoir à annoncer le décès d'un patient à sa famille...

La relation avec un patient en réanimation, relation d'un mortel avec un autre mortel, renvoie le soignant à sa propre mort. Chacun se sent vulnérable. La mise sans tarder sous doubles housses des corps des patients décédés et leur « stockage » dans des caissons réfrigérés

de la chambre mortuaire ont été des moments bouleversants.

Les soignants en première ligne, en permanence sur la brèche, sont en état d'épuisement : manque de sommeil, fatigue à retourner sur le ventre les patients sédatisés et souvent en surpoids, déplacements accélérés sous la pression de l'urgence, repas pris en état de tension, disparitions de temps de pause, vigilance sans relâche des gestes barrière, rythme accéléré des surveillances à exercer...

La réponse professionnelle mise en œuvre : la compétence collective

Face à cette situation exceptionnelle, chaque hôpital a réagi de façon particulière compte tenu de son histoire, de sa culture, de son management, du degré de pression de la pandémie, des caractéristiques de son personnel, du contexte local de la pandémie. Il y a eu des changements radicaux remarquables, des adaptations modestes mais bienvenues, certainement aussi des erreurs, des décisions et des comportements qui n'auraient pas dû exister. L'objet de cet article n'est pas de décrire ce qui s'est passé dans tel ou tel hôpital. Cela en fait ses limites. Il est plus modestement, suite à l'étude de divers témoignages, de relever une tendance qui a existé dans plusieurs hôpitaux et peut caractériser un type de réponse professionnelle qui a été inventé et mis en œuvre dans divers hôpitaux. Il ne s'agit en rien d'un modèle managérial préétabli, formalisé, qui aurait été appliqué. Il est cependant possible de mettre en évidence, parmi tout ce qui a été entrepris dans le feu de l'action, spontanément le plus souvent et à des degrés divers, une convergence vers ce qu'on peut appeler une « compétence collective ».

Un engagement collectif

Certes, tous les professionnels du soin ont su mobiliser leurs connaissances et savoir-faire relatifs à leurs métiers et dans divers domaines (anesthésiologie, physiologie d'une insuffisance respiratoire, risques d'infection nosocomiale, hémodynamique, procédures d'intubation et d'extubation, décubitus ventral, chocs cardiogéniques, réglages d'un respirateur, techniques de surveillance...). Absolument nécessaires, ces ressources n'auraient pas été suffisantes face à l'inconnu de la situation rencontrée. Ce qui a été inventé et mis en place de façon exceptionnelle dans certains hôpitaux, c'est une réponse en termes de coopération. C'est la transformation de l'hôpital en une communauté de professionnels engagée vers un objectif commun de prise en charge collective, où chacun non seulement exerce la spécificité de son métier, mais coopère avec les autres. C'est moins une équipe qu'un équipage engagé dans la conduite d'une même embarcation prise dans une tempête qui n'en finit pas.

Un décloisonnement et des initiatives

Tout en réorganisant l'hôpital pour assurer sa sécurité (zones Covid/non Covid, révision des circuits aux urgences...), cette synergie a souvent fait sauter les cloisonnements habituels de statuts, de disciplines, de périmètres des services. À part les nécessaires gestes barrières, il n'est plus question de barrières. Certes, chacun a gardé sa spécialité mais il n'y reste pas confiné. Des services se sont réorganisés, délocalisés. Des lits ont été transportés de divers services vers la réanimation. De nouvelles fonctions ont été créées : brigades de retournement, gestionnaire de lits... Des services spécialisés en réanimation (cardiologie, pneumonie, neurologie...) ont mutualisé leurs moyens avec le service de réanimation Covid-19. Des services administratifs se sont recentrés sur leur fonction de support à l'activité de soins. Tout vise à fonctionner sur une même logique médicale : sauver des vies.

Beaucoup de fiches de postes ou de référentiels métiers ont montré leurs limites : ils ont été conçus sur une logique de division du travail et non sur une logique de coopération. Certains règlements administratifs ou normes ont été spontanément abandonnés car bloquant le bon fonctionnement de la chaîne de soins ou l'attention à porter aux souffrances des patients.

