

1 Titre et sous-titre

2 Vécu des infirmières lors de la première vague de la pandémie de COVID-19 et
3 conséquences sur leur relation avec les patients

4 *Recherche qualitative consensuelle menée au sein d'un centre hospitalier spécialisé en*
5 *psychiatrie en France*

6
7 *Nurses' experience during the first wave of the COVID-19 pandemic and consequences on their*
8 *relationship with patients*

9 *Consensual qualitative research conducted in a psychiatric hospital in France*

11
12 Résumé

13 Dans les hôpitaux psychiatriques aussi, des modifications importantes et rapides de
14 l'organisation des services ont été décidées dès le début de la pandémie de COVID-19. Le but
15 de cette recherche est de décrire et comprendre le vécu des infirmières et cadres de santé, en
16 unités intra-hospitalières de psychiatrie, confrontés aux bouleversements professionnels
17 occasionnés par la première vague de l'épidémie ainsi que l'impact de cet événement sur la
18 relation avec les patients. Une recherche qualitative consensuelle selon Hill a été mise en œuvre.
19 Seize entretiens individuels ont été réalisés auprès de onze infirmières et cinq cadres de santé.
20 Les idées exprimées peuvent être regroupées en cinq domaines : les aspects du vécu se
21 rapportant à la relation de soins, les aspects positifs du vécu des soignants, les aspects négatifs
22 du vécu des soignants, les réflexions sur l'après-crise et le rôle du cadre remis en question. Ces
23 cinq domaines peuvent être subdivisés en 11 catégories et 31 sous-catégories. Des valeurs,
24 attitudes et comportements humanistes-*caring* sont identifiés comme faisant partie d'un futur
25 désirable. Ils semblent être à la fois des éléments du processus de transformation et du résultat
26 souhaité. Il paraît indispensable de repenser sans délais sur cette base l'organisation des soins.

27
28 Mots clés : Vécu, infirmières et infirmiers, cadre de santé, COVID-19, psychiatrie, France.

29
30 *Abstract :*

31 *In psychiatric hospitals too, major and rapid changes in the organization of services were*
32 *decided as soon as the COVID-19 pandemic began. The aim of this research is to describe and*
33 *understand the experience of nurses and nurses' administrators in psychiatric units confronted*
34 *with the professional transformations caused by the first wave of the epidemic, as well as the*
35 *impact of this event on the relationship with the patients. A consensual qualitative research*
36 *study according to Hill was implemented. Sixteen individual interviews were conducted with*
37 *eleven nurses and five nurses' administrators. The ideas expressed can be grouped into five*
38 *areas: aspects of the experience relating to the care relationship, positive aspects of the*
39 *caregivers' experience, negative aspects of the caregivers' experience, reflections on the post-*
40 *crisis period, and the role of the administrator questioned. These five domains can be*
41 *subdivided into 11 categories and 31 subcategories. Humanistic-caring values, attitudes and*
42 *behaviors are identified as part of a desirable future. They appear to be elements of both the*
43 *transformation process and the desired outcome. It seems essential to rethink the organization*
44 *of care without delay on this basis.*

45
46 Key words : *Experience, nurses, nurse administrator, COVID-19, psychiatry, France*

48 Introduction

49 En France, l'acte fondateur de la politique publique en matière de soins psychiatriques est la
50 promulgation de la loi du 30 juin 1838 qui, dans son article premier, spécifie que « chaque
51 département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner
52 les aliénés ». C'est le 8 avril 1937 qu'un décret ministériel indiquera que ces asiles s'appelleront
53 désormais des hôpitaux psychiatriques. La loi de 1838 servira de base à la circulaire du 15 mars
54 1960 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de
55 lutte contre les maladies mentales ». A compter de ce moment, les soins des « malades
56 mentaux » initiés à l'hôpital devront eux aussi se poursuivre en extérieur, au plus près du milieu
57 de vie du malade, conformément à la politique d'organisation territoriale de soins : les
58 départements sont divisés en zones géographiques d'environ 70 000 habitants appelées «
59 secteurs ». La majorité des services publics de psychiatrie sont organisés selon ce principe de
60 « sectorisation ». Pour la population de chaque secteur, une même équipe assure tous les soins
61 psychiatriques, en ce compris les missions de prévention et de réinsertion sociale. Chaque
62 secteur dispose ainsi de plusieurs lieux de soins : centre médico-psychologique (CMP), centre
63 d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour (HDJ), centre de crise, foyer
64 de post-cure, consultation spécialisée et unité d'hospitalisation. Ainsi, le lieu d'hospitalisation
65 du malade dépend, dans la majorité des cas, de sa provenance géographique.

66
67 Le CHS de Sevrey se situe à côté de la ville de Chalon sur Saône, en Saône et Loire (71), un
68 département majoritairement rural d'environ 550 000 habitants, à la population vieillissante, en
69 particulier au nord-ouest. Le CHS de Sevrey couvre le secteur nord du département soit environ
70 360 000 habitants. L'établissement est construit sur un modèle pavillonnaire, « hôpital village »,
71 avec parc. Le CHS de Sevrey est un établissement public de santé mentale dont l'organisation
72 ne répond pas strictement au principe de « sectorisation » en vigueur en France. Par suite de la
73 mise en œuvre de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), le CHS de Sevrey est en effet
74 organisé en quatre pôles : un Pôle Prévention et Soins Ambulatoire en Psychiatrie Générale,
75 organisé en bassin de santé, un Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile Départemental, un Pôle
76 Transversal Médicotechnique (Établissement d'hébergement pour personnes âgées
77 dépendantes, , Unité intersectorielle de médecine somatique, dentiste, « infirmière douleur »,
78 kinésithérapie, hygiène hospitalière, pharmacie) et un Pôle Hospitalisation Aiguë et
79 Réhabilitation avec une filière admissions courts séjours et une filière de réhabilitation. En effet,
80 afin de faciliter le parcours du patient en intra-hospitalier, la Direction de l'établissement a
81 établi deux filières distinctes. Certaines unités sont spécialisées dans les admissions pour des
82 courts séjours et accueillent les personnes qui souffrent de pathologies de psychiatrie générale
83 aiguës ou subaiguës. D'autres unités sont dédiées à la réhabilitation et accompagnent les
84 personnes qui vivent avec des pathologies de psychiatrie générale d'évolution lente.

85
86 Lorsque la pandémie de COVID-19 a frappé l'Europe au début 2020, les professionnels de la
87 santé en psychiatrie ont été comme tous les autres directement confrontés à des
88 bouleversements majeurs dans la gestion des soins. Des changements dans l'organisation ont
89 été entrepris rapidement, dès le début de la crise, et se sont enchainés tout le long à un rythme
90 soutenu. Face à cet événement extraordinaire auquel personne n'était préparé, il a fallu sans
91 délai et sans arrêt, décider, agir, réévaluer et réorganiser dans un cycle continu d'adaptations.

92
93 Dès le 12 mars 2020, les premières décisions ont eu pour but de protéger et de faciliter
94 l'organisation des professionnels de la santé. Elles comprennent à la fois l'annulation des
95 formations, la suspension des sorties de groupes avec les patients, mais également la mise en
96 place de solutions de gardes pour les enfants des soignants. De plus, très rapidement, la question

97 de l'allocation des ressources humaines se pose. Des choix s'imposent, dont celui de fermer les
98 structures extrahospitalières afin d'avoir du personnel en renfort et de consacrer une unité à
99 l'accueil de patients atteints de la COVID-19. Les permissions et sorties des patients sont
100 suspendues. Les admissions se poursuivent mais sont entourées de nombreuses précautions :
101 port du masque pendant six jours et retrait en l'absence de signes cliniques d'infection au
102 SARS-CoV2. Une unité est dédiée à l'accueil des nouveaux patients, le temps d'une
103 observation clinique. Le 18 mars, l'institution s'organise pour maintenir le lien avec les patients
104 mais également l'ensemble de la population : les entretiens se font par téléphone ; une cellule
105 d'écoute est mise en place. Nous sommes le 20 mars et les décisions s'enchaînent au fur et à
106 mesure des moyens octroyés et de l'évolution de la connaissance du virus : sa contagiosité, le
107 temps d'incubation, le mode de contamination. **Le contexte apparaît très difficile pour certains**
108 **patients : les malades hospitalisés** sont confinés au sein des unités ; les sorties se font
109 **uniquement** « en duo » dans le parc de l'hôpital, avec un soignant. **Les visites sont supprimées.**
110 **Un lien est maintenu avec les familles seulement au moyen de téléphones mis progressivement**
111 **à disposition des patients.** La réorganisation est totale. Les habitudes, les rôles, les priorités, les
112 choix, tout est bouleversé. Il faut agir, décider, s'adapter à tous les niveaux de l'institution. Dans
113 ce contexte de changement et d'incertitude, il faut affronter cette peur « d'attraper » le virus et
114 assurer la continuité du soin au sein des unités. C'est tout le quotidien des soignants et des
115 patients qui a été profondément touché au CHS de Sevrey. **Mais quel sens donner à certaines**
116 **décisions prises en regard de la nature même du soin dispensé au patient par les soignants en**
117 **psychiatrie, soin dont l'essence même est la relation. Comment travailler le lien social quand le**
118 **contact est limité, les sorties suspendues, etc. ?**
119 **Tout ceci a conduit les chercheurs à s'interroger sur** le vécu des infirmiers et infirmières¹ et des
120 cadres de santé de psychiatrie intra-hospitalière adulte, des bouleversements professionnels
121 occasionnés par la première vague de l'épidémie de COVID-19, tant sur le plan organisationnel
122 que sur le quotidien au travail, et sur la relation soignant/soigné.
123

124 Méthodologie

125 Le but de la recherche est de décrire et comprendre le vécu des infirmières et cadres de santé,
126 en unités intra-hospitalières de psychiatrie confrontées aux bouleversements professionnels
127 occasionnés par la première vague de l'épidémie de COVID-19, ainsi que l'impact de cet
128 événement sur la relation des professionnels infirmiers avec les patients adultes, hospitalisés en
129 unités intra-hospitalières de psychiatrie.
130

131 Perspective disciplinaire

132 Les chercheurs se placent dans une perspective disciplinaire en science infirmière mais n'ont
133 pas adopté *a priori* un cadre de référence théorique spécifique dans le cadre de ce travail de
134 recherche.
135

136 Devis de recherche

137 Une approche qualitative a été choisie. Plus précisément, le devis retenu est conforme à la
138 méthode de recherche qualitative consensuelle (RQC) selon Hill. Cette méthode permet
139 d'investiguer en profondeur et de manière précise des expériences personnelles (1,2). La RQC
140 est une approche qualitative essentiellement constructiviste en termes d'ontologie,

¹ Dans la suite de ce manuscrit, sauf mention contraire, le terme « infirmières » est utilisé de façon épïcène pour désigner l'ensemble des professionnels infirmiers, vu que, parmi eux, les femmes constituent le genre majoritaire en France.

