



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

révéléateur des fragilités qui menacent la coopération au sein des collectifs.

La distanciation sociale, les gestes barrières dans les organisations du travail in situ, le déploiement massif du télétravail délitent les collectifs, stigmatisent les professionnels rendus invisibles par la dé-spatialisation du travail. Le visible n'est plus que le résultat du travail objectivé, chiffré. Les cellules de crise fleurissent, prescrivent les organisations du travail, des métiers apparaissent, se transforment, contraints par le paradigme numérique.

Les nombreuses injonctions réglementaires rigidifient les organisations, se substituent aux espaces de régulation, exacerbent les inégalités sociales au sein des équipes, amplifient les conflits latents. Alors que les métiers du soin occupent l'espace médiatique, social, la centralité du travail se perd et les relations entre les professionnels se durcissent au point parfois de se rompre. Les saisines de cellules harcèlement et commission violence ne cessent d'augmenter, mettant à jour « l'impérieuse nécessité » du recrutement de médiateurs professionnels.

Le vécu du travail ne semble plus trouver d'espace pour son expression, étouffé par la conformité à l'obligation légale. Le rythme effréné de l'information a dépassé notre capacité à la traiter : publications, actualisations itératives, recommandations de bonne pratique, consignes et protocoles sanitaires incarnent un trouble profond de la communication à l'ère numérique.

Malgré la volonté d'incarner sécurité et contrôle, l'impensé de la préparation à cette situation de crise sanitaire aboutit à une perte massive de repères pour les organisations, les collectifs et les individus ; source de violents conflits éthiques.

Pourtant, certains retours d'expériences témoignent de l'ingéniosité et de l'incroyable adaptation permanente de certaines organisations à ce contexte générateur de tensions récurrentes. La capacité à innover de ces professionnels mettant leurs talents au service de la transformation crée de nouvelles manières d'interagir, de manager, de garder du lien, de vivre le travail.

Comment soutenir le pouvoir d'agir des coopérations quand le désir de penser son travail, de questionner collectivement les organisations se voit écrasé par les injonctions sanitaires successives et paradoxales ?

Que devient le travail et sa fonction identitaire quand ceux qui le composent, le construisent, le façonnent ne se côtoient plus ?

Comment préserver la santé au travail quand la prévention elle-même semble devoir se transformer ?

Mots clés Crise sanitaire ; Organisation du travail ; Collectif de travail ; Prévention ; Digital

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.07.094>

Th10-P634

Agilité organisationnelle et gestion de la pandémie COVID-19 : le cas d'un hôpital Public

Amira Omrane^{1,*}, Wissem Bedoui², Sami Boudaouara³, Lynn Guetari¹, Sihem Zaoueli³, Ilhem Bousarsar², Taoufik Khalfallah¹, Salem Enbili³

¹ Service de médecine de travail et pathologies professionnelles, EPS Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

² Caisse nationale d'Assurance Maladie, District du Centre, Mahdia, Tunisie

³ Direction générale, EPS Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amiraomrane20@gmail.com (A. Omrane)

Introduction Depuis la déclaration du premier cas de COVID-19 en décembre 2019, le monde a été confronté à une pandémie qui vient directement impacter les hôpitaux de première ligne. Différentes

stratégies de gestion adaptatives ont été adaptées dans d'autres pays pour palier à cette crise. En Tunisie, la COVID-19 est venu percuter directement un système hospitalier déjà traversé par de fortes tensions résultant d'une pénurie des ressources humaines et économiques. Cette difficulté de transformation organisationnelle interroge directement la capacité des établissements de soins à s'adapter face à la gestion d'une urgence inédite où a régné peur, incertitude et incomplétude.

Cette étude avait pour objectif de présenter les éléments managériaux et organisationnels entrepris pour palier à la pandémie COVID-19 dans un hôpital public au centre Tunisie.

Matériel et méthodes Étude rétrospective menée dans l'établissement public de santé Taher Sfar situé à Mahdia au centre tunisien et comptant 1120 personnel de soins. Les différentes étapes de planification de la création des unités d'hospitalisation des patients COVID-19 ont été détaillées. Les caractéristiques structurales de l'établissement, les besoins et les objectifs et les principes fondant ce management ont été revus.

Résultat Durant cette zone de turbulence, cet hôpital public a mis en place une cellule de crise qui a dirigé toutes les phases de la réalisation de ce projet en collaboration avec tous les personnels de l'hôpital. Les unités COVID créées ont été : deux unités oxygènes (35 lits avec oxygène), une unité de réanimation COVID (capacité 14 lits) une unité aux urgences (3 lits) et un laboratoire d'analyse COVID-19. La pénurie du personnel de soin à cet établissement, a obligé les managers à recruter 17 infirmiers et 3 techniciens biologistes.

