Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT

Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 12 novembre 2020
Par le Docteur Jean-Luc BILLARD

UNE EQUIPE D'ANESTHESIE REANIMATION A L'HEURE DU COVID 19 :

APPROCHE DESCRIPTIVE A TRAVERS DES ENTRETIENS SEMI DIRIGES

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

Année universitaire 2019-2020

En hommage aux soignants qui partirent, sans illusions mais résolus, victimes de leur devoir.

INTRODUCTION

La crise sanitaire liée à la covid 19, que nous traversons encore, a bouleversé le cours de la planète depuis le printemps 2020.

Ce travail de rédaction d'un mémoire dans le cadre du DIU « soigner les soignants » cible l'expérience vécue de l'équipe d'anesthésie réanimation au sein de l'**H**ôpital **P**rivé de la **L**oire (**HPL**, qui appartient au groupe de cliniques « Ramsay ») à Saint Etienne, Loire.

Il s'agit d'un important établissement de soins en région AuRA (Auvergne Rhône-Alpes), le premier en activité après les 4 CHU, doté d'un service d'urgences, d'un service de 12 lits de réanimation polyvalente et de 12 lits de surveillance continue ainsi que d'une unité de soins intensifs cardiologiques.

L'activité d'anesthésie réanimation (hors maternité) y est assurée par une équipe de 18 médecins associés (MAR, dont 3 réanimateurs) et de leurs salariés, 13 infirmiers anesthésistes (IADES) complétée par 4 secrétaires médicales. La moitié des médecins exerce à temps partiel, en général à 80% d'un équivalent temps plein. L'ensemble est regroupé au sein de la société « **S**téphanoise **M**édicale **A**nesthésie **R**éanimation du **P**ilat » **(SMARP**), Société d'Exercice Libéral à Responsabilité Limitée (SELARL) fondée en 2002 qui exerce la spécialité en nom propre selon un contrat d'exclusivité avec le groupe Ramsay, tel un prestataire indépendant. La SMARP participe à la formation des internes de spécialité du CHU de Saint Etienne. Sa place dans le fonctionnement du HPL est donc prépondérante.

Les structures privées ont un fonctionnement réputé plus souple et plus réactif que le secteur public, mais dans ces sociétés de médecins la gestion des ressources humaines n'y est que rarement structurée. Si cette crise dans sa violence a transcendé la réactivité professionnelle, elle a également servi de révélateur en condensant dans le temps des vécus très différents des membres de l'équipe. Cependant la pression pour un retour à une activité de type classique et économiquement viable ne nous a pas permis de débriefer ensemble cette étrange période.

Il m'a semblé pertinent dans le cadre de ce travail d'initier au sein du groupe une réflexion plus large sur la place et le ressenti de chaque membre de la SMARP, au delà de la position hiérarchique et des compétences techniques et d'en tirer des conséquences pratiques.

CHRONOLOGIE ET CONTEXTE

L'arrivée de la crise du covid : une histoire anticipée par le secteur privé hospitalier.

Si les capacités d'accueil des hôpitaux publics ont rapidement été dépassées par l'admission de patients covid + notamment dans le grand Est et en région parisienne, les établissements privés ont d'abord dû sur injonction des ARS (Agence Régionale de Santé) déprogrammer toute leur activité chirurgicale réglée, se réorganiser et optimiser leur offre de lits de réanimation puis finalement attendre le feu vert des tutelles pour recevoir à leur tour de tels patients (1). Même si en région AuRA, à forte incidence de contamination, certains établissements privés ont vu leurs services de réanimation rester longtemps vides du fait d'un hospitalisme public forcené, sur le bassin de Saint-Etienne le principe d'une coopération public-privé avait été bien anticipé. Le décalage temporel de l'arrivée des flux de patients aura permis aux cellules de crises d'affiner la prise en charge en amont et de limiter les atermoiements dans la mesure du possible.

La date du lundi 16 mars correspond à l'allocution du Président de la République au cours de laquelle il répètera six fois « nous sommes en guerre », évoquant les soignants « qui se trouvent en première ligne » et déclarant que « rien ne serait plus comme avant ».
Ce **16 mars** peut être considéré comme le « **J0** ».

Nous retrouvons « sur le terrain » cette déclinaison, en effet au HPL le plan blanc renforcé avait été activé la veille le dimanche 15 par la direction en accord avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) et les services préfectoraux, ainsi qu'au CHU de Saint Etienne (2).

Cette chronologie et la mise en alerte crescendo des moyens humains et matériels ne constitua pas une surprise pour la SMARP car notre spécialité, par définition, fait face à l'urgence et aux situations de détresse.

A l'initiative d'un des associés, une réunion de crise fut organisée pour les médecins seuls en fin d'après midi ce lundi 16 mars à laquelle fut convié le responsable d'un des services de réanimation du CHU voisin, reflet de cette coopération public privé initialement confirmée sur le terrain, pour présenter les décisions concrètes applicables d'emblée à l'ensemble des médecins de l'équipe :

* passage à temps plein pour tous « pour la durée de la crise ».
* ajournement de tous les congés programmés.
* mise en place de 4 niveaux d'activité médicale au sein de la société :

- Deux réanimateurs en lien direct avec la cellule de crise du HPL activée le 4 mars, pour gérer les demandes d'admission « covid » et déchargés des soins et des gardes.
- Un réanimateur senior (65 ans) affecté aux soins de réanimation « hors covid » et dispensé de gardes.
- Dix MAR pour les réanimations « covid » avec 2 tours de gardes (âgés de moins de 55 ans)
- Cinq MAR en charge du bloc opératoire d'urgence et des astreintes d'anesthésie (âgés de plus de 55 ans, ce critère visant en théorie à ne pas exposer directement au virus les praticiens les plus « à risque »).

* présentation informatisée d'un nouveau planning de travail.
* mise en congés « forcés » du personnel IADE – secrétariat, suspension des heures supplémentaires, en ne gardant qu'un noyau restreint dans l'attente de la possibilité d'un éventuel recours au chômage partiel. Cette décision leur sera alors communiquée par téléphone individuellement dans la mesure du possible par un associé.
* création d'un groupe de communication « SMARP » pour les médecins sur l'application Whatsapp.

Cette présentation type « mobilisation générale » cohérente dans le contexte fut approuvée par l'ensemble des participants.

En parallèle et conformément au plan blanc toute la chirurgie programmée et les consultations furent ajournées : Le bloc étant réservé aux urgences et à la chirurgie carcinologique dont le retard de prise en charge aurait pu constituer une perte de chance.

Mise en pratique des actions et déroulement chronologique au sein de l'établissement

Le premier patient diagnostiqué positif au covid à Saint Etienne le fut au HPL début mars et conformément aux procédures alors en vigueur transféré au CHU intubé et ventilé après l'aggravation de son état.

L'épidémie s'amplifiant, le premier patient hospitalisé en réanimation sur place le fut le 20 mars soit 3 jours après le début du confinement généralisé de la population. Suite à l' augmentation du nombre des admissions, une réorganisation architecturale interne de l'établissement fut nécessaire avec création de 2 unités supplémentaires de réanimation dédiées au covid (dont l'une au sein du bloc opératoire dans une ex salle de réveil réaménagée), et d'un service de médecine réservé aux patients covid + qui servira en partie à « alimenter « les 37 lits de réanimation alors disponibles (12 existants + 25 créés), soit + 300% par rapport au fonctionnement habituel.

Sur le plan des ressources médicales de la SMARP, cette montée en puissance s'accompagnera d'un doublement puis d'un triplement de l'effectif de garde en réanimation, soit 3 MAR par nuit en plus de l'astreinte d'anesthésie, et au plus fort de la crise les praticiens de plus de 55 ans devront être également associés à ces tours de gardes.

Concernant le personnel paramédical de la SMARP, on peut qualifier « d'errance » la période comprise entre les 16 et 31 mars : seule une présence réduite sera maintenue au bloc, la majorité des IADES resteront chez eux en congés imposés ou chômage partiel dans l'attente de nouvelles dans cette période incertaine. Dès le 16 mars ils créeront de leur coté un groupe dédié sur l'application Whatsapp déconnecté de celui de leurs employeurs médecins. Seule une secrétaire à temps plein sera maintenue sur place.

Le **1er avril (J15)**, suite à un accord verbal entre certains associés et la direction de l'établissement, ce personnel paramédical sera « mis à la disposition » du HPL sous sa responsabilité, 6 infirmiers anesthésistes étant transférés pour être affectés à la réanimation, 5 au bloc et en salle de réveil. Cette procédure ne fera l'objet d'une convention signée entre les deux parties que début juin, après maintes discussions portant essentiellement sur les modalités de facturation de cette prestation par la SMARP au HPL et sur l'établissement (à posteriori) de contrats de travail cohérents. Deux infirmières ne seront pas concernées, l'une réserviste militaire détachée alors auprès du Service de Santé des Armées (SSA) à l'Elément Militaire de Réanimation (EMR) sur le site de Mulhouse et une seconde en arrêt de travail.

Le 22 avril (J36) la décrue en termes de prise en charge des patients relevant de la réanimation s'amorça, le dernier patient covid + quittant le service le 2 juin.

Le 29 avril (J43) fut organisée à l'initiative d'un associé et après de nombreux échanges informels et autres « bruits de couloir » la première et unique réunion de l'ensemble de la SMARP depuis le début de la crise, à laquelle assistèrent la quasi totalité des salariés disponibles et seulement 6 médecins sur 18 (1/3 de l'effectif) afin de « faire le point ». Il s'était donc alors écoulé pratiquement 1mois ½ depuis le 16 mars.

Le 11 mai (J55) date marquant le début du déconfinement de la population, l'activité chirurgicale hors urgence commença à reprendre, de façon limitée au départ.

Le 20 mai la direction de l'établissement présenta ses remerciements à l'ensemble du personnel de l'établissement. Les salariés de la SMARP furent alors progressivement « libérés » de leur mise à disposition.

Le **15 juin (J91)** fut décidé pour la SMARP le retour à un fonctionnement d'avant crise. Cette dernière aura donc duré 3 mois en considérant uniquement les aspects purement chronologiques, la cellule du HPL étant alors désactivée.

Sur cette période, la réanimation covid aura pris en charge 74 patients dont 25% décèderont.

Pour compenser les opérations annulées au printemps, l'activité chirurgicale réglée atteindra un pic début juillet (« comme un mois de mars », période habituellement très dense) et de ce fait il sera difficile aux membres de la SMARP de pouvoir tous bénéficier de congés d'une durée habituelle durant l'été.

La boucle est donc vraiment bouclée ?