141 d'épistémologie, d'axiologie, de structure rhétorique et de méthode avec également des
142 éléments post-positivistes tels que la volonté de minimiser les biais liés aux chercheurs, la
143 perspective de généraliser les résultats aux participants, le fait d'utiliser un protocole
144 standardisé et l'utilisation de la troisième personne pour présenter les résultats. En ce sens, la
145 RQC s'inscrit dans le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP) au sens
146 de Glaserfeld et Lemoigne, parfois aussi appelé constructivisme radical (3). Dans cette
147 perspective, l'acquisition des données par les méthodes qualitative et quantitative est mise en
148 œuvre dans le programme de recherche et la même considération est accordée aux données
149 issues des deux méthodes. Les principes directeurs, qui constituent aussi les critères
150 d'évaluation de cette démarche de recherche ancrée dans le PECP sont un comportement
151 éthique du chercheur, l'explicitation du processus d'élaboration des connaissances et la rigueur
152 critique dans la conduite de ce processus (3).

153

154 Population et échantillon

155 Lors de la première vague de la pandémie, le CHS de Sevrey a progressivement mobilisé le
156 personnel soignant pour se concentrer sur les soins intra-hospitaliers. Dans cette recherche, la
157 population à l'étude est constituée de 175 infirmières, incluant les cadres de santé, en poste de
158 jour ou de nuit, travaillant habituellement dans les unités d'hospitalisations adultes comptant
159 286 lits.

160 L'échantillon de convenance a été constitué sur base volontaire. Les infirmières, en poste de
161 jour ou de nuit ainsi que les cadres de santé ont été contactés par courriel par l'équipe de
162 chercheurs pour solliciter leur participation.

163

164 Critères d'inclusion et de non inclusion dans l'échantillon

165 Toutes les infirmières et cadres de santé en poste de jour ou de nuit en intra-hospitalier,
166 travaillant au sein des unités d'hospitalisation accueillant des patients adultes (UHA) sont
167 éligibles pour cette étude. Les soignants travaillant habituellement dans d'autres services qui
168 ont été redéployés dans ces unités durant la période de confinement n'ont pas été inclus à cette
169 recherche car ils n'ont pas connaissance du fonctionnement habituel des UHA. Les chercheurs
170 souhaitent en effet que les participants puissent évoquer les différences entre le fonctionnement
171 habituel des UHA par rapport à celui de la période de pandémie.

172

173 Outil de recherche

174 Selon Hill, les éléments essentiels de la RQC sont l'utilisation de questions ouvertes dans des
175 techniques de collecte de données semi-structurées (généralement lors d'entretiens), qui
176 permettent la collecte de données cohérentes entre les individus ainsi qu'un examen plus
177 approfondi des expériences individuelles (1,2). Dans cette étude, des entretiens individuels
178 semi-structurés approfondis incluant des questions ouvertes ont été utilisés pour explorer en
179 profondeur le phénomène à l'étude (4). Un bref questionnaire sociodémographique y a été
180 associé pour situer l'expérience des participants dans leur parcours professionnel.

181

182 Méthode d'analyse des données

183 En RQC, l'analyse des données issues des entretiens se réalise en trois étapes (2005) : 1/
184 définition des domaines (les grands thèmes utilisés pour grouper ou regrouper les données des
185 entretiens) ; 2/ distribution dans les domaines des idées centrales (les résumés des données qui
186 révèlent l'essence de ce qui a été dit en moins de mots et avec plus de clarté) ; 3/ analyse croisée
187 des idées centrales pour élaborer des catégories et éventuellement des sous-catégories
188 (arborescence des sous-thèmes au sein des domaines). Conformément à la méthode retenue,
189 plusieurs « juges » interviennent tout au long du processus d'analyse des données pour favoriser

190 de multiples perspectives. L'objectif est de parvenir à un consensus entre juges en ce qui
191 concerne l'interprétation des données. De plus, l'intervention d'un « vérificateur » externe
192 (*auditor*) est requise pour vérifier le travail de l'équipe de base de « juges » et minimiser les
193 effets de la pensée de groupe en son sein (1,2). Le vérificateur est intervenu aux différentes
194 étapes du processus d'analyse des données, y compris lors des analyses croisées en vue
195 d'élaborer des catégories parmi les données recueillies.

196 Une des originalités de la RQC est d'utiliser des étiquettes de fréquence pour caractériser les
197 données. Une catégorie ou un domaine est qualifié de : a) « général » quand il est présent dans
198 le discours de tous les participants ou de tous sauf un ; b) « typique » quand il est présent dans
199 le discours de plus de la moitié des participants ; c) « variable » quand il est présent dans le
200 discours de la moitié des participants ou moins, mais de trois participants *a minima* ; d) « rare »
201 quand la catégorie ou le domaine est présent dans deux ou trois entretiens ; e) « unique » s'il
202 ne s'applique qu'à un seul entretien (1,2).

203

204 **Considérations éthiques**

205 La recherche ne concernant pas les patients, elle n'est pas soumise à la loi Jardet. Les
206 autorisations nécessaires ont été données par la Direction des Soins de l'établissement. Les
207 participants ont tous été informés par rapport à l'étude et ont marqué leur consentement quant
208 au mode de recueil et d'analyse des données et à la communication des résultats en contrepartie
209 de leur anonymisation. Les enregistrements et leur retranscription, ainsi que le fichier reprenant
210 l'identité des participants et les informations sociodémographiques à leur propos, tout comme
211 le pseudonyme qui leur a été attribué, sont conservés sur une clé USB protégée par un mot de
212 passe, à laquelle un seul chercheur a accès.

213

214 **Critères de rigueur méthodologique**

215 L'équipe de recherche a veillé à respecter les trois critères primaires de rigueur
216 méthodologique applicables à la RQC, élaborés sur la base des travaux de Lincoln et Guba,
217 Miles et Huberman et ceux de Stiles (1). En ce qui concerne la fiabilité (critère 1), c'est-à-dire
218 la confiance qu'on peut avoir dans les résultats de leur étude, les chercheurs ont documenté le
219 processus de collecte et d'analyse de données en cours d'étude afin de s'assurer continuellement
220 du respect de la méthode, et en ont fait état dans leur communication. Les résultats sont par
221 conséquent cohérents (critère 2) car plausibles : le lecteur peut comprendre comment ils ont été
222 obtenus, notamment grâce aux exemples fournis. Le langage utilisé est compréhensible. En ce
223 qui a trait à la représentativité (critère 3), l'utilisation des étiquettes de fréquence est une façon
224 de montrer que les résultats présentés reflètent les propos des participants à l'étude.

225

226 **Préconceptions**

227 Hill demande également aux chercheurs de rédiger leurs préconceptions, leurs « croyances (...)»
228 formées en lisant la littérature et en réfléchissant aux questions de recherche et en les
229 développant », ceci afin qu'ils les gardent à l'esprit pour s'en distancier (*bracketing*) lors du
230 processus de collecte et d'analyse des données. Elles sont présentées aux lecteurs à la fin de la
231 discussion.

232

233 **Collecte des données**

234 Un guide d'entretien a été utilisé pour soutenir les investigateurs (Tableau I). Un entretien
235 « pilote » a été réalisé en mai 2020 pour valider le guide d'entretien qui s'est avéré satisfaisant.
236 Le résultat de cette rencontre a été inclus dans l'étude. Un infirmier chercheur, formé à la
237 réalisation d'entretiens, a rencontré entre le 27 mai et le 10 juin 2020 les seize participants à la
238 recherche. Pour garantir le calme et favoriser la libre expression, les entretiens ont été réalisés

239 dans un local de consultation, en dehors de l'unité de soin. Ils ont été enregistrés et l'analyse
 240 des données s'est faite sur la base de ces enregistrements audio. Les entretiens n'ont pas été
 241 retranscrits au verbatim.

242
 243

Tableau I - Guide d'entretien

QUESTIONS	QUESTIONS DE RELANCE
« Pouvez-vous me raconter quels impacts a eu l'épidémie de COVID-19 sur votre quotidien au travail ? »	
« Comment avez-vous vécu ces changements ? »	« Qu'avez-vous vécu de façon positive ? » « Qu'est-ce qui a été plus compliqué à vivre ? »
« Pouvez-vous me raconter quels impacts a eu l'épidémie de COVID-19, plus particulièrement sur les relations avec les patients ? »	
« Comment avez-vous vécu ces changements ? »	« Qu'avez-vous vécu de façon positive ? » « Qu'est-ce qui a été plus compliqué à vivre ? »
« Qu'est-ce que vous retenez aujourd'hui de tout ce que vous avez vécu en termes positifs et en termes négatifs de cette expérience ? »	

244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252

Onze infirmières uniquement en poste de jour et cinq cadres de santé ont répondu à la demande de participation et ont été inclus à la recherche. L'entretien a été associé à un bref questionnaire sociodémographique détaillant l'âge, la fonction, le nombre d'années d'exercice dans la fonction et dans l'unité de soin actuelle, l'expérience dans la fonction, les diplômes supplémentaires et le fait d'avoir été ou non victime de la COVID-19 (Tableau II).

Tableau II - Caractéristiques sociodémographiques des participants

PARTICIPANT (PSEUDO)	ÂGE (ANS)	FONCTION	ANCIENNETÉ / FONCTION (ANS)	ANCIENNETÉ / SERVICE ACTUEL (ANS)	EXPÉRIENCE / FONCTION	VICTIME COVID
<i>Lucien</i>	30	IDE*	8	5,5	psychiatrie	non
<i>Sabine</i>	28	IDE	7	2	soins généraux + psychiatrie	non
<i>Line</i>	26	IDE	3	2,5	psychiatrie	non
<i>Lara</i>	44	IDE	12	5	soins généraux + psychiatrie	non
<i>Sarah</i>	50	IDE	2	1	psychiatrie	non
<i>Nathalie</i>	42	IDE	7	2	psychiatrie	non
<i>Émilie</i>	43	IDE	1	0,5	psychiatrie	non
<i>Jean</i>	31	IDE	6	1	soins généraux + psychiatrie	non
<i>Claire</i>	39	IDE	16	9	psychiatrie	non
<i>Virginie</i>	37	IDE	15	3	psychiatrie	non
<i>Rose</i>	38	IDE	10	10	psychiatrie	OUI
<i>Yves</i>	48	CDS**	5	3	psychiatrie	non
<i>Marie</i>	57	CDS	13	1,5	soins généraux + psychiatrie	non

<i>Lydie</i>	42	CDS	8	1	soins généraux + psychiatrie	non
<i>Céline</i>	49	CDS	2	2	psychiatrie	non
<i>Élise</i>	44	CDS	8	1	soins généraux + psychiatrie	OUI

*IDE : comprendre Infirmier(ère) diplômé(e) d'État

**CDS : comprendre Cadre de Santé

253
254
255
256

257 Trois chercheurs ont procédé à l'analyse des résultats et à leur interprétation. Le premier est
258 une chercheuse, responsable qualité et gestion des risques, qui n'a pas participé à la collecte des
259 données. Le deuxième est le chercheur principal expert en sciences infirmières, impliqué dans
260 la réalisation des entretiens, et le troisième est une chercheuse étrangère à l'équipe de base,
261 experte en sciences infirmières. Tout au long de ce travail, un auditeur externe a accompagné
262 et guidé le travail effectué en apportant ses connaissances sur l'utilisation de la méthode de Hill.
263 Il s'agit d'un chercheur en santé publique qui a déjà utilisé cette méthode.

