



HAL
open science

Des soignants pris en tenaille entre la crise sanitaire et les réformes néolibérales de l'hôpital

Marc Loriol, Séverin Muller, Stephen Bouquin

► To cite this version:

Marc Loriol, Séverin Muller, Stephen Bouquin. Des soignants pris en tenaille entre la crise sanitaire et les réformes néolibérales de l'hôpital. *Les Mondes du travail*, 2021, Nouvelle série (n°26), pp.57-82. hal-04476633

HAL Id: hal-04476633

<https://hal.science/hal-04476633v1>

Submitted on 25 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Les Mondes du **Travail**



Semestriel • numéro 26 • juin 2021

GRAND ENTRETIEN

Jorge Cabrita (Eurofound) : « La pandémie a montré que la qualité du travail doit redevenir un élément central du bien-être social »

DOSSIER - TRAVAILLER EN TEMPS DE PANDEMIE

Introduction au dossier / Rachid Bouchareb, Nicola Cianferoni, Nathalie Frigul, Cyrine Gardes, Marc Loriol

Travailler à l'extérieur / Cyrine Gardes

L'expérience liminaire du travail dans un supermarché / Minjie Cai, Scott Tindal, Safak Tartanoglu, Jay Velu

Des soignants pris en tenaille entre la crise sanitaire et les réformes néolibérales de l'hôpital

Présentation par Marc Loriol, Séverin Muller, Stephen Bouquin / Marie Potvain, infirmière et étudiante en anthropologie / Véronique Soulas, pharmacienne hospitalière / Anita, Marco, Johnny, Karima, Christine et François, militants CGT à l'AP-HP

Retour critique sur les conditions d'enquête pendant le confinement / Maëlezig Bigi, Hadrien Clouet, Mathilde Mondon-Navazo, Camille Noûs

Quand la pandémie déconfiner la mobilisation des sans-papiers / Valeria Lucera, Pietro Tosi

Le métier d'étudiant confiné / Vincent Cardon, Nathalie Frigul

Formes de valorisation du travail et « crashtest » du confinement / Jean-Pascal Higelé

Capitalisme pandémique, subsomption et espace numérique abstrait / Emiliana Armano, Marco Briziarelli

VARIA

Santé et genre dans un métier mixte: l'énigme des facteurs / Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller

CONTRECHAMP

Travail et entreprise à l'heure de la distanciation physique / Mateo Alaluf

NOTES DE LECTURE

Des soignants pris en tenaille entre la pandémie et les réformes néolibérales de l'hôpital

Marc Loriol, Severin Muller et Stephen Bouquin

Les soignants, en première ligne dans la gestion de pandémie, ont fait l'objet de plusieurs publications en sociologie du travail. S'agissant d'une crise toujours en cours, l'équipe des *Mondes du travail* a souhaité publier une sorte d'étude pré-liminaire, entre ébauche d'enquête et récits d'acteurs (d'autres témoignages seront publiés sur le site de la revue). Les témoignages de Marie Potvain, infirmière, de Véronique Soula, responsable de la pharmacie hospitalière de Chauny dans l'Aisne et de syndicalistes CGT de l'hôpital Cochin à Paris sont représentatifs de l'expérience récente de nombreux professionnels hospitaliers. Lors de la première vague, l'irruption du virus a placé les soignants sur une ligne de crête émotionnelle, dans un équilibre fragile entre tensions et engagement, joies et peines. La confrontation à une maladie mortelle et méconnue, la désorganisation des collectifs de travail liée à la constitution d'équipes ad-hoc avec des soignants venus de différents services, voire d'autres établissements, la plus grande difficulté à gérer les fins de vie (et en partager le poids) du fait de l'impossibilité de mettre en œuvre des protocoles incluant l'équipe et les familles, la peur d'être contaminé et plus encore de contaminer ses proches (ce qui fut malheureusement parfois le cas), le manque de moyens (respirateurs, masques, gel, etc.) pour prendre correctement en charge les malades et appliquer les mesures barrière ont pesé fortement sur les épaules des soignants. Mais, en même temps, le sens de leur travail et l'importance de leur mission n'ont jamais été aussi évidents et reconnus. La situation exceptionnelle renforce un engagement déjà fort, y compris parmi celles qui n'avaient pas encore rejoint la profession (étudiantes, élèves...) ou l'avait quittée (retraités, personnes reconverties dans des activités non-soignantes...). Dans les services hospitaliers, l'urgence et l'importance des tâches à accomplir favorisent des relations professionnelles plus informelles, une ambiance de solidarité et d'implication collective, y compris avec les habitants et les entreprises des territoires couverts par les établissements. Face aux difficultés et à l'incertitude, la capacité des équipes de soins à réagir ensemble pour trouver des solutions inédites et adaptées au contexte local renforce le moral de chacun et le sentiment de participer à une œuvre collective stimulante. L'urgence a permis un temps plus d'autonomie des équipes et un moindre contrôle par les cadres et l'administration ainsi que le soutien pratique et moral des collègues venus en renfort.

C'est pourquoi, si la « première vague » a pu être subie par certains comme un traumatisme, d'autres l'ont vécue comme l'occasion d'un second souffle. Entre les rires et les larmes, les situations d'incertitude et d'urgence ont stimulé le retour à une réflexivité collective et partagée, la revalorisation du travail de soin prodigué aux patients. La possibilité (ou non) de pouvoir

• Marc Loriol est sociologue, chercheur CNRS (IDHES)

<marc.loriol@orange.fr>

• Séverin Muller est enseignant-chercheur (MCF) de sociologie à l'Université de Lille (Clersé)

<severin.muller@univ-lille.fr>

• Stephen Bouquin est professeur de sociologie (Université d'Evry - Paris Saclay)

<stephen.bouquin@univ-evry.fr>

échanger avec ses pairs sur les décisions à prendre, partager ses émotions, intégrer les nouveaux arrivants dans les équipes explique la plus ou moins bonne résilience collective (Creese et autres, 2021). Le fait d'avoir ou non des soutiens en dehors du travail, par les proches, les élus locaux et les habitants, joue aussi un rôle.

Les soignants ont généralement accepté de fournir des efforts exceptionnels : ne pas compter les heures, travailler en « mode dégradé »... Aussi quand les directions ou les tutelles ont donné l'impression de profiter de ce dévouement et de cet engagement pour faire accepter le manque de moyens et les dysfonctionnements organisationnels, la motivation s'est épuisée rapidement. Par exemple, la façon dont a été gérée la pénurie d'équipements de protection (EPI : masques, gants, surblouses...) en imposant une réutilisation excessive ou en opposant les services entre eux, a été vécue comme un premier accroc dans la confiance (Yarrow et Pagan, 2020).

La deuxième et la troisième vague ont alors été subies avec moins d'enthousiasme. Si les médecins et les soignants en savent un peu plus sur la maladie et ont mis en place des protocoles plus efficaces, par exemple pour l'oxygénation des malades insuffisants respiratoires ou les traitements par antibiothérapie, le sentiment que toutes les promesses ne seront pas tenues ou seront réévaluées à la baisse, la fatigue et les heures supplémentaires accumulées, le constat que la population respecte moins les gestes barrières peuvent conduire à une certaine lassitude, voire des frustrations. L'excitation et l'angoisse des débuts ont laissé place à l'usure et la désillusion. Les crises se suivent, mais ne se ressemblent pas.

Au manque de moyens matériels a succédé un manque d'effectifs. Si les capacités d'accueil en réanimation ont été légèrement augmentées, le personnel formé pour ces missions n'a pas suivi, d'autant plus que l'épuisement et la démotivation ont entraîné une augmentation des arrêts-maladies, voire des démissions et qu'une partie des moyens de l'hôpital a été réorientée vers la vaccination. Ce sont maintenant les pénuries de personnel qualifié que les directions et tutelles tentent de pallier de façon souvent autoritaire. L'autonomie qui avait soutenu, dans un premier temps, la mise en place de solutions collectives innovantes, stimulantes et adaptées, s'estompe au profit de ce qui apparaît parfois comme une infantilisation des équipes. Les horaires à rallonge et les heures supplémentaires s'accumulent ; des rotations de personnel sont organisées pour une adaptation au plus juste ; les rendez-vous « non urgents sont retardés » ... Le temps manque pour faire suffisamment connaissance et mettre en débat le travail et les difficultés rencontrées. Du coup, des problèmes d'organisation peuvent plus rapidement dégénérer en conflits interpersonnels. De plus, l'attribution de la prime Covid aux seuls personnels considérés comme « soignants » a fragilisé la coopération qui s'était mise en place entre les différentes catégories de salariés.

L'apparition de nouveaux clusters dramatiques, comme dans la maison de retraite de Chauny, la valse des ordres et contrordres de l'Agence Régionale de Santé (ARS), le sentiment que les efforts ne sont pas toujours équitablement partagés, les engagements non tenus, une communication politique découplée du terrain et qui vient régulièrement compliquer la tâche des soignants suscitent l'impression d'un travail « ni fait ni à faire », dans lequel on peut difficilement se reconnaître et engager sa responsabilité. Tous les témoignages convergent pour souligner les injonctions hiératiques et autoritaires

des tutelles et notamment de l'ARS. Les formidables défis posés par l'épidémie (adaptation des services à une pandémie mal connue, vaccination massive et rapide de toute une population) se heurtent à un système hospitalier fragilisé par des années de rationnement des dépenses.

La création des ARS en 2009 (qui font suite aux agences régionales d'hospitalisation) était censée répondre à un double objectif de territorialisation et de rationalisation des dépenses des établissements hospitaliers et médicaux sociaux. Mais dans un contexte de forte pression sur les dépenses publiques suite à la crise des *subprimes* de 2008, leur rôle a surtout été de répercuter au niveau local les injonctions nationales à réduire les coûts. Cela traduit une forte dépendance des ARS au pouvoir central qui peut en nommer et révoquer la direction (Pierru, 2020). Loin de rapprocher les professionnels de terrain, les élus locaux et les décideurs pour la mise en œuvre de solutions adaptées, les ARS ont au contraire, comme l'a illustré l'épidémie de Covid, accentué la rupture et personnalisé les réponses arbitraires venues d'en haut, comme l'illustre, en avril 2020, la confirmation par le directeur général de l'ARS du Grand Est, principal foyer épidémique à l'époque, du projet de fermetures de lits au CHRU de Nancy (Pierru, 2020).