METHODE ET MOYENS

Ayant eu l'opportunité de vivre cette étrange période en direct, et devant l' impression globale que pour beaucoup la page était donc (provisoirement et en apparence) tournée, il m'a semblé intéressant de revenir sur ces semaines en les étudiant du point de vue de la SMARP en travaillant avec :

*Un recueil chronologique des articles du journal quotidien local, faisant la « une » à quatre reprises. Le responsable médical de la cellule de crise, médecin réanimateur associé dans la SMARP, et le directeur du HPL s'y expriment alors.

*La réalisation d'entretiens avec les associés et le personnel paramédical de la société : Devant une crise sanitaire d'une telle ampleur et inédite, il m'est apparu important de ne pas figer les réponses dans un cadre pré contraint mais plutôt de laisser s'exprimer de façon semi ouverte les personnes sur leur vécu de cette période.

Cependant, certaines questions étaient incontournables et partagées avec l'ensemble des interviewés :

- le ressenti spontané de cette période sur les plans personnel et professionnel
- le retentissement sur les conditions de travail
- la qualité et l'efficacité de la communication au sein de la société
- les appréhensions éventuelles
- la fatigue physique et / ou psychologique, le besoin éventuel d'aide

*En m'aidant en parallèle de l'exploitation des échanges sur le groupe de discussion des médecins seuls du 16 mars au 15 juin 2020, puisque concernant les salariés seuls les aspects déclaratifs ont pu être exploités, leur messagerie Whatsapp étant par définition privée.

RESULTATS

ANALYSE DE QUATRE ARTICLES DU QUOTIDIEN « LA TRIBUNE LE PROGRES »

Il m'a donc semblé pertinent de faire précéder le recueil des entretiens avec les associés et salariés de la SMARP par une présentation chronologique de la crise par le journal quotidien local. Quatre articles du quotidien régional « La Tribune Le Progrès », édition de Saint Etienne, ont été colligés en quatre mois, avec pour chacun la « Une » et une double page intérieure.

* Le 6 avril, (J 20), le journal titre en une « le HPL, en immersion avec les soignants » (annexe 1)

L'utilisation de la réthorique guerrière est multiple :

« en immersion avec les soignants », « une arme de guerre », «la cellule de crise est armée », « le chef de guerre », « opération militaire », « personne ne se fait porter pâle », « zéro droit de retrait », « pas de réanimation pour des patients qui n'ont pas d'avenir »

* Le 14 mai, (J 58) il titre « vers un retour à la normale » (annexe 2)

Le ton est moins martial, seul le directeur évoque « *la formidable mobilisation* »

* Le 4 juillet, pratiquement trois semaines après la fin de la crise initiale, il reprend une connotation guerrière (annexe 3) « sur le front du covid, ils racontent leur combat », mais en s'intéressant aux soignants du département de la Loire, en y incluant les personnes chargées du bio-nettoyage mais aussi les secrétaires et aides médico-psychologiques.

* Le 26 août, une seconde vague est anticipée, mais l'établissement est considéré comme « prêt », même si « *parce qu'on a connu le covid on a la trouille, on sait que c'est un virus sournois* » (annexe 4), le coté « ancien combattant toujours prêt » apparait.

Cette dramaturgie, avec sa cinétique de distribution pseudo gaussienne, ne se retrouve pas dans les témoignages du terrain. Il n'existe pas une telle adhésion à ces termes guerriers comme il apparaitra plus loin.

Cependant entre-temps, le 13 juillet, le réanimateur « senior » de la SMARP qui sera honoré par une invitation le lendemain à Paris aux cérémonies de la Fête Nationale témoigne sur la radio

France Bleu Loire « n'avoir fait que son devoir » et évoque à posteriori le rôle des infirmières « en première ligne »

Dans un probable souci d'équilibre, chaque article du journal consacré au vécu de la crise dans le secteur privé (HPL) sera précédé ou suivi d'un autre ayant pour sujet le secteur public (CHU) mais ce coté martial y sera alors nettement moins affirmé, possiblement lié au fait que les interlocuteurs agissaient différemment dans leur stratégie de communication.

LES ENTRETIENS

17 associés (12 hommes et 5 femmes, âge moyen 48 ans (36 – 65), et 14 paramédicaux, dont 13 IADES et 1 secrétaire (8 hommes et 6 femmes, âge moyen 49 ans (37 – 67), ont été interrogés.

En présentant cette étude à mes confrères et à notre personnel, leur réaction fut au premier abord une surprise suivie rapidement pour la majorité d'un intérêt réel car il existait un sentiment globalement partagé que tous nous avions vécu quelque chose « d'extra–ordinaire ». Mais cette période avait été suivie d'une reprise de l'activité classique « sur des chapeaux de roues » / « mars en juillet » qui nous empêchait de l'analyser à froid.

Comme mentionné plus haut, ces entretiens ont été surtout caractérisés par une expression spontanée et non formalisée avec une écoute compréhensive et supposée objective puisque nous avions vécu tous ensemble une expérience commune. De la même façon, sur de tels effectifs, il ne m'a pas semblé justifié de présenter les réponses sous forme de pourcentages.

Cependant la question de présenter séparément les réponses des médecins « employeurs » de celles des paramédicaux « employés » s'est posée. Ce travail s'intéressant à une équipe, et par définition aux professionnels qui la constituent, cette distinction ne m'a pas paru opportune, mais il sera nécessaire de préciser parfois pour la clarté de l'exposé de qui relèvent certaines réponses.

Comme pour l'ensemble des soignants qui se sont exprimés depuis, certains sentiments sont principalement partagés. En premier lieu, l'inconnu et l'incertitude devant cette situation anxiogène et inédite en face de laquelle il a fallu rapidement faire preuve d'adaptabilité, à la fois sur le plan médical et émotionnel, avec parfois des conséquences plus personnelles.

Aussi, d'un point de vue professionnel la présentation des patients graves justifiant l'admission en réanimation était au départ assimilée à une insuffisance respiratoire aigue « classique ». Toutefois l'évolution déconcertante et en dents de scie malgré des thérapeutiques incisives de soins intensifs, dont la ventilation invasive agressive sous sédation a été vécue comme déstabilisante pour les équipes. Son association à des manifestations thromboemboliques précoces, massives et diffuses a rapidement fait comprendre qu'il s'agissait alors d'une nouvelle maladie totalement inédite et que cette entité pathologique grave chez les populations à risque (schématiquement : un homme de plus de 70 ans obèse, diabétique) impliquait une remise en cause des principes de traitements classiques. Ce sentiment était partagé par tous quel que soit leur âge et leur ancienneté dans la pratique. Plusieurs médecins ont souligné le fait que « tous sur la terre entière nous affrontions la même crise au même moment », cette universalité accentuant la perception de la gravité de la situation.

Un point positif évoqué a été l'émulation intellectuelle (notamment via des « brainstormings ») qui s'est imposée alors. Elle était alimentée par les sociétés scientifiques à travers la diffusion de bibliographie sur la messagerie Whatsapp. Cette actualisation en continu des recommandations qui variaient environ toutes les 72 heures, a eu pour corollaire un allongement important du temps consacré à la relève médicale.

Par contre, le ton professoral adopté par certains médecins « experts » supposés tels ou auto proclamés, intervenant en continu sur les chaines d'information a été jugé par les soignants comme relevant parfois plus d'une forme de complaisance voire d'un sensationnalisme que d'une réelle compétence.

Dans un registre voisin, le terme de « guerre » a été majoritairement jugé déplacé et excessif, même si décliné à maintes reprises par le responsable de la cellule de crise du HPL lors de ses entretiens avec la presse comme évoqué plus haut. A ce vocabulaire est généralement préféré dans les réponses le terme de « crise sanitaire ».

La majorité des médecins a reconnu comme pertinente l'organisation mise en place à partir du 16 mars. En revanche la répétition des gardes tous les 3 - 4 jours a pu être usante, ainsi que le rythme du travail à temps plein pour les MAR qui exerçaient jusqu'alors à temps partiel. Cette fatigue physique était accentuée par le port prolongé d'équipements de protection lourds. Globalement ce coté « éreintant » est partagé par presque tous.

Sur le plan éthique, la stratégie adoptée était de filtrer en amont les indications de prise en charge en réanimation : ainsi les MAR de garde et les infirmiers étaient relativement protégés en ne prenant théoriquement en charge que des malades sans limitation thérapeutique. Le service de médecine qui recevait directement les patients depuis les urgences était le lieu ou se tenait quotidiennement un staff éthique décisionnel impliquant les deux réanimateurs de la cellule de crise. Ces derniers ont dû alors à plusieurs reprises initier et suivre des sédations actives, avec un personnel paramédical peu habitué à ces pratiques, parfois source de stress supplémentaire.

Les relations avec les familles des patients qui se résumaient à des échanges téléphoniques ou virtuels par Skype ou FaceTime ont été majoritairement jugées compliquées à assumer. Cette interface technologique, liée à la suppression des visites dans ce contexte épidémique, a été source de fatigue compassionnelle pour certains soignants. L'évolution clinique déconcertante majorait l'inquiétude des proches qui ne pouvaient pas échanger librement avec les médecins en charge des leurs, malgré l'empathie souvent témoignée. Les infirmiers expriment bien cette difficulté, accentuée par leur présence permanente auprès des malades et donc encore plus sollicités par les appels extérieurs. Dans un registre proche, leur affectation changeant presque quotidiennement les ont empêchés d'instaurer une relation de confiance avec les familles. Cette situation sera source de possibles malentendus. La question du deuil et de la frustration des soignants, devant la détresse des familles privées alors de tout contact physique ou même visuel, revient de façon impérieuse dans les entretiens, sans possibilité de réponse à ces drames et à leurs conséquences psychiques devant ce « déni d'humanité ».

Sur le plan organisationnel, personne n'a jamais eu la crainte de devoir « pousser les murs », tous les patients accueillis ont pu être soignés dans les services sur place, ceci grâce, comme déjà évoqué, à l'organisation régionale entre les services de réanimation, également au fait que la région AuRA bien que fortement impactée par l'épidémie ne l'a été que secondairement. Par contre, sur le

plan matériel, le ressenti de la pénurie en équipements de protection a été réel au début de la crise (masques, SHA, casaques). Ainsi, seuls 600 FFP2 étaient disponibles le 19 mars (ne permettant que quelques jours de fonctionnement, et parfois périmés). Des dépannages « sauvages » ont dû être improvisés, source de stress permanent. De la même façon le sujet de la pénurie en médicaments a été récurrent et se retrouve dans les échanges sur Whatsapp, essentiellement en produits de sédation et curares. Cette situation a pu être source d'innovations thérapeutiques comme la sédation au long cours des patients intubés par des gaz anesthésiques ou comme, à l'initiative d'une IADE, un dispositif en plexyglass visant à protéger le soignant pendant la réalisation d'une intubation trachéale a pu être imaginé, conçu sous forme de prototype pour être testé sur place, puis fabriqué et utilisé avec un certain succès.