264

265 Pour débiter l'analyse des données, un entretien a eu vocation de test pour les trois chercheurs.
266 Chacun a fait un retour des idées fortes, des sous catégories et catégories qu'il avait dégagées.
267 Cela a permis de faire un premier consensus en comparant les codages de chacun et vérifier la
268 bonne compréhension de la méthode et des attendus, validé par l'auditeur externe. Les 15 autres
269 entretiens ont ensuite été codés séparément à raison de cinq entretiens par chercheur. Les trois
270 chercheurs ont ensuite discuté de leurs analyses lors d'une réunion de consensus, supervisée
271 par l'auditeur externe, afin de s'entendre à propos des domaines et des idées centrales émergeant
272 du discours des participants. Le chercheur principal a ensuite reclassé les idées centrales co-
273 identifiées par les autres chercheurs dans des domaines, et créé des catégories en leur sein. Il a
274 proposé son interprétation aux deux autres chercheurs ainsi qu'à l'auditeur externe lors d'une
275 nouvelle réunion de consensus qui a permis de stabiliser cette classification. Enfin, le chercheur
276 principal a identifié parmi les domaines et les catégories, les éléments les plus représentatifs de
277 l'expérience des participants en examinant leur fréquence. L'auditeur externe a validé ce
278 classement. Pour la suite de la recherche, l'arborescence des résultats étant stabilisée, les auteurs
279 ont été rejoint par un deuxième auditeur externe, infirmière et chercheuse en sciences
280 infirmières. Cette dernière a amené son expertise dans le domaine de la recherche au cours du
281 travail d'analyse des résultats et lors de leur discussion. Dans l'exposé de sa méthode, Hill
282 préconise de discuter les résultats étiquetés « généraux » ou « typiques ». Cependant, les
283 chercheurs ont également inclus dans la discussion des résultats qui relèvent du « variable » ou
284 du « rare » pour nuancer les catégories générales et typiques.

285

286 Résultats

287 Pour mémoire, la recherche réalisée a pour but de décrire et comprendre le vécu des infirmières
288 et cadres de santé, en unités intra-hospitalières de psychiatrie, confrontées aux bouleversements
289 professionnels occasionnés par la première vague de l'épidémie de COVID-19, sur le plan
290 organisationnel et l'impact sur le quotidien au travail ainsi que sur la relation des professionnels
291 infirmiers avec les patients adultes, hospitalisés en unités intra-hospitalières de psychiatrie. Les
292 idées exprimées par les participants peuvent être regroupées en cinq domaines : 1/ les aspects
293 du vécu se rapportant à la relation de soins ; 2/ les aspects positifs du vécu des soignants ; 3/ les
294 aspects négatifs du vécu des soignants ; 4/ les réflexions sur l'après-crise et 5/ le rôle du cadre
295 remis en question. Ces cinq domaines peuvent être subdivisés en 11 catégories et 31 sous-
296 catégories (Tableau III).

297

Tableau III - Codage et fréquence des résultats

DOMAINE	CATEGORIE (FREQUENCE)	SOUS-CATEGORIE (FREQUENCE)
LES ASPECTS DU VECU SE RAPPORTANT A LA RELATION DE SOINS	(1) Tendre vers l'établissement d'une relation de soins humaniste avec le patient (générale)	Avoir pris conscience des compétences des patients (générale)
		Avoir l'occasion de mettre en œuvre la relation de soin telle qu'on l'a souhaitée (typique)
		Développer le côté humaniste de la relation de soins (typique)
	(2) Être soignant (générale)	Avoir réinvesti le soin relationnel durant cette période inédite (typique)
		Avoir agi dans le sens de la prévention des risques (typique)
	(3) Se reconnaître mutuellement comme des personnes au sein de la relation (typique)	Rétablir une symétrie dans la relation face à la COVID-19 (typique)
		Avoir le sentiment d'un regard différent de la part des patients (typique)
		Avoir un regard nouveau sur leur place de soignant dans la relation (typique)
	LES ASPECTS POSITIFS DU VECU DES SOIGNANTS	Tirer des bénéfices de la réorganisation au niveau des soins au quotidien (1) (générale)
Avoir pu compter sur la réorganisation du travail au sein de l'institution (typique)		
Être heureux d'aller travailler dans et malgré les circonstances (typique)		
Avoir démontré un esprit critique constructif par rapport aux consignes (variable)		
Avoir l'occasion d'adopter une posture réflexive (rare)		
Vivre une expérience collective solidaire et apprenante (2) (typique)	Construire une équipe solidaire (typique)	
	S'enrichir au contact des autres professionnels (variable)	
	Découvrir de nouvelles façons de prendre soin (variable)	
LES ASPECTS NEGATIFS DU VECU DES SOIGNANTS	Avoir le sentiment de ne pas être impliqué dans le processus de décisions par rapport à la réorganisation (1) (générale)	Avoir le sentiment que ses propositions ne sont pas écoutées (typique)
		Subir la réorganisation perpétuelle (typique)
		Ressentir de la colère (variable)
		Éprouver de la lassitude (typique)
Travailler avec la peur du virus (2) (typique)	Travailler dans la crainte d'être contaminé (typique)	
	Travailler dans la crainte de contaminer les autres (rare)	
Vivre un bouleversement dans le quotidien au travail (3) (variable)	Évoluer dans un contexte de restriction des libertés (variable)	
	Travailler avec des patients qui développent des symptômes psychiatriques en lien avec la COVID (variable)	
	Devoir surmonter les obstacles liés à la communication dûs aux équipements de protection individuelle (variable)	
LES REFLEXIONS SUR L'APRES CRISE	Appréhender le retour à la normale (1)	Être pessimiste pour l'avenir (typique)
		Craindre les effets à moyen terme pour les patients (rare)
LE ROLE DU CADRE REMIS EN QUESTION	Se servir de cette expérience (2)	Exprimer la volonté de tirer des enseignements de cette expérience (variable)
		Avoir souffert des adaptations (1) (générale)
		Avoir le sentiment de se voir réduit à un rôle d'exécutant (générale)
		Être en colère face au fonctionnement hiérarchisé (typique)
		Être surchargé de travail à cause des rôles supplémentaires à endosser (variable)

300 Premier domaine : les aspects du vécu se rapportant à la relation de soins

301 Les participants évoquent de manière générale que la pandémie a permis aux soignants de
302 tendre vers l'établissement d'une relation de soins humaniste avec le patient. Ils mettent
303 généralement en avant le fait d'avoir découvert les compétences des patients durant cette
304 période : « Les patients ont fait preuve d'une capacité d'adaptation incroyable », selon Claire.

305 Les soignants témoignent de manière typique également de la mise en œuvre d'une relation de
306 soins telle qu'ils la désirent, comme le dit Line : « nous avons pu réinvestir notre cœur de métier
307 et développer le lien avec les patients ». Cette relation est évoquée, toujours par Claire comme
308 étant plus singulière : « j'ai plus travaillé avec les compétences des patients ». Typiquement, les
309 participants ont aussi pris conscience et saisissent l'opportunité de développer une relation
310 humaniste : ainsi, les soignants disent avoir perçu les ressources du patient et leurs capacités à
311 comprendre la situation. Ils évoquent le sentiment d'une meilleure qualité de la relation, non
312 seulement dans sa forme mais aussi dans son contenu.

313
314 A également été évoquée de manière générale le sentiment d'être soignant, ce qui signifie
315 typiquement pour les participants d'avoir pu réinvestir le soin relationnel durant cette période
316 inédite. Nathalie précise : « On a passé plus de temps en individuel avec les patients, c'était
317 bien. On s'est rapprochés d'eux, le lien s'est fait différemment ». Être soignant, pour les
318 professionnels interrogés, c'est aussi, typiquement, avoir agi dans le sens de la prévention des
319 risques en étant auprès des patients pour les accompagner dans l'appropriation et la
320 compréhension de la réorganisation et des nouvelles attitudes à adopter. Comme le dit Sabine :
321 « Nous avons pris beaucoup de temps avec les patients pour leur expliquer les gestes barrières
322 et observer qu'ils les appliquaient ».

323
324 Enfin, dans le domaine de la relation de soins, la dernière catégorie typique est le fait de s'être
325 reconnus mutuellement comme des personnes au sein de cette relation. Dans ce sens, les
326 participants parlent typiquement du sentiment d'avoir rétabli une symétrie dans la relation face
327 à la COVID-19. Cette relation a permis de partager, de vivre les mêmes contraintes au sein d'un
328 espace-temps commun. Yves exprime ainsi son sentiment d'être sur un pied d'égalité avec les
329 patients : « On était tous dans le même bateau ».

330
331 De manière typique, les participants ont aussi évoqué leur sentiment d'un regard différent de la
332 part des patients sur les soignants. D'après Claire : « On a vu de la considération de la part des
333 patients envers le travail infirmier, une part de sympathie. Ils se sont rendu compte qu'on était
334 là pour prendre soins d'eux plutôt qu'enfermés à cause de nous ». Typiquement, cette
335 reconnaissance a également permis aux soignants d'avoir un regard nouveau sur leur place dans
336 la relation. Céline l'évoque ainsi : « Les soignants ont fait preuve de plus d'humilité dans leur
337 relation aux patients, ils se sont rendu compte de leurs possibilités. »

338
339

340 **Deuxième domaine : les aspects positifs du vécu des soignants**

341 De manière générale, des aspects positifs ressortent du discours des participants. La première
342 catégorie d'idées généralement exprimé par les participants a trait au fait d'avoir tiré des
343 bénéfices de la réorganisation des soins dans leur travail au quotidien. Typiquement, le premier
344 aspect positif évoqué est d'avoir travaillé dans un contexte avec beaucoup moins de violence,
345 en étant plus présents et disponibles avec des patients apaisés, eux aussi plus présents et
346 disponibles. Les infirmières se sentaient moins accaparées par des tâches administratives. Ainsi,
347 Élise nous dit : « On a pu plus se recentrer sur les patients, on était moins pris par le téléphone,
348 les papiers. » La diminution de stimuli extérieurs a également eu un effet sur l'anxiété des
349 patients selon les participants. Yves précise : « On était entre nous, on s'est centrés sur nous.
350 Les patients étaient plus apaisés, moins perturbés par des facteurs extérieurs habituellement
351 angoissants. » Les soignants interrogés ont également mis en avant le fait d'avoir travaillé avec
352 des patients plus présents et plus disponibles au sein des unités. Le contexte de confinement,
353 avec des temps de sorties limitées, peut expliquer cette situation que Line évoque : « Nous

354 faisons des sorties un patient / un soignant et ça a permis de faire des entretiens informels, de
355 discuter, de renforcer le lien ».

