

# Retour d'expérience d'une psychologue du travail dans un Centre hospitalier universitaire pendant l'épidémie de Covid-19

AUTEUR :

F. Laubertie, psychologue du travail, CHU de Nice

EN  
RÉSUMÉ

Le Centre hospitalier universitaire de Nice a mis en place, dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, un suivi et un accompagnement spécifiques des personnels hospitaliers, dès mars 2020, réalisés par une psychologue du travail. Cet article présente l'analyse des entretiens menés auprès des agents. Sur la période concernée, plus de 650 entretiens ont été réalisés parmi ceux testés positifs à la Covid-19 mais également auprès d'autres, en demande de réassurance et d'écoute. L'analyse des entretiens met en valeur le lien qui unit les personnels hospitaliers : celui de poursuivre un travail de soin de qualité pour les patients malgré les difficultés exprimées (culpabilité, peur de transmettre le virus à ses proches ou de s'absenter...). Ce dispositif a permis la mise en place d'actions de prévention spécifiques.

## MOTS CLÉS

Enquête /  
Pluridisciplinarité /  
Crise sanitaire /  
Risque  
psychosocial / RPS

**L**ors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, le service autonome de Médecine et santé au travail (MeST) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice a mis en place une permanence psychologique ouverte dès le 23 mars 2020. De plus, des centres de dépistages à destination des agents hospitaliers ont été ouverts sur deux sites du CHU.

Les agents testés positifs bénéficiaient d'un premier échange avec le médecin du travail. Avec leur accord, ils étaient ensuite systématiquement contactés par la psychologue du travail du service MeST. Celle-ci assurait également la permanence psychologique. Chaque agent était ainsi accompagné en fonction de sa situation et de ses besoins. Outre cet objectif d'accompagnement individualisé, ce suivi a permis une analyse des effets sur la santé mentale, conduite en lien avec les autres acteurs du service MeST. Elle avait pour objectif d'identifier des axes de prévention à destination des

collectifs de travail. Cet article présente une analyse des données des entretiens réalisés par la psychologue du travail, entre le 23 mars et le 22 novembre 2020. Les actions de prévention et d'accompagnement mises en place au fil des mois sont également décrites et des pistes d'amélioration sont proposées.

## MÉTHODOLOGIE

Entre le 23 mars et le 22 novembre 2020, la totalité des agents testés positifs à la Covid-19 dans les centres de dépistages de Pasteur et de l'Archet ainsi que les agents qui ont directement contacté la psychologue du service MeST via la permanence ont été inclus dans cette étude.

Les agents testés dans les deux centres de dépistage étaient en arrêt de travail dans l'attente des résultats. Leurs coordonnées personnelles étaient donc enregistrées par le service MeST afin qu'ils

## Retour d'expérience d'une psychologue du travail dans un Centre hospitalier universitaire pendant l'épidémie de Covid-19

soient contactés par le médecin du travail pour la communication des résultats et la conduite à tenir. Lors de cette transmission les agents testés positifs se voyaient proposer un contact téléphonique avec la psychologue du travail pour faire un point sur leur situation. Les agents avaient la possibilité de refuser.

Un guide d'entretien contenant les éléments suivants a été réalisé :

- commencer l'entretien en s'assurant que l'état général permettait l'échange (toux invalidante, asthénie majeure qui modifiait de fait la durée de l'entretien) ;
- vérifier la durée de l'arrêt afin de s'assurer qu'il était conforme aux recommandations des autorités sanitaires ;
- questionner la configuration du foyer et les conditions de l'isolement (présence d'enfant au foyer et âge, présence d'autres personnes sous le même toit) ;
- faire un point sur les considérations logistiques (courses...) ;
- questionner l'état psychologique de la personne : qualité du sommeil, cauchemar, anxiété, solitude, perte de poids, ruminations, lien avec les collègues, puis vécu général ;
- terminer l'entretien, par un échange libre en fonction de la situation.

La méthode avait été discutée préalablement avec le responsable du service MeST et l'infirmière coordinatrice du service. Les principes de cette organisation et de ce dispositif de suivi avaient été communiqués par la Direction des ressources humaines (DRH) à l'ensemble des agents.