Pour certains médecins cette crise sanitaire a été une occasion de se « réconcilier » avec la pratique de la réanimation en prenant en charge efficacement des patients aigus, ce qui n'est pas nécessairement le cas lorsque cette activité est cantonnée aux pathologies chroniques dont l'issue est souvent vaine.

Les praticiens et infirmiers initialement affectés au bloc opératoire du fait de leur âge mentionnent la solidarité retrouvée dans ce travail intense effectué en équipe réduite. Mais ils rapportent un contexte paradoxalement difficile : Ils ont été amenés à prendre en charge en urgence des patients dont le « statut covid » n'était pas forcément établi à ce stade, ce qui allait exactement à l'encontre du principe initial qui était en théorie de les exposer le moins possible au risque de contamination.

Les infirmiers détachés en réanimation ont pour certains apprécié la collaboration au sein d'une nouvelle équipe avec laquelle les échanges étaient jusqu'alors assez restreints, ainsi que le sentiment d'être « up gradés « à travers ces nouvelles fonctions.

Cependant, nombreuses sont les réponses qui expriment le regret d'avoir vécu une perte de l'identité de la SMARP qui fonctionnait alors comme « diluée » ou « éparpillée », sans que ses membres ne soient en mesure de se croiser au quotidien comme d'habitude.

Le retour à une activité de soins plus conventionnelle à partir de début juin a été vécu comme un soulagement teinté de frustration. Il semble encore pour tous illusoire de pouvoir imaginer retrouver « la vie d'avant », certains évoquant le concept de « bulle sociale ». Les tensions sur les

approvisionnements en médicaments nécessitent encore de modifier certaines techniques d'anesthésie. Le poids des tutelles administratives n'a alors jamais été autant ressenti sur le terrain avec des menaces de « suspendre les autorisations d'opérer » ou plus violemment de « venir saisir les respirateurs » si les règles qu'elles édictaient été transgressées. Ce zèle qui peut apparaître au minimum comme suspect quand on connaît leur manque de réactivité au départ a été une source supplémentaire d'inquiétude pour certains. De la même façon, toujours au bloc opératoire, l'obligation d'extuber les patients « sur table » en fin de chirurgie et non plus en salle de réveil, édictée « afin de ne pas créer un nouveau risque de contaminations croisées » a ralenti le débit des opérations. Ainsi la durée des programmes a été rallongée. De ces contraintes nouvelles découle au fil du temps une accumulation de fatigue et de stress supplémentaires. Le terme de reprise du travail « en conditions dégradées » est utilisé à plusieurs reprises.

Sur l'aspect personnel, les réponses insistent sur l'incertitude qui a été de mise durant la première semaine : Entre le J0 et l'admission des premiers cas cette phase a été une source d'inquiétude répandue, la majorité se sentant alors préparés de façon forcément imparfaite face à une situation totalement inédite.

La crainte de contaminer ses proches était assez partagée, partiellement contenue du fait du respect des mesures de précaution. Cependant plusieurs expliquent avoir fait un « transfert » en termes d'image de certains patients sur leur propres parents (similitudes en âge, en facteurs de risques…) favorisant une situation particulièrement déstabilisante et anxiogène. L'hypothèse d' être soi-même contaminé est naturellement évoquée mais rapidement évacuée. Cependant, il est intéressant de noter que pour plusieurs, de ce risque potentiel découlait alors un authentique sentiment de culpabilité en « abandonnant le navire », d'ou un alourdissement de la charge de travail pour les autres membres. Un seul médecin a contracté le covid en avril et a fait preuve d'un présentéisme marqué avant de l'admettre, de l'accepter puis de s'isoler enfin. Nous y reviendrons dans la discussion.

La problématique de l'organisation familiale est exprimée par ceux ayant des enfants en bas âge avec des impératifs de garde et le risque potentiel de contaminer entre autres les grands parents, habituellement préposés à ces tâches.

Pour les associés, l'appréhension liée à l'arrêt de l'activité chirurgicale réglée et aux pertes financières inhérentes a pu faire naitre parmi les plus jeunes un sentiment de crainte du type « Allons

nous vers la cessation de paiement, la SMARP va t elle déposer le bilan puis disparaître ? Devrons nous vendre nos maisons, voire pire ? » Cette inquiétude a été difficile à dissiper et, malgré leurs efforts, l'expert comptable et les médecins responsables de la gestion n'ont jamais pu les rassurer totalement. Un climat de suspicion s'est alors ajouté aux difficultés de la gestion de la crise. Le gel de tous les prélèvements bancaires initié dès fin mars par les organismes sociaux ainsi que la compensation financière partielle instaurée par la caisse nationale d'assurance maladie à partir du mois de mai ont permis de travailler plus sereinement.

Une problématique spécifique au personnel est apparue :

L'ensemble des salariés a en effet exprimé à l'occasion de ces entretiens une réflexion qui leur était propre, de façon insistante et répétée. A partir du J0 le 16 mars ils ont été contactés individuellement au téléphone par l'un des associés pour leur annonçant les décisions les concernant : solde des congés, étude du recours au chômage partiel et surtout « arrêt de l'activité et attendre pour connaître la suite ». Dans ce contexte aigu, plusieurs de ces professionnels qui étaient dans les « starting blocks » prêts à s'engager totalement dans la lutte contre la pandémie ont perçu cette réponse de leurs employeurs comme totalement décalée.

A partir du 1er avril leur « mise à disposition » au HPL s'est faite de façon floue et improvisée selon leur affectation au bloc ou dans les réanimations. Malgré leurs qualifications, ceux affectés dans ces derniers services apparaissaient en 3ème ligne, après le personnel titulaire et les autres infirmiers détachés ou intérimaires, tous salariés du HPL. De ce fait il revient dans les entretiens la question des plannings changeant quotidiennement, jour / nuit, puisque élaborés au cas par cas sur le mode « bouche trou », seulement après que les propres salariés du HPL aient été intégrés aux roulements. Cette situation difficile liée à ces horaires aléatoires perdurera pendant pratiquement 2 mois et aura des répercussions importantes sur leur quotidien et sera parfois source de dissensions internes.

L'absence d'avenant clair à leur contrat de travail dans le cadre de cette « mise à disposition » fut aussi source d'inquiétude, notamment en ne sachant pas à qui incomberait la responsabilité d'un éventuel problème, SMARP ou HPL. Les conséquences diverses de ces glissements de tâches, dans un contexte d'improvisation, ont participé à ce ressenti : « Qui est vraiment notre employeur ? »

Autre point très rapporté, l'alarmisme « débordant » de certains médecins qui au détours de conversations informelles leur ont évoqué à plusieurs reprises la possibilité d'être purement et simplement licenciés, du fait des risques majeurs pesant selon eux sur la pérennité de la SMARP.

Ces difficultés relationnelles et ce défaut de communication (on rappelle la seule réunion, un mois et demi après le J0) ont été ressentis comme une « injustice », même si le terme de « sidération collective » est employé par une infirmière pour resituer le contexte hors du commun. Même la transformation et l'équipement d'une salle de réveil en unité de réanimation par les médecins ont été effectués sans solliciter l'avis des infirmiers qui allaient y travailler et qui étaient pourtant disponibles pour s'impliquer dans cette création.

Plus concrètement encore, une infirmière anesthésiste décrit combien l'idée d'être obligée d'aller alors travailler en réanimation l'angoissait, par peur de contaminer ses parents déjà fragiles et par un stress majeur, cette éventualité lui renvoyant une expérience passée en réanimation pédiatrique vécue comme extrêmement traumatisante. Sa proposition de rester travailler sur le versant anesthésique a été retoquée par le médecin qui avait entrepris de joindre les salariés au départ, en lui expliquant « qu'il comprenait mais c'était comme cela ». Elle fut alors mise en arrêt de travail pour un mois par un psychiatre auquel elle avait fait appel de son propre chef. Fin avril, encore arrêtée mais envisageant un possible retour, elle participa à la seule et unique réunion associés–salariés et réitéra cette demande publiquement devant l'assistance. En réponse, l'un des médecins suggéra d'organiser un tour de table pour savoir si « les gens étaient d'accord ». On peut noter que la même personne avait évoqué dès le début de la crise l'éventualité « d'un plan social pour les salariés ». Cette initiative qu'elle décrit comme au minimum inappropriée voire humiliante entraina une prolongation de son arrêt de travail pour un nouveau mois par son psychiatre. Elle exprime avoir ressenti alors une inhumanité, le sentiment d'être traitée comme une « esclave » en étant « vendue » au HPL. Dans la suite de l'entretien elle précise : Le covid a réveillé en elle une problématique psychique, et en se posant les bonnes questions personnelles il lui a paradoxalement permis enfin de s'occuper d'elle en sollicitant cette aide extérieure. Elle caractérise toutefois de « bienveillants » les appels qu'elle a pu recevoir de certains pendant son arrêt de travail. Cependant parmi ses collègues il lui sera reproché de ne « pas avoir joué le jeu » : Il semble que des échanges particulièrement violents aient été postés sur la discussion Whatsapp des salariés, et que parmi les médecins certains n'aient rien fait pour apporter un apaisement.

De la même façon un autre infirmier reproche à ses employeurs d'avoir été pris pour un « pion » alors que déjà « tous travaillaient comme des galériens ». Ces termes : « esclave / pions / galériens » sont spontanément évoqués par cinq personnes sur quatorze, soit plus d'un tiers des salariés, certains travaillant au sein de l'équipe depuis de nombreuses années. Plusieurs pensent que

cette crise a plutôt exacerbé les dissensions internes dans le groupe, accentué des jalousies en révélant « les vraies natures », mais cependant et heureusement le terme de « solidarité » est utilisé également à peu près à parts égales.

Tous regrettent un sentiment de désorganisation et la pollution du travail par les bruits de couloir alarmistes largement répandus et entretenus par certains médecins, ainsi qu'un manque de communication flagrant. Plusieurs évoquent des troubles du sommeil, des manifestations eczémateuses, un épuisement psychique.

Paradoxalement, cette fois sur l'ensemble du groupe de la SMARP, seules cinq personnes admettent qu'elles auraient apprécié pouvoir « en parler », de façon non formelle ou à travers l'intervention d'un psychologue.