356

357 De manière typique, les professionnels ont aussi mis en avant le fait d'avoir pu compter sur la
358 réorganisation du travail au sein de l'institution. Cela est essentiellement lié, selon eux, à une
359 présence plus importante de soignants du fait du redéploiement d'une partie du personnel de
360 l'extrahospitalier pour renforcer les équipes en difficulté et se prémunir contre un éventuel
361 absentéisme lié à la COVID-19 : « Il y avait plus de personnel disponible pour les patients en
362 journée », confirme Élise.

363

364 Typiquement, les soignants disent ainsi avoir été heureux d'aller travailler dans et malgré les
365 circonstances durant cette période. C'est essentiellement la continuité des soins et le fait d'avoir
366 pu continuer à investir le champ de la psychiatrie qui est évoqué. Comme le dit Rose : « On a
367 pu maintenir le soin psychiatrique auprès des patients. »

368

369 Par rapport aux réorganisations successives, l'idée d'avoir démontré un esprit critique
370 constructif par rapport aux consignes en faisant preuve d'initiatives apparaît de manière variable
371 dans le discours des participants. Line précise sa pensée en nous disant que : « Parfois on reste
372 dans un cadre qui est strict, qui est posé et sortir du cadre peut faire baisser les tensions. On
373 devrait à chaque fois se poser la question : qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? Quels
374 bénéfices pour les patients ? ». Rares sont les participants qui vont jusqu'à parler d'avoir eu
375 l'occasion d'adopter une posture réflexive.

376

377 Une deuxième catégorie typique d'idées est le sentiment d'avoir vécu une expérience collective
378 solidaire et apprenante. Les participants mettent typiquement en avant le fait d'avoir construit
379 une équipe solidaire, au sens large, incluant l'encadrement. L'équipe s'est resserrée :
380 « Découvrir l'équipe différemment, avec du potentiel » ; « on parle plus en équipe » ; « il y a
381 eu une cohésion de l'équipe, la notion d'équipe a vraiment pris tout son sens, ça nous a soudé »,
382 nous dit Marie. L'idée de s'enrichir au contact d'autres professionnels est évoquée de façon
383 variable. Cette occasion de travailler avec des professionnels d'autres services, et, variablement,
384 de découvrir d'autres approches du soin par leur intermédiaire. Ainsi, pour Lucien, « Travailler
385 avec d'autres équipes, d'autres façons de travailler a été super intéressant ».

386

387 Troisième domaine : les aspects négatifs du vécu des soignants

388 De manière générale, des aspects négatifs ressortent également du discours des participants.
389 Une première catégorie d'idées se rapporte au sentiment général de ne pas être impliqués dans
390 le processus de décisions par rapport à la réorganisation. Typiquement, les participants évoquent
391 le sentiment que leurs propositions n'ont pas été écoutées. Line pose ainsi le constat que, selon
392 elle, les observations de terrain ne remontaient pas : « C'est dommage de ne pas avoir été un
393 peu plus écouté, on avait des choses à proposer et on ne nous écoutait pas. » De manière typique,
394 ils relatent ainsi l'impression d'avoir subi les réorganisations perpétuelles successives plutôt
395 que d'avoir pu en être acteurs, comme précise Line : « Des difficultés de communication au
396 sein de l'institution... ça changeait toutes les heures, des choses étaient décidées mais on n'avait
397 pas le retour ». De manière variable, ce sentiment de ne pas être impliqué pouvait générer de la
398 colère chez certains participants, comme l'exprime Virginie : « on n'a pas été écoutés, nos
399 propositions étaient prises pour de la peur ». Typiquement aussi, s'installe un sentiment de
400 lassitude. Ainsi, pour Lucien, « Les discussions avec les collègues étaient centrées autour du
401 virus. C'était omniprésent dans les échanges et notre travail au quotidien ».

402

403 Une catégorie typique de verbatim se rapporte au fait de travailler avec la peur du virus. Deux
404 des participants ont été infectés par la COVID-19. Les autres expriment ainsi typiquement la
405 crainte d'être contaminé et, parfois mais rarement, celle de contaminer les autres. Cela a pu à
406 un moment constituer un frein à l'exercice professionnel. Sabine se souvient : « J'ai eu
407 extrêmement peur, je n'osais plus m'approcher des patients, je ne voulais pas l'attraper et
408 encore moins le ramener chez moi ».

409
410 De manière variable, les participants expriment le sentiment d'avoir vécu un bouleversement
411 dans leur quotidien au travail durant cette période. Le fait d'évoluer dans un contexte de
412 restriction de libertés apparaît de façon variable dans les entretiens. Pour Lucien, « ce n'était
413 pas facile : du jour au lendemain, il y a eu une privation des libertés, des contraintes fortes pour
414 les patients, moins d'offre de soins, moins de médiation, l'absence de contact avec leurs familles
415 et l'arrêt des permissions ». Variablement aussi, l'émergence de symptômes psychiatriques en
416 lien avec la COVID-19 est relatée. Toujours selon Lucien : « il y avait beaucoup d'angoisse au
417 début chez les patients ». Enfin, devoir surmonter les obstacles liés à la communication due
418 aux équipements de protection individuelle est évoqué également de manière variable. Pour
419 Sabine cela a été le cas : « J'ai eu peur du manque d'équipement, qu'il n'y ait plus de masques ».

420

421 **Quatrième domaine: les réflexions sur l'après crise**

422 Cette période de crise que nous appelons aujourd'hui « première vague » de la pandémie, pour
423 laquelle rien ne pouvait être anticipé, a amené un grand nombre de bouleversements, que ce
424 soit, comme cela a été vu, au niveau de la relation mais également au niveau de la réorganisation
425 mise en œuvre, avec ses effets positifs et négatifs. Durant les entretiens, les participants ont
426 aussi évoqué typiquement l'« après crise ». De manière typique, ils disent essentiellement
427 appréhender le retour à la normale. C'est-à-dire craindre de perdre la qualité de la relation de
428 soins telle qu'elle a été durant cette période. Yves précise à ce sujet : « je suis pessimiste sur la
429 continuité du positif de cette période avec le retour à un fonctionnement normal ». Quelques
430 rares participants évoquent la crainte d'effets à moyen terme pour les patients. Ainsi Marie nous
431 dit que pour l'après, « les choses positives vont certainement s'arrêter et ça va redevenir comme
432 avant »

433

434 **Cinquième domaine : le rôle du cadre remis en question**

435 Étant donné leur caractère spécifique au sous-échantillon des cadres de santé, certaines des
436 réponses ont été isolées dans un domaine particulier : tous les cadres de santé ont en effet
437 déclaré avoir souffert des adaptations mises en œuvre. Ils ont généralement eu le sentiment de
438 se voir réduit à un rôle d'exécutant au cours de cette période. « J'ai eu l'impression qu'on ne
439 nous faisait pas confiance » ; « on n'avait aucune autonomie dans les décisions, ça n'avait plus
440 de sens », se confie Lydie. Variablement, cela s'exprime par un sentiment de colère face au
441 fonctionnement hiérarchisé : « nous avons fonctionné avec une accentuation de la
442 hiérarchisation », selon Yves. De manière variable, comme le verbalise précisément Lydie, les
443 adaptations ont conduit les cadres de santé à « une surcharge de travail avec des rôles
444 supplémentaires à endosser ».

445

446 **Discussion**

447 Dans les différents domaines, le discours des participants donne l'impression que cette période
448 inédite a agi comme un révélateur. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et
449 Lexicales (CNRTL), les termes associés à « révélateur » (5) sont : dévoiler, faire connaître, faire
450 apparaître des choses insoupçonnées, rendre visible.

451

452 **Premier domaine : les aspects du vécu se rapportant à la relation de soins**

453 Pour ce qui concerne le premier domaine, l'établissement d'une relation de soins humaniste-
454 *caring* est révélée. Les participants ont le sentiment d'avoir été soignants. Infirmières et patients
455 se sont reconnus comme des personnes au sein de cette relation.

456

457 Certains participants semblent avoir découvert à cette occasion des compétences, jusque-là
458 insoupçonnées chez les patients. Il peut sembler étonnant qu'il ait fallu que survienne une
459 pandémie pour qu'intervienne cette prise de conscience, compte tenu de l'importance et de
460 l'attention accordées aux compétences du patient notamment dans le domaine de l'éducation
461 thérapeutique. Dans le champ de la psychothérapie, Bonsack, Rexbahj et Favrod (6) définissent
462 la psychoéducation comme « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique
463 qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les
464 capacités pour y faire face ». Les participants soulignent, au contraire, la faculté spontanée de
465 mouvement et d'adaptation des patients dans une situation qu'ils comprennent, à la grande
466 surprise des soignants. Cela renvoie aux réflexions de Acker (7) à propos des compétences des
467 patients. Acker dénonce l'image de « patient standard » que les institutions et les professionnels
468 de la santé adoptent parfois. Dans ce modèle, « le malade doit, de plus, être capable d'avoir les
469 comportements attendus par l'institution, par les soignants dans les temps qui lui sont impartis
470 » et « il lui faut s'inscrire quand il le faut, comme il le faut, dans une organisation qui lui est
471 imposée ». Ici, les patients font démonstration de leurs forces. Selon l'approche de soins
472 infirmiers fondée sur les forces de Gottlieb et Gottlieb (8), « chaque personne a des forces qui
473 résident en elle et c'est à l'infirmier de les découvrir. (...) Ce qui importe par-dessus tout, c'est
474 comment la personne aborde sa situation et comment elle compose avec celle-ci. (...) Comme
475 infirmières, notre rôle est d'aider la personne à voir qu'elle est capable de faire face (...) ».
476 Dans leur modèle conceptuel de soins infirmiers, le Modèle de Partenariat Humaniste en santé,
477 Lecocq et ses collègues parlent de « ressources » pour désigner tous les moyens de
478 l'accomplissement de la personne, quelle que soit leur nature (9). Cette notion de « ressource »
479 a été abordée de manière variable. Émilie, par exemple, explique : « on a été grandement
480 étonnés, positivement étonnés par les ressources des patients, ils ont très bien compris,
481 rapidement intégré les différentes mesures. » Ainsi, après une période de flottement, de peur et
482 d'incertitude d'une quinzaine de jours, les relations se sont apaisées avec la mise en service d'un
483 « pavillon d'accueil » dans lequel les patients admis étaient placés en quarantaine le temps de
484 s'assurer qu'ils n'étaient pas malades de la COVID-19. Du matériel (masques et solution
485 hydroalcoolique) étaient disponibles. Même si la relation a été parfois compliquée par le port
486 du masque, les règles de distanciation étaient généralement bien respectées durant cette période,
487 chacun étant attentif à l'autre, qu'il soit soignant ou patient.