Un maillage ample de relations de coopération

Quand elle a existé, cette communauté de coopération ne s'est pas limitée au personnel soignant, à la trilogie fondamentale médecin/infirmier/aide-soignant : elle englobe tout le personnel hospitalier. Elle a inclus toute cette « armée de l'ombre » sans laquelle la chaîne de soins ne pourrait fonctionner et qui est sortie de l'ombre : secrétaires, ambulanciers, brancardiers, électriciens, agents des services de blanchisserie, de sécurité, de bionettoyage, d'approvisionnement, de gestion des déchets, de maintenance, de la chambre mortuaire... Le périmètre de la coopération a dépassé les frontières de l'hôpital. Il a intégré ceux et celles qui proviennent de la « réserve » (professionnels de santé en activité ou retraités,

étudiants infirmiers en dernière année, internes en médecine...). Il s'est étendu aux hôpitaux d'autres régions moins sous tension, aux laboratoires, aux cliniques privées, aux laboratoires vétérinaires, aux moyens de transport par trains ou autobus médicalisés, avions, hélicoptères, aux ressources du service de santé des armées. Le maillage professionnel s'est progressivement retissé en fonction de l'évolution des besoins et de la situation.

Solidarité et reconnaissance mutuelle

Chacun a compris que coopérer, c'est agir non seulement avec les autres mais en fonction des autres et en les aidant à réaliser leurs missions.

Des professionnels sont sortis de leur zone habituelle de travail pour s'entraider. Comme dans l'armée de l'air où la règle « la fonction prime le grade » prévaut dans l'apprentissage du pilotage d'un nouvel avion, les médecins appelés de la « réserve » ont appris des infirmiers, se sont intégrés dans les équipes chargées de retourner sur le ventre les patients à intuber. Des internes en médecine ont aidé aux déménagements. Des infirmiers ont donné un coup de main aux ambulanciers. Ceux qui ont intégré les règles de sécurité parfois compliquées d'habillage et de déshabillage ont pris du temps pour les expliquer à ceux qui peinent à les suivre. On se parle alors de personne à personne en échangeant des émotions, des craintes, des récits de moments heureux. On s'encourage. On sait que l'on peut compter sur l'autre. La reconnaissance professionnelle s'est étendue dans beaucoup de cas à tous les métiers hospitaliers. Le travail de ceux qui étaient invisibles est apparu comme indispensable au bon fonctionnement de la chaîne de soins. Certes, on communique entre professionnels et services divers mais, surtout, chacun cherche à comprendre le point de vue de l'autre, ses contraintes, ses modes de raisonnement.

On s'échange ou on bricole ensemble des « savoir-y-faire », des façons de s'y prendre, des tours de main, des façons de confectionner des vêtements de protection. Une ingéniosité collective s'est déployée et a montré son importance.

Face aux décisions douloureuses à prendre en situation de dilemme, c'est là encore la compétence collective qui a été sollicitée : les décisions éthiques sur la priorisation ont été prises collégialement. Elles ne peuvent reposer sur les x épaules d'un seul professionnel. La confrontation des différents points de vue a permis un jugement éthique plus éclairé à porter au cas par cas.

De l'intelligence collective à la compétence collective

Face à la difficile prise en charge des patients Covid-19, des hôpitaux ont su mettre en œuvre une intelligence collective qui a permis aux divers acteurs de trouver et de décider ensemble des solutions pour réorganiser l'hôpital, ajuster ou créer des protocoles de soins, partager des pratiques professionnelles pertinentes, inventer de nouveaux modes de communication avec les patients et leurs familles, mettre en place des formations accélérées pour de nouveaux apprentissages. Ils ont su développer une capacité collective d'étude de problèmes, rechercher et trier ensemble des informations

« L'engagement corporel et affectif de tous les acteurs concernés a largement été mis en œuvre et a rappelé qu'il était nécessaire. »

médicales, faire le point en commun des leçons de l'expérience, effectuer en équipe des bilans thérapeutiques. Toutes ces opérations cognitives partagées ont été essentielles dans les processus de coopération qui se sont mis en place.

Mais, de même qu'un cerveau ne peut rien faire sans le corps auquel il est rattaché, l'expérience montre que cette intelligence collective ne peut à elle seule rendre compte des relations de coopération qui se sont établies et déployées : l'engagement corporel et affectif de tous les acteurs concernés a été largement mis en œuvre et a rappelé qu'il était nécessaire.