Pour conclure, le sentiment que « rien ne sera plus comme avant » et qu'il est difficile de faire des projets concrets revient dans la majorité des entretiens, tout comme la crainte d'une reprise de l'épidémie. De la même façon le « quand cela s'arrêtera t il ? » apparaît régulièrement. Pour certains la prise de conscience de leur vulnérabilité est avéré, dans un contexte de fatigue physique et psychologique intense parfois proche de l'épuisement émotionnel.

DISCUSSION

La culture de communication au sein de la SMARP est elle un mirage ?

En effet, afin d'exploiter à travers ce travail les répercussions d'une telle crise sur notre équipe, il est nécessaire de faire un état des lieux sur son fonctionnement jusqu'alors.

Comme mentionné plus haut, la SMARP joue un rôle central au sein de l'établissement, d'un point de vue médical mais également de part l'implication de ses plusieurs membres dans les différentes instances du HPL (Commission Médicale d'Etablissement, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Conseil de Bloc). Depuis sa création en 2002, elle a connu une forte expansion, passant entre 2005 à 2020 de 7 à 18 associés tous nommés cogérants avec les mêmes pouvoirs, en parallèle à l'augmentation de l'offre de soins.

Comme dans tout développement, cette phase a été marquée ponctuellement par des crises de croissance, essentiellement lors du choix de céder l'établissement au futur groupe Ramsay (2008, alors que la SMARP représentait une part prépondérante des actionnaires du HPL, à l'époque encore indépendant), et à l'occasion de la pénible décision d'exclure à l'unanimité un associé (2010).

Suite à ces épisodes difficiles au cours desquels la communication interne avait fait défaut, il avait été alors acté avec l'aide des conseils (expert comptable et conseiller juridique) le principe de réunions mensuelles entre associés avec un ordre du jour pré-établi.

En 2017, un projet complexe de réorganisation de l'actionnariat entre associés qui nécessitait de souscrire un emprunt commun avait dû être ajourné devant la « frilosité » de plusieurs jeunes médecins récemment installés. Leur mauvaise compréhension des enjeux, source de déstabilisation, avait été alimentée par de fausses informations venues de l'extérieur. Si le travail clinique quotidien et le professionnalisme n'en avaient pas été affectés, il s'en est suivi l'instauration d'un climat pesant de suspicion et de malaise au sein du groupe.

Concernant les relations entre employeurs (médecins) et salariés (personnel paramédical), aucune communication « officielle » n'était formalisée jusqu'à la mise en place en 2019 d'un Comité Social d'Entreprise (CSE) avec élection d'un Délégué du Personnel (DP). La majorité des échanges

perdure cependant encore autour de la machine à café ou dans les couloirs. Il n'existe pas de représentant syndical parmi les salariés.

On retrouve donc dans notre cas une société de type PME avec une vraie problématique entrepreneuriale mais au fonctionnement « semi-artisanal » au quotidien, sans gouvernance formalisée et assez déconnectée de tels impératifs, surtout dans la gestion des ressources humaines.

Dans ces conditions, on comprend à posteriori que la crise, en entrainant une fragmentation du groupe allait servir de catalyseur à la remise en question de ce fragile équilibre : La dispersion physique et temporelle de l'équipe au sein de l'établissement durant ces trois mois a accentué ce manque de cohésion : Entre associés (jeunes *vs* âgés, ceux travaillant en réanimation *vs* ceux travaillant en anesthésie, ceux de garde *vs* ceux de repos), entre infirmiers (selon les mêmes critères, accentué par des plannings incohérents), mais également entre les premiers et les seconds.

Ce décor étant posé, il est intéressant de noter que ma « légitimité » à conduire la rédaction de ce mémoire à travers les entretiens n'a pas été remise en cause, comme si cette initiative à travers le prisme de cette étude pouvait correspondre à un besoin non exprimé jusque là.

La spécificité de l'anesthésie réanimation

Notre spécialité s'est donc impliquée au maximum face à cette crise. Dans le cadre de ce mémoire il est nécessaire de rappeler certaines de ses particularités, qui éclairciront la compréhension du ressenti des acteurs rencontrés.

En dehors de tout contexte aigu, elle est déjà caractérisée par un exercice complexe, technique et stressant, source d'une incidence élevée de risques psychosociaux. Dès 1975 une surmortalité par suicide y est rapportée dans une étude rétrospective conduite aux USA, déjà en partie expliquée par une facilité d'accès aux drogues létales (3). En 2014 le Docteur Rébufat, Président du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs (SNPHAR) évoque un pourcentage de risque de suicide accru de 2,4 fois chez les femmes anesthésistes et de 1,5 fois chez les hommes par rapport à la population générale.

Dans sa revue de 2018, A.R. Campos Sousa insiste sur le sur-risque de burnout retrouvé chez les anesthésistes réanimateurs (4). Dans un registre plus focalisé, G. Savoldelli en 2008 s'intéresse au « microcosme sociétal complexe » que constitue le bloc opératoire présenté alors comme un lieu propice aux conflits, sources de stress, d'insatisfaction et d'épuisement pour les membres des équipes (5). Dans son mémoire de fin d'étude « les représentations sociales au bloc opératoire «, C.Hertfelder, infirmière anesthésiste, interroge ces professionnels sur la notion de « qualité de travail ». Elle regroupe leurs réponses en trois grandes catégories :

- Communication
- Travail d'équipe
- Encadrement

Son analyse montre clairement que toute dysfonction de la première influe directement sur le second, et qu'une organisation inadaptée aggrave nécessairement tous les problèmes (6).

Cette perception déjà ancienne de la souffrance au travail et une succession de suicides en 2009 a conduit le CFAR (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs) en 2013 sous l'impulsion du regretté Docteur Max-André Doppia à créer le dispositif « SMART » (Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail). Il est basé sur un accès internet à des ressources documentaires permettant de prendre connaissance des phénomènes de burnout et des notions s'y afférant (épuisement, harcèlement…), d' accéder à des fiches de recommandations pratiques et à des tests en ligne anonymisés concernant les addictions et le niveau de fatigue. Cet accès libre est ouvert aux infirmiers anesthésistes. La nécessité de prendre un médecin traitant pour les 80% des professionnels n'y ayant pas recours y est également rappelée. L'importance de la médecine du travail y est soulignée, bien que malheureusement non accessible aux praticiens libéraux.

Dans ce cadre, il apparaît nettement qu'au sein de l'anesthésie réanimation ces sujets de préoccupation ont émergé plus précocement que dans d'autres spécialités. De la même façon, la notion de travail en équipe est mise en avant, incontournable mais parfois source de dissensions usantes, potentialisées par les contraintes organisationnelles. Les phénomènes d'addiction au travail et la pression de production d'actes reviennent régulièrement dans les préoccupations des intervenants.

L'incidence du recours à cet outil SMART dans la population des anesthésistes réanimateurs (11510 praticiens exerçant en 2019) reste cependant assez difficile à apprécier. En 2017, avec un

recul d'une année il apparaissait que les pages d'auto-tests avaient certes été visitées 3174 fois, mais probablement pas par un nombre équivalent de professionnels, et que les fiches pratiques n'avaient été téléchargées que 363 fois.

Cette spécialité apparaît donc en pointe sur la prise en charge dès l'amont d'un risque psychosocial majeur. Toutefois la traduction sur le terrain est plus incertaine et ce, en dépit de la mobilisation des sociétés savantes et des syndicats. La culture de cette profession reste imprégnée d'une notion d'engagement, de devoir, malgré parfois un manque de moyens ou de reconnaissance et plus généralement d'un renoncement aux horaires de sommeil et à une vie « normale ».

Que retenir de cette période ?

Au sein de la SMARP, à la lecture des entretiens, on peut considérer que la violence de cette crise sanitaire n'a pas entamé frontalement le professionnalisme et la réactivité de l'équipe. Face à l'accumulation de problèmes inédits, des réponses ont pu être trouvées à chaque étape, sur un plan médical en premier lieu, mais aussi logistique et technique. La formule citée par le réanimateur senior « n'avoir fait que son devoir » résume bien cet état d'esprit.

Malgré la sur-médiatisation des difficultés rencontrées par les soignants et la dramatisation ambiante avec l'utilisation assez galvaudée du terme de « guerre », les réponses montrent que globalement personne n'a été dupe de cette exagération. Ainsi, concernant ce dernier aspect, il est flagrant de constater que tous le rejettent et adhèrent plus volontiers à l'analyse du Professeur Debout (7) : « une épreuve humaine collective et personnelle d'une exceptionnelle gravité et totalement inédite, nécessitant empathie, bienveillance et souci de soi et des autres », abordée avec le meilleur esprit de responsabilité.

Les sentiments généraux ressentis sont communs à l'ensemble des soignants face à cette crise, à savoir l'incertitude, le contexte anxiogène devant cette maladie inconnue, le stress généré par les restructurations imposées et la nécessité de garder intactes les compétences professionnelles.

La question du présentéisme, qui a concerné le seul médecin contaminé pendant l'épidémie, est intéressante à analyser. Une étude récente de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) du ministère du travail décrit bien que cette propension est plus élevée quand le travail est intense, dans des conditions d'insécurité, et que l'intensité émotionnelle qu'elle peut suggérer reflète une manifestation de solidarité envers les collègues avec lesquels on partage des situations de travail difficiles (8). Toutefois ceci se fait au dépens de la sécurité sanitaire de tous. Ce risque global de « blessure morale » et la nécessité de le détecter précocement est bien décrit par N. Greenberg (9).

Au delà de ces réflexions, il apparaît à travers les entretiens une asymétrie entre médecins et salariés.

Parmi les premiers, seuls quatre ont exprimé spontanément une souffrance psychologique liée à la crise, soit moins du quart des associés. Globalement, parmi le corps médical, peu expriment une préoccupation sur le ressenti du personnel. Au sein de ce dernier, plusieurs estiment que la conduite de la société envers eux n'a pas été à la hauteur de ce qu'ils auraient pu en attendre, et l'impact des difficultés psychologiques y apparait supérieur. Le déficit structurel en culture de communication évoqué plus haut n'y est pas étranger. En effet, il est clair que leur vécu, reflétant parfois une souffrance réelle, est resté incompris d'une partie de leurs employeurs.

Malgré des préoccupations médicales communes et très prenantes, ils évoquent à plusieurs reprises leur frustration et leur inquiétude devant l'absence d'interlocuteur, leur incompréhension face au manque d'empathie alors qu'ils se sentaient « ballotés » dans un environnement hostile au gré des affectations successives, sans savoir vers quel responsable ils pouvaient se retourner. En effet, contrairement à leurs employeurs ils n'avaient aucun pouvoir décisionnel.