La tarification à l'activité (T2A), qui visait à inciter les établissements à plus d'efficacité en rémunérant les actes en fonction d'un coût moyen constaté par grandes catégories de pathologies, avait déjà conduit à faire prévaloir une logique étroitement gestionnaire sur les logiques médicales et soignantes (Loriol, 2018). En privilégiant les actes et les interventions les plus « rentables », en poussant les services à se débarrasser (souvent vers d'autres services ou établissements) des patients qui coûtent plus qu'ils ne rapportent, en développant la flexibilité (polyvalence, intérim, emplois précaires) et les flux tendus, ces pratiques avaient, dès avant la crise, fragilisé les solidarités collectives. Elles avaient réduit le sens du travail soignant et sa reconnaissance et augmenté le travail administratif et de traçabilité au détriment du temps passé au lit du malade. Finalement, cela n'a pas empêché les établissements hospitaliers les moins avantagés (environnement social dégradé, moyens techniques et humains insuffisants, spécialisations médicales moins rémunératrices) de voir augmenter inexorablement leur endettement. Les principaux « gagnants » ont été les autorités de tutelle (et notamment les ARS) qui ont trouvé dans ces outils un moyen commode d'affirmer leur emprise sur les établissements et de maintenir un contrôle à distance de l'activité. Ces transformations de la gouvernance des hôpitaux expliquent la faible résilience du système de santé face au Covid et la défiance largement exprimée à l'encontre des ARS et des décideurs politiques.

Références

- Creese, J.; Byrne, J.-P.; Conway, E.; Barrett, E.; Prihodova, L. & Humphries, N. (2021) "We All Really Need to just Take a Breath": Composite Narratives of Hospital Doctors' Well-Being during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), pp. 20-51.
- Loriol, M. (2018). L'irrationalité du NMP : le cas de l'hôpital et de la police, *La Revue des Conditions de Travail*, Le travail dans la fonction publique, ANACT, n°8, pp 47-57.
- Pierru F (2020) Agences régionales de santé : mission impossible. *Revue française d'administration publique*, 2 (174), pp. 385-403.
- Yarrow, E. & Pagan, V. (2020). Reflections on frontline medical work during COVID-19 and the embodiment of risk, *Gender, Work & Organization*, vol 28, 1, pp 89-100.

Infirmière et étudiante en anthropologie

Infirmière de formation initiale, j'ai continué à exercer ce métier à temps partiel tout en réalisant un master d'anthropologie. C'est ainsi que mon travail dans un hôpital de banlieue que je côtoie depuis 2015 est devenu un terrain de recherche. Lorsque la crise sanitaire a débuté, j'ai commencé à tenir un journal de terrain¹. J'ai d'abord navigué entre quatre services dits *COVID* différents de mars à juin 2020 en tant qu'infirmière de nuit, pour ensuite travailler principalement de jour au sein de services plus variés pour finalement demeurer en médecine interne et maladies infectieuses, principal service accueillant à temps plein des patients atteints de la COVID-19. D'abord exutoire, ce carnet de terrain m'a permis de m'exprimer sans filtres et selon un point de vue très personnel.

Dans mon hôpital, la « *première vague* » a été pour certains vécue comme un traumatisme mais pour d'autres comme un second souffle. Dans ce grand branle-bas, les habitudes ont été bousculées et certains ont retrouvé du sens face à l'épreuve. De nouveaux défis se sont profilés. Seulement, au fur et à mesure, les moyens ont diminué, le personnel s'est épuisé et l'enthousiasme et les attitudes volontaristes ont laissé place à la colère et à des formes de résistances et d'oppositions renouvelées dans la défiance. Le mécontentement, déjà fort dans ces professions avant la crise, s'est accru, la souffrance également. Comme les autres, j'ai souffert, ri, pleuré, angoissé, été en colère ou pris de désarroi avec mes collègues. J'ai réconforté des patients et leurs familles, ou les ai accompagnés dans la mort et le deuil.

Depuis plusieurs années, le système de santé français s'essouffle, se dégrade, notamment du fait de la succession des plans d'économies imposés aux hôpitaux. Les conditions de travail se dégradent, la maltraitance devient institutionnelle tant envers les patients qu'envers les soignants, et la perte de sens au/du travail devient prégnante. Cette dégradation se traduit par un manque de valorisation de la profession, des horaires toujours plus contraints, un manque chronique de matériel, une faible reconnaissance de la pénibilité au travail. C'est dans ce contexte de perte de sens qu'est arrivé en France le SRAS-COV-2. Étrangement, malgré les diverses et violentes réactions qu'elle a pu engendrer (peur, désarroi, déni, refus, colère...) cette maladie a parfois pu constituer un renouveau. Ainsi, l'arrivée de la COVID-19 a permis pendant quelques semaines le retour à une réflexivité constante, partagée et évolutive, mais aussi de repositionner dans son rôle global le soignant autour du soin aux patients. Cependant, la chute n'en a été que plus grande : alors que les soignants s'investissaient à nouveau dans leur travail, ils renouaient avec les valeurs du soin. La fin de la première vague a cependant mis brutalement fin à ces élans, la tendance étant au « retour à la normale ».

La méconnaissance de la pathologie lors de son arrivée en France a favorisé l'implication des soignants à travers un apprentissage expérientiel quotidien. Ils ont dû réapprendre à être attentifs aux symptômes des patients mais aussi à leurs ressentis : « Quand ça a commencé, à part quelques données venues des autres pays, on n'avait rien. On a dû être guidé un peu par les patients. On a appris avec eux. Il a fallu remettre la clinique au centre, faire le

1. Des extraits ont été publiés sur le blog collaboratif et descriptif « <https://anthropocorona.org/blog/> ».

lien entre cette clinique, le vécu du patient, les données qu'on avait pour avancer. » (Médecin, service de médecine interne, septembre 2020). La position centrale du patient a été largement réaffirmée au cours de la première vague. Les équipes ont ainsi dû affiner leur savoir expérientiel de la maladie (détecter les signes d'aggravation) et y mêler les perceptions et sensations des patients, afin de recréer une connaissance globale de la maladie, endogène et exogène, permettant une prise en soin plus efficace et d'anticiper la dégradation de leur état clinique.

« Dans la chambre de Mme F. j'entends le bouillonnement du barboteur, un flux d'air constant, presque sifflant. Elle est sous oxygène. Sa respiration est forte, saccadée, sifflante. [...] Je lui demande comment elle se sent : "ça allait mieux ce matin, là j'ai l'impression d'avoir une enclume sur la poitrine, quand je me lève, je ne peux plus reprendre ma respiration". En prenant ses constantes, sa saturation en oxygène (taux d'oxygène dans le sang) semble se maintenir : 95% sous 5L (O₂/min). Mais sa fréquence respiratoire (FR) est à 32 rpm (respirations par minutes). En ajoutant à cela son impression de pression dans la poitrine, il y a de fortes chances qu'elle s'aggrave dans les heures à venir, que sa saturation chute. Je rajoute 1L d'oxygène et je prévient le médecin. » (Note de terrain, avril 2020)

Dans cette situation, l'état clinique de la patiente n'était pas significatif. Ses paramètres vitaux (saturation et FR) ne permettaient pas au début de la crise une prise de décision franche. L'augmentation de la FR est un signe de difficulté respiratoire qui à lui seul ne suffisait pas à la prise de décision. C'est donc le témoignage du patient rendant compte de sa sensation de mal être qui prend la part significative et qui a confirmé à l'infirmière le risque de dégradation de son état clinique. La conjugaison de ces deux paramètres l'ont poussée à prendre une décision et à agir en conséquence.

Dans les premiers temps de la crise, les professionnels de santé ont dû remettre à jour leurs connaissances presque quotidiennement à la fois en s'appuyant sur leur expérience, les dires des patients, mais aussi en allant chercher des informations actualisées et en les partageant. Un réseau de mutualisation des informations s'est mis en place en intra et en inter-hospitalier. Des groupes sur des réseaux sociaux (principalement *WhatsApp*) se sont créés au moment de la pandémie permettant, en intra-hospitalier, notamment pour les infirmières et aides-soignantes de recevoir en continu de nouvelles informations sur les protocoles et les changements, même sur leurs jours de repos. De même, en inter-hospitalier, des médecins de différents hôpitaux échangeaient des informations, des idées, des conseils quant à l'évolution et la prise en charge de la maladie. Ces échanges sur les réseaux ont aussi eu pour effet de brouiller un peu plus la limite entre vie professionnelle et vie personnelle, amenant une charge mentale et une charge de travail supplémentaire, faisant parfois entrer l'hôpital et le patient au domicile des soignants. Car ces réseaux ont aussi été largement utilisés par les soignants pour prendre des nouvelles des patients instables et communiquer les décès et les guérisons. Ainsi, alors que la période était marquée par l'isolement social, les retours sur les repos, la réquisition des soignants et l'absence de loisirs (liés au confinement), le patient a souvent fait l'objet d'une forme de surinvestissement : « C'est dur, des gens meurent et on tâtonne. On pleure parfois... mais j'apprends des choses nouvelles, je prends de nouvelles initiatives, je donne tout ce que je peux pour aider les patients et c'est bizarre, mais moi ça m'aide. Même si j'aurais préféré

d'autres conditions, j'ai à nouveau envie de travailler et de m'investir. » (Lola, infirmière, avril 2020). Ainsi, la place centrale du patient dans les soins a été réaffirmée ainsi que son rôle actif dans l'approvisionnement de la maladie. De plus, l'isolement social des malades souvent privés de visites, l'augmentation des effectifs et la survalorisation des tâches en situation de crise ont favorisé une plus grande disponibilité psychologique des soignants, leur permettant de redonner du sens à la relation soignant-soigné. En recentrant le soin autour des patients, en favorisant l'échange inter-équipe, en revalorisant l'acquisition de savoirs expérientiels spécifiques, les soignants ont pu se réappropriier leur profession, apprivoiser l'inconnu, montrer une forte capacité d'adaptation et de réorganisation, apprendre vite et en continu. En quelques semaines, ils ont pu de nouveau investir le sens global du projet de soin, le penser en équipe, quotidiennement. Cependant, ceci n'a pu se maintenir que quelques semaines, le temps d'une réorganisation globale de l'hôpital, des services et des équipes.