L'expertise de la psychologue du travail a permis d'analyser chaque entretien et d'en identifier les caractéristiques communes afin de classer en plusieurs thèmes les constats des effets psychologiques de la crise sanitaire. Chaque

semaine, la psychologue du travail partageait avec le médecin du travail et l'infirmière coordinatrice une synthèse de ses analyses.

## RÉSULTATS

### CARACTÉRISTIQUES DES AGENTS ET NOMBRE D'ENTRETIENS

#### AGENTS TESTÉS POSITIFS

Entre le 23 mars et le 22 novembre 2020, parmi les 2 689 tests PCR et les 292 TROD (tests rapides d'orientation diagnostique) réalisés, 239 se sont révélés positifs. Parmi ces agents rappelés par le médecin du travail, un seul a refusé d'être contacté par la psychologue du travail. Tous les autres ont été joints par téléphone. Parmi eux, 24 agents n'ont pas répondu au message laissé par la psychologue du travail ou n'ont pas donné suite.

Les 238 agents contactés dans ce cadre étaient 185 femmes et 53 hommes. Il s'agissait de 19 médecins, 23 internes, 11 cadres de santé, 59 infirmiers diplômés d'État (IDE), 53 aides-soignants (AS), 20 agents des services hospitaliers (ASH), 9 ouvriers, 21 agents administratifs et 23 « autres » (sages-femmes, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, manipulateurs radio, ambulanciers, techniciens laboratoire, étudiants...). Ils avaient moins de 30 ans pour 78 d'entre eux, entre 30 et 40 ans pour 67, entre 40 et 50 ans pour 42, entre 50 et 60 ans pour 45 et 6 agents avaient plus de 60 ans.

Le nombre d'entretiens par agent a été plus important durant le premier trimestre de l'étude : 3,33 entretiens/agent en moyenne contre 1,12 le dernier mois de l'étude. Un entretien unique a été réalisé pour 85 agents, deux ou

trois entretiens pour 153 agents (77 à leur demande et 76 à la demande de la psychologue) et quatre ou plus pour 15 agents.

Au total, 485 entretiens de suivi et/ou d'accompagnement ont été réalisés pour les agents hospitaliers testés positifs à la Covid-19.

#### PERMANENCE

Dans le cadre de la permanence, 110 salariés ou agents ont contacté la psychologue du travail. Il s'agissait de 93 femmes et 17 hommes : 1 médecin, 7 cadres de santé, 35 IDE, 43 AS, 17 ASH, 1 ouvrier, 3 agents administratifs et 3 « autres ». Parmi eux, 13 avaient moins de 30 ans, 31 entre 30 et 40 ans, 38 agents entre 40 et 50 ans, 25 agents entre 50 et 60 ans et 3 plus de 60 ans.

Au total, 31 agents ont bénéficié de deux entretiens ou plus à leur demande et 171 entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette permanence.

### ANALYSE DES 656 ENTRETIENS

#### LA PREMIÈRE VAGUE

Il y a eu peu de demandes de la part des soignants dans les tous premiers jours, en dehors de ceux qui demandaient à ne pas exercer en « service Covid » du fait de la vulnérabilité de leur entourage. L'apprentissage des métiers de soignants implique souvent, en effet, une dénégaration de sa propre vulnérabilité, compliquant l'expression du mal-être et l'accès à une aide psychologique. De plus, lors de cette première vague, les soignants avaient un rôle de « héros ». Cette représentation participait à leurs mécanismes de défense mais engendrait une négation du contexte. Celle-ci retardait la prise en charge de leur souffrance mais leur permettait en même temps de « tenir ». Immérgés dans l'action, ils

ne se plaignaient pas. C'est ce qui constitue et rassemble psychologiquement les soignants. Lors de cette première période, ils n'ont pas reconnu de faiblesse, en particulier face à cette image du « héros soignant » véhiculée et donc visible du public qui, comme au théâtre, les applaudissait chaque soir.