488

489 Le discours des infirmières démontre le développement d'une relation humaniste-*caring*,
490 qu'elles identifient comme le type de relation de soins qu'elles souhaitaient mettre en œuvre
491 dans l'absolu. Selon Lecocq et al., dans une relation de cette nature, l'infirmière authentique
492 avec le patient démontre de la cohérence entre ce qu'elle pense, ce qu'elle ressent et ce qu'elle
493 fait. Elle reconnaît humblement ses erreurs. L'infirmière empathique a pour objectif premier de
494 comprendre le patient et s'intéresse à ses préoccupations, à ses besoins, à ses aspirations et à
495 ses priorités ainsi qu'au contexte pour mieux connaître le patient dans son environnement.
496 L'infirmière accepte de façon inconditionnelle ce que le patient exprime (9).

497

498 Ces éléments contribuent au sentiment, chez les participants, d'avoir été soignants. Ils
499 expriment le fait d'avoir réinvesti le « soin relationnel », dans cet espace-temps hors du
500 commun qu'a constitué la « première vague ». Le rôle infirmier est alors apprécié par les

501 participants, qui y retrouvent le « cœur de métier ». Mais qu'est-ce qu'un « soin relationnel » ?
502 Menaut interroge son existence et appelle à le circonscrire (10). Pour Collière, il s'agit du *care*,
503 qu'elle définit comme « des soins ayant pour fonction d'entretenir la vie et en assurer sa
504 permanence ». Le *care* ne remet pas en cause le *cure*, mais l'oublier à son seul profit risque de
505 compliquer la possibilité pour la personne d'être en tant qu'humain. Menaut précise que le soin
506 relationnel est une relation qui a la prétention de soigner, qui s'inscrit dans un projet, qui fait
507 appel à des compétences professionnelles et pas seulement à des aptitudes communicationnelles
508 et qui met en présence deux êtres humains « avec leur histoire et leurs limites, leurs vécu passé
509 et présent... qui s'engagent » (10). Ce que les participants ont exprimé dans cette recherche,
510 c'est que, pour eux, le soin relationnel a trait au fait d'avoir pu créer une relation individualisée,
511 à la possibilité d'être plus présents, ce qui renvoie à certaines caractéristiques d'une relation
512 humaniste-*caring* (voir supra). C'est aussi avoir pu prendre le temps d'une observation clinique.
513 C'est enfin avoir agi dans le sens de la prévention des risques en contribuant à rassurer les
514 patients, en les informant, en partageant à propos de ce qui se passait, en expliquant les raisons
515 du changement, en accompagnant l'acquisition des « gestes barrières »². Dans la théorie du «
516 *Human Caring* » de Watson, l'infirmière professionnelle s'engage de façon consciente et
517 intentionnelle dans la relation lorsque survient le « moment de caring », ce qui s'apparente à ce
518 que décrivent les participants. La relation est alors qualifiée par Watson de « caring
519 transpersonnelle ». Il s'agit d'un « moment, où sont partagées les perceptions et les expériences
520 de chacun [offrant] une opportunité de délibérer et de choisir des actions à prendre (« *how to*
521 *be in the moment* ») dans la relation (11,12).

522
523 Les participants portent par conséquent un regard nouveau sur leur place de soignant dans la
524 relation. A l'instar de ce que Schön (13) écrit au sujet du praticien professionnel réflexif, les
525 participants ont aussi le sentiment d'avoir découvert des patients réflexifs. Comme les
526 professionnels, ils sont capables dans des situations complexes et inédites de recontextualiser,
527 d'élaborer d'autres manières de voir et de proposer de nouvelles actions. Schön écrit à propos
528 des professionnels : « ils en savent plus qu'ils ne le laissent entendre ». Les infirmières ont
529 découvert qu'il en était de même pour ce qui concerne les patients. Cela va dans le sens de Do
530 et Bissières (14) qui décrivent la posture de patient réflexif où le patient questionne « son
531 expérience de la maladie en situation de vie, d'apprentissage et de soin ». Ainsi, alors que les
532 participants à la recherche s'interrogeaient sur les palliatifs possibles à la vulnérabilité des
533 patients et s'inquiétaient des conséquences négatives qui pourraient en découler, les patients
534 « ont pris position ». Ils se sont adaptés à la situation, à la surprise des infirmières. La crise
535 semble ainsi avoir bouleversé les représentations que les infirmières avaient des patients. Elles
536 ont appris des choses à leur contact. Cette idée d'apprentissage renvoie au concept de « patient
537 partenaire » du Modèle de Partenariat Humaniste en Santé qui « apprend au fil du temps à
538 connaître et à vivre avec sa maladie. Au moment de poser des choix en santé, il partage avec
539 les professionnels ses expériences de la vie avec la maladie, ses aspirations et ses priorités pour
540 orienter le traitement en fonction de son projet de vie. Le patient partenaire de ses soins prend
541 les décisions pour ce qui concerne ses soins à l'issue d'un processus de concertation avec les
542 professionnels de santé. Il partage avec le professionnel de santé ses expériences de la vie avec
543 la maladie, ses aspirations et ses priorités pour orienter le traitement proposé par les
544 professionnels en fonction de son projet de vie » (9).

545
546 Ainsi, une forme de symétrie dans la relation face à la COVID-19 s'est établie, ce qui a mis en
547 lumière la dissymétrie qui peut prévaloir habituellement. Ce constat interroge la qualité du soin
548 dans les unités avant la crise. Cela renvoie notamment à la mise en garde de Ricœur qui évoque

² Appellation commune en France pour désigner les gestes protecteurs contre le virus SARS-CoV2.

549 « une menace de l'oubli qui vient rappeler le caractère irremplaçable de chacun des partenaires
550 de l'échange. L'un n'est pas l'autre ; on échange des dons mais non des places » (15). Pendant
551 la crise, s'est rétablie une forme d'égalité dans la relation grâce à une reconnaissance mutuelle,
552 une reconnaissance de personnes, à l'opposé d'un modèle paternaliste.
553 Selon les participants, le rétablissement de cette symétrie dans la relation peut être mise en lien
554 avec le vécu commun, partagé : être confinés ensemble, être identiquement vulnérables face à
555 un virus. L'étymologie latine du mot vulnérabilité renvoie aux termes « *vulnu* », la blessure,
556 « *vulnerare* », blesser, « *vulnerabilis* », qui peut être blessé (16). Est apparu ce sentiment
557 nouveau chez les soignants d'une vulnérabilité commune avec le patient. Un participant à la
558 recherche a ainsi évoqué : « là, nous vivions la même chose alors que dans la maladie mentale
559 ce n'est pas le cas ». Les infirmières interrogées partagent ainsi également du sentiment que les
560 patients ont porté un regard différent sur les soignants. Pour abonder dans le sens de Collière,
561 s'exprimant à propos de l'activité de soigner, s'est opérée durant cette crise « une rencontre des
562 vulnérabilités » (17). Tout ceci contribue au fait que les infirmières et les patients se soient
563 reconnus comme des personnes au sein de la relation, ce qui constitue une condition de
564 l'établissement d'une relation humaniste-*caring*.

565
566 Pour autant, la notion d'accompagnement n'a été que rarement évoquée en tant que telle. Sarah
567 a relevé ce rôle quand elle explique que « les patients, quand ils ne sont pas bien, viennent vers
568 nous. J'ai le temps, j'arrive. Ils nous interpellent un peu plus et moi aussi je les vois
569 différemment. Avoir passé du temps me permet de les voir dans la globalité. On a aussi refait
570 des projets de soins, avoir discuté avec lui, on a pensé différemment ». Cela pourrait faire écho
571 au « prendre soin » de Hesbeen (18), qui le définit comme une disposition à l'endroit de
572 l'humain, « de l'humain que je suis [en tant que soignant] à l'égard de l'humain qui est l'autre ».
573 Pour Hesbeen, la qualité du soin (au singulier) renvoie ainsi à la notion « d'avoir le souci de »,
574 de prêter une attention particulière à la personne qu'on soigne, de lui signifier « Tu es important
575 pour moi ». S'assurer de la qualité de l'attention particulière portée à la personne à qui on « fait
576 des soins » revient dès lors à s'assurer de la qualité du soin.

577

578 Deuxième domaine : les aspects positifs du vécu des soignants

579 Pour ce qui concerne les aspects positifs du vécu des soignants, les participants ont le sentiment
580 d'avoir tiré des bénéfices de la réorganisation au niveau des soins au quotidien et d'avoir vécu
581 une expérience collective solidaire et apprenante.

582

583 Dans le cadre de la « première vague », les réorganisations annoncées n'auguraient pas un
584 climat favorable au calme, selon l'expérience des soignants. Comme le soulignent Salamin et
585 ses collègues (19) la violence est un phénomène fréquent dans le milieu psychiatrique
586 hospitalier : la psychopathologie du patient, le service, le personnel ou les caractéristiques
587 environnementales sont des variables qui peuvent contribuer au développement des interactions
588 agressives. Et pourtant, contrairement à ce qui aurait pu se passer, les restrictions de libertés
589 n'ont pas été associées à une augmentation de la violence dans les unités de soins selon les
590 participants.

591

592 D'une part, la disponibilité des soignants était plus grande pour prodiguer des soins au chevet
593 des patients. En effet, il leur incombait beaucoup moins de tâches administratives, ce qui était
594 en grande partie lié à l'arrêt des admissions directement dans le service vu la présence du
595 « pavillon d'accueil ». L'absentéisme n'était pas non plus significatif durant cette première
596 vague : les unités n'ont pas manqué de personnel³, aussi grâce au redéploiement des équipiers

³ Lors des vagues suivantes, la situation était sensiblement différente, avec un absentéisme plus marqué.