La pandémie a entraîné une restructuration globale des services hospitaliers. Il fallait libérer des lits pour hospitaliser les patients atteints de la COVID-19. Suite à l'annulation de toutes les opérations, les services de chirurgie ont été mobilisés et transformés en unités COVID. Les services de médecine ont pour la plupart été fermés et transformés. Au plus fort de la crise, seuls fonctionnaient la cardiologie et la neurologie (qui ont fusionné), la gastrologie-rhumatologie, les services de pédiatrie et de maternité. Il a donc fallu s'adapter, rapidement :

« Quand l'Agence Régionale de la Santé (ARS) vous appelle et vous dit que pour le lendemain vous devez avoir ouvert tant de lits COVID, vous n'avez pas le choix, vous le faites, sinon c'est votre boulot que vous perdez, vous voyez ? Mais parfois on partait le matin, les choses étaient dans un certain ordre et on revenait le soir, on n'avait pas été prévenu, mais des services avaient fermé et d'autres ouvert en COVID, il fallait tout d'un coup trouver plein de personnel en plus... [...]. Le jour, beaucoup de décisions sont prises et on n'est pas forcément informés avant d'arriver au travail. Mais oui, ça a été de gros challenges, des heures de casse-tête pour arranger le planning, pour que ça roule, mais on y est arrivé et c'est ça le mieux. On a eu au total plus de 200 patients COVID sur une dizaine d'unités spécialisées et en USLD il y avait déjà presque 50 lits, alors ça doit faire 250 lits COVID remplis sur la période. [...] Mais vraiment ça s'est réorganisé très vite : on a supprimé la pneumo[logie], l'onco[logie], toute la chirurgie aussi parce qu'on avait besoin du personnel pour aider en COVID. On avait tous les jours des informations nouvelles qui changeaient tout le temps. On a eu du mal à suivre quand même. Mais là voilà, plus qu'une unité et on croise les doigts pour ne pas que ça redémarré. Enfin, ça va redémarrer, mais on espère, pas tout de suite et pas pendant les vacances, quand les agents seront partis. Septembre, ça serait plus facile pour s'organiser, mais bon, ce n'est pas sur commande, alors on avisera encore, on palliera, on s'organisera, en espérant que les agents soient près à renquiller... ça va aussi dépendre des politiques tout ça... » (Cadre de nuit, juin 2020)

Lors de la première vague, les unités COVID ont été rapidement pourvues en personnel. Après des difficultés de mise en place et d'organisation sur les premières semaines, les effectifs infirmiers ont été quasiment doublés pour le jour et quadruplés pour la nuit : en temps normal nous comptons deux infirmières le jour et une la nuit pour 25 patients. En service COVID, l'effec-

tif est passé à quatre infirmières de jour comme de nuit pour le même nombre de patients. Pour les aides-soignantes, nous sommes passées de trois le jour et deux la nuit à quatre également. De plus une aide-soignante a été rajoutée de jour, deux pour la nuit. Ceci a été rendu possible par la fermeture des unités, libérant le personnel pour travailler en COVID, mais aussi par la recherche de volontaires aux seins d'autres services (ceux qui n'étaient pas directement impactés par la COVID). La fusion de services a divisé par deux le nombre de patients de chaque spécialité, libérant ainsi des soignants disponibles pour travailler dans les unités COVID (pas toujours de leur plein gré). Enfin, les étudiants infirmiers ont renforcé les équipes, tout comme les vacataires, les intérimaires. Pour les médecins, ce fut sensiblement le même processus : la fermeture des services a libéré des médecins et internes pour qu'ils puissent travailler en secteur COVID. Cependant, ils n'ont pu être suppléés par des contractuels horaires et ont dû se relayer jour et nuit en effectif limité. Alors que d'ordinaire seul un interne de garde gère tous les services de médecine de l'hôpital durant les nuits, lors de la première vague, un médecin de garde et un interne de garde supplémentaires étaient présents spécialement pour les unités COVID. Aussi, un médecin référent par unité était présent sur toute la durée des week-ends (les médecins de garde partaient plutôt vers 13h, une fois les problèmes du jour réglés). Grâce à ces renforcements, les prises en soins ont gagné en efficacité sur la période, permettant de stabiliser les procédures. A posteriori, beaucoup de soignants ont reconnu l'apport de personnel lors de la première vague leur a permis de faire preuve de résilience et de continuer à travailler malgré la pression et l'épuisement tant physique que psychologique. Il devenait moins difficile de passer le relais ou de compter sur l'appui et le soutien des collègues :

« En mars, on était plus nombreuses. Oui c'était la merde, oui on en a chié. On était épuisées, mais différemment. Parce que quand tu avais une galère, tu n'étais pas seule. On était assez nombreuses pour gérer les urgences et assurer la continuité des soins, on était assez pour pouvoir être au moins deux infirmières et une aide-soignante autour d'un patient qui va mal. Là, on n'est plus assez, on s'épuise autrement, c'est presque pire pour nous alors que la situation sanitaire s'améliore. [...] Et puis, on pouvait échanger, parler, s'informer entre nous. En plus, en mélangeant les équipes, on a appris les uns des autres. Aujourd'hui, c'est plus le cas... enfin moins... » (Infirmière, septembre 2020).

Lors de la première vague, les réaffectations des services ont entraîné la fusion des équipes, redistribuant les rôles et permettant la mise en place de nouvelles dynamiques autour du transfert de connaissances et de la révision des pratiques. L'encadrement était débordé par les questions structurelles et administratives : ouverture de lits, pourvoir les unités en personnels, essayer de suppléer au manque de matériel, mettre en place des protocoles permettant de rationaliser l'usage du matériel, mettre en place des cellules psychologiques de soutien pour les équipes. Leur focalisation sur la résolution des problèmes à l'échelle de l'hôpital et la réponse aux objectifs fixés par l'ARS a favorisé l'autonomisation des équipes pour l'organisation interne. L'urgence de la situation a incité les soignants à se réorganiser rapidement, sans nécessairement passer par une validation de la hiérarchie. La confiance suscitée par la situation a eu pour corollaire de renforcer la cohésion au sein des équipes mais aussi l'estime de soi :

« Au début, la cadre nous disait que tant que ça roulait, elle nous faisait confiance. Elle n'avait pas trop le temps en plus... Nous, on s'est géré, on a trouvé ce qui marchait nous-mêmes, on a vu avec les infirmières hygiénistes, et les docteurs étaient ok, alors on a gardé ce système [en binôme], on a construit notre orga nous-mêmes » (infirmière, juillet 2020).

L'insistance sur le « nous-mêmes » traduit une certaine fierté liée à leur capacité d'autogestion et d'innovation. D'autres catégories professionnelles y participent : les infirmières hygiénistes ont joué le rôle de conseillères ; les médecins ont été prégnants dans cette réorganisation globale de l'hôpital, impactant tant les secteurs du haut de la hiérarchie que les équipes au plus près des malades. Leurs connaissances et leur statut permettaient de trancher en cas de désaccord, d'orienter les prises de décision, de conseiller en cas d'incertitude, mais aussi d'imposer des pratiques.

Dans la plupart des services COVID de l'hôpital où s'est déroulée cette enquête, c'est le système en binôme qui a primé. Là où d'ordinaire les infirmières sectorisent les soins (c'est-à-dire se partagent le nombre de patients) et réalisent presque seules leurs tours de médicaments et de constantes (tension, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire), la majoration des effectifs en COVID a permis la division des tâches, rendant les surveillances plus efficaces et diminuant le risque de contamination :

« Ce soir, comme la plupart des soirs depuis quelques temps, je suis avec une collègue que je connais. Quand c'est comme ça, on ne sectorise pas, on travaille ensemble. Alors, au lieu d'être chacune dans son coin avec ses 7 patients, on en a 14 mais à deux. Maud me dit qu'elle préfère faire « une qui prépare-une qui rentre », même si on finit toujours par s'échanger les rôles au milieu, parce que rester dehors à préparer c'est parfois un peu long. Du coup, elle reste dehors et prépare le matériel, les médicaments, les injectables et moi je rentre et je m'occupe du patient. C'est pratique, comme ça, une fois habillée pour rentrer dans la chambre (charlotte, gants, surblouse, masque FFP2, tablier plastique) je n'ai plus besoin de ressortir et si j'ai besoin de quelque chose, je le lui demande. On limite comme ça ce brassage du virus et on use moins de matériel... comme on manque de tout je garde la même tenue pendant tout le tour, sauf le tablier plastique. Quand je rentre dans une chambre je mets un nouveau tablier plastique et quand je sors je le retire systématiquement. C'est la nouvelle consigne pour essayer d'être un peu plus propres. Pour le coup, cette consigne-là, on l'applique assez bien. Du coup je sors, je jette mon tablier plastique, j'enlève mes gants, je me lave les mains en expliquant à Maud ce qui s'est passé dans la chambre. Elle note les constantes, nettoie le tensiomètre, récupère mes déchets et me donne la suite des médicaments en m'expliquant chez qui je vais, ce qu'il a et ce qu'il y a à faire. Je remets un tablier propre, je rentre. Pendant ce temps, elle nettoie et jette les déchets et prépare la suite des médicaments pour le patient suivant. » (Note de terrain, avril 2020)

Ce système a été le plus utilisé au sein d'équipes qui se connaissaient bien. Il favorise le dialogue, la communication et les deux soignants disposent ainsi des mêmes informations. C'est principalement ce critère qui a permis d'obtenir le soutien du corps médical. Le travail en binôme permettait de centraliser les informations et facilitait la communication avec le médecin qui pouvait s'adresser à l'une ou l'autre de façon indifférenciée. Le binôme vise aussi l'économie de temps et de matériel. Ce système n'a cependant pas pu perdu-

rer après la fin de la première vague, car une fois la crise partiellement maîtrisée, l'hôpital s'est restructuré selon son ancien mode de fonctionnement. Les effectifs ont diminué et les organisations ont été revues par les cadres des services estimant que le binôme infirmier entraînait en conflit avec certains principes de la profession d'infirmière, notamment l'obligation de préparer soi-même les médicaments que l'on administre à un patient, et que l'heure n'était plus à l'économie de matériel puisqu'à partir de septembre, les services accueillant des patients atteints de la COVID-19 ont été largement pourvus.

Ces multiples réorganisations, malgré les difficultés qu'elles ont engendrées (pertes de repères, éclatement des équipes, angoisses, etc.), ont permis aux soignants d'investir de nouveaux espaces d'autonomie et de nouvelles capacités d'action. Elles ont favorisé des socialisations auprès d'autres soignants et une communication plus efficace, tant sur le plan technique qu'affectif et relationnel. La co-construction des savoirs et des organisations par le partage d'expériences et de ressentis a permis de resouder des liens autrement diffus dans l'hôpital et segmentés par spécialités. L'intensité émotionnelle de la période a aussi favorisé ce regain d'intérêt pour l'autre. La restructuration des services a renouvelé les échanges et redistribué les cartes dans un environnement où le service et l'équipe sont d'ordinaire un repère presque monolithique. Notons cependant que les personnes n'entrant pas dans le cadre de la coopération et de l'effort collectif d'adaptation ont souffert d'un plus grand isolement et ont été mis à l'écart. Une fois la crise passée, ils ont réintégré leurs équipes et les anciens modes de fonctionnements ont repris cours.