En allant au-devant des agents, sachant qu'ordinairement les soignants s'épanchent peu sur le plan psychologique, qui plus est dans une période de tension(s) marquée(s) et sans doute historique, ils ont concédé à expliquer leur(s) peur(s), leur sentiment de culpabilité, leur mal-être... Les critères de test (symptomatique avec fièvre et toux) ont orienté la fréquence des symptômes pouvant appartenir au domaine de la psyché : en effet, la présence fréquente de troubles respiratoires est un facteur prédisposant à l'anxiété voire à l'angoisse. La situation d'incertitude quant à la symptomatologie et aux issues de la maladie a engendré une peur qui a été majoritairement exprimée.

Par ailleurs, la culpabilité de ne pas travailler, de ne pas pouvoir aider leurs collègues, d'avoir contracté le virus par non-respect des gestes barrières, de le transmettre à leur entourage et l'impression exprimée d'un manquement professionnel furent à leur paroxysme.

Le temps du confinement sans date de fin connue a engendré une accentuation des mécanismes de défense classiques (l'autodérision au sein d'un collectif, l'esquive, la rationalisation par exemple) chez les soignants. Les salariés redoutaient que cette crise dure et revienne. Ils craignaient de ne pas tenir au travail, dans leur couple, pour leurs enfants mais également pour leurs collègues. Ils ont cherché à se « serrer les coudes », disaient-ils, encore plus qu'à leur habitude.

À la mi-avril, un recul pouvait se faire quant aux situations de reprises effectives de soignants suite à un arrêt en lien avec la positivité de leur test. Il en est ressorti des expressions d'anxiété marquée, voire d'angoisses, à l'idée de reprendre. Plus le temps d'arrêt était long, plus les symptômes étaient intenses. Un accompagnement a donc été proposé après la reprise, souvent en lien avec une asthénie importante. À leur retour, les agents devaient faire face aux transformations des situations de travail mises en place pour répondre aux besoins de la crise sanitaire, ce qui supposait d'accepter de modifier certains rôles et fonctions dans l'organisation. Finalement, c'était l'apprentissage des compromis qui était délicat, surtout lors de la prise de conscience que « le vivre avec le virus » était désormais inhérent au vivre tout court. L'accompagnement lors de la reprise sur le plan psychologique a donc été principalement axé sur le retour à une vie « normale » qui ne l'était néanmoins pas totalement. Début mai, les échanges et accompagnements des personnels hospitaliers ont été déplacés vers des interrogations sur des thématiques plus larges et davantage sociétales : refus du risque, questionnement sur la liberté et ses limites et crainte d'une ébullition sociale à compter du 11 mai 2020. En effet, les soignants n'avaient déjà plus envie de parler de la Covid-19, sans doute parce qu'ils redoutaient une seconde vague.

Puis la colère est apparue. Le travail d'accompagnement psychologique a surtout alors consisté à différencier les contraintes professionnelles à venir de l'insécurité psychique personnelle. Il est important de noter que l'héroïsation du travail des soignants pendant ce temps de confinement était aussi

propice au risque de désillusion massive. Rapidement, les personnels hospitaliers se sont interrogés sur la sincérité et l'opportunisme de cette héroïsation. Elle a sans doute invalidé pour certains toute possibilité personnelle de refuser un investissement. Cette survalorisation s'inscrivait aussi en contrepoint des revendications des soignants quelques mois auparavant, revendications non, ou mal, prises en compte selon eux.

À compter de la mi-mai, certains furent affublés d'étiquettes de « déserteur », notamment ceux qui « s'étaient » mis en arrêt ou même ceux en télétravail, activant le risque de ne plus faire partie du collectif des travailleurs « au front ». Les différences entre cadres et non cadres ont ressurgi. Le langage guerrier coexistait avec un langage de soin(s) : « *Il n'a pas été au front, il n'est pas humain* », « *Il nous a laissé tomber, il n'aura pas le droit d'être reconnu, il n'aura pas sa prime, j'espère...* », « *Bon courage à lui, lorsqu'il va retourner dans son service, il a déserté, on ne l'oubliera jamais...* » ... Finalement, c'est à la fois la question de l'appartenance de certains agents à un groupe qui était renforcée et l'exclusion d'autres qui était mise en lumière.