Pour une bonne distribution des ressources humaines, le service de médecine et santé au travail s'est chargé d'examiner 1324 dossiers des personnels de soins afin de statuer sur leur aptitude à exercer dans les circuits COVID-19. Au final 107 décisions d'inaptitude ont été délivrées.

Conclusion La pandémie COVID-19 constitue la perturbation la plus importante du système de Soins durant cette décennie. Ce travail a présenté la réponse managériale et organisationnelle à cette crise. Cette réponse, soutenue par différents acteurs de soins, a dû faire preuve d'agilité recherchant des solutions durables et résilientes pour gérer la situation actuelle et une telle future pandémie.

Mots clés Pandémie ; COVID-19 ; Management ; Hôpital

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.07.095>

Th10-P635

La qualité de vie et la qualité du sommeil des personnels soignants en charge des patients COVID-19

Amira Omrane^{1,*}, Imen Touil², Emira Sghaier³, Lynn Guetari¹, Oussema Jaoued⁴, Jihen Chelly⁵, Fatma El Arbi⁵, Mohamed Fekih Hassen⁴, Soudani Mergueli³, Jalel Kenani², Taoufik Khalfallah¹

¹ Service de médecine de travail et pathologies professionnelles, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

² Service de pneumologie, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

³ Service des urgences, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

⁴ Service de réanimation médicale, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

⁵ Service des maladies infectieuses, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amiraomrane20@gmail.com (A. Omrane)

Introduction Les professionnels soignants faisant face à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sont confrontés à des niveaux élevés de stress. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la qualité de vie (QdV) et la qualité du sommeil (QS) chez les professionnels



hospitaliers soignants traitant des patients infectés par la COVID-19 et préciser les déterminants de cette Qdv.

Matériels et méthodes Une étude transversale comparative était menée à l'hôpital public Taher Sfar Mahdia, Tunisie auprès de 150 professionnels de la santé. Les professionnels soignant traitant les patients infectés par le COVID-19 ($n=75$) étaient considérés comme le groupe de référence (groupe I). Un groupe témoin ($n=75$), appariés selon l'âge et le sexe, était constitué par des professionnels soignant qui ne prennent pas en charge des patients COVID-19 (personnels de la consultation externe) (groupe II). L'étude était basée sur un questionnaire auto-administré en français relatif aux caractéristiques sociodémographiques et professionnels et contenant trois questionnaires validés : l'échelle des troubles de l'anxiété généralisée en 7 items (GAD-7), l'échelle du questionnaire sur la santé du patient en 9 items (PHQ-9), l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh (PSQI) et l'échelle de l'impact de la COVID-19 sur la qualité de vie (COV19-QoL) à 6 items.

Résultats Le groupe de professionnels de la santé traitant des patients COVID-19 (groupe I) était principalement composé de femmes d'âge moyen de $32,67 \pm 7,04$ ans. Ces professionnels de soins avaient une qualité de vie moins bonne : score COV19-QoL $15,64 \pm 7,1$ dans le groupe I vs $13,01 \pm 7,11$ dans le groupe II ($p=0,028$), et une qualité de sommeil moins bonne ; Score de Pittsburgh $10,6 \pm 7,42$ vs $7,89 \pm 6,14$ dans le groupe ne traitant pas de patients COVID-19 ($p=0,001$). Les niveaux d'anxiété et de dépression étaient significativement plus élevés dans le groupe I (respectivement $p=0,005$ et $0,03$).

L'analyse de régression linéaire multiple a révélé que l'âge ($\beta=-0,632$; $p<0,05$), le nombre de personnes à charge ($\beta=-0,632$; $p<0,01$), l'ancienneté de travail dans les unités COVID-19 ($\beta=-0,23$; $p<0,05$), les score PSQI ($\beta=0,527$; $p<0,01$), PHQ-9 ($\beta=0,623$; $p<0,01$) et GAD ($\beta=-0,809$; $p<0,01$) étaient des facteurs prédictifs indépendants du score de COV19-QoL.

Conclusion La pandémie de COVID-19 a considérablement influencé divers aspects de la Qdv des professionnels de la santé, notamment leur santé physique et psychologique. Des interventions psychologiques sont nécessaires pour atténuer les effets négatifs de la pandémie et améliorer la santé et la QVS de ces travailleurs et améliorer ainsi la qualité de soins.