Mais ce qui a fait la force des équipes nouvellement créées et qui pousse aujourd'hui les soignants à idéaliser la période de la première vague est son aspect éphémère et exceptionnel. Les inimitiés n'ont pas eu le temps de se pérenniser et de se transformer en griefs, tandis que les rapprochements liés au partage d'une expérience aussi émotionnellement forte demeurent dans les souvenirs et anecdotes, qu'ils se remémorent le plus souvent sur des notes joyeuses, comme si l'aspect dramatique de la situation telle qu'elle a été vécue avait disparu, édulcoré par le temps. Ainsi, lorsque la crise s'est apaisée et que le retour aux anciens fonctionnements s'est imposé, c'est autour de la résonance avec cette expérience idéalisée de la première vague que se sont cristallisées les tensions.

L'urgence de la situation avait légitimé les réorganisations : « C'est vrai que sur l'hôpital, il y a eu beaucoup de changements et on a tous dû s'adapter très vite. Moi je trouve que pour ça les équipes de l'hôpital ont vraiment été super. Bien sûr il y a eu des réticences, mais il fallait que ça tourne, que ça avance, on a tout chamboulé et tout le monde a vite réagi et s'est vite adapté. » (Cadre en santé, Juin 2020). En juin 2020, Georges, un aide-soignant relate le déménagement du service de neurologie pour l'ouverture d'une unité COVID supplémentaire :

« La cadre et la cadre sup se sont pointées toutes les deux, il devait être à peu près 17h, c'était fin mars. Là, elles nous ont annoncé qu'on déménageait les patients en cardio. Mais tout de suite, maintenant. On avait commencé à vider l'unité en prévision, ça devait arriver dans le week-end. Mais là, c'était le mercredi, et il fallait déménager les patients, un par un, les emmener en haut. C'était presque l'heure des repas, je te dis pas le bazar ! En plus du coup il fallait emmener les patients en haut mais ici il fallait nettoyer toutes les chambres pour que ce soit prêt à accueillir les nouveaux patients ! Alors for-

cément on n'était pas contents, on a râlé mais entre nous seulement et surtout on s'y est mis. C'est le COVID, c'est quand même un cas de force majeure, alors on a fait ce qu'il fallait vite et bien. Enfin, on a quand même fait des heures sup' mais ça aurait pu être pire, on a bien géré. ». (Aide-Soignant, Juin 2020)

L'exceptionnalité de la situation conduit dans un premier temps à mettre de côté la défense des conditions de travail, mais la crise du matériel et le changement fréquent des directives ont par la suite introduit une fracture entre les équipes et les instances encadrantes :

« [...] nous apprenons par l'équipe de jour que désormais nous ne devons plus jeter les surblouses en papier à usage-unique dont nous faisons déjà des usages multiples pour les économiser au risque de nous contaminer dans la manœuvre [...] Dorénavant ces blouses seront mises dans des sacs et... lavées ! [...] Nous sommes tous plutôt dubitatives. Quelques-unes de mes collègues s'énervent même. "Non mais c'est n'importe quoi ! On nous prend vraiment pour des cons !" S'insurge Agnès, ma collègue infirmière. Carry, ma collègue aide-soignante me regarde enlevant les yeux au ciel : "Nos tenues sont lavées d'ordinaire à 90 degrés minimum, regarde ces blouses, déjà qu'elles se craquent quand on les enfle tellement elles sont fines, mais là elles vont fondre !" ». (Note de terrain, avril 2020).

« Après les transmissions, je me dirige vers la salle de soin et m'arrête net devant la porte. Je regarde ma collègue de travers : « *Non mais sérieusement ?* ». Elle hausse les épaules et penche la tête en soupirant d'un air désabusé. Une jolie pancarte toute neuve sur la porte nous explique que le port de gants n'est plus obligatoire pour les patients COVID, sauf si nous réalisons des soins le nécessitant. Étrange que cette information arrive alors que depuis deux jours l'hôpital est en pénurie de gants ! Je reste sceptique. N'étant pas convaincues par l'information, avec mes collègues, nous en faisons fi. » (Note de terrain, mai 2020).

Le ton est amer et la réaction émotionnelle. Il semble que l'accumulation des contraintes, la charge de travail et le système de communication des informations empêchent ici l'adhésion des soignants aux décisions. Celles-ci étaient la plupart du temps distillées au compte-goutte et diffusées par les pairs avec, scepticisme, ou découvertes fortuitement. Sans explications ni échange, ce sont souvent le refus et la suspicion qui ont primé. En effet, le manque de matériel a été la cause de nombreux conflits. De plus les mésusages du matériel ont largement été appuyés, voire conseillés par l'encadrement dans une optique d'économie, tandis que d'ordinaire ils sont l'objet de réprimandes et rappels à l'ordre. Certains soignants avaient le sentiment de se mettre en danger, de mal faire leur travail, d'être à nouveau contraints à l'abandon d'un idéal professionnel. Alors que la crise a permis de renouer avec le sens du soin d'un point de vue relationnel, de retrouver de l'intérêt grâce l'apprentissage constant et au partage, c'est finalement dans les pratiques liées à l'hygiène que se sont cristallisés les mécontentements. « On utilise le matériel n'importe comment, les cadres nous poussent à avoir des pratiques qui nous mettent en danger et mettent en danger les patients, je suis écœurée. » (Aide-soignante, avril 2020). Par-delà ce sentiment d'écœurement, le scepticisme de mes collègues et moi-même dans ces situations, est une véritable défiance qui s'est construite envers la hiérarchie.

Ces mauvaises pratiques et ces mésusages ont laissé des traces à moyen terme. Les services COVID ont progressivement fermé les uns après les autres. Pendant plusieurs mois, la valse des « ouvertures-fermetures-réassignations » a instauré un sentiment général d'incertitude et de lassitude. Petit à petit, au grand désespoir des soignants, les services ont été dépourvus en personnel. Le retour à une pseudo-normalité est venu renforcer le sentiment d'abandon des équipes, se sentant de nouveau agies alors qu'elles étaient agissantes pendant la crise. Ainsi, lorsque la première vague a faibli, que les services ont été pourvus en matériel, les résistances initiales face à la limitation de l'usage des fournitures se sont transformées en résistance face au gâchis et à la perte de temps entraînés par les nouvelles directives, remettant pourtant en place les « bons usages ».

Après la première vague, les soignants ont dû trouver une fois de plus un nouvel équilibre, mais dans un contexte renouvelant la perte de sens, ce qui a accentué les résistances directes et les résistances tacites de désinvestissement. Le retour à une pseudo-normalité a été vécu comme un retour en arrière, voire une régression. Ainsi, la deuxième vague n'a pas créé autant d'émotions que la première. L'excitation et l'angoisse des débuts ont laissé place à la lassitude : « La première vague, il y avait du challenge, c'était nouveau, on avait envie, fallait tout réapprendre. Là on connaît, on sait que c'est chiant et on en a marre, on veut passer à autre chose. » (Infirmière, septembre 2020). C'est essentiellement a posteriori que la première vague prend une dimension nouvelle à travers la formation de souvenirs collectifs idéalisés. Cette immersion brutale et intense a permis de retrouver du sens dans une profession qui s'essouffle. Mais le sens s'est à nouveau perdu. La COVID-19 entre doucement dans les mœurs : elle vient s'ajouter à la charge de travail ordinaire qui précédait son arrivée. Quant aux services COVID, lors de la deuxième vague, ils sont organisés de façon presque protocolaire et une forme de routine s'est à nouveau installée : « le COVID, ce n'est même plus intéressant. C'est toujours un peu pareil, avant au moins on avait des patho[logies] différentes, ça changeait un peu, là c'est juste casse-pied. » (Infirmière, novembre 2020). La routinisation s'installe à nouveau, s'accroît même dans ce service ne traitant plus une spécialité mais une pathologie. Au milieu de ce tumulte, la question du sens tente de se frayer un chemin, mais il est sinueux et labile et finit la plupart du temps par être balayée par la pression d'un quotidien toujours plus écrasant. Cependant, des enseignements sont à tirer de ces deux premières vagues et de la période de latence qui les a séparées. Tout d'abord, la crise sanitaire n'a pas durablement autonomisé les équipes qui dépendent toujours d'une autorité dont les décisions ne sont pas toujours motivées par des questions sanitaires. Elle a en revanche permis une modification contingente des dynamiques relationnelles favorisant la coopération et renforçant l'apprentissage par les pairs. Les équipes ont pu, au début, se souder autour de valeurs de métier et du sentiment de partager une épreuve, pour faire face à la violence de la crise.

Entretien avec Véronique Soula

Pharmacienne hospitalière, hôpital de Chauny

Propos recueillis par Marc Loriol

On a commencé à être alerté dès la fin février. Et le 15 mars, il a été question de porter des masques, mais uniquement dans les services de soins contaminés. À la pharmacie, j'ai décidé que nous devons aussi porter des masques, parce qu'on se déplace dans les services de soins, qu'on reçoit du public et que l'on s'occupe des piluliers. Nous avons pris des mesures drastiques dès le départ, avant même qu'on nous le demande. Nous avons transformé la pharmacie en bunker, avec des mesures d'évitement, pour ne pas y faire rentrer le virus, car une contamination sur ce service prestataire serait catastrophique ! Les retours de médicaments, les piluliers, les chariots, tous les objets qui pouvaient être contaminés n'y pénétraient plus et nous ne nous déplaçons plus que dans les EHPAD, préservés à ce moment-là, pour faire le scannage et les piluliers. Et les personnes extérieures n'avaient plus le droit non plus de rentrer dans la pharmacie. On s'est arrangé avec les unités de soins : Les infirmières scannaient les listings des dotations et les traitements des patients repartaient dans les services en sachets nominatifs, plutôt que dans des piluliers.