À compter de la fin du mois de mai, les demandes ont été en lien avec la fatigue, la peur du manque de ressources, les conflits exacerbés entre ceux ayant une prime et ceux n'en ayant pas. La plupart des soignants étaient épuisés et craignaient des erreurs dans leur activité.

## LA DEUXIÈME VAGUE

La symptomatologie des agents testés positifs à partir de fin juillet/début août (comparativement à ceux testés au printemps) fut nettement différente, rendant la visibilité de ce virus plus délicate et son appréhension d'autant plus

## Retour d'expérience d'une psychologue du travail dans un Centre hospitalier universitaire pendant l'épidémie de Covid-19

complexe. En effet, outre les agents présentant une fièvre et une toux, les sujets contacts asymptomatiques ou présentant d'autres types de symptômes (rhinite, céphalée...) étaient également testés. L'appréhension fut différente lorsque les symptômes sont redevenus plus visibles (mi-octobre). Il est aussi important de tenir compte de la fatigue physique éprouvée par un bon nombre d'agents suite à la première vague et qui était reliée à la peur. L'envie de travailler était bien présente mais pas avec « déjà » un retour du virus. Il est important de noter que la force du collectif qui avait été présente lors de la première vague pour faire face s'est effritée aussi rapidement qu'elle s'était construite. Les patients n'étaient alors quasiment plus évoqués et le sens du métier ne semblait plus rassembler en ce début de deuxième vague. Au final, il semble que l'évolution des symptômes (troubles digestifs, rhinites, maux de gorge, fébricules qui avaient remplacé les détresses respiratoires ou les toux empêchant l'effort et la parole) a sans doute joué un rôle dans les questionnements des soignants. La fatigue émotionnelle avait remplacé la fatigue physique. Puis les plaintes se sont multipliées, ce qui indiquait un niveau de mal-être élevé, avec une colère qui restait individuelle. Chacun était accusé de ne pas faire quelque chose ou d'avoir fait, mais pas suffisamment ou mal. Le sentiment de culpabilité était vif. Le vase communicant entre vie professionnelle et vie privée fut à son apogée. De ce fait, les jugements portés sur les collègues furent particulièrement délétères pour les agents atteints, d'autant plus s'ils étaient asymptomatiques. La compassion n'émergeait plus, du fait de ce caractère asymptomatique majoritaire à cette période.

La demande d'accompagnement par un psychologue fut très différente des mois de mars et avril. Face aux nombreuses informations qui circulaient et évoluaient très rapidement dans les médias, les agents se sentaient « perdus » et ce sentiment déboucha sur une forme d'exigence du savoir, légitime du fait de leur exposition. Or le savoir dans ce contexte était particulièrement précaire et incertain à transmettre. Ce contexte d'incertitude a fait émerger de l'agressivité dans les rapports humains. Le rôle des médias dans la surinformation a entraîné une saturation psychique des personnels hospitaliers. Ceci a engendré davantage de culpabilité et de colère, complexifiant encore davantage les relations humaines, et donc les relations au travail, qui se trouvaient en pleine mutation. Ces deux points, symptômes différents et rôle des médias, ont eu des conséquences sur la culpabilité perçue. La question de la survie de la première vague avait été remplacée par celle de la durée de la crise et des moyens d'y faire face : les soignants parlaient de « bricolage » et de changements d'organisation devenus trop fréquents, dans lesquels nombreux sont ceux qui ont eu le sentiment de perdre leur légitimité d'intervention. Les agents sont redevenus coupables mais d'une autre manière. À la différence du printemps 2020 où la culpabilité était perçue par l'agent lui-même, la culpabilité était désormais d'origine externe, qu'on leur faisait porter principalement à leur retour du fait du caractère asymptomatique de leur atteinte et du travail non réalisé pendant ce temps. Les reprises se sont ainsi faites souvent dans un climat de méfiance. Les attentes des agents furent également autres. Ils ne craignaient plus pour leur santé et celle de leurs proches. Ceci a

modifié leurs perceptions et leurs demandes d'accompagnement ont évolué.

