



HAL
open science

Rapport REX chambre mortuaire et crise Covid -Projet RESOTON : Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin

Sandrine Caroly, Maëva Leulier-Blanchard

► To cite this version:

Sandrine Caroly, Maëva Leulier-Blanchard. Rapport REX chambre mortuaire et crise Covid -Projet RESOTON : Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin. [Rapport de recherche] Pacte, Laboratoire de sciences sociales - Grenoble (France). 2022. halshs-03712856

HAL Id: halshs-03712856

<https://shs.hal.science/halshs-03712856>

Submitted on 4 Jul 2022

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

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



Université Grenoble Alpes

Rapport – Projet RésOTON

Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise

Covid-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin

La chambre mortuaire du CHU Grenoble Alpes

Juin 2022

Sandrine Caroly (PR en ergonomie – Laboratoire PACTE)

Maëva Leulier-Blanchard (doctorante – Laboratoire PACTE)

Table des matières

	Pages
Introduction	3
Partie 1 : Cadre théorique	
1. L'activité en chambre mortuaire.....	4
2. La crise sanitaire : premiers constats des enjeux de la chambre mortuaire.....	5
3. Crise et gestion de crise : possibilités d'apprentissages.....	6
4. Le retour d'expérience de la gestion de crise.....	7
Partie 2 : Méthodologie	
1. Objectifs.....	9
2. Population.....	9
3. Recueil de données.....	10
3.1. Les entretiens semi-directifs individuels.....	10
3.2. Les observations ergonomiques et les entretiens d'autoconfrontation.....	11
3.3. Les restitutions collectives.....	11
4. Contexte général au sein de la chambre mortuaire du CHU Grenoble Alpes.....	12
Partie 3 : Résultats	
1. Les différentes phases de la crise : caractéristiques et enjeux.....	14
1.1. Première phase : appropriation et régulation de l'activité spécifique à la Covid19.....	14
1.2. Deuxième phase : intensification de l'activité, réutilisation des apprentissages de la première phase.....	16
1.3. Troisième phase : appropriation de l'activité de crise devenue quotidienne.....	18
1.4. La quatrième phase de la crise : anticipation et capitalisation de l'expérience....	19
2. Une gestion de la crise touchant différentes dimensions de l'activité de travail.....	19
2.1. L'éthique professionnelle face aux enjeux de la crise sanitaire.....	19
2.2. Travailler en tant qu'agent de service mortuaire à l'hôpital pendant la crise sanitaire : quelles conséquences sur la santé ?.....	20
2.3. Les personnels de direction et d'encadrement de la chambre mortuaire.....	22
2.4. Les régulations : agilité organisationnelle et collective.....	23
3. Ce qu'il reste de la crise et les apprentissages organisationnels.....	25
3.1. La Covid-19 : passage de situations de crise à une variabilité parmi d'autres ?...	25
3.2. L'engorgement de la chambre mortuaire : l'activité transformée, la crise maîtrisée.....	27
3.3. De la gestion de crise majeure à l'anticipation des potentielles futures crises : le collectif comme ressource.....	30
3.4. L'activité mortuaire : un travail en réseau en interne et territoriale pour gérer la crise.....	31
3.5. La COVID : Une gestion de crise nouvelle ?.....	34
Conclusion	35
Remerciements.....	37
Bibliographie.....	37

INTRODUCTION

Depuis mars 2020, les établissements de santé sont touchés par une crise bien particulière : la crise liée à la Covid-19. Cette dernière est sanitaire, mais également sociale et économique. Elle affecte les organisations qui doivent être résilientes pour faire face aux différents enjeux de la crise. Elle s'étend dans le temps et nécessite une réorganisation permanente du fait de sa propagation particulièrement rapide et de ses évolutions : confinements nationaux, obligation du télétravail dans certains secteurs professionnels, mise en place du Passe Sanitaire et Vaccinal, protocoles sanitaires, etc. Les établissements de santé, privés ou publics, ont été vivement sollicités pendant cette crise, étant aux premiers rangs tant sur la prévention de la propagation du virus, sur le traitement des personnes qui en étaient affectées que sur la gestion des défunts. Dans ce contexte de crise particulier, nous avons étudié l'activité et les transformations de la chambre mortuaire du CHU Grenoble Alpes. L'ampleur de la pandémie a obligé les cellules de crises (hospitalière et territoriale) à émettre des recommandations et à trouver des solutions, qui ont pu modifier les conditions de travail des professionnels du milieu mortuaire et leur possibilité de gérer la crise. Le rapport suivant propose une analyse du retour d'expérience (REX) de la gestion de la crise sanitaire à la chambre mortuaire afin de comprendre les régulations mises en œuvre et ce qu'il reste. Ce rapport s'inscrit dans le projet RESOTON, financé par l'ANR.

Dans un premier temps, une partie théorique reprend les concepts de crise, de gestion de crise, de retour d'expérience et d'apprentissages organisationnels. Ensuite, la méthodologie déployée sera proposée. Dans un troisième temps, les résultats retenus de l'analyse des données seront présentés. Enfin, une discussion portera sur ce qui est à retenir et à approfondir dans le cadre de cette recherche.