597 des unités d'extrahospitalier. Les tâches liées à l'organisation ont également été allégées : les
598 services de soutien, comme la pharmacie, se sont déplacés vers les unités, plutôt que l'inverse.
599 Il a été possible pour les soignants de consacrer plus de temps à réfléchir à comment rassurer
600 les malades, à accompagner leur ennui... ce qui s'est traduit en davantage de présence auprès
601 des soignés. D'autre part, les patients étaient également plus présents car les sorties sans
602 accompagnement étaient interdites. Elles s'effectuaient en binôme avec un soignant, ce qui a
603 également renforcé la relation. Les patients, étaient moins exposés à des stimuli extérieurs
604 perturbateurs, comme les visites liées au trafic de substances.

605
606 Tout ceci a contribué au fait que les patients et les soignants ont pu consacrer du temps à parler
607 et partager à propos de leur vécu commun : les patients ont pu exprimer comment ils vivaient
608 la période et leurs interrogations à des soignants plus présents et plus disponibles qui vivaient
609 la même expérience et ressentaient les mêmes émotions.

610
611 On peut bel et bien évoquer ici le concept de « présence », telle que définie par Finfgeld-
612 Connet dans sa méta-synthèse de littérature (20). Selon l'auteure, il apparaît que la présence
613 est un processus interpersonnel qui se caractérise par la sensibilité, l'holisme, l'intimité, la
614 vulnérabilité et l'adaptation à des circonstances uniques. Selon les résultats de Finfgeld-Connet,
615 il s'agit d'un processus dans lequel les patients démontrent leur besoin de présence et leur
616 ouverture à celle-ci. À leur tour, les infirmières doivent être prêtes à faire preuve de présence et
617 à exercer dans un environnement qui y est propice.

618 Les aménagements ont ainsi amené une atmosphère plus sereine, apaisée, propice à la rencontre
619 soignant/soigné. Cela va dans le sens des observations de Lanza et al. (21) qui mettent en
620 évidence que le lien et la communication créés avec le patient réduisent les phénomènes de
621 violences. Ces éléments vont également dans le sens des conclusions de Meehan et al. (22) qui
622 relèvent que, parmi les stratégies identifiées par les patients afin de réduire les conduites
623 agressives, la compréhension et l'empathie de la part des soignants sont importantes. Le facteur
624 « temps » apparaît ici comme essentiel. Les soignants ont tous insisté sur le temps qui était
625 accordé au soin durant cette première vague : le temps d'observation, le temps d'écoute, le
626 temps d'échanges individuels.

627 Ce temps disponible a également pu être augmenté par l'adaptation de l'institution et le
628 redéploiement de personnels sur l'intra-hospitalier, ce qui a permis le renforcement des équipes
629 de soins. Les participants affirment en effet avoir pu compter sur la capacité d'adaptation de
630 l'institution. Les soins et leur organisation ont alors été repensés par suite des contraintes
631 sanitaires liées au virus dans le but de préserver le calme. Au travers de cette crise, pour garantir
632 des soins de qualité, les professionnels de santé ont également fait preuve d'esprit critique,
633 d'initiative, d'adaptation au contexte, et cela au-delà des consignes officielles. Ils ont alors
634 réinventé le soin : réintroduit la médiation au sens où ils ont à nouveau servi d'intermédiaires
635 entre les parties prenantes au sein des unités et fait preuve de créativité. En ce sens, les
636 infirmières répondent à l'appel de Smoyak (23) qui considère que la créativité est au cœur des
637 soins infirmiers en santé mentale en psychiatrie : « Les infirmières en psychiatrie créent
638 quotidiennement de nouvelles situations et de nouvelles possibilités en réorganisant ce qui
639 existe déjà ou en se débarrassant de l'ancien pour que le nouveau puisse entrer » (traduction
640 libre).

641 Tout ceci a pu contribuer au fait que les participants disent avoir été heureux d'aller travailler
642 dans et malgré les circonstances. Cela renvoie à l'idée de « maintenir l'équilibre », comme le
643 formule Wilson et Crowe (24). Ces auteurs, parlant de la satisfaction au travail des infirmières
644 en santé mentale, identifient la relation thérapeutique (être thérapeutique, se connaître soi-
645 même, savoir comment) comme la source de satisfaction la plus significative. Wilson et Crowe
646 montrent également l'influence de trois éléments associés à la performance de rôle : maintenir

647 une vie personnelle, travailler pour une organisation soutenante et le sentiment d'appartenir à
648 une équipe. « Appartenir à une équipe », c'est précisément ce que les participants expriment.
649 Tous les participants ont alors eu le sentiment que les équipes se fédéraient dans l'épreuve. Pour
650 Devillard (25), « l'esprit d'équipe ne se décrète pas, il se crée tout au long d'un franchissement
651 d'étapes de maturation ». Dans le cas de la crise vécue, vu les écrits de l'auteur, les équipes se
652 sont révélées authentiques : « les membres également motivés se considèrent comme
653 mutuellement engagés ». Chaque participant a pu éprouver le soutien au sein de son équipe.
654 Cela contribue à garder les infirmières à l'emploi : pour Estry-Behar et Le Nézet (26), « le
655 soutien et la solidarité sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité
656 des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent ».

657

658 Troisième domaine : les aspects négatifs du vécu des soignants

659 Dans les aspects positifs évoqués plus haut, les personnes interviewées soulignent que la
660 nécessité de réorganiser les soins a contribué aux échanges entre les membres du personnel et
661 au soutien interpersonnel qu'ils s'apportaient. Cependant, les participants ont le sentiment de
662 ne pas avoir été impliqués dans le processus de décisions par rapport à la réorganisation. Or,
663 comme le relève Thévenet (27), « on ne peut pas impliquer les personnes : ce sont elles qui
664 décident de s'impliquer en raison de facteurs qui leurs sont propres. L'organisation, elle, ne peut
665 que créer les conditions pour favoriser leur implication. »

666

667 L'hôpital semble ici avoir été moins soutenant. C'est un des aspects négatifs du vécu des
668 soignants. Les travaux de Ruiller (28) sur le soutien en contexte « d'hôpital entreprise »
669 « montrent l'importance de la composante socio-émotionnelle et la coexistence d'un soutien
670 « professionnel » et d'un soutien à la sphère « personnelle » de l'individu, dont l'expression se
671 fait par l'ouverture aux autres, par l'empathie et par la transmission d'émotions positives ». La
672 communication semble à ce niveau avoir été défaillante. Une étude du CNRS à propos de la
673 façon dont le système hospitalier français a géré la crise de la COVID-19 (29) montre
674 « l'importance du management de soutien, de la transparence dans la communication et des
675 espaces de prise de parole pour un personnel sous haute pression ». Or, dans notre recherche,
676 les participants partagent le constat d'un manque d'informations descendantes, communément
677 appelée du haut vers le bas et une absence de communication ascendante, du bas vers le haut
678 ou dite, des salariés. Les soignants ont eu le sentiment que les consignes leur arrivaient sans
679 être accompagnées d'explications et que des décisions étaient prises sans que ce qu'ils
680 constataient au quotidien sur le terrain ne soit utilisé et pris en compte pour accompagner ces
681 décisions. Leurs discours envers l'institution sont diamétralement opposés par rapport à leurs
682 propos au sujet de la relation de soin. La prise en compte et la reconnaissance mutuelle des
683 soignants et des patients ont permis de développer une symétrie dans la relation, mettre en
684 œuvre des stratégies et ainsi réinstaller du sens. Ce n'est pas le cas dans les relations avec
685 l'institution. Selon le dictionnaire des synonymes, l'antonyme de prendre en compte est « faire
686 fi de » : aux dires des participants, l'institution a souvent fait fi de leurs souhaits et de leurs
687 préoccupations dans cette « perpétuelle réorganisation », ce qui a généré de la colère et de la
688 lassitude chez certains.

689

690 La crise agit ici encore comme un révélateur, cette fois en termes de leadership. Pour affronter
691 la pandémie, un leadership partagé permettant une contribution des ressources de chacun aurait
692 été souhaitable. Dans le cadre de la pandémie de COVID-19 vécue dans une unité de soins
693 psychiatriques, Gao et Tan ont montré l'importance du soutien des responsables des soins
694 infirmiers pour parvenir à mettre en œuvre des stratégies et une politique hospitalière
695 satisfaisantes du point de vue des infirmières (30). Malheureusement, à cause de la rigidification
696 hiérarchique et du manque de communication, à tout le moins une stratégie caractéristique du

697 leadership partagé a fait défaut : les « apprentissages en T », à savoir la capacité de comprendre
698 les interconnexions entre les sous-systèmes à se saisir d'autres perspectives (31). Cette
699 incapacité a contrarié l'adaptation du système. Dans la Théorie du *caring* bureaucratique
700 (TCB), Ray compare le changement dans les organisations complexes au processus de chaos
701 créateur. Elle invite les infirmières à prendre du recul et à réinterpréter leur perception des
702 événements quotidiens, afin d'en découvrir les significations sous-jacentes. Selon Ray, le
703 système est « holographique » car le tout et ses parties sont entrelacés : le concept de
704 l'hologramme renvoie à l'idée que chaque structure interpénètre et est interpénétrée par d'autres
705 structures, de sorte que la partie est le tout et que le tout se reflète dans chaque partie. Ainsi, la
706 bureaucratie et la complexité se cocréent et se transforment mutuellement. La théorie du *caring*
707 bureaucratique est une modélisation de la relation entre le système et le *caring* qui occupe une
708 position centrale et se reflèterait partout, comme les autres éléments se reflètent sur lui (32).
709 Dans une de ses premières recherches, Ray recommande ainsi de relever le défi de développer
710 une nouvelle culture institutionnelle en considérant « le point de vue de l'être humain » à la
711 lumière de la TCB. Elle conseille de s'appuyer sur les valeurs, les comportements et les
712 personnes membres de l'institution. Pour l'auteure, c'est une façon de favoriser l'émergence de
713 mécanismes créatifs de résolution de problèmes qui peuvent inspirer à la fois les pratiques
714 soignantes et la politique de développement institutionnel (33). Turkel et Ray ont ainsi montré
715 que les infirmières, les patients et les administrateurs peuvent parvenir à une auto-organisation
716 par la qualité des relations, et que les relations reflètent la qualité au sein de l'organisation (34).
717 Parlant des changements organisationnels induits par la crise de la COVID-19, Frimousse et
718 Peretti notent aussi que « le leadership apparaît comme un processus social de collaboration
719 dynamique, où les membres de l'organisation s'autorisent à interagir de manière à expérimenter
720 de nouvelles formes de développement personnel et social. La vision est partagée parce qu'elle
721 est le résultat du développement de ce processus social, et pas simplement le produit d'un
722 individu ou d'un petit groupe qui a décidé d'un objectif » (35).
723 L'analyse du discours des participants montre aussi que la pandémie a éveillé de la peur chez
724 les infirmières en psychiatrie : la peur d'être contaminées au travail. Pour ce qui concerne les
725 soins dans le secteur de la santé mentale, Bénéaïche évoque la peur comme possible entrave à la
726 relation (36). Deux grands types de peurs sont bien connues en psychiatrie : la peur de l'autre
727 et la peur pour l'autre. Pour ce qui concerne la peur de l'autre, c'est une forme de
728 « contamination mentale » qui est habituellement redoutée. Ici, c'est une autre menace de
729 contamination qui génère la peur : le virus. Ce nouvel agent pathogène, dont la contagiosité, la
730 virulence et la gravité sont, au départ, totalement inconnues. Les participants doivent faire face
731 à une contamination potentielle inédite, différente de la maladie mentale. Et cette peur
732 d'attraper le virus a constitué, du moins au début, une difficulté pour maintenir la relation avec
733 le patient, primordiale en psychiatrie. Avec le temps, comme les infirmières l'ont expliqué,
734 cette relation s'est construite. Mais dans les premiers moments, cette peur d'être contaminé a
735 mis à mal les équipes soignantes, dans un contexte d'incertitude liée au manque de
736 communication et aux changements de décisions, parfois à plusieurs reprises le même jour.
737 Dans cette recherche, contrairement à d'autres études, le manque d'équipements de protection
738 individuelle (EPI) n'est pas évoqué par les participants (37,38). Mais ces EPI ont été des
739 obstacles à la communication qui ont contribué au bouleversement du quotidien au travail. Gao
740 et Tan font le même constat (30). Un autre élément a été l'apparition de symptômes
741 psychiatriques en lien avec la COVID-19. Gao et Tan relèvent également cela, parlant de colère
742 et de frustration ressenties en lien avec l'isolement prophylactique dans l'attente de résultats de
743 frottis, ou de détresse et d'anxiété chez les proches empêchés de visites (30). Enfin, le quotidien
744 a également été bouleversé par ce sentiment partagé par les soignants et les patients de privation
745 de liberté, une notion particulièrement importante en psychiatrie notamment pour les patients
746 hospitalisés sous contrainte. Les contraintes de confinement imposées à tous pendant la