Et ça a été un véritable bras de fer avec notre administration et notre direction, parce que les directions sont très à l'écoute de notre tutelle, l'Agence régionale de santé, qui donne les ordres. On manquait de masque à cette époque-là, mais on ne le disait pas. C'est pourquoi il était interdit de porter des masques dans « les zones où ne circulait pas le virus ». J'ai obligé le magasin général à nous donner des masques. Un virus qui passe par les voies respiratoires, il peut être partout, il peut circuler vers des endroits où il n'est pas encore ! Je voulais une protection maximale. Déjà, parce qu'on n'est pas une grande équipe, si un agent était malade et en contaminait d'autres, on fermait la pharmacie ! On est quand même un service central. On donne les médicaments qui soignent les patients. Donc, il ne fallait pas qu'on soit en panne d'effectifs et que l'on ne puisse plus donner les médicaments. Cela a bien été compris par mes confrères médecins et l'encadrement. Je n'ai eu aucun mal à faire valoir les mesures drastiques qui ont été prises. Aux quelques infirmières qui ne comprenaient pas pourquoi on avait des masques alors qu'elles avaient du mal à en avoir, je leur disais « faites le forcing auprès de votre cadre référent. » Cette mesure était anticipative, parce qu'après, le masque est devenu obligatoire. Au mois de mars, pour la maison de retraite, nous avons aussi fait pression sur l'ingénieur qui distribue les masques et obéit aux ordres des directions. Je lui ai dit : « si vous ne masquez pas les soignants des maisons de retraite, ça peut être un génocide et vous serez responsable ! » Le virus circule partout et les agents de la maison de retraite peuvent le ramener aux résidents. Avec une collègue syndicaliste, on a emmerdé tout le monde, mais on a obtenu que les infirmières et aides-soignantes portent un masque !

Ce qui a été préconisé par la Haute Autorité de santé (HAS), en mars 2020, ça a été d'utiliser comme traitement un antiviral très onéreux, 800 euros la cure. Il y avait aussi le fameux traitement du docteur Raoult qui était bien moins cher, 4 euros, et dont les effets secondaires étaient bien connus, vu qu'il avait été pris par des millions de personnes depuis longtemps. Ce traitement désavoué dès le départ a été celui que nous avons choisi à Chauny ; on a décidé de prendre ce traitement là en suivant le protocole du professeur Raoult, en début de pathologie, bien sûr avec un suivi cardiologique hyper strict. On a eu des bons résultats, des patients qui ont guéri. Ils auraient peut-être guéri tous seuls, on ne saura jamais ! Et quelques mois après, l'OMS et la HAS ont désavoué l'antiviral onéreux mettant en cause sa trop faible efficacité contre la Covid. Puis, à la deuxième vague, il y avait eu des avancées sur l'utilisation d'autres antibiotiques et on a pu avoir des protocoles plus efficaces. Au début, on n'avait surtout pas le droit d'utiliser des corticoïdes, et après, ils se sont rendu compte que c'était mieux. Il y a d'autres choses qui ont été ajoutées à l'arsenal thérapeutique.

À la pharmacie, en mars, une des préparatrices a perdu son papa du Covid. Il s'était fait opérer de la cataracte le jeudi et le dimanche, il est allé voter. Et dès le mardi, il a eu des symptômes. Il a été amené en réanimation quasiment directement et la préparatrice n'a plus jamais revu son père. Ça nous a vachement touchées. Le moral était parfois très bas. Elle faisait le lien entre l'hôpital et sa famille, c'est elle qui devait prendre des nouvelles pour tout le monde. Un soir, je la vois dans la salle de pause en larmes ; j'ai compris alors que son papa était décédé. Je suis allée chercher ses collègues ; on ne se sentait pas bien ; nous avions de la peine de la voir comme ça, démunies de ne rien pouvoir faire. On ne pouvait même pas la prendre dans nos bras ; ça a été très dur de la regarder derrière nos masques ! C'est des moments qui nous ont marquées et soudées en même temps ! Une autre préparatrice a aussi perdu sa maman d'un cancer, c'était horrible la fin de vie. On a passé vraiment une année terrible avec des moments difficiles comme ça, mais aussi des moments de joie, de liesse, des fous-rires pour rien... C'était vraiment très particulier !

Au début, on a vu énormément de solidarité entre les uns et les autres. Quand il y a un fléau qui arrive, que l'on ne connaît pas, que l'on ne maîtrise pas et alors que les hôpitaux qui avaient des réanimations étaient surchargés, c'est très dur pour les médecins et les équipes. Ils étaient fatigués, découragés, mais très très solidaires les uns avec les autres. Ce qui nous a touchés également, ce sont les gens de notre petite ville de 12000 habitants, Chauny : les commerçants qui nous ont donné des chocolats, des pommes d'amour, des viennoiseries ... au mois de mai, il faisait beau, des forains sont venus s'installer à côté de l'hôpital pour faire gratuitement des gaufres, des crêpes, des glaces pour tous les soignants. Donc, il y avait cette ambiance, ça donnait un petit air de vacances, de gaieté, ça nous faisait plaisir, ça nous rassurait. Il y avait même des dessins d'enfants qui nous remerciaient de faire ce qu'on faisait. Et nous, à la pharmacie, on a été logés à la même enseigne, aussi bien par nos collègues des services de soins. Ils ne nous voyaient pas comme des planqués parce que nous étions à la pharmacie. Même si nous avons pris des mesures de protection, ça a

été hyper bien reçu parce qu'on a tout fait pour les aider. Il y a aussi des usines, dans la région, qui ont fabriqué des solutions hydro-alcooliques pour nous les donner. Ce n'était pas la norme à ce moment-là de les accepter, mais nous, on a regardé les formules et on les a acceptées plutôt que de rien avoir, parce qu'il y avait pénurie chez notre fournisseur. Donc, on a eu beaucoup de solutions hydro-alcooliques, de crèmes pour les mains... Il y a aussi le Rotary qui s'est cotisé pour nous acheter trois respirateurs. Franchement, on a été soutenus. Et ça, c'est touchant quand on galère d'avoir ces attentions là.

Nos médecins, pas très nombreux, dans un hôpital qui n'est pas très riche, qui a subi depuis dix ans des dégraissages dans les effectifs (250 soignantes et 40 médecins en moins), ont fait preuve d'une grande réactivité. On est des MacGiver, comme on dit entre nous : on n'a pas de moyens, mais on a des idées. Du jour au lendemain, une nouvelle organisation est mise en place : tel service sera Covid, tel autre non... Et franchement, ça a été incroyable, cette organisation, des urgences jusqu'aux services Covid et les autres services en aval. C'est incroyable comment ça a été bien fait ! Tout le monde était en adéquation.

Ça s'est gâté un peu par la suite, vers le mois d'avril où on a eu le plus de cas dans notre établissement, jusqu'à 65 Covid en même temps et il fallait que d'autres services se transforment en unité Covid. Il faut savoir que quand on a dans son service une chambre, a fortiori une aile, avec des patients contagieux, les précautions sont très drastiques : il faut s'habiller complètement avant d'entrer : pyjama à usage unique, charlotte, masque FFP2, lunettes de protection, sur-chaussures, puis tout jeter à la sortie et recommencer le même scénario pour la chambre suivante ! Et cette lourdeur, ça a épuisé les équipes, certains sont tombés malades. Tout le mois de mars et début avril, on était réconfortés et plutôt positifs, puis avril-mai, ça a été très très lourd. En juillet août, il y a eu une accalmie, on aurait pu penser que c'était fini. Mais dès septembre, on a bien vu que ça redémarrait. Et notre mental, il a suivi un petit peu ces courbes là. Le moral, il a fait du yoyo. Quand le service de pneumologie a été débordé et qu'il a fallu trouver d'autres services pour les patients Covid, eh bien il y en a qui acceptaient et d'autres qui n'acceptaient pas, et à chaque fois qu'il y avait une nouvelle vague, il fallait redemander. Et comme ce sont souvent les mêmes qui acceptaient et les autres qui ne voulaient jamais, ça a un petit peu compliqué les relations entre les médecins.

Avec l'histoire des masques, on nous a dit « ça ne sert à rien », puis « il est interdit d'en porter là où le virus ne circule pas », puis « il faut en porter partout »... Tout ça pour ne pas dire qu'il n'y avait plus de masques ! Là, la crédibilité de nos tutelles en a pris un coup ! Depuis le départ, c'est ressenti par beaucoup comme une double punition. La première étant la Covid, la maladie elle-même, la lourdeur, la douleur, la panique, l'épuisement, la mort, le désespoir, les chamailleries qui en découlent, les solidarités aussi, l'espoir, le rapprochement des équipes qui finalement ne se connaissaient pas bien... La seconde, imbriquée dans cette première et la plus difficile à vivre car déshumanisée, c'est la gouvernance du plus haut sommet de l'Etat jusqu'aux directions, qui, avec sans doute le sentiment d'organiser les choses, mettent le bazar et rajoutent de la fatigue et du

stress. L'ARS notamment. Ils se montrent vindicatifs, exigeants, ignorants de ce que leurs directives sont à mille lieux du terrain, nous engluant dans les chiffres, les courbes, les tableaux Excel, nous faisant crouler sous un travail administratif d'une lourdeur sans précédent, qui s'ajoute au travail de terrain (celui lié à notre profession et celui lié à la crise) avec les enquêtes, les requêtes, les mails, les prévisions, les statistiques, pour lesquels les réponses sont exigées à la seconde, alors qu'on court dans tous les sens sans les effectifs ou le matériel adéquat. Qu'ils exigent le résultat, c'est normal, mais pas le moyen de l'obtenir, car ça, c'est nous, les gens du terrain, qui savons, c'est notre métier. Est-ce qu'avant de s'attabler au restaurant, on va en cuisine pour dire au chef comment il doit faire ?

Et là, ils continuent avec le centre de vaccination à nous dire ce qu'il faut faire, ne pas faire, et à nous foutre le bordel ! Le mardi 6 janvier, on avait une réunion avec les 11 établissements du groupement pour définir une organisation de la vaccination. Le soir, je suis restée jusqu'à vingt heures pour décrire l'organisation, les treize étapes et j'envoie cela à tout l'hôpital. Le mercredi, la cellule de crise se réunit et valide l'organisation en suivant l'ordre de l'ARS : commencer par les maisons de retraite ; il faut comptabiliser les résidents qui veulent se faire vacciner et demander aux familles pour ceux qui ne peuvent pas donner leur consentement. Après cette réunion, j'arrive dans mon bureau et là, l'ordre avait changé : on devait ouvrir un centre de vaccination avant le week-end ! On était mercredi ! On n'avait encore rien organisé, ni les envois par l'hôpital pivot et réception des vaccins, ni les gens à vacciner, ni le personnel à mettre au centre. En fait, il fallait juste, pour faire bien dans les médias, ouvrir un centre de vaccination le vendredi. La France était alors montrée du doigt par l'Europe et je pense que le président de la République a été un peu vexé ! Du coup : tout le monde en ordre de marche ! Eh bien on a réussi ! On a tout fait le jeudi, et on a ouvert un centre de vaccination dans la salle des fêtes le vendredi. On a commencé en parallèle les vaccinations dans la plus petite des deux maisons de retraite et pour les usagers et le personnel, au centre de vaccination.