À compter de fin septembre/début octobre, de nombreuses interrogations ont ressurgi, en particulier chez les cadres. La prise en compte du registre personnel était inhérente au contexte (risque pour sa santé ou pour celle des proches, garde d'enfants si cas contact, la question du télétravail et du type de domicile, les gestes barrières de retour chez soi...). Cette prise en compte a largement contribué à complexifier la relation aux cadres et ces derniers ont régulièrement été dans des positions délicates, sources de conflits. Les processus de management furent alors questionnés du fait de la mise en exergue d'un certain nombre d'éléments qui furent alors désormais connus par l'encadrement. En parallèle, après le *sprint* de la première vague, les agents savaient que la course de fond qu'ils devaient mener était désormais réelle. Néanmoins, certaines équipes étaient épuisées psychiquement par des conflits qui perduraient avec un encadrement devant concilier, sans doute plus qu'habituellement, les injonctions contradictoires. Chacun a pu céder aisément à un rôle potentiel d'« inspecteur » sur l'autre et son travail. Si le dévouement, parfois excessif au regard de sa propre santé, peut amener le soignant au surmenage et à l'épuisement, se sont ajoutés ces regards et ces jugements portés les uns sur les autres pour déterminer celui qui allait « craquer ». Les rapports humains sont devenus encore plus complexes car emprunts de méfiance réciproque. Dans ce contexte, le rôle de l'encadrement n'a jamais autant montré son importance, tout en étant en même temps très malmené, critiqué et jugé.

Toutefois, les événements de l'arrière-pays niçois<sup>1</sup> ont refait émerger en quelques jours, presque quelques heures même, des collectifs soutenant, coopérant avec des aménagements d'horaires entre collègues, des propositions d'accueil, et ont sans doute permis une nouvelle hiérarchisation des priorités. À partir de la mi-octobre, la crise et ses conséquences ont pris encore un autre visage. Dans le même temps, les soignants semblaient résignés, peut-être aussi en lien avec les annonces du Président quant au reconfinement. La durée des échanges a alors brusquement augmenté (30 à 45 minutes par agent). Leur contenu était davantage en lien avec des interrogations sociétales et/ou politiques. Les questionnements se sont alors retournés davantage vers le milieu familial avec la résurgence et la reviviscence des souvenirs du premier confinement : comment se réorganiser pour supporter l'autre et faire autrement que lors de ce premier confinement.

Les interrogations sur le travail ont été davantage axées sur la reprise avec la crainte de devoir être tout de suite à 100 % malgré la fatigue. Les soignants savaient qu'ils devaient répondre présents et le souhaitaient mais avaient peur de ne pas tenir. Lors de la première vague, la crainte était de sortir de chez eux et contaminer les autres. Lors de la deuxième vague, la crainte était de ne pas tenir malgré un retour souhaité.

Les personnels hospitaliers ont ensuite été moins en demande, comme si l'habitude de vivre avec ce virus commençait à devenir « supportable ». Les culpabilités ressenties se retrouvaient davantage, comme lors de la première vague, au sein des foyers et les craintes d'une contamination envers un collègue ou un patient

ont refait surface mais sans porter de jugement sur l'origine de la transmission. Les mêmes ressorts que lors de la première vague ont resurgi (solidarité notamment), ce qui étaient un point positif pour les collectifs de travail et plus globalement pour les rapports humains. Néanmoins, les agents évoluaient désormais dans une routine, dans une atmosphère qu'ils qualifiaient de « morose » : « *Assez de ne parler que du Covid...* », « *Tout tourne autour de ça...* », « *Avons-nous encore le droit de parler d'autre chose sans que cela nous soit reproché ?* »... L'adrénaline de la première vague avec un même objectif n'étant plus au rendez-vous, le système de défense était donc bien différent. La peur était autre et bien moins tournée vers la Covid-19 elle-même que vers les répercussions économiques ou sociales éventuelles. Le temps des interrogations pouvait donc arriver, ce qui était un signe encourageant, car indiquant un rassemblement, à nouveau, des collectifs et évitant de ce fait, ou limitant, un temps de résignation avec le risque sous-jacent d'une « habitude » à cette situation.