747 pandémie ont créé un contexte particulier : celui d'un vécu commun d'une forme
748 d'enfermement, expérience qui, jusque-là, était vécue exclusivement par les patients,
749 confrontés, pour certains, au soin sans consentement et à une hospitalisation dans des unités
750 fermées.

751

752 **Quatrième domaine : les réflexions sur l'après-crise**

753 Pour ce qui concerne les réflexions sur l'après-crise, les participant appréhendent le retour à la
754 normale tout en affirmant vouloir se servir de cette expérience. Les participants souhaitent
755 pouvoir « engranger » les bénéfices de la crise et en particulier ses répercussions positives sur
756 la relation de soin avec les patients. Transformation, retour à la normale, résilience ou
757 effondrement : tels sont les quatre scénarios évoqués par Claisse pour « l'après crise » (39).
758 Ces « futurs alternatifs » font écho aux travaux de Dator (40) qui explique que se projeter ainsi
759 dans l'avenir a pour objectif et principal intérêt de questionner la désirabilité des alternatives.
760 C'est ce que font les participants quand ils parlent de tirer les enseignements de la crise, tout
761 comme des chercheurs dans différents secteurs. Ainsi, dans le domaine de la gestion, le retour
762 « a l'anormal du management » est appréhendé par Bayad (35), qui craint un retour de l'autorité
763 où seul le pouvoir sera exercé, au détriment d'un leadership authentique où la confiance et
764 l'autonomie dont ont fait preuve les collaborateurs pendant la crise ne serait plus valorisées.
765 Ces craintes font écho au vécu particulier des cadres de proximité.

766

767 **Cinquième domaine : le rôle du cadre remis en question**

768 Dans cette étude, les cadres de proximité disent avoir souffert de la situation. Il se sont sentis
769 réduits à des exécutants. Leur rôle de gestionnaire de premier niveau et leur position de
770 proximité en font pourtant des éléments essentiels dans la chaîne hiérarchique. Or, durant la
771 première vague de la pandémie, Bayad décrit un mouvement inédit au sein des organisations.
772 Selon lui, « les processus de décision se sont raccourcis de manière spectaculaire, consacrant
773 les organisations plates » (35). Gérer le quotidien avec les méthodes habituelles n'a plus été
774 possible. Ce processus peut conduire à des résultats imprévisibles et est décrit par l'auteur
775 comme très déstabilisant pour les gestionnaires, car en grande partie incontrôlable. Dans les
776 missions d'encadrement, en temps de crise, Bonnet note qu'il conviendrait en particulier de
777 « faire preuve d'une grande qualité d'interaction avec toutes les parties prenantes internes et
778 externes, et tester pas à pas des solutions innovatrices en donnant du sens à l'action et en
779 transformant l'environnement plutôt qu'en étant ballotté par des logiques d'adaptation à un
780 environnement imprévisible » (35). Selon Dumez et Minvielle, « l'adaptation peut être
781 comprise sur un plan managérial, comme un ensemble de compétences qui relèvent de la
782 capacité à travailler en équipe, à exercer un leadership fédérateur, et à favoriser la créativité
783 organisationnelle ». Toujours selon Dumez et Minvielle, « le management peut aussi avoir un
784 rôle majeur en termes de soutien, applicable au sein des équipes » (29). Cela ne semble pas
785 avoir été le cas en contexte : mission impossible pour les cadres de santé de proximité. Les
786 circonstances paraissent avoir annihilé leur agilité. Ils se sont sentis surchargés de travail par
787 les rôles supplémentaires qui leur étaient assignés. Ce sentiment d'exclusion a pu favoriser la
788 colère qu'expriment certains d'entre eux.

789

790 [Retour sur les préconceptions des chercheurs](#)

791 Conformément aux recommandations de Hill, les chercheurs ont réfléchi à leurs préconceptions
792 en amont de la recherche. Ainsi, les auteurs ont pensé que les participants allaient
793 essentiellement évoquer la crainte de la contamination par le virus et la difficulté de travailler
794 dans un tel contexte, en ayant le sentiment de se mettre en danger et de ne pas être suffisamment
795 protégés. Cela a effectivement été le cas. Les membres de l'équipe de recherche s'attendaient
796 également à ce qu'il y ait une « flambée » des symptômes psychiatriques avec une
797 augmentation de la charge anxieuse, un sentiment d'enfermement et de privation de liberté lié
798 au confinement, qui déboucherait sur des tensions extrêmes au sein des unités de soins. Ils
799 pensaient que les soignants seraient face à une situation ingérable, une « poudrière » avec un
800 risque accru de violence et d'agressivité. **La mise à l'écart des proches pouvait encore renforcer**
801 **les difficultés liées au confinement.** Enfin, au regard de la problématique de circulation de
802 produits stupéfiants au sein de l'établissement, il y avait un questionnement quant à l'impact de
803 l'impossibilité d'accès aux produits pour les patients souffrant de troubles addictifs. Cela ne
804 s'est pas avéré, avec au contraire une situation qui a été beaucoup plus apaisée
805 qu'habituellement. Les chercheurs n'avaient pas non plus pensé **que les participants allaient**
806 **relever** qu'une relation de soin humaniste **s'était installée.** La « prise de conscience par les
807 soignants des compétences des patients » a également été une surprise pour les chercheurs : **les**
808 **participants ont éprouvé ce qui était implicite jusque-là et ont ressenti le besoin de le verbaliser.**
809 Ils avaient imaginé que le « somatique », la dimension biophysique du soin, allait prendre le
810 pas sur l'accompagnement psychiatrique spécifique. Ce dernier aurait été victime de la
811 mobilisation de la pensée autour du virus. Là non plus, il n'en a rien été. Même si les premiers
812 temps du confinement ont mis en exergue la peur des soignants face au virus et l'impact sur la
813 relation de soins, cette dernière s'est révélée, au fil du temps, être porteuse de découvertes, de
814 collaboration et de créativité. Ce que les chercheurs n'avaient pas non plus évoqué dans leurs
815 préconceptions, c'était le vécu organisationnel et la distance qui allait s'installer entre
816 l'institution et les soignants, liée au manque de communication. Ils n'avaient pas non plus
817 imaginé la difficulté de trouver leur place exprimée par les cadres.

818

819 [Limites, biais et critères de rigueur scientifique secondaires](#)

820 Concernant le processus d'analyse des données, les chercheurs se sont limités à l'audition
821 répétée des enregistrements sans passer par leur retranscription. Par ailleurs, seuls des soignants
822 exerçant de jour ont participé à cette recherche, ce qui prive les chercheurs de l'expérience des
823 infirmières de nuit.

824

825 Hill et ses collègues définissent comme des biais les « enjeux personnels qui font qu'il est
826 difficile pour les chercheurs de répondre objectivement aux données » (1). Dans notre étude,
827 l'enquêteur qui a réalisé les entretiens est membre de l'institution ce qui a pu influencer les
828 réponses des participants (désirabilité sociale) en limitant le dévoilement de leur vécu. Cette
829 limite est bien connue des chercheurs dès le démarrage de l'enquête. Cependant, l'investigateur
830 concerné n'a pas de lien hiérarchique avec les participants. Par ailleurs, le contenu des entretiens
831 est parfois critique envers l'hôpital, ce qui laisse supposer que les personnes rencontrées se sont
832 effectivement dévoilées, en confiance.

833

834 Hill propose aussi trois critères de rigueur méthodologique secondaires (1). Si les circonstances
835 l'avaient permis, les participants auraient pu attester de la validité des témoignages (critère 1)
836 en confirmant l'analyse des chercheurs. Les chercheurs ont veillé à décrire précisément
837 l'échantillon et le contexte dans lequel se déroule l'étude pour permettre au lecteur d'apprécier
838 l'applicabilité des résultats (critère 2). Concernant la reproduction des résultats d'une étude à

839 l'autre (critère 3), Hill propose de faire analyser les mêmes données par une autre équipe de
840 recherche, ce qui n'a pas été fait compte tenu des ressources disponibles.
841

842 Conclusion

843 Comment faire évoluer de façon pérenne le soin en contexte ? Quand il esquisse des scénarios
844 pour l'après-crise, Claisse souligne que « la direction de la transformation souhaitée dépend
845 (...) étroitement du prisme sous lequel les observateurs envisageaient le monde d'avant » (39).