Nous avons évoqué combien ce manque de communication, ces réaffectations plus ou moins « sauvages » et les bouleversements de la vie quotidienne et sociale qui en découlent ont pu être des facteurs de stress majeurs. De la même façon, la nécessité d'assimiler en un temps record le fonctionnement de logiciels inconnus, dans un environnement relationnel nouveau, a alimenté ce climat. L'épisode dépressif caractérisé dont a été victime une infirmière en est le reflet éclatant. Dans un registre voisin, une insécurité sanitaire s'est traduite par le refus du laboratoire d'analyses d'effectuer un test covid chez un des salariés « mis à disposition » du HPL, dont la fille était pourtant contaminée.

Nous comprenons mieux par cette écoute que les termes de « pions / galériens / esclaves » aient pu être employés.

Face à cette souffrance, il est frappant de constater que leurs demandes de sécurisation de leurs conditions de travail aient pu être jugées « stratosphériques » par certain associé, le même rajoutant qu'une solution « pourrait être l'installation d'une pointeuse ». Cette réflexion est assez typique du climat ambiant.

Pour appréhender au mieux ces difficultés, il nous aurait été très utile de prendre connaissance et d'appliquer la « Réponse rapide dans le cadre du covid-19 » élaborée par la Haute Autorité de Santé (9). Cette fiche validée le 7 mai 2020, quatre jours avant le début du déconfinement de la population, est remarquable par la pertinence des questions qu'elle soulève et la qualité des réponses qu'elle propose. En la parcourant, on remarque que pendant la crise la SMARP a alors appliqué, plus ou moins inconsciemment, sur plusieurs points à peu près l'inverse de ce qui y est préconisé :

- « Faciliter l'expression des difficultés et des ressentis, permettre d'apaiser les tensions vécues, renforcer le lien de confiance et la cohésion d'équipe »
- « Repérer les signes de détresse ou de souffrance psychique, savoir passer le relais sur les ressources disponibles »
- « Envisager entre la sortie de crise et la reprise du travail habituel un sas de décompression pour aider à l'élaboration de l'expérience vécue, être proactif vis-à-vis des inquiétudes du personnel » …

La diffusion sur le terrain de cet outil ne semble malheureusement pas avoir fait l'objet d'une communication efficace auprès des équipes engagées, et elle a pu apparaître décalée pour la période qui concernait la phase initiale de l'épidémie. A notre décharge, le climat ambiant proche d'une sidération collective déjà évoquée et l'éparpillement des membres de la société n'étaient par ailleurs pas propices à la recherche d'une documentation de type ressource.

Autre difficulté, l'absence d'une structure d'encadrement des salariés, limite propre au caractère libéral et à la taille de la société, n'a pas permis de leur assurer le soutien, la diffusion des protocoles et des informations qui sont habituellement dévolus à cet échelon.

En début de crise, les créations spontanées mais en parallèle de deux groupes de discussion Whatsapp, totalement étanches l'un à l'autre, interroge là encore sur le degré de maturité de la perception de la place de la communication dans le groupe.

Nous avons évoqué plus haut l'implication des sociétés savantes dans la santé des professionnels à travers le dispositif SMART. Cependant il apparaît que sa déclinaison sur le terrain reste encore marginale puisque seuls trois associés en connaissaient l'existence, et aucun des salariés. Très récemment la gestion de cette plate forme a été transférée du CFAR à la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation), société savante dont l'audience est plus importante et l'image très forte. Cette évolution pourrait permettre de sensibiliser davantage la population concernée à la nécessité de mieux détecter et prendre en charge sans retard les troubles psychosociaux.

Dans les entretiens, seules 5 personnes sur 31 (16%) expriment à posteriori qu'elles auraient alors souhaité bénéficier d'une forme d'aide, psychologique ou autre. Le HPL proposait lui même une cellule d'écoute pour son personnel, mais qui a été globalement peu sollicitée. Cette réticence est peut être liée à la difficulté qu'ont les professionnels eux mêmes de reconnaître les problèmes psychiques. Ils peuvent apparaitre plutôt au premier abord demandeurs de repos et d'amélioration de leurs conditions de travail, y compris sur le plan matériel, et cette « pudeur » peut desservir les salariés face à certains employeurs.

A l'issue de la première vague de cette pandémie, nous avons vu que le groupe s'était réagrégé pour assurer la reprise intensive de l'activité chirurgicale et la poursuite de l'activité de réanimation traditionnelle. Cette période intermédiaire n'a donné lieu à aucun débriefing du vécu de cette expérience, le besoin de repos physique et de vacances, même réduites et hachées, prédominaient dans les esprits de tous. La verbalisation des difficultés rencontrées est alors restée marginale et non formalisée jusqu'à la mise en route de ces entretiens dans le cadre de ce mémoire.
Sans parler de « prise de conscience », on peut noter que ces échanges ont nourri chez certains, une réflexion qui avait été entamée antérieurement.

Ainsi deux propositions concrètes ont pu être avancées :

- Inviter tous les membres de la SMARP à participer à un tour de table sur leur vécu de cette crise en présence d'un tiers séparateur, psychologue, qui animerait la discussion.

- Acter le principe de recruter un Directeur Administratif et Financier (DAF) qui comblerait l'échelon manquant entre salariés et employeurs.

A l'échelle de notre structure, ces initiatives constitueraient un premier pas vers l'adoption d'une stratégie de prévention primaire de l'apparition de troubles psychologiques à travers ce soutien, par la mise en place d'un encadrement clairement identifiable, et d'une culture d'écoute.

Le recours aux outils de dépistage en amont tels ceux proposés par la commission SMART, décrits plus haut serait une première étape vers une politique de prévention secondaire.

Cependant, la perspective présente début octobre 2020 de l'arrivée d'une « seconde vague » risque de prendre de court ces bonnes intentions en impliquant de nouveau une réorganisation massive dans l'urgence. Dans ce contexte d'alerte maximale, si les membres de la SMARP sont prêts à exercer leur métier dans ces conditions difficiles, tous manifestent une forte lassitude, une certaine amertume face à des conditions sanitaires qui n'ont que peu évolué depuis le printemps. La reconnaissance financière de l'Etat à travers le versement de la « prime covid » au personnel n'a pas eu d'impact significatif. Il est édifiant de noter par ailleurs que les efforts consentis par les associés en terme de triplement des gardes de réanimation pendant la crise n'ont fait l'objet à ce jour, quatre mois après la fin de la première phase, d'aucune compensation financière des tutelles malgré leurs discours.

Ce sentiment global de désillusion semble d'ailleurs partagé par de nombreux soignants, fatigués et désabusés.

Nous pouvons toutefois espérer ne pas voir répétées au sein de notre groupe certaines « maladresses » dans la mise en œuvre de cette nouvelle mobilisation.

CONCLUSION

La confrontation à cette crise sanitaire majeure a mis en exergue pour une équipe comme la notre placée en première ligne ses qualités et ses insuffisances :

- Professionnalisme, adaptabilité, réactivité et abnégation dans la lutte contre la pandémie.
- Manque de communication interne et de reconnaissance de la place des collaborateurs.

La trêve relative de l'été et cette démarche de rédaction ont permis à une majorité d'entre nous de commencer à prendre conscience de notre vulnérabilité de soignants à la souffrance psychologique. De la même façon, une certaine accumulation de non-dits sur l'esprit de fonctionnement du groupe jusqu'à présent a été mise en évidence. Malgré la taille réduite de la structure et son mode d'exercice libéral, le besoin d'une structuration dans le domaine des relations humaines apparaît nécessaire. Cette perspective traduit une forme de maturation et il est possible d'espérer que cette période aura servi de catalyseur à la mise en place d'une réflexion sur la nécessité d'assurer à tous un épanouissement personnel harmonieux et équilibré. En tirer les enseignements permettrait alors de renforcer notre cohésion, au delà du professionnalisme, et d'améliorer notre qualité de vie au travail. A distance, consacrer du temps aux échanges avec une aide extérieure permettrait de créer un récit significatif plutôt que traumatisant de l'expérience de chacun.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Bayle-Iniguez A. La collaboration public/privé. Quotidien du Médecin 16.04.2020
2. Le CHU de Saint Etienne déclenche le plan blanc. La Tribune Le Progrès 16.03.2020
3. Houdaille J. Mortalité des médecins anesthésistes aux USA. Population 1975 ; 30-1 : 150-152
4. Campos Sousa A.R. Burnout in anesthesiology. Rev. Bras. Anestesiol. 2018 ; 68 : 5
5. Savoldelli G.L. Résolution de conflits au bloc opératoire. Mapar 2008
6. Hertfelder C. Représentations sociales au bloc opératoire, mémoire de fin d'études IADE Strasbourg 2018
7. Debout M. Non, cette crise n'est pas une guerre. Miroir social 20.03.2020
8. Inan C. Le présentéisme. DARES 05.08.2020 ; 24
9. Greenberg N. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic.BMJ 2020 ; 368 : m1211
10. Réponse rapide dans le cadre du COVID 19. HAS 07.05.2020

UNE EQUIPE D'ANESTHESIE REANIMATION À L'HEURE DU COVID 19 :
APPROCHE DESCRIPTIVE A TRAVERS DES ENTRETIENS SEMI DIRIGES
Jean-Luc BILLARD

RESUME : ***Introduction*** : Durant la pandémie du printemps 2020 le groupe dans lequel j'exerce (18 médecins libéraux employeurs de 13 paramédicaux salariés) s'est mobilisé de façon maximale. A l'issue de cette première phase, le retour à une activité supposée classique s'est très rapidement enchainé sans débriefing. ***Objectifs*** : Recueillir le ressenti individuel de l'ensemble des membres de l'équipe, permettre de verbaliser les difficultés, détecter les souffrances et en apprécier l'anticipation. ***Méthode et moyens*** : Etude rétrospective par entretiens individuels, relecture de l'ensemble des échanges accessibles par messageries, recueil des articles de presse. ***Résultats et discussion*** : 31 entretiens ont été réalisés. Les notions d'incertitude, d'inconnu reviennent majoritairement avec une capacité d'adaptation imposée dans un climat jugé extra-ordinaire mais non « guerrier ». Si ces réponses sont globalement communes aux médecins et au personnel, plusieurs parmi ce dernier témoignent d'une angoisse voire d'une détresse par manque de communication et profusion de rumeurs anxiogènes. Cette dimension a été nettement sous évaluée par les médecins et reflète un déficit chronique sous jacent de culture d'échanges au sein de l'équipe, particulièrement exacerbé à l'occasion de cette crise. ***Conclusion*** : Malgré l'efficacité professionnelle témoignée par l'ensemble du groupe, il apparaît nécessaire de prendre conscience de ce manque de cohésion et de ne pas en sous estimer les conséquences psychosociales. Un retour d'expérience commun et un soutien psychologique pourraient être proposés, en favorisant les préventions, primaire et secondaire. Ce focus pourrait être extrapolé à d'autres structures.