Dans le même temps, au sein de la grande maison de retraite, il venait d'y avoir un, puis deux cas Covid et le directeur a décidé de faire un dépistage général avant de commencer la vaccination. Et il a bien fait, car quasiment tous les résidents étaient malades et à partir de la deuxième semaine de janvier, nous avons eu les premiers décès de résidents. Le 15 janvier, il y avait déjà dix morts, une semaine après ! Et le 22 janvier, il y en avait 27. Au total, il y en a eu 30. 106 résidents sur 111 et 57 professionnels sur 70 ont été malades. On a fait un séquençage du virus et c'était le variant du Moyen-Orient. Donc là, les équipes étaient complètement par terre. Déjà parce qu'il y avait 80% de l'effectif qui était malade. Il y a des renforts qui sont venus de partout, des établissements de la région, de l'HAD, des élèves de l'IFSI, etc. Quand tu vois toute la lourdeur, le fait de devoir s'habiller, se déshabiller... Et surtout, ça a été extrêmement compliqué sur le plan psychologique. La cadre de pôle, elle est revenue là-dessus après le décès de son papa. Une cadre de proximité a eu la Covid, une autre, c'est sa maman qui en est décédée. On n'allait plus là-bas pour faire les piluliers et elles se sentaient abandonnées. J'ai vraiment dû mettre en place des stratégies pour les reconforter

et leur expliquer que je déplorais le fait de ne plus aller les aider, mais que je devais protéger mes préparatrices et de fait, le reste de l'hôpital. Comme pour l'hôpital, on a fait des sachets nominatifs pour les traitements. Elles n'avaient plus qu'à les mettre dans les piluliers, mais elles étaient tellement épuisées moralement et physiquement par ce qui se passait... On était vidé. Ce cataclysme à la maison de retraite a duré environ trois semaines et tout l'hôpital était derrière ! Alors, après l'obligation d'ouvrir le centre de vaccination dès le vendredi 8 janvier, ça a vraiment été le chaud et le froid de la part de nos tutelles. Le mercredi, on nous ordonne d'ouvrir un centre pour le vendredi, parce qu'il faut afficher qu'on ouvre des centres partout en France. Donc, on met les bouchées doubles et dès le vendredi, on va dans la petite maison de retraite et dans le centre pour commencer les vaccinations. J'ai voulu que les préparatrices et la pharmacie soient impliquées par rapport au double contrôle des doses et à la traçabilité, qu'on s'organise. Et les préparatrices, elles n'ont pas les deux pieds dans le même sabot. Tout de suite, elles ont des idées elles aussi. Ça a été un truc très complet et hyper-carré dès le départ. Je suis l'organisatrice du centre de vaccination, parce que c'est moi qui reçois les doses de l'hôpital pivot. Et, au niveau des maisons de retraite, c'est sous l'autorité du médecin de la maison de retraite.

Depuis le 12 février, on a les trois vaccins (Pfizer, puis Moderna et Astra-Zeneca). Le Pfizer, c'est le plus contraignant et au début, il ne fallait faire que cinq doses par flacon. Nous avons utilisé des petits plateaux, avec une partie où on met une étiquette avec le numéro de flacon, le lot, la date d'arrivée, valable jusqu'au tant (ça ne peut rester que cinq jours au réfrigérateur après avoir été congelé). La pharmacie commande en deux fois pour la semaine. Dans différents hôpitaux, ils avaient remarqué qu'on pouvait faire une sixième dose, mais on n'avait pas le droit. L'objectif que nous avait donné l'ARS était de vacciner 7 jours sur 7, à raison de cent personnes par jour. 700 personnes par semaine. En réunion, j'avais dit que l'on ne pourrait pas tenir la cadence avec toutes les procédures que l'on devait mettre autour : les plateaux avec les étiquettes, les seringues... le jeudi, avant l'ouverture de notre centre, je suis allée voir à l'hôpital pivot comment ils faisaient pour bien répartir les doses et les infirmières m'ont dit que la veille, le premier jour pour elles, elles ne savaient pas encore bien comment faire. Il y avait le préfet, le député, France 3 Picardie, tout un tas de monde à les filmer, les regarder pendant qu'elles étaient en train d'ouvrir le frigo, de préparer les seringues, elles étaient très mal à l'aise... Le médecin présent m'a remis leur questionnaire médical pour les personnes vaccinées. Et à partir de là, on a imaginé un circuit : les séances débutent à huit heures et demie. Pour ne pas avoir à préparer dans l'urgence, dès huit heures on fait un plateau par flacon, d'abord cinq puis maintenant six seringues par plateau préparées à l'avance et qu'il faut utiliser dans les six heures. Il y a un double contrôle entre l'infirmière et la préparatrice pour voir si les doses sont bien à 0,3 ml pour le Pfizer, 0,5 pour le Moderna et l'Astra Zeneca lors de la préparation.

Une secrétaire reçoit les gens pour la partie administrative et remise de la fiche navette qui comprend le questionnaire d'un côté et la traçabilité de la vaccination de l'autre, puis le médecin reçoit les gens pour le ques-

tionnaire et valide le passage de la personne sur le site de la Sécurité Sociale. La personne vient voir l'infirmière qui la vaccine et fait l'Identivigilance : « je vais vous demander votre nom, votre date de naissance, première ou deuxième injection ... », la préparatrice vérifie, on marque ensuite le numéro de lot du vaccin. Une fois que les gens sont piqués, on leur met un petit *smiley* sur le pull ou la veste avec l'heure d'injection, parce qu'il y a un quart d'heure de surveillance. Ils sont séparés selon les règles de distanciation et une aide-soignante leur apporte une petite boisson, une friandise. Ils n'ont pas le droit de se servir eux-mêmes et tout est emballé individuellement.

Depuis qu'on a eu plusieurs vaccins, on a fait un code couleur des fiches navette par vaccin. Le Pfizer, c'est blanc, le Moderna bleu et l'Astra-Zeneca, rose. Même les fauteuils sont blancs, bleus ou roses. On fait bien deux files différentes et on ne prend jamais trois vaccins en même temps ! On met les six dossiers par plateau dans une seule et même pochette avec les informations collées sur le plateau. C'est nous qui avons créé tout ça avec les préparatrices. Elles sont hyper-volontaires !

Alors, quand je parlais de la valse des ordres et des contrordres : la première semaine, il fallait faire cent doses par jour, sept jours sur sept. C'était le cinq janvier, ces ordres là. Et puis le jeudi 14, le soir, on est convoqué dans le bureau du directeur et on nous dit : « On n'a pas assez de doses, vous ne prenez plus de rendez-vous ». Marche arrière toute ! Le 19 janvier, on nous fait toute une démonstration pour finir par nous dire qu'il faut maintenant enlever la moitié des rendez-vous déjà pris. Et le jeudi, il fallait tout annuler, parce qu'on n'avait plus de vaccins du tout et qu'il fallait garder les deuxièmes doses pour ceux qui avaient déjà été vaccinés. La veille à 20 heures, on apprend ça pour le lendemain à 8h30 ! On a dû tout annuler.

Et là, on repart petit à petit et on est très très contingentés et on n'a pas tout ce dont on a besoin, loin s'en faut ! On les a au compte-goutte, par exemple, pour la semaine prochaine, je dois recevoir 246 doses, en deux fois. La semaine d'après je vais en recevoir 180 et celle d'après 138. Pas une de plus, pas une de moins pour la primo-vaccination. Il faut faire des multiples de six chaque jour.

Le fait d'avoir pris plein de RDV, d'avoir arrêté les RDV, pour finalement en retirer la moitié, puis les annuler totalement, ça a fichu le binz dans Doctolib. Tous les jours, on alimente un fichier Excel avec tous les gens qui sont passés, 1ere ou 2eme dose, le vaccin, le bras où a été fait l'injection, si c'est des personnels de santé ou non, de l'hôpital ou non, des plus de 75 ans, des personnes à risque, parce que l'ARS nous demande tout ça !

Depuis une semaine, on a un décalage fou entre ce qu'il y a sur Doctolib et la réalité du terrain. Rien que pour la journée du samedi 20 février, il y a eu plein d'erreurs. J'ai dû appeler 18 personnes pour qu'elles viennent à la place de gens qui n'étaient pas venus parce qu'ils n'avaient pas leur RDV. Il y a un couple qui avait RDV à 11h, je n'arrêtais pas de les rappeler et ils sont venus à 13 heures. On a dû ouvrir un flacon de Pfizer et on a dû rechercher quatre autres personnes pour finir les six doses. En tout, sur les 56 dossiers, il y a eu 30 différences avec ce qu'il y avait sur Doctolib. Les incohérences, c'est ceux qui sont venus, mais n'apparaissent pas, ceux qui ne sont pas venus, parce qu'ils n'avaient pas leur RDV et qui n'ont pas répondu

quand on les a appelés, mais qui apparaissent en première vaccination, et plus grave, en prévision de la deuxième vaccination ! Et puis il y a ceux qui sont venus parce qu'on les a appelés et dont la première vaccination n'apparaît pas. Et puis, il y a ceux qui sont venus, mais dont la deuxième injection n'a pas été prévue. Ce n'est pas que chez nous. A l'hôpital pivot, c'est le même bordel. Comme on a tellement annulé ou reporté des RDV, ça a fichu la pagaille. Et on a ouvert un centre sans moyens supplémentaires. Ces sont les secrétaires des services de soins qui viennent à tour de rôle, des vaguesmestres, des coursières, des gens dont ce n'est pas le métier et qui font d'autres choses... Et du coup, c'est ni fait ni à faire. Et en plus elles n'avaient pas accès à Doctolib, alors quand quelqu'un ne vient pas, elles ne peuvent même pas le barrer pour éviter qu'il apparaisse en première vaccination et réapparaisse pour la deuxième injection, et elles ne peuvent pas intégrer la personne qui est venue à la place. J'ai dû me fâcher à plusieurs reprises, par mails, lors de réunions, j'ai insisté sur les risques pour qu'enfin on m'écoute ; La secrétaire générale a formé un pool de vraies secrétaires à l'intervention sur Doctolib pour le centre de vaccination. Je pense qu'il faudrait faire du centre de vaccination un service à part puisque ça va durer toute l'année, avec un secrétariat à part, qui prenne des RDV comme chez le dentiste. J'ai dit que si ça ne changeait pas, je m'en tiendrais à la stricte application du rôle de la pharmacie, recevoir, répartir et envoyer les doses, mais je n'enverrai plus les préparatrices. Elles adorent ça, mais c'était tellement le merdier cette semaine, notamment parce qu'on a eu les autres vaccins par-dessus, et après une première série qui s'était plutôt bien passée, ça nous a angoissés ce pataqués. »