### LES DÉNOMINATEURS COMMUNS TOUT AU LONG DE CETTE CRISE

La culpabilité a évolué d'une culpabilité de soi à soi pendant les premiers mois vers une culpabilité portée à l'autre sur soi dans un second temps.

Une autre thématique récurrente concernait le port du masque qui a instauré un équilibre différent dans la relation soignant-soigné. En effet, le masque limite l'expression d'une émotion : « *Le sourire est primordial pour apaiser, il faut alors trouver d'autres ressources dans l'expression des yeux pour faire comprendre notre volonté de bienveillance* ». Les différents soignants

usent donc de leur créativité personnelle pour entretenir la relation. Ce travail de nouvelles ressources à trouver est riche d'enseignements et montre la grande souplesse et adaptabilité des soignants ainsi que leur souci de la qualité dans leur relation à l'autre. Il s'agit finalement de la volonté, intégrée et intériorisée par les soignants, de prendre soin de l'autre au-delà de la technicité.

Par ailleurs, la question du genre a été évoquée plusieurs fois. En effet, si cette crise a été un marqueur social, elle aura été également un marqueur de genre. Les pré-occupations et les conséquences sociales, économiques et de santé psychique lors de cette crise ont été semble-t-il plus marquées chez les femmes<sup>2</sup>. La garde d'enfants, la situation de mère isolée ou célibataire, la vulnérabilité dans ce contexte de confinement (violence conjugale ou domestique), les conditions de sécurité physique et psychique des femmes ont été affectées par le confinement et les restrictions de mouvement, au-delà des impacts directs de la Covid-19. Avec la fermeture des écoles, la charge des gardes d'enfants a été majoritairement assumée par les mères en raison de leur rôle traditionnel de pourvoyeuse de soins. Même lorsqu'elles ont été touchées directement par la Covid-19, elles ont continué d'assumer le rôle de lien, de garde, des devoirs... Plusieurs agents féminins ont fait part d'exacerbations de tensions au sein de leur foyer lors des entretiens. Les normes genrées ont pesé lourdement car les rôles sont intériorisés. Les femmes, si « éduquées et socialisées » à prendre soin des autres, courent donc le risque aujourd'hui que cette charge émotionnelle, qui semble aller de soi et qui a été encore plus conséquente pendant la crise, les conduisant à

1. *Attentats et inondations dans la vallée de la Roya.*

2. *Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes. Le confinement : un révélateur des rôles sociaux des femmes et des hommes. 14/04/2020.*

## Retour d'expérience d'une psychologue du travail dans un Centre hospitalier universitaire pendant l'épidémie de Covid-19

un épuisement total, et ce d'autant plus chez les soignantes qui ont choisi une identité professionnelle de dévouement symbolique.

La fatigue a concerné un grand nombre d'agents. Elle a été physique après la première vague, puis psychique lors de la deuxième, avec le risque d'un épuisement (symptômes d'épuisement émotionnel et de désengagement, correspondant au souhait d'un autre métier).

Les collectifs de travail ont successivement été soudés et désenchantés, selon le même rythme que les courbes de suivi de l'épidémie.

Enfin, le sens du travail et sa reconnaissance ont été des thèmes récurrents. Si certains métiers invisibles sont devenus visibles, d'autres ont disparu temporairement... Ces apprentissages imposés par la pandémie ont dévoilé une réalité nouvelle, avec une mise en exergue du sens profond du choix de métier pour certains. Ceci a sans doute, pour la plupart, permis de tenir car donner du sens à son activité et que ce sens soit reconnu sont un des éléments les plus fondateurs de la santé au travail. Mais après la bataille, que deviendront ces héros ? La fatigue accumulée peut-elle être réellement rétribuée ? Le héros est-il faillible ? Sauront-ils structurer d'autres rapports dans lesquels ils puissent se reconnaître ?