LOIRE

HPL : « une arme de guerre contre le Covid-19 »

Une soixantaine de cas d'infection au nouveau coronavirus sont soignés dans cet établissement stéphanois. Depuis le début de la crise sanitaire, une centaine ont suivi le circuit de soins spécialement conçu pour cette maladie. Ce jeudi, ils étaient vingt en réanimation. Reportage in vivo.

Stade 3 de l'épidémie de Covid-19. À l'Hôpital privé de la Loire (HPL), comme partout ailleurs en France, les opérations non urgentes quotidiennes sont déprogrammées. Outre les prises en charge indispensables (urgences, chimiothérapie, dialyse…), des soignants aux administratifs, en passant par les femmes de ménage, tous sont mobilisés pour l'accueil des malades infectés par le Covid-19 dans l'établissement situé dans le quartier de la Métare, à Saint-Étienne.

« Grosso modo », une soixantaine sont soignés dans cet établissement. « Depuis le début de la crise sanitaire, une centaine ont suivi le circuit de soins spécialement dédié pour le coronavirus. » Ce jeudi, ils étaient vingt en réanimation.

Le HPL a été très vite mis à contribution

Aux prémices de la crise sanitaire, le CHU est en première ligne. Le HPL intervient en deuxième rideau dans le plan blanc déclenché par le préfet. Comme tout le privé.

Mais chaque établissement planche, aussi, sur un plan blanc. « Notre cellule de crise, nous l'avons activée, il y a déjà quatre semaines », glisse le directeur général délégué, Jean-Baptiste Seblain.

La raison : le fameux patient zéro de la Loire. Le quinquagénaire séjourne ici début mars. « Rentré pour d'autres pathologies, son état s'est dégradé. On a donc fait des tests ». Patratas ! Il est atteint du Covid-19. Il est pris en charge par le CHU. C'est la procédure au stade 2.

« Formés aux risques d'attentats, mais en aucun cas à ça ! »

« Paradoxalement, cette histoire a été une chance pour nous. Elle nous a permis de réagir très vite et de réorganiser notre activité pour être prêt », confie M. Seblain. La cellule de crise est armée. Avec comme chef de guerre, le Dr Laurent Gergelé. Cet anesthésiste-réanimateur est le coordinateur médical de la gestion de crise de cette épidémie.

Le quadragénaire ne fait pas de mystère : tous se lancent dans l'inconnu. « Nous avons beaucoup été sollicités pour se préparer à une crise courte comme un attentat. Mais en aucun cas à une crise sur la durée, comme celle-là. » Il faut donc tout penser pour un marathon contre la pandémie au nouveau coronavirus.

L'ambition est de tout construire telle une opération militaire. « Il a fallu transformer une machine à opérer en arme de guerre contre le Covid-19 », insiste le Dr Laurent Gergelé.

Zéro droit de retrait

Tout est entièrement repensé de A à Z en un temps record. « En une journée, nous avons tout imaginé et réaménagé. Notre réactivité a été notre force », souligne Julie Ouedraogo, la responsable du pôle hautement spécialisé pour soigner les malades confirmés du virus. À savoir, les urgences, les unités de réanimation et de surveillance continue (USC) et de soins intensifs en cardiologie (USIC).

« Tout le monde met les mains dans le cambouis. Personne ne se fait porter pâle. « Zéro droit de retrait », insiste le directeur général délégué, Jean-Baptiste Seblain. « Mais, nous n'avons pas eu beaucoup de malades tout de suite », précise le Dr Gergelé. Mais le HPL était déjà dans les starting blocks. Depuis, la situation a beaucoup évolué.

Véronique MIOT

> « Nous avons beaucoup été sollicités pour se préparer à une crise courte comme un attentat. Mais en aucun cas à une crise sur la durée, comme celle-là. »
> Dr Laurent Gergelé, en charge de la gestion de crise de l'épidémie à l'HPL

Le silence est assourdissant. Les visites sont interdites dans tout l'établissement. Dans l'aile dédiée aux cas de Covid-19 règne une forte odeur de javel. Quand une chambre est libérée, il faut 45 minutes de ménage. Elle est nettoyée trois fois, du sol au plafond. Photo Progrès/Rémy PERRIN

« Pas de réanimation pour des patients qui n'ont pas d'avenir »

Depuis le 19 mars, chaque jour, à 15 heures, médecins et soignants se retrouvent pour arbitrer du sort des patients lors d'une réunion d'éthique. En clair : il est décidé qui est réanimé ou pas. Dr Laurent Gergelé décrypte : « Il ne faudrait pas qu'un centenaire prenne une place à un endroit alors que l'on n'en dispose pas pour un malade qui peut s'en sortir. La règle, c'est : pas de lits occupés en réanimation pour des patients qui n'ont pas d'avenir. Car il faut le savoir : en réanimation, un lit occupé, ce n'est pas pour trois jours, mais pour trois semaines, voire plus. »

L'hôpital privé gère les malades du Covid-19 que ne peut prendre en charge l'hôpital Nord (public) de la ville. Photo Progrès/Rémy PERRIN

WEB +

Vidéos, photos, témoignages… Retrouvez plus d'infos sur notre appli et notre site : www.leprogres.fr

« Pour une appendicite, on n'a pas envie d'attraper le Covid-19 »

Chacun ses quartiers au HPL. « Propres ou sales », comme le disent, entre eux, les soignants. Comprendre : classiques ou pour les cas de Covid-19. Deux services d'urgences avec chacun son entrée. C'est une infirmière, avec l'appui d'un médecin, qui est chargée de trier les arrivants. Avec un protocole très précis sur les symptômes des patients. Pour évacuer tout questionnement, direction l'imagerie médicale. Là, plus aucun doute ne peut subsister.

Idem pour les ascenseurs, la réanimation, les unités de surveillance continue (USC) pour les patients qui sortent de réanimation ou qui peuvent y rentrer si leur état se met à se dégrader et les unités de soins intensifs (USI), les salles de repos, la maternité, la morgue. Bref, tout. Et pour les très rares couloirs communs, des marquages au sol différencient le cheminement spécial Covid-19.

Personne ne doit se croiser, c'est impératif. Car certains services indispensables tournent. Malgré tout.

« Pour une appendicite, on ne peut pas dire : rideau ! On ne vous opère pas. Mais pour une appendicite, on n'a pas envie d'être contaminé au Covid-19 », résume le Dr Laurent Gergelé.

Dr Laurent Gergelé, anesthésiste réanimateur et surtout coordinateur en gestion de crise du Covid-19. Photo Progrès/Rémy PERRIN

La « réa » peut passer de 12 à 37 lits

« Nous sommes l'un des rares établissements en France à avoir multiplié par quatre notre capacité d'accueil en réanimation », se félicite Jean-Baptiste Seblain, directeur général délégué de l'Hôpital privé de la Loire (HPL).

Des 12 habituels lits de réanimation, il passe à 51. « Et bientôt 37, pour avoir une longueur d'avance, quitte à ce qu'ils ne servent pas », renchérit le coordinateur médical de la gestion de crise de cette épidémie, le Dr Laurent Gergelé.

Une grande collaboration entre le privé et le public

Pour réussir ce tour de force, une salle de réanimation est installée en lieu et place de la salle de réveil post-opératoire.

Chacun ne fait pas ce qu'il veut dans son coin. L'ouverture de lits est soumise à l'autorisation de l'Agence régionale de santé (ARS).

Et surtout, c'est très encadré par la loi.

« Les rivalités habituelles, elles sont tues face à la gravité de la crise sanitaire, se satisfait le Dr Laurent Gergelé. Contrairement à d'autres régions, le CHU n'a pas attendu d'être saturé pour demander un désengorgement. »

D'ailleurs chaque jour, tous les réanimateurs font le point pour dispatcher des patients, si nécessaire.

La capacité d'accueil en réanimation a été multipliée par quatre à l'HPL. Photo Progrès/Rémy PERRIN

« Ne pas mettre le personnel en surchauffe »

« Pour durer longtemps, on ne veut pas mettre les personnels en surchauffe », précise le Dr Laurent Gergelé. Les infirmiers et aides-soignants gardent leur planning habituel. Soit 35 heures par semaine. Les anesthésistes-réanimateurs sont beaucoup plus mis à contribution. Ils sont quatre sur le pont toutes les nuits. « D'un médecin qui dort sur place, on est passé à trois en plus de celui d'astreinte », détaille le coordinateur médical de la gestion de crise de cette épidémie.

Dr Laurent Gergelé s'est fait une raison : « Intellectuellement, je sais que je serai contaminé. Je peux même faire une forme grave. Mais le risque n'est pas pire que la possibilité d'avoir un grave accident de la route quand je prends le volant. »

Des soignants aux femmes de ménages, tout le personnel hospitalier se mobilise face à cette crise sanitaire. Photo Progrès/Rémy PERRIN

La Tribune LE PROGRÈS
Édition de la Loire
Lundi 6 avril 2020 - 1,10 €

Photo Progrès/Rémy PERRIN

Au cœur de la cellule Covid-19 de l'Hôpital privé de la Loire

En immersion avec les soignants

L'établissement stéphanois prend en charge une soixantaine de patients atteints du Covid-19. Nous avons pu suivre les équipes médicales au plus près pendant une journée. Photo Progrès/Rémy PERRIN

PAGES 12 ET 13

Annexe 1

12 ACTU LOIRE ET RÉGION

LOIRE

SAINT-ÉTIENNE Déconfinement

Le HPL reprend le chemin d'une activité « normale »

« Nous sommes les premiers opérationnels de Rhône-Alpes pour une reprise de l'activité traditionnelle », affirment avec fierté les médecins et la direction de l'Hôpital privé de la Loire (HPL).