Epilogue : *Quelques jours après l'entretien, Véronique Soula, me rapporte une nouvelle péripétie dans ces ordres et contrordres. Après avoir lancé dans la précipitation une campagne de vaccination massive, reporté, puis annulé des rendez-vous, ce qui a désorganisé le suivi des patients vaccinés et la gestion des doses, le jeudi 4 mars, dans le cadre d'une opération « coup de poing », L'ARS annonce l'attribution immédiate d'un lot exceptionnel de 26910 doses Pfizer pour la région Hauts-de-France et demande d'en faire usage avant le dimanche soir, ce qui implique d'ouvrir le centre de vaccination samedi et dimanche. Tout le travail de programmation des séances de vaccination et des rendez-vous, de traçabilité et de sécurisation des injections, dans lequel toutes les équipes s'étaient fortement impliquées, s'en trouve remis en cause (Marc Lorient).*

Plus d'un mois après cette interview, le centre continue de tourner à plein gaz avec jusqu'à 180 vaccinations par jour. Même si nous sommes mieux organisés, notamment avec plus de codes d'accès sur le site de la Sécurité sociale, plus de médecins, les pharmaciens et les IDE qui ont des droits, des médecins qui arrivent plus souvent à l'heure, une équipe de secrétaires formées et en nombre, nous ne pouvons pour le moment faire plus de 2 files vaccinant à la fois par manque de place et d'effectifs infirmiers et préparateurs. Les pouvoirs publics continuent de nous mettre une forte pression et nous ne voulons pas abandonner tout ce que nous avons déjà mis en place en termes de garde-fou ; nous allons devoir trouver d'autres stratégies, ça ne va pas être simple, mais j'y crois ! (Véronique Soula)

Fragments d'entretiens avec Anita, Marco, Johnny, Karima, François et Christelle

Propos recueillis par Stephen Bouquin

Le terrain d'enquête est un hôpital public du sud parisien affilié à l'AP-HP avec un effectif de 5000 personnes environ. Ces notes proviennent de plusieurs entretiens avec des membres de l'équipe syndicale CGT. Après un premier contact au téléphone, rendez-vous est pris pour rencontrer l'équipe au local syndical. Celui-ci fonctionne comme une permanence et tout au long de nos échanges plusieurs délégués, ou membres, sont passés pour échanger des infos, prendre un café, discuter du prochain tract ou transmettre des infos sur ce qui se passe au niveau des services.

Je livre ici des fragments d'entretiens à lire comme un carnet d'une recherche en cours. Mes interlocuteurs s'appelleront Anita (responsable de la section syndicale CGT) ; Karima (standardiste, déléguée du personnel), Johnny (infirmier en service de réanimation, DP), Marco (brancardier, DP) François (infirmier, DP), Christine (technicienne de laboratoire, DP).

Le vécu du travail

Chacun·e témoigne du fait que, lors de la première vague, tous les collègues contaminé·e·es ont reçu l'ordre de continuer à travailler dans les services tant que leurs symptômes n'étaient pas trop pressants (fièvre). Pour mes interlocuteurs, cette donnée illustre très bien la réalité du travail qui pourrait se résumer par « il faut continuer à bosser, même au prix de ta santé ».

Anita : « Avec cette politique-là, on a fait de notre hôpital un des premiers clusters de la rive gauche. On avait des patients qui étaient soignés dans un service quelconque que l'on retrouvait cinq jours plus tard en réanimation. Mais c'est vrai, on l'a fait, tout le monde était sur le pont et il y avait un esprit collectif qui nous faisait redécouvrir notre travail comme on aurait aimé qu'il soit. Mais après coup, ce sacrifice laisse quand-même une amertume. On a un peu le sentiment de s'être laissé avoir... »

A la différence du printemps 2020, il n'y aurait plus de manque chronique de matériel de protection. Comment cela se passe-t-il dans les services depuis l'automne de l'année passée ?

Karima : « Cet automne, la première déception est tombée du côté du personnel non-soignant. N'oublions pas, seul le personnel soignant a touché la prime COVID. Tous les services support – logistique, brancardiers, cuisines, blanchisserie – ont très mal encaissé. C'est comme si leur contribution à l'effort n'avait jamais existé. Pourtant, ces catégories se sont données à fond aussi. D'abord parce que l'hôpital était vraiment plein à craquer, ensuite parce qu'on a tous eu peur ; qu'on a eu des malades aussi, dans nos familles, et parmi les collègues. On avait des clusters dans les services. Il manquait du monde et les collègues ont pris le relais. On a reçu aucune reconnaissance pour cet effort. »

Quelle est la situation depuis janvier ? Il manque de personnel. Le sous-effectif est-il structurel ?

Anita : « Depuis octobre, les heures supplémentaires ont explosé. Les congés sont supprimés et les heures sup' aussi. On sait que le cadre légal est globalement respecté avec un seuil plafond de 60h par semaine et une moyenne mensuelle de 48h par semaine de travail. »

Johnny : « On peut fonctionner comme ça dans l'urgence, comme l'année passée au printemps, mais pas en permanence. Pour le personnel de soin, c'est usant. Cela signifie travailler jusqu'à ne plus tenir le coup et au final, on doit se mettre en congé maladie... »

Quelle est la charge de travail moyenne au niveau des heures de travail ?

Anita : « On n'a pas de vue précise : le logiciel ne fournit pas de données. En tant que CGT, on n'a pas accès à ces données. Ce qui est quand-même le comble pour un secteur public qui pratique le dialogue social ! »

Epuisement structurel

Anita : « Désormais, il y a beaucoup de démissions, de demandes de mutation mais elles sont toutes administrativement suspendues tant que la pandémie se poursuit. Il y a au moins 20 % d'absentéisme dans les équipes. Bon, d'abord à cause des clusters. En gériatrie, on a du personnel qui a été contaminé deux fois, avec parfois des symptômes quand même. La direction tire sur la corde et elle mobilise en masse les intérimaires.»

Qui sont ces intérimaires ? A cette question, la réponse n'est pas très précise. Il semble qu'un grand nombre proviennent des écoles de formation en soins infirmiers. En dernière année, il y a de stages mais beaucoup travaillent déjà à temps partiel ou via l'intérim, comme aides-soignantes. En secteur de soins, les agents avec de l'ancienneté deviennent alors des gestionnaires d'équipes. Sur une équipe de 12 ou 16 par unité de soin, il semble y avoir en moyenne 5-6 contractuelles alors que l'équipe souffre de 3 ou 4 absents en arrêt maladie. Au total, les services fonctionnent à 10 au lieu de 12 ou 12-13 au lieu de 16. Normalement, une équipe de 12 ou 16 correspond à l'effectif pour la semaine (24h sur 7 jours), à savoir trois fois 4 soignant.e.s pour chaque plage de travail de 8 heures avec des horaires allongés le weekend. Mais comme ce n'est plus tenable, la direction organise le travail sur des postes de 2 fois 12h en semaine ou weekend.

Karima : « Beaucoup de collègues dans les services de soins font des journées de 12 heures... Mais ça sert aussi la direction qui veut imposer des services de 12/12 partout dans les unités de soins. Les aides-soignantes qui font la toilette voient leurs heures rotondées et se retrouvent avec un temps partiel coupé, un peu comme ceux qui « passent la serpillière » le matin [service de nettoyage]. Leur travail est dégradé... La direction veut développer l'intérim sinon faire appel à des prestataires pour les fonctions support.

Johnny : « Après, la direction gère les choses à partir d'une politique d'intérim interne. Il y a un serveur et une liste whatsapp qui annonce les "offres" de postes libres qui ne sont rien d'autre que des "bouche-trous" avec des demandes de renfort

venant d'autres services. Parmi les soignants, beaucoup y participent. Cela permet de faire des heures supplémentaires, d'augmenter son salaire – il quand même très bas, de l'ordre de 1700 avec vingt ans d'ancienneté – et bon ça correspond aussi à l'éthos du soignant de se rendre disponible... »

Lorsque je demande de préciser, Marco, un collègue brancardier, explicite son point de vue :

Marco : « Les infirmières, c'est un peu des geishas, elles se font toujours avoir avec l'argument que les patients ont besoin d'elles. Les cadres le savent bien ; ils tirent sur la corde et après la nana est chez le psy... C'est grave. Il n'y a aucune conscience sociale. C'est comme si la conscience professionnelle les aveuglait. L'amour du travail, je veux bien mais pas contre ma santé. Sinon, à quoi ça sert de soigner les gens ?... Même burnoutées, elles retombent dans le panneau. »

Dans une unité-type de soins, il semble y avoir environ 25% de contractuels ; les autres sont des agents de la fonction publique. Les contractuels sont jeunes, pas très bien formé.e.s, encore étudiantes, et il faut les encadrer; ce qui surcharge le travail des ancienn.e.s. Beaucoup de jeunes ne tiennent pas très longtemps, me dit-on. Les anciens restent car l'ancienneté compte et la retraite se rapproche. Du côté des plus anciens, on a des arrêts maladie, *burn out*, etc., qui montent en flèche. Mais du côté des 35-45 ans, ils tentent l'expérience du statut indépendant. Ils se mettent en congé de poste, possible pendant quelques années et adoptent le statut d'infirmier libéral, exécutant les soins à domicile.

L'hôpital au plus juste

Karima : « Vous n'allez pas me croire, mais en pleine pandémie, on ferme des lits »

[Expliquez-moi...]

François : « Attention, ce sont des fermetures provisoires. Mais dans le service X ou Y, dès que le taux d'occupation est en dessous de... je ne sais pas...60%, le service est momentanément fermé et on redispatche les patients vers une unité voisine ; ça permet aussi d'alimenter le pool de personnel qui sera renvoyé dans d'autres services. »

[Donc, si je suis un patient ici pendant huit jours, je voyage tout le temps ?]