Mots clés COVID-19 ; Pandémie ; Qualité de vie ; Qualité du sommeil ; Personnels soignants

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.07.096>

Th10-P636

La coopération entre l'hôpital et les acteurs de santé sur un territoire transformée par la gestion de la crise COVID

Sandrine Caroly^{1,*}, Vincent Bonnetterre²

¹ Université Grenoble Alpes, Grenoble, France

² CHUGA, Grenoble, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sandrine.caroly@univ-grenoble-alpes.fr (S. Caroly)

La gestion de la COVID-19 a amené la création de cellules de crises au CHU et entre les acteurs de soin pour trouver des solutions organisationnelles sur le territoire-Sud Isère. Coopérer pour faire face à la crise porte autant sur les consignes sanitaires que sur le matériel, la gestion de la pénurie des RH, le partage des activités (chirurgie, consultation, hospitalisation, urgence, gériatrie).

La méthodologie ergonomique (observation 150 cellules de crise) depuis fin mars 2020 se poursuivent encore aujourd'hui. Des entretiens individuels (40) avec des acteurs de ces cellules ont été réalisés à des différents moments. La cellule de crise territoriale

comprend l'hôpital, les cliniques, la médecine de ville, les laboratoires d'analyse, la ville, l'ARS, l'éducation nationale, la CPAM, et les autres acteurs de soin. Chaque acteur a en interne ses propres cellules de crise. La cellule territoriale permet d'échanger de l'information, d'adopter une posture commune, de se mettre d'accord sur des points de blocages.

L'analyse de l'évolution des communications dans ces cellules et des processus de décision montre le passage d'un travail collectif à un collectif de travail, capable d'une coopération efficace, d'un soutien mutuel, d'un partage de valeurs, voire même d'une préservation de la santé de chacun.

La crise COVID-19 est une opportunité d'activité collective pour travailler en réseau entre les acteurs du territoire. La nécessité de travail collectif tient à la pénurie des ressources principalement humaines, difficultés déjà existantes dans le passé (crise des infirmières, des urgences), qui n'étaient pas partagées. Plusieurs événements ont marqué la création d'un collectif territorial : un plan blanc signé entre les partenaires, des communications de presse faites ensemble, une visite du ministre au moment du déconfinement pour exprimer une volonté d'un système de santé territorial, des innovations (outils partagés de gestion de l'information pour suivre les données COVID ou dans une spécialité entre différents établissements, équipe mobile, gestion des flux COVID et de la régulation sur le territoire). L'entraide permet à chacun de ne pas rester seul face aux difficultés : échanges de personnel entre clinique et hôpital, utilisation de machine dans un autre établissement, mise à disposition de lits d'hospitalisation pour désengorger, médecin de ville en aide dans les Ehpads, au Samu.

Cette coopération entre acteurs de santé sur un territoire n'a pas été perçue par les professionnels de terrain, qui ont pu ressentir les transformations organisationnelles comme des ressources ou des obstacles à leur activité de travail. Les changements de pratiques ont été très importants et l'épuisement aussi.

Mots clés COVID ; Organisation ; Coopération ; Territoire ; Crise

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.admp.2022.07.097>

Th10-P637

Évaluation du risque chimique lié aux travaux de nettoyage et désinfection pendant la pandémie COVID-19 dans un hôpital public

Chayma Harrathi¹, Amira Omrane^{1,*}, Lynn Guetari¹, Faouzia Chebbi², Sana El Mhamedi², Lamia Bouzgarrou¹, Taoufik Khalfallah¹

¹ Service de médecine de travail et pathologies professionnelles,

EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

² Service de médecine préventive et communautaire, EPS Taher Sfar, Mahdia, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amiraomrane20@gmail.com (A. Omrane)

Introduction Le secteur de soins expose à une multitude de risques professionnels dominé par le risque chimique. Le risque chimique a pour origine des substances nocives, toxiques, irritantes, corrosives ou inflammables pouvant être présentes dans les produits de nettoyage et de désinfection. L'apparition du virus COVID-19 et les conditions pandémiques ont fait ressortir l'importance de nettoyer et de désinfecter les lieux du travail d'où l'augmentation de l'utilisation de ces produits avec les exigences de l'hygiène hospitalière.

L'objectif de cette étude a été d'évaluer le risque chimique lié aux produits de nettoyage et de désinfection dans un hôpital public lors de la pandémie COVID-19 et comparer les niveaux de cette exposition à ceux des années précédant cette pandémie.