« Dès samedi 9 mai, nous avons proposé 50 tests (lire par ailleurs) à nos patients pour une reprise des opérations dès ce lundi 11 mai. Et sur 100 tests, nous avons eu deux cas de personnes asymptomatiques. »

En effet, le 13 mars, le HPL est passé brusquement de 150 interventions chirurgicales par jour à « une petite vingtaine pour des urgences, style appendicite ou de la cancérologie. Toutes les opérations programmées ont été stoppées pour s'occuper essentiellement des patients Covid. Une partie du 4e étage du bâtiment a été réquisitionnée pour installer l'unité Covid », explique Jean-Baptiste Seblain, *directeur du HPL.*

Un enjeu « crucial » pour les patients

Et il annonce : « À l'heure où l'épidémie semble se stabiliser, il est aujourd'hui essentiel de réinvestir dans le circuit hospitalier les patients pour lesquels le report de consultations, d'examens ou d'interventions pourrait déboucher à court ou moyen terme sur une "perte de chance". » « Après la formidable mobilisation de nos médecins et personnels soignants pour faire face à l'afflux de patients Covid-19, le nouveau défi consiste à accompagner nos patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation sécurisée dans le contexte de l'épidémie qui n'est pas encore éteinte. Cet enjeu est crucial, non seulement pour nos patients atteints de pathologies chroniques mais également pour les patients dont les interventions chirurgicales ont été déprogrammées ou repoussées », développe Jean-Baptiste Seblain.

Une soixantaine d'opérations par jour

Ainsi depuis lundi, les opérations classiques ont repris au HPL. « On est sur une soixantaine par jour. On reste dans la continuité de ce que l'on a fait. L'unité Covid reste donc en place de façon totalement étanche, avec des entrées et sorties réservées. Douze lits de réanimation sont en place avec possibilité de monter à 20, et 10 lits de chirurgie Covid. La chirurgie programmée reprend progressivement. On contacte chaque patient et on évalue la pertinence de l'intervention. On reste dans un contexte de pandémie, avec toujours des tensions sur les produits anesthésiants. C'est aujourd'hui, l'État qui gère ces stocks. Toutes les opérations de chirurgie esthétiques par exemple n'ont pas repris », expliquent les docteurs Patoir et Kaczmarek.

Les gestes barrières restent une priorité. L'établissement aménage les horaires de consultation et les lieux d'accueil et attente pour une distanciation sociale maximale. Il intègre dans la planification des interventions une majoration du temps de nettoyage des blocs. Il limite au maximum la présence de personnes externes à l'établissement.

Françoise SALLE

Les équipes doivent intégrer dans la planification des interventions une majoration du temps de nettoyage des blocs. Photo Progrès/Yves SALVAT

Retour du bloc pour ce patient. Une reprise progressive de l'activité habituelle au HPL (hôpital privé de la Loire). Photo Progrès/Yves SALVAT

> « Dans le contexte de l'épidémie qui n'est pas encore éteinte, le nouveau défi consiste à accompagner nos patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation sécurisée »
>
> **Jean-Baptiste Seblain, directeur du HPL**

Un investissement de 200 000 € pour la prise en charge du Covid

« Prendre en charge cette pandémie était une évidence pour nous. L'heure était à répondre à l'urgence médicale et non pas à gérer un budget. Je ne me voyais pas ergoter sur les demandes des médecins », explique Jean-Baptiste Seblain, directeur de l'Hôpital privé de la Loire. L'investissement pour la prise en charge du Covid-19 a été de l'ordre de 200 000 euros. Sur cette période et pour l'unité Covid, le HPL a ouvert 52 lits de médecine et 37 lits de réanimation au lieu de huit. L'établissement a pris en charge 67 patients en réanimation, 237 en hospitalisation médecine et 244 patients en ambulatoire.

QUESTIONS À

Laurent Gergelé, médecin responsable de l'unité Covid

« On a compté jusqu'à 30 patients en réanimation »

Photo Progrès/Y. SALVAT

À partir de quel moment avez-vous mis en place cette unité Covid au sein du HPL ?

« On a très vite réagi. D'abord parce que c'est au sein de notre clinique que le premier cas de Covid de la Loire a été identifié, début mars. Et ensuite parce qu'ici, la collaboration public-privé a très vite et très bien fonctionné. Dès le passage officiel de la France au stade épidémique mi-mars, l'Hôpital privé de la Loire a mis en place un plateau technique "Covid" avec un redimensionnement des capacités en réanimation : création d'un étage d'hospitalisation dédiée à la prise en charge "Covid" avec 52 lits en hospitalisation conventionnelle. On est passé de 8 lits classiques en réanimation à 41, avec, au plus fort de la crise, la prise en charge jusqu'à 30 patients en réanimation et 44 patients en médecine Covid. On a mis en place également une prise en charge en ambulatoire. Toutes les personnes suspectées étaient testées et, selon leur *état de santé pouvaient repartir chez elles, avec les recommandations nécessaires et une surveillance à distance proposée. Conformément* aux directives de l'Agence régionale de santé, les interventions chirurgicales non urgentes ont été déprogrammées et les activités de soins ont été limitées dès le 16 mars. »

Tout le corps médical s'est-il investi sur cette période de crise ?

« C'est vrai que les médecins urgentistes, polyvalents, étaient en première ligne, mais tout le corps médical s'est investi pour nous soutenir. Les chirurgiens nous ont aidés sur les gardes de permanence des soins des filières autres que Covid. Cela nous a permis de libérer du temps pour les urgentistes. Nous avons aussi décidé de protéger nos médecins de plus de 55 ans. Ils étaient donc un peu en retrait mais en deuxième ligne pour nous soutenir. »

L'hôtel et le coiffeur proposés vous ont-ils aidés ?

« Le service ambulatoire a été réaménagé en hôtel et vraiment cette offre pour les médecins et le personnel paramédical a été bénéfique pour de bons moments de repos. C'est vrai que le salon de coiffure a vraiment plein pot, avec de bons moments de franche rigolade et c'était top. »

Avez-vous peur d'une seconde vague ?

« Nous sommes prêts et en capacité à ouvrir un maximum de lits en réanimation en 48 heures. Notre unité dédiée est conservée même s'il n'y a aucun patient. Notre inquiétude reste sur la difficulté d'approvisionnement en produits anesthésiants. »

RÉPÈRES

Aucune nouvelle victime du Covid-19 mercredi

Mercredi soir, Santé publique France comptabilisait 294 patients hospitalisés dans la Loire. C'est 43 de moins que la veille (337). Aucune nouvelle victime n'est à déplorer dans le département. Le bilan est donc de 215 décès depuis le début de l'épidémie. Le nombre de patients guéris ayant regagné leur domicile s'élève à 746 (+ 43). 46 malades sont encore en réanimation, deux de moins que la mardi.

Par ailleurs, selon la banque de données de Santé publique France, la moyenne de morts par million d'habitants est de 192 au niveau national. La Loire affiche une moyenne bien supérieure (251).

Les patients sont testés 48 heures avant l'opération

Si l'hôpital privé de la Loire reprend peu à peu une activité classique, le Covid reste présent et continue à circuler. Aussi, aujourd'hui, même pour une opération traditionnelle, de nouveaux protocoles doivent être mis en place. « Pour protéger les soignants et les patients », expliquent les docteurs David Kaczmarek et Arnaud Patoir, spécialistes en chirurgie thoracique et digestive. Désormais, pour toutes les chirurgies programmées, les patients sont appelés pour venir faire un test PCR (prélèvement dans le nez), 48 heures avant de passer au bloc opératoire. « Le temps pour nous de savoir si le patient est positif ou non au Covid. S'il est sain, il passera au bloc. Sinon, on va se poser la question de savoir si l'intervention chirurgicale est vraiment nécessaire dans ce délai. Si on peut différer, on privilégiera cette solution. Dans le cas contraire, le patient sera opéré en bloc Covid et transféré ensuite en médecine de l'unité Covid. Pour une chirurgie en urgence, on passera forcément par un scanner, qui permettra de détecter la forme pulmonaire du virus. »

Photo Progrès/Yves SALVAT

La Tribune LE PROGRÈS

Édition de la Loire — Jeudi 14 mai 2020 - 1,10 €

HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE

APRÈS LE COVID

Vers un retour à la normale

« Nous sommes les premiers opérationnels de la région pour une reprise de l'activité traditionnelle », affirment les médecins et la direction de l'Hôpital privé de la Loire (HPL) situé à Saint-Étienne. Depuis lundi, les opérations classiques ont repris. Photo Progrès/Yves SALVAT

PAGES 12 ET 13

Annexe 2

La Tribune
LE PROGRÈS
Edition Saint-Étienne - Gier - Ondaine 42D
Samedi 4 juillet 2020

Des Ligériens sur le front du Covid

Ils racontent leur combat

Ils se sont investis auprès des patients pendant la crise du Covid-19. Photos Progrès/Y. GRANGER PAGES 10 ET 11

10 ACTU LOIRE ET RÉGION Samedi 4 juillet 2020

LOIRE Édition du Gier et du Pilat

Ils ont fait face au Covid-19 : on les a retrouvés

Nous avons rencontré des hommes et des femmes, qui se sont investis auprès des patients pendant la crise du Covid-19. Nous leur avons demandé comment ils ont vécu cette crise en tant que professionnels mais aussi dans leur vie personnelle. Portraits croisés.

Textes et photos : Yvette GRANGER

« Il a fallu s'investir à fond »

Nicolas Auguste
Médecin gériatre à la Mutualité de la Loire

« J'habite place Badouillère et je me rends à pied à la clinique, je ne souviens que le matin, les rues étaient désertes. »

Nicolas Auguste, médecin gériatre, rapporte que la période a imposé « de s'investir à fond ». La Mutualité de la Loire gère de nombreux Ehpad et un service de court séjour gériatrique dans sa clinique. Il fallait donc créer du lien entre toutes les structures pour les seniors suspects ou positifs au Covid.

« Nous avons construit une collaboration jour après jour, en partant du terrain. « Aujourd'hui, cette expérience du Covid chez les personnes âgées « a permis d'améliorer le parcours du patient en gériatrie », depuis le premier jour d'hospitalisation jusqu'au retour à domicile ou l'entrée en établissement. « Nous avons vraiment organisé et amélioré la filière dans une parfaite continuité. » Et lorsqu'il rentrait chez lui le soir, toujours à pied, il se souvient : « Je pensais encore Covid. »

« Les applaudissements, c'était touchant »

Sandrine Seux
Infirmière libérale à Saint-Genest-Lerpt

« On était la seule visite du jour pour beaucoup de personnes âgées ». Sandrine Seux n'a pas cessé son activité d'infirmière pendant la crise, au contraire. Elle se souvient des applaudissements dans la rue. « Quand j'étais avec ma collègue Agnès, on a souvent entendu : « Bravo les filles ». C'était touchant ». Elle a aussi observé une grande solidarité entre voisins. « Les voisins déposaient les courses sur le paillasson et prenaient des nouvelles des plus isolés par téléphone ».