François : « Beh oui, vous aller déménager au moins une fois. De toute manière, si les soins sont lourds on vous met en soins intensifs. C'est ce qui reste de l'hôpital. Les autres services, c'est deux-trois jours et après on vous renvoie à domicile, les soins ambulants et vous revenez pour un contrôle en taxi. En réalité, il y a les soins intensifs, là-dedans, il y a la réanimation ; et puis il y a l'hôpital de jour (consultation, etc.) et entre les deux, c'est le minimum. Bilan des courses : ça bouge tout le temps, et les patients sont perdus. »

Je réagis en disant : *« Tout ce que vous m'expliquez ressemble quand même beaucoup à une usine de Toyota ... »*. J'observe un certain étonnement de la part de mes interlocuteurs. J'explique la philosophie japonaise du *lean* et on discute management *au plus juste*. A l'évidence, la T2A¹ s'accompagne d'une politique visant à économiser au maximum les équipements tout en saturant leur usage.

J'ai l'impression de leur parler le mandarin. J'explique plus en détail : « *En fait, on vous fait travailler de la même manière que les ouvriers de chaîne.. Mais pour réussir à faire cela, on commence par réduire les moyens, à vous mettre en sous-effectif. A partir de là, vous courez tout seul... D'autant que les patients ont besoin de soins!* Ils comprennent mon explication sur le *lean management*². On reprend l'entretien et je pose la question « *Qui décide des fermetures de lits ?* »

Christine : « *Ce sont des cadres, des petits managers et ils sont tout le temps sur le tableur excel. Chacun gère un certain nombre de services.* »

Je tente une explication : Ils ont des indicateurs de performance et un tableau de bord avec les données de fonctionnement, le flux de patients, le nombre d'interventions et de consultations. Ce tableau mentionne aussi le taux de service. Avec un tel outil, ils peuvent développer un pilotage hebdomadaire, avec le bilan de la semaine écoulée et un prévisionnel pour la quinzaine à venir. Dès qu'un service perd en rentabilité, les clignotants s'allument et le cadre doit réaffecter les patients, fermer des lits et renvoyer ailleurs le personnel en sureffectif. Sinon, il sera mal noté... Mes interlocuteurs approuvent ma façon d'analyser le fonctionnement de leur structure.

Karima « *Évidemment, les équipes de soins sont constamment chamboulés ; on perd l'habitude de travailler avec des collègues ; on travaille avec des "étrangers" Vous pensez-bien, dans un hôpital comme le nôtre, il y a du monde...* »

Les cadres semblent avoir en permanence la main sur les horaires de travail. Plusieurs témoignages abondent dans le sens d'un durcissement des relations hiérarchiques :

Johnny: « *Ils fonctionnent à la docilité. Tu viens ici, tu commences comme contractuel, en services de soin ou dans les services support. Le cadre, il va te tester, changer ton horaire au dernier moment, genre le vendredi et t'annoncer que finalement tu reprends le dimanche après-midi. Si tu ne suis pas le mouvement, ce sont les brimades et peu de temps après, il te fait une sale réputation. En gros, soit tu te soumetts à sa logique et tu restes dans les clous ; et là, tu peux espérer être sur la liste des titularisations ... Les autres, ils ont compris que c'est invivable et se barrent fissa ...*»

Celles et ceux qui restent ? Il semble qu'ils soient fréquemment convoqués au bureau pour un entretien. Non pas pour leur bilan annuel, mais pour discuter, sinon pour régler un différend avec un collègue.

Johnny: « *Nous les délégués du personnel, on accompagne la personne – agent titulaire en général – car c'est son droit. Dans ce cas-là, le RDV est toujours reporté à plus tard. Manière de faire comprendre que si l'agent veut résoudre le problème, il vaut mieux venir sans être accompagné par la CGT. Tout est dans le non-dit...* »

Les relations sociales se sont tendues depuis très longtemps, mais la situation semble se durcir encore plus.

Anita: « *Récemment, un délégué du personnel a reçu un blâme – une mise à pied – après être intervenu sur les conditions de travail en bloc opératoire. Les interventions chirurgicales, très rémunératrices avec la T2A, se font de plus en plus souvent sans respecter les règles sanitaires [Covid-19 et risque d'infections*

1. La T2A est un mode de tarification de l'activité en milieu hospitalier qui introduit une logique gestionnaire et alimente à la fois une inflation des interventions médicales et une rationalisation de l'organisation des soins afin d'obtenir un meilleur rendement des infrastructures tout en compressant les coûts. Pour une analyse critique nuancée de la T2A, voir Pierre-Louis Bras, (2017) « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins [1] », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, no. 6, pp. 245-263.

2. Voir Véronique Haberey-Knuessi I et Jean-Luc Heeb (2017), « New Management Systems and the Ambiguous Nature of Resources: A Qualitative Study about Healthcare Middle Managers », in *International Archives of Nursing Health Care*, 3:071, Volume 3 | Issue 2, DOI: 10.23937/2469-5823/1510071

Voir aussi Stephen Bouquin, Paul Stewart (2011), « Temps durs et dur labeur: Un retour critique sur les modèles productifs de l'ère néo-libérale », in Jacquot L., Higé J-P., Lhotel H., Nosbonne Ch., *Formes et structures du salariat : crise, mutation, devenir*, Presses Universitaires de Nancy, pp. 111- 122.

nosocomiales]. Le personnel du service a sollicité l'intervention du DP pour constater le non-respect des normes d'hygiène. Ce délégué a activé la procédure d'urgence avec constat d'incident qui demande l'interruption de l'activité du service. Après avoir donné une suite positive à cette intervention, la direction a convoqué le délégué et il est accusé d'avoir commis plusieurs fautes professionnelles. « Ils ont même osé utiliser des faux témoignages. La direction veut imposer sa loi et mettre sur la touche les DP. Elle veut envoyer un signal : aux membres du personnel, il faut dire que cela ne sert à rien d'appeler un DP. Tandis qu'aux délégués, elle veut faire comprendre qu'ils sont dans le collimateur de la direction. "Tenez-vous à carreau", voilà en gros le message... »

Le Comité de Hygiène et de Sécurité – Condition de travail va bientôt disparaître mais pour l'instant, il fonctionne encore, mais difficilement.

Anita : « On a des réunions mensuelles, mais on n'arrive jamais à traiter l'ensemble des points à l'ordre du jour. Déjà, pour déterminer l'ordre du jour, ça prend une longue réunion très pénible. On n'est pas aidé par les autres syndicats, y compris Sud. Ensuite, pendant le CHS-CT, on voit bien que la discussion sert à évacuer toutes les solutions qui permettraient d'améliorer les conditions de travail, les tensions. Alors forcément, après, dans les services, rien ne change et les collègues sont désabusés, démotivés. Ils savent qu'on les attend au tournant, qu'ils sont dans le collimateur du cadre. C'est vraiment une sale ambiance »

Qu'est ce qui permet de sauver la situation ? Même provisoirement, de façon insatisfaisante ? La réponse, pas forcément convaincante, mais indicative nous aide un peu à comprendre comment l'ensemble tient encore debout :

Johnny : « En fait sont certains médecins internes ou certains responsables de service qui gardent l'esprit "service public". Ils veillent sur les équipes, font en sorte que ça s'arrange, que chacun trouve sa place et continue à faire de son mieux. »

Plusieurs interlocuteurs confirment...

Johnny : « Je travaille en réa cage thoracique et mon responsable de service fait en sorte que ça se passe bien. Mais au début, quand j'ai commencé en logistique, j'ai vraiment morflé. Changement d'horaires, mépris, ragots ; pas possible de tenir là-dedans avec des horaires de nuits, de weekend. Aller au travail avec la peur de découvrir encore une autre histoire... Impossible de s'impliquer quand on évolue dans un environnement hostile comme ça. J'avais le soutien de certains collègues mais ils avaient peur aussi. Au final, je suis allé voir le responsable aux dessus de ma cadre ; j'ai mis sur la table les preuves de harcèlement et il a décidé de m'affecter en réa. Depuis lors, ça va. Mais j'ai poursuivi mon engagement syndical. Sans la CGT, sans nous, ce serait la jungle... »

Qualité de soins à la dérive

Selon mes interlocuteurs, la qualité de soins est clairement « à la dérive ». Le personnel soignant est au bout du rouleau. Il y a un sentiment de perte de repères. Au printemps dernier, une mobilisation générale s'est amorcée. A présent, l'hôpital encaisse le choc de la première vague. Là, tout le monde

évoque une très forte démobilité. « On fonctionne tous sur pilote automatique... » et les dysfonctionnements commencent à apparaître à tous les niveaux.

Anita : « On devrait avoir 5 médecins du travail, il n'y en a que 3. Beaucoup de collègues, qui sont passés par un arrêt maladie, devraient d'abord passer par le médecin du travail avant de reprendre le boulot. Or, ce n'est quasiment jamais le cas. Pas le temps... Avec les variants, la peur est en train de revenir. La plupart des collègues se font vacciner, heureusement ! Mais est-ce que ça va marcher pour se débarrasser de cette saloperie ? Dans un an, dans deux ans ? Est-ce qu'on sera sorti de l'affaire ? Je commence à en douter... »

Mais où est passé l'hôpital public ?

Christine travaille dans le service d'analyses médicales :

« On est parmi les plus grosses unités d'analyse. On reçoit des échantillons, des prélèvements en tout genre : organes, biopsies, sang, urine et j'en passe. Notre service est très bien équipé. Pour faire fonctionner une unité comme ça, il faut être très rigoureux, c'est normal. Le codage est essentiel. On a aussi des contractuels bien sûr et là évidemment, il faut aussi les former les accompagner dans la prise de poste. On y arrive mais on est limite, très souvent. Par contre, je suis certaine que cette unité sera vendue au privé d'ici peu ... Un gros labo va mettre son grappin dessus. »

Karima, standardiste parle des patients : « On a eu les applaudissements mais désormais, le public se contrefiche de nous. Les gens sont à bout, on le voit bien. Quand je reçois des appels, je ne peux pas proposer de rendez-vous avant 2 ou 3 mois ; pour une simple consultation. On a un retard monstrueux et ça se cumule avec d'autres soucis. Après, les gens vont vers le privé, c'est plus cher, mais au moins ils sont soignés plus rapidement. Quand tu es malade ou qu'il y a un souci de santé, ce n'est pas normal de devoir attendre des mois. Alors, c'est vrai les gens sont agressifs mais je les comprends. »

Un de mes interlocuteurs résume de façon laconique sa vision des choses :

« L'hôpital est en train de subir la même chose que l'école publique. Il y a un manque chronique de moyens, de personnel, de formations ; cela devient une catastrophe. Les gens mettent leurs gosses dans une structure du secteur privé et ils font pareil lorsqu'ils doivent se faire soigner. Moi je vis notre situation comme une sorte de sursis permanent. Ils veulent privatiser les activités qui rapportent et dépenser un minimum pour faire fonctionner l'hôpital public... »