### LA DIMENSION VITALE DU TRAVAIL

Un certain nombre d'agents (ceux qui ont pu télétravailler entre autres) ont pris conscience de l'importance de l'aspect social du travail et donc du rôle du collectif dans leur bien-être au travail. Finalement, rien ne remplace la rencontre physique avec un autre ou un collectif de travail pour vivre le travail et appréhender les éléments verbaux et non verbaux permettant une analyse plus fine

et complète de la situation. Les collectifs, s'ils sont indispensables pour construire et vivre le travail, le sont peut-être encore davantage dans un milieu de soins où le travail est organisé en équipe. Les mécanismes de défense collectifs sont toujours plus efficaces que les mécanismes de défense individuels, d'autant plus dans ces métiers impliquant un fort relationnel. Le travail est une source inépuisable de construction collective pour s'enrichir et se développer. Plus globalement, dans la situation post-Covid, il sera nécessaire, d'une part, de prendre conscience que ce temps de confinement aura mis en évidence l'importance que revêt le travail dans la vie des salariés, sa dimension vitale. En effet, les différents témoignages des salariés permettent de constater, qu'en temps de crise, le travail est la valeur sur laquelle repose quasiment toute la qualité de leur vie sociale. D'autre part, c'est le travail ordinaire qui a été mis à jour et « valorisé » ces dernières semaines. Par un paradoxe, les témoignages reçus (comme les images véhiculées par les médias d'ailleurs) montrent que la définition de l'indispensable concerne habituellement les métiers les moins visibles, qui engagent d'ailleurs le corps, le toucher et la présence physique : les métiers du *care* (soins). Les soignants pour la plupart ont bien conscience de leur invisibilité et font avec, c'est-à-dire que cela ne les pousse pas pour autant à négliger la qualité du travail. Finalement, ces salariés montrent que la volonté d'une qualité de travail dans la rencontre avec le patient est inhérente à leur métier. Lorsqu'ils la perdent, ils cessent pour eux, de soigner. L'important est de réaliser leur travail dans lequel ils se reconnaissent et se sentir comme un

maillon essentiel dans une chaîne sociale. Il est intéressant d'ailleurs de noter que les soignants ont pu montrer l'indispensabilité de leur métier, là où d'autres professions pourtant ressenties comme également indispensables n'ont pu recevoir cette reconnaissance. Les soignants sont donc sortis de cette période avec cette reconnaissance sociale qu'il ne faudrait pas voir disparaître.

Les questions du travail face à la situation de crise sanitaire sont toujours présentes : utilité de son travail, sens du travail, remaniement, réorganisation... Cette situation inédite et complexe pourrait être néanmoins l'opportunité d'une autre prise en charge des enjeux et des conditions de travail. L'augmentation des conflits dans les équipes permet de croire en la nécessité de proposer des espaces de soutien, de régulation, de questionnements pour permettre des actions de réajustements dans la concertation avec des possibles voies de transformation du travail. Ceci implique un travail important d'appropriation et d'adaptation ainsi que d'anticipation des contextes de travail qui seront de nouveau rejoués (risque d'un autre virus, d'autres épisodes...).

La crise aura permis de prendre conscience de la valeur centrale du *care* dans son sens général au sein de la société.

### ACTIONS DE PRÉVENTION

Ces entretiens ont permis d'adapter les actions de prévention pour les agents du CHU de Nice pendant toute cette période de la crise sanitaire.

Pour répondre aux peurs exprimées par certains soignants, un accompagnement psychologique

spécifique a été mis en place pendant la première période, lors de la reprise du travail : un entretien téléphonique a été proposé à chaque agent quelques jours avant sa reprise ainsi qu'un entretien, téléphonique ou physique, quelques jours après pour ceux qui le souhaitaient.

Pendant la deuxième période, plusieurs accompagnements d'équipes en tension ont été réalisés à la demande de l'encadrement. Ils consistaient principalement à animer des entretiens collectifs pour permettre l'échange et l'analyse de pratiques. À l'issue des 3 à 5 entretiens collectifs réalisés par équipe, plusieurs voies de réflexions sur l'organisation et les conditions du travail étaient identifiées et présentées à l'encadrement afin qu'il s'en saisisse.