« On ne sait pas de quoi demain sera fait »

Elle retient aussi de cette crise un rapprochement avec les autres professionnels de santé. « On passait souvent chez le médecin et le pharmacien. Comme il y avait peu de monde, on pouvait s'asseoir un moment et parler. En 16 ans d'exercice, je ne m'étais jamais assise dans un cabinet médical pour discuter. »

La solidarité s'est exprimée aussi en sa faveur. Un particulier a fabriqué des visières par impression 3D : « J'ai été la première à en recevoir. Et d'autres ont proposé du gel et des masques. Sandrine a bien traversé la crise mentalement. « On se sentait utile, on comme d'autres avec qui elle échange. Il lui semble que la cause pourrait être la crise économique et sa conséquence, le repli sur soi. « On ne sait pas de quoi demain sera fait ».

« Tout le monde avait envie de relever le défi »

Sandrine Mondière
Cadre au pôle bloc de chirurgie ambulatoire du CHU de Saint-Étienne

« Tout le monde était disponible pour travailler le jour, la nuit, avec des plannings modifiés. Tout le monde avait envie de relever le défi, je suis fière de mes équipes, j'ai trouvé des ressources que je n'imaginais pas. » Sandrine Mondière a conclu : « Mes vingt-neuf années d'engagement ont été renforcées par cette expérience. »

« On a toujours été dans l'anticipation pour éviter les transferts sur d'autres régions »

Le confinement est annoncé le 15 mars. Le 17, Sandrine doit transformer ses blocs en salles de réanimation. La chirurgie non urgente est déprogrammée. Elle dispose alors de vingt lits. « Mais au plus haut de la crise, on n'a pas dépassé seize patients Covid. » Un autre Bloc d'une capacité de dix lits était prévu mais il n'a pas été activé. « On a toujours été dans l'anticipation pour éviter les transferts sur d'autres régions. » De la même manière, les équipes n'ont pas manqué d'équipement comme les masques, les blouses ou le gel. Sandrine retient cette leçon : « On a appris qu'on peut tous collaborer dans l'urgence, le public comme le privé et rappuyer sur l'engagement de tous les professionnels. »

Samedi 4 juillet 2020 11

« On était tous dans la même galère »

Romain Sorolla
Chef d'équipe bio-nettoyage au HPL à Saint-Étienne

À 28 ans, Romain Sorolla est chef d'une équipe de vingt agents de service hospitalier en bio-nettoyage au HPL. Pendant la période Covid, il se souvient que les protocoles pouvaient changer plusieurs fois en 24 heures. Du coup, la javel a refait son apparition. Sa mission : que tous les points de contact soient désinfectés : sols, murs, portes, tables, lits… Il a senti un rapprochement avec les autres personnels. « On était tous dans la même galère pour combattre le virus. Sans le nettoyage, l'hôpital ne tournerait pas. » Lorsqu'aujourd'hui il observe le non-respect des gestes barrières, il est en colère : « J'espère qu'on continuera à se désinfecter les mains à chaque fois que c'est nécessaire, on aurait dû le faire bien avant. Le virus nous a rappelé les fondamentaux. »

« On ne s'est jamais senti aussi utiles que durant cette période »

Guillaume Thiery
Professeur de médecine intensive et réanimation au CHU de Saint-Étienne

« Il a fallu penser les soins et l'organisation alors qu'on ne savait pas grand-chose de cette maladie. » Pour aller plus vite, un groupe WhatsApp est créé et un fichier en ligne renseigne sur la disponibilité des lits sur tout le territoire, public et privé confondus.

« Personne n'a été laissé de côté »

Chaque jour, une conférence téléphonique complète l'échange. « On réfléchissait à ce qu'on ferait si on venait à avoir plus de patients que de places. » La philosophie adoptée a été que toute décision devait être collective. « Tout cela a permis qu'aucun service de réa ne soit saturé. On a pu transférer des malades sur Roanne ou Annonay pour avoir toujours 2 ou 3 lits disponibles. » Avec le recul, il sait que les choix ont été bons. Même sur le sujet sensible du patient très âgé : « Le bénéfice attendu est nul ou très faible. « Pour autant, dit-il : « Personne n'a été laissé de côté ».

Guillaume Thiery retient de cette période, la tristesse de ne pas avoir pu accueillir les proches des patients. C'est alors que les secrétaires ont eu une idée géniale. Un livret de bord pour que les visiteurs et les soignants puissent laisser des petits mots racontant les jours qui seront oubliés au réveil. Les secrétaires ont appelé les familles pour demander messages et photos. Elles les collaient dans le livret. Au réveil, c'était autant de repères pour le patient privé de son histoire. « Cette inventivité est l'un des souvenirs les plus touchants qui me restent de cette crise. »

« Au début, j'ai eu peur de rapporter le virus chez moi »

Céline Suchail
Aide-médico-psychologique à la résidence du Soleil à Saint-Étienne

« Au début j'ai eu peur de rapporter le virus chez moi, peur de mettre mon stress au travail et que mes collègues s'en aperçoivent. » Céline Suchail est aide médico-psychologique depuis vingt ans à la résidence du Soleil à Saint-Étienne.

Céline arrivait une demi-heure en avance à son travail. « J'avais besoin de ce temps pour me concentrer avant d'être d'attaque. »

Les quinze premiers jours ont été particulièrement difficiles. « À la maison, j'étais la pestiférée. À peine rentrée, mon mari qui était en télétravail et mes enfants me demandaient de passer sous la douche. » Pendant cinq jours, Céline doit garder cette situation. « J'ai proposé d'aller dormir à l'hôtel pour les rassurer mais ils m'ont répondu qu'ils préféraient me voir. » Ma fille m'a même laissé un petit mot près de la cafetière pour que le trouve à mon réveil pour me confier sa peur de me voir partir chaque jour travailler avec des personnes âgées.

« Le cinquième jour, on a parlé. » Le mari et les deux enfants s'effondrent en larmes et racontent aussi leur peur. Alors Céline décrit dans le détail toutes les précautions prises au sein de l'Ehpad, le nettoyage renouvelé de toutes les surfaces, le gel, les surblouses… « Ça les a rassurés. »

Après les quinze premiers jours, l'angoisse s'en est allée. « Le fait de travailler en équipe permet de parler et de trouver du soutien. » Céline ne se souvient avoir posté un mot sur Facebook pour raconter ses angoisses. « J'ai reçu plein de messages de soutien, des vrais mots, pas seulement des pouces levés ou des cœurs. »

« Les chirurgiens étaient les internes des réanimateurs »

Jean-Luc Gay
Chirurgien vasculaire à la clinique mutualiste de Saint-Étienne

« Au début, on était tous stressés, on communiquait avec les professionnels du Grand Est et on s'entendait nous aussi à la guerre. » Jean-Luc Gay, chirurgien vasculaire depuis 22 ans, a participé à coordonner les actions des chirurgiens de la clinique mutualiste de Saint-Étienne. On est passé de 8 à 29 lits de réanimation. Comme il y avait moins d'activité chirurgicale, les chirurgiens, comme d'autres médecins, se sont mis au service des réanimateurs.

« On est devenus les internes des réanimateurs et les infirmières ont fait parfois un boulot d'aides-soignantes ». Le Dr Gay se souvient qu'il aidait « à retourner les patients, à appeler les familles… »

« Si une deuxième vague arrive, on saura faire »

Sa spécialité lui a permis de réaliser quelques gestes techniques : « Je sais poser une voie centrale ou un cathéter artériel. »

Il se souvient que « La première semaine était difficile parce qu'on a été pris tout de suite et les malades ne sont arrivés qu'une semaine plus tard. » Lorsque le plus dur est passé, c'était à nouveau compliqué pour les équipes. « On aurait pu reprendre une activité normale mais les directives nationales ne le permettaient pas. »

De cette expérience, il en retire que du positif. « Les rapports humains se sont renforcés dans les équipes, on a fait notre devoir de soignants. » Il se dit aussi « content d'avoir participé à une gestion de crise sanitaire grave ».

Mais également « Fier de mon établissement, depuis le brancardier jusqu'à l'anesthésiste, en passant par la femme de ménage. »

Et de conclure : « On saura faire, si une deuxième vague arrive. »

« On a participé à l'objectif commun »

Sandrine Pierre
Secrétaire au pôle accueil à l'hôpital privé de la Loire

« Je suis en reconversion professionnelle depuis août. » Sandrine Pierre, 46 ans, a intégré le secrétariat administratif du pôle accueil au sein de l'Hôpital privé de la Loire. Quelques mois plus tard, elle a accepté d'aller travailler dans le service des urgences dédié aux patients Covid. « Je n'y étais jamais allée et je ne connaissais personne. Cette période a mis en lumière, pour moi, le rôle de chacun. »

« Tout le monde a été moins égoïste durant cette période »

Il fallait répondre au désarroi des familles quand les visites étaient interdites mais aussi les voir venir récupérer les effets personnels des personnes décédées. « C'était une période où il fallait à la fois observer des règles strictes de sécurité et faire preuve de bienveillance. »

Sur le plan personnel, ce n'était pas simple non plus. Avec sa plus jeune fille, étudiante en Italie, elles se sont demandé un temps si elle devait rentrer avant la fermeture des frontières. « Mais cela aurait impliqué qu'elle soit en quarantaine et mes aussi, or, je voulais venir travailler. »

Sandrine retient de cette période, « Le sentiment d'avoir participé à l'objectif commun, c'est valorisant. » Elle a aussi apprécié les gestes d'attention à l'égard du personnel : le coiffeur, les pizzas, le repas de Pâques offert par un restaurateur… « Tout le monde a été moins égoïste durant cette période. »

Annexe 3

LE PROGRÈS
Edition Saint-Étienne - Gier - Ondaine 42D
Mercredi 26 août 2020
COVID-19 dans la LOIRE
Le HPL prêt pour une seconde vague
Le personnel de l'Hôpital privé de la Loire, à Saint-Etienne, s'est organisé pour faire face à une recrudescence possible de patients atteints du virus. Il effectue des tests systématiques. Photo Progrès/Rémy PERRIN
PAGES 10 ET

10 ACTU LOIRE ET RÉGION
LOIRE
Édition du Gier et du Pilat
Covid-19
L'Hôpital privé de la Loire prêt pour la seconde vague
centre de consultations
11
L'AVIS DE
François Mantout, médecin généraliste à Saint-Étienne
« On cherche beaucoup, donc on trouve des cas »
L'épidémie de Covid dans la Loire
Deux patients en réanimation et un cluster suivi dans la Loire
Tous les patients et personnels sont testés systématiquement
Médecine nucléaire
Grippe et gestes bloqués par les gestes barrières ?

Annexe 4