846 S'interrogeant sur la capacité du coronavirus à affaiblir la bureaucratie professionnelle de
847 l'hôpital, Bachelard salue « la créativité, l'imagination en action » qui a mené à des
848 réorganisations inimaginables, impossibles « en temps normal dans ce type d'institution » (41).
849 Mais les participants mesurent aussi à quel point la fin de la crise constitue une menace pour
850 leurs espoirs. Les difficultés de communication et l'absence de leadership partagé qu'ils ont
851 ressenti leur fait craindre un « retour à l'anormal ». « Le pire serait justement que tout
852 redevienne comme avant », selon Cavelius (41). Ainsi, les participants envisagent cette
853 première vague comme une parenthèse qui a nécessité adaptation et innovation pour repenser
854 et renouer avec le cœur de métier, sans que ces bénéfices puissent nécessairement se poursuivre
855 au-delà. La parenthèse serait alors fermée et il faudrait se réadapter aux fonctionnements
856 antérieurs. A moins que l'espoir ne soit permis ? Bachelard est optimiste : selon lui, les
857 décideurs doivent avoir perçu l'intérêt de « débrider l'imagination, l'engagement, l'autonomie
858 des salariés par des organisations souples, agiles, libérées du carcan bureaucratique, adaptées
859 au XXI^e siècle et ses incertitudes, au service de la performance globale, de l'épanouissement
860 et du bien-être des salariés » (41). A la sortie de cette crise, Alemanno appelle à un management
861 humaniste, qui se montrera « plus attentif aux forces individuelles (hybridité et différenciation
862 des individus) valorisera dans l'après-crise l'empathie des cadres de proximité, la solidarité
863 entre pairs, l'appui sur la résilience (place à l'innovation en situation de chaos et perte de repère)
864 » (41). Chanlat parle de la nécessité d'un retournement anthropologique pour qualifier le
865 changement qui s'imposerait. Cela suppose, notamment en gestion, « de renoncer aux solutions
866 purement technicistes, et de s'appuyer sur l'imagination créatrice des humains ; ce qui signifie
867 à la fois le retour du politique et de l'éthique au sens fort de ces termes » (41). Le chaos créateur,
868 cher à Ray (32,33), permettra-t-il de faire évoluer les organisations vers un *caring*
869 bureaucratique ? Cela semble être le souhait des participants.

870 Les participants expriment des espoirs par rapport à l'avenir. Ils souhaitent construire au départ
871 leurs expériences de la pandémie une façon de travailler qui replace au centre du projet de
872 l'établissement la relation de soin dans une perspective d'accompagnement humaniste du
873 patient. Les valeurs, attitudes et comportements humanistes-*caring* sont identifiés comme
874 faisant partie d'un futur désirable. Ils semblent être à la fois des éléments du processus de
875 transformation et du résultat souhaités. Les soignants ont ainsi pris conscience de l'étendue du
876 possible et ont développé la relation humaniste. Mais ils ne sont pas allés jusqu'à évoquer l'idée
877 d'un partenariat avec le patient tel que suggéré par le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé
878 développés par Lecocq et al. (9), même s'ils ont pris conscience des compétences et des savoirs
879 expérientiels chez les patients. Il paraît dès lors indispensable de mettre à profit ce qui s'est
880 passé durant cette période, de faire en sorte que ce ne soit pas juste une parenthèse, mais le
881 début de quelque chose de nouveau, de différent, de meilleur. Une réflexion s'est enclenchée,
882 un chemin se dessine. Il convient d'accompagner cette démarche en tenant compte du rythme
883 de toutes les parties prenantes, vers un futur désirable coconstruit.

884 Au terme de cette expérience, le CHS de Sevrey s'est engagé dans un travail d'élaboration
885 d'une nouvelle philosophie du soin qui accompagnera le changement architectural de
886 l'établissement. Dans cinq ans, un nouvel hôpital, écoresponsable va être construit. Il s'inscrit
887 dans une stratégie de développement durable, qui, à l'hôpital et sur le plan du soin, passe aussi
888 par la création de conditions favorables pour un accompagnement humaniste et de tendre vers
889 le partenariat avec le patient, et ce aux bénéfices de tous. Pour les patients, cela va renforcer
890 leur pouvoir d'être et d'agir, et de la sorte leur permettre de réaliser leur projet de vie ou de
891 l'actualiser au plus proche de leurs attentes, ce qui contribue à un sentiment de mieux-être et
892 d'intégrité en santé. Pour les soignants, cela va permettre de donner du sens à leurs
893 interventions, contribuer à leur mieux-être psychologique et augmenter leur satisfaction par
894 rapport à leur qualité de vie au travail.
895

896 Références

- 897 1. Hill CE, Thompson BJ, Williams EN. A guide to conducting consensual qualitative
898 research. *The Counseling Psychologist*. 1997 Oct;25(4):517-72.
899
- 900 2. Hill CE, Knox S, Thompson BJ, Williams EN, Hess SA, Ladany N. Consensual
901 qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*. 2005
902 Apr;52(2):196-205.
903
- 904 3. Avenier MJ. Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme
905 ou pragmatisme ? *Management & Avenir*. 2011 Apr;(43):372-91.
906
- 907 4. Fortin F, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes
908 quantitatives et qualitatives. 3e éd. Montréal: Chenelière Education; 2015.
909
- 910 5. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Révélateur (définition de).
911 In: Portail lexical du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En
912 ligne]. Nancy : Centre National de la Recherche Scientifique; 2012 [cité 20 févr
913 2022]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9v%C3%A9lateur>
914
- 915 6. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et
916 limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2015
917 Feb;173(1):79-84.
918
- 919 7. Acker F. Les compétences des malades. *Recherche en soins infirmiers*. 2006
920 Dec;87(4):57-65.
921
- 922 8. Gottlieb LN, Gottlieb B. Les soins infirmiers fondés sur les forces. La santé et la
923 guérison de la personne et de la famille. Saint-Laurent: De Boeck; 2014.
924
- 925 9. Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Laloux M. Le Modèle de Partenariat Humaniste
926 en Santé [En ligne]. 1ère éd. Bruxelles: CERESI - Cellule de recherche en science
927 infirmière; 2022 [cité 24 févr 2022]. Disponible :
928 <https://doi.org/10.5281/zenodo.5835570>
929
- 930 10. Menaut H. Les soins relationnels existent-ils ? VST - Vie sociale et traitements. 2009
931 Jun;1(101):78-83.

- 932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
11. Cara C, O'Reilly L. S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*. 2008 Dec;95(4):37-45.
 12. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker ME, éditeur. *Nursing theories and nursing practice*. 2e éd. Philadelphia: Davis; 2006. p. 295-302.
 13. Schön D. Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Editions Logiques; 1994. (Formation des Maîtres).
 14. Do M, Bissières C. L'observance à l'épreuve du soin éducatif : la posture de patient-réflexif en question. *Les dossiers des sciences de l'éducation*. 2018 Aug;(39):70-88.
 15. Ricoeur P, Goldenstein C. Philosophie, éthique et politique: entretiens et dialogues. Paris: Seuil; 2017. (La Couleur des Idées).
 16. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Vulnérable (étymologie de). In: Portail lexical du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne]. Nancy : Centre National de la Recherche Scientifique; 2012 [cité 21 févr 2022]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/etymologie/vuln%C3%A9rable>
 17. Collière MF. Soigner... Le premier art de la vie. 2e éd. Paris: Masson; 2001.
 18. Hesbeen W. La qualité du soin infirmier: de la réflexion éthique à une pratique de qualité. 3e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
 19. Salamin V, Schuwey-Hayoz A, Bickel G. Epidémiologie des comportements agressifs en psychiatrie hospitalière: état des lieux dans le canton de Fribourg. *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy*. 2010 Jan;161:23-9.
 20. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of presence in nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006 Jul;55(6):708-14.
 21. Lanza ML, Rierdan J, Forester L, Zeiss RA. Reducing Violence Against Nurses: The Violence Prevention Community Meeting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009 Dec;30(12):745-50.
 22. Meehan T, Mc Intosh W, Bergen H. Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006 Feb;13(1):19-25.
 23. Smoyak SA. Creativity is the heart of psychiatric-mental health nursing. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015 Jan;53(1):3-4.
 24. Wilson B, Crowe M. Maintaining equilibrium: a theory of job satisfaction for community mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008 Dec;15(10):816-22.
 25. Devillard O. Dynamique d'équipes. 4e éd. Paris: Editions d'Organisation; 2005.

- 982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
26. Estryn-Behar M, Le Nézet O. Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres*. 2006 Oct;15(HS2):2-14.
 27. Thévenet M. *Le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*. 2e éd. Paris: Editions d'Organisation; 2004.
 28. Ruiller C. Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*. 2012 Jun;(52):15-34.
 29. Dumez H, Minvielle É. Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise Covid 19 ? Une contribution des sciences de gestion. [En ligne]. Palaiseau: École polytechnique(i3-CRG)-CNRS; 2020 juill. Disponible : <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Le-syste%CC%80me-hospitalier-franc%CC%A7ais-dans-la-crise.pdf>
 30. Gao Z, Tan FPL. Nurses' experiences in response to COVID-19 in a psychiatric ward in Singapore. *Int Nurs Rev*. 2021 Jun;68(2):196-201.
 31. Luc É. *Le leadership partagé* [En ligne]. Montréal, Québec (Canada): Presses de l'Université de Montréal; 2018. (Paramètres). Disponible : <http://books.openedition.org/pum/6416>
 32. Coffman S. Marilyn Ann Ray: Theory of Bureaucratic Caring. In: Alligood MR, éditeur. *Nursing theorists and their work*. 8th éd. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2014. p. 98-119.
 33. Ray MA. The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*. 1989;13(2):31-42.
 34. Turkel MC, Ray MA. Relational complexity: from grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nursing Science Quarterly*. 2001 Oct;14(4):281-7.
 35. Frimousse S, Peretti JM. Les changements organisationnels induits par la crise de la Covid-19. *Question(s) de management*. 2020 Sep;29(3):105-49.
 36. Benaïche A. Les peurs dans le travail infirmier. *Santé mentale*. 2019 Jan;(234):44-9.
 37. American Nurses Association. Survey: Nurses fear going to work due to lack of protection from virus. *American Nurse Today* [En ligne]. 2020 Jun [cité 13 oct 2020];15(6). Disponible : <https://www.myamericannurse.com/survey-nurses-fear-going-to-work-due-to-lack-of-protection-from-virus/>
 38. Makhobosi D. My worst fear was to infect my family: Including my 64-year-old, hypertensive mother... *Nursing Update*. 2020 May;45(2):38-9.
 39. Claisse F. Covid-19 : Quatre scénarios pour l'après-crise [En ligne]. Namur, Belgique: Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique; 2020

- 1032 Apr [cité 14 mars 2022] (Nouvelle des Possibles). Disponible :
1033 <https://orbi.uliege.be/handle/2268/258981>
1034
1035 40. Dator J. Alternative Futures at the Manoa School. Journal of Futures Studies. 2009
1036 Nov;14(2):1-18.
1037
1038 41. Frimousse S, Peretti JM. Les répercussions durables de la crise sur le management.
1039 Question(s) de management. 2020 Jun;28(2):159-243.
1040

1041 Déclaration de conflits d'intérêts

1042 Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.