Dans leur lutte contre le coronavirus, les soignants ont mis en évidence que coopérer c'est interagir, que c'est non seulement savoir mais aussi pouvoir s'engager physiquement et affectivement dans des relations de coopération et d'humanité avec les patients, au-delà des règlements administratifs et des procédures de sécurité aveugles aux aléas et à la diversité des situations rencontrées. Agir et interagir, c'est non seulement mettre en œuvre des opérations cognitives, c'est aussi savoir gérer son stress et prendre en compte celui d'autrui, être sensible aux signaux avant-coureurs comme la tonalité d'une voix ou un regard, pressentir ce qui peut survenir, saisir d'un coup d'œil ce que peut signifier une posture, l'expression d'un visage, un silence. C'est

trouver le toucher délicat qui pourra rassurer un patient. C'est faire preuve d'empathie tout en maintenant une bonne distance émotionnelle. C'est savoir gérer sa fatigue pour maintenir dans la durée sa contribution attendue. La compétence collective inclut l'intelligence collective mais elle ne se réduit pas à celle-ci.

Et après...

Il existe un fort consensus sur la nécessité de tirer les leçons de ce qui a été vécu, les situations inédites risquant de se répéter. Il conviendra d'identifier et de mettre en place l'ensemble des conditions qui permettront que l'ensemble des acteurs d'un hôpital et de ses partenaires, non seulement sachent coopérer mais en aient les moyens et en partagent le sens.

Cela suppose en particulier :

- » que l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux ne soient pas mis sous la coupe d'une logique étroitement financière à court terme mais orientée vers un enjeu partagé à moyen et long termes au service de la qualité et de la sécurité des soins ;
- » que le management de l'hôpital soit fondé sur la confiance dans le professionnalisme des acteurs et non sur la multiplication bureaucratique des

procédures des règlements administratifs ou des *reporting* qui sont trop souvent des signes de défiance et de véritables barrières à la mise en œuvre du professionnalisme ;

- » de ne plus raisonner seulement en termes de compétences individuelles mais de compétence collective, celle-ci résultant de la qualité des relations de coopération mises en œuvre ;

- » qu'un des rôles principaux du management soit de réunir les conditions favorisant la coopération entre les professionnels et les services ;

- » que la qualité et la sécurité des parcours de soins intra et extrahospitaliers soient assurées par la qualité des relations de coopération mises en œuvre sur un territoire entre tous les acteurs de ces parcours ;

- » que soit mise en place une véritable préparation aux situations inédites et de catastrophe, non seulement avec la constitution de réserves stratégiques, la veille sur les signaux faibles et la recherche mais également via des simulations et des formations préparant à la mise en œuvre de relations de coopération ;

- » que les descriptions de métiers/compétences ou de postes soit conçues avec une logique de coopération, pas seulement de division du travail ;

- » que la définition d'un professionnel compétent ne se limite pas à n'être qu'un assemblage de compétences mais que soit mise au cœur du professionnalisme la capacité d'agir et d'intégrer en situation, de prendre des initiatives. Être compétent en situation d'urgence ou de catastrophe, c'est certes savoir respecter des procédures mais c'est aussi savoir parfois décider d'aller au-delà des procédures. Les professionnels ont souvent mis en évidence le besoin pour les services de disposer, au niveau d'un établissement, de lignes directrices leur laissant des marges de manœuvre pour pouvoir les adapter localement ;

- » que les outils de l'intelligence artificielle soient choisis et utilisés pour que les professionnels puissent agir plus efficacement et avoir davantage de temps pour non seulement soigner mais pour pouvoir prendre soin des patients et coopérer⁽¹⁾. L'enjeu est considérable mais il peut redonner du sens et de l'espoir... ●

NOTE

(1) Les études du cabinet Athling montrent que le choix et l'usage des outils de l'IA peut permettre, en déchargeant certains métiers de leurs tâches administratives, de libérer du temps pour mettre en œuvre des activités relationnelles et de coopération essentielles à l'exercice professionnel de ces métiers.

Guy Le Boterf est l'auteur de *Construire les compétences collectives*, Eyrolles, 2018. www.guylebotert-conseil.com