Entre juillet et décembre 2020, deux vidéos relatives à la culpabilité ressentie par les soignants, lors de la première vague puis de la deuxième, ont été réalisées afin de partager des constats et donner différents points de vue du vécu des soignants. Les films ont été portés et mis en ligne par la Communauté interhospitalière PACA Est (CIPE) regroupant 25 établissements de santé pour partager l'analyse réalisée et favoriser les échanges entre soignants sur cette question.

En décembre 2020, une intervention sur « les réticences vaccinales d'un point de vue psychologique : leur origine et comment elles sont entretenues » a été réalisée afin de mieux les comprendre et convaincre le personnel hospitalier de se faire vacciner.

Il était également envisagé que l'analyse réalisée vienne alimenter des échanges de pratiques avec l'encadrement (cadres de santé principalement) pour permettre une meilleure compréhension des spécificités du vécu des soignants

pendant cette période de crise sanitaire et voir comment il était possible d'en tenir davantage compte dans la gestion des équipes. Cette action a dû être reportée et il est prévu de l'organiser dès que les contraintes sanitaires permettront les échanges en présentiel.

Plus globalement, ce suivi particulier a également permis de renforcer le nécessaire lien entre le service MeST et la DRH du CHU. En effet, les informations qualitatives ainsi remontées à partir des bilans réguliers de l'analyse du vécu des soignants ont permis d'alimenter les échanges et la réflexion sur les différentes actions à mener pour accompagner le personnel hospitalier pendant cette crise sanitaire. Ces différents éléments d'analyse permettront aussi d'enrichir le débat sur les conditions de travail des personnels hospitaliers, au-delà de celles rencontrées pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19. L'ensemble des entretiens et l'analyse ont été réalisés par une seule et même personne, la psychologue du travail. Ceci a permis d'avoir une vision globale et homogène de l'ensemble des situations rencontrées. Cependant, plusieurs situations auraient pu être analysées avec l'apport d'un autre regard. La présence d'un psychologue clinicien, par exemple, aurait certainement permis d'analyser certains aspects et vécus dans une autre dimension. Ce constat pourrait être fait pour d'autres situations non directement liées à la situation sanitaire. Pouvoir s'appuyer à la fois sur la psychologie du travail et sur la psychologie clinique enrichirait l'analyse de l'activité et du vécu au travail des agents du CHU. C'est dans ce sens que la DRH du CHU vient de lancer le recrutement d'un psychologue clinicien qui viendra renforcer l'équipe du service MeST et permettre d'améliorer encore

davantage les actions de prévention déployées au profit des agents du CHU de Nice.

## CONCLUSION

Le CHU est un lieu de travail spécifique au sein duquel la notion de conciliation entre performance et prévention de la santé reste extrêmement complexe. Finalement, cette crise pourrait être l'occasion de repenser ce qui figure à la base d'une société : le travail humain et son rapport à l'environnement. Même si toutes les conséquences de la crise sanitaire actuelle ne sont pas encore connues, ce temps de pression pour les agents du CHU restera peut-être un accélérateur puissant pour transformer, repenser, innover ou, humblement, faire autrement. Il faut souhaiter que ces changements puissent trouver l'énergie nécessaire car ils supposent de rompre avec le connu et de consentir de nouveau des efforts collectifs pour la conception de solutions partagées et reconnues.

### POINTS À RETENIR



### Retour d'expérience d'une psychologue du travail dans un Centre hospitalier universitaire pendant l'épidémie de Covid-19

#### POINTS À RETENIR

- Le Centre hospitalier universitaire de Nice a mis en place un suivi psychologique pour ses agents testés positifs à la Covid-19 ainsi qu'une permanence psychologique.
- La psychologue du travail a réalisé 650 entretiens entre le 23 mars et le 22 novembre 2020.
- Ces entretiens ont mis en évidence des vécus différents pour les personnels hospitaliers selon la période de la pandémie.
- Peur, solidarité, importance du collectif, culpabilité, épuisement, dimension vitale du travail, envie de transformer les conditions de travail et crainte de ne pas y arriver étaient les thèmes récurrents.
- Cette crise sanitaire sera peut-être un accélérateur puissant pour transformer, repenser le travail, innover ou, humblement, faire autrement.
- Cette crise aura aussi permis de prendre conscience de la valeur centrale des métiers du soin.