Partie 1 : CADRE THEORIQUE

1. L'activité en chambre mortuaire

Le milieu professionnel du mortuaire est particulier, notamment du fait de la représentation de la mort dans la société (Bernard, 2009) et du tabou que ce sujet suscite. Les représentations de la mort prennent une place importante dans la prise en charge des défunts par les professionnels de santé en amont d'un décès où les choix de prise en charge de la fin de vie et de la mort sont opérationnalisés, connus, selon la culture ou la religion des individus. Il revient ensuite aux professionnels (soignants, médecins, agents de service mortuaire ou des pompes funèbres, représentants culturels) de garantir l'application de ces choix. On peut donc parler de prise en charge, au même titre que celle d'un patient débutant un parcours de soin. Cette prise en charge est collective (Wolf, 2012) et implique des acteurs internes et externes au milieu hospitalier, pouvant agir avant ou après le décès, de façon prolongée ou ponctuelle (e.g., policiers, soignants) ou dans un contexte particulier (e.g., experts médico-légal). Les soignants sont présents dans la majorité de cette prise en charge en fonction du choix des proches du défunt concernant les modalités de celle-ci.

Wolf (2012) met également en avant l'invisibilisation du travail de la chambre mortuaire à l'hôpital : ce sont surtout ceux qui y sont confrontés, qui y travaillent ou qui travaillent en collaboration avec la chambre mortuaire qui la connaissent. Le reste du monde hospitalier est assez étranger à cet endroit. Par exemple, les chambres mortuaires dans les hôpitaux sont souvent excentrées des unités de soin.

A partir de 200 décès annuels, les établissements de santé sont dans l'obligation de disposer d'une chambre mortuaire dans leur enceinte (Article 1e du décret n°97-1039 du 14 novembre 1997). Selon Lalande et Veber, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, en 2009, une personne sur deux décède à l'hôpital. La prise en charge du défunt est alors institutionnalisée, médicalisée (Hardy, 2007). Elle répond également à des logiques économiques (Trompette, 2008). Un regard sur la pratique éthique des soins funéraires est alors indispensable tant la dimension culturelle est forte et tant la charge émotionnelle est présente dans l'expérience de la mort.

Les professionnels du funéraires s'appuient sur le collectif de travail pour réguler leur émotions (Trompette, Caroly, 2004). Par ailleurs, les agents de service mortuaire participent à la prévention

des deuils pathologiques dans le cadre d'une de leurs activités principales : l'accueil et l'accompagnement des proches. Les professionnels de la chambre mortuaire réalisent des activités de front office avec une activité de service importante et de back office (logistique, traçabilité, entretien des locaux) (Fiche Métier K2601).

2. La crise sanitaire : premiers constats des enjeux de la chambre mortuaire

En premier lieu, il est important de rappeler que les établissements de soins souffrent d'une crise depuis près de dix ans (Michot et al., 2019) : cette crise affecte la globalité du système de soin. Elle est notamment liée aux réductions des moyens budgétaires. La crise sanitaire Covid-19 a débuté, en France, au début de l'année 2020, avec des mesures sanitaires en vigueur à compter de la mi-mars et une augmentation du nombre de décès. L'activité quotidienne des professionnels hospitaliers est bouleversée, l'environnement de travail est modifié : par exemple, des « unités de soins Covid » et des « urgences Covid » sont créées et la charge de travail des professionnels est également différente, souvent augmentée (Kra et al., 2020).

Une des problématiques de cette pandémie a été la mortalité qu'elle présument. Au 8 juin 2022, en France, on dénombre 28,8 millions de cas confirmés à la Covid-19 et 145 000 décès depuis mars 2020¹. En Isère, 2401 personnes sont décédées des suites de la COVID-19 depuis le début de la pandémie². Il est également important de rappeler que les individus souffrent de cette affection sur du court ou long terme et les symptômes sont très variables d'un individu à un autre, ainsi le taux de mortalité peut être faible mais le risque de contamination élevé. Le milieu hospitalier a été aux premières loges de la prise en charge des patients positifs à la Covid-19 et de leur parcours de soin.

Afin de réduire la propagation du virus, de nombreuses mesures en lien avec la prise en charge des défunts ont donc été adoptées. Parmi celles-ci, on retrouve par exemple la mise en bière immédiate ou l'interdiction de prodiguer des soins de conservation et la toilette mortuaire dès mars 2020. Face à ces mesures, les professionnels du funéraire ont recherché des pistes de solutions afin de garantir la continuité des soins mortuaires et du service aux familles et proches du défunt. Un recours pour excès de pouvoir porté principalement par les familles des défunts a permis l'annulation de ces

¹ Source : Our World in Data et JHU CSSE COVID-19 Data, consulté le 07 juin 2022.

² Source : isere.fr/coronavirus, consulté le 7 juin 2022.

mesures (arrêt du 22 décembre 2020). Ce recours portait sur une violation du droit à une vie privée et familiale normale. Il est alors possible de poursuivre les pratiques de deuil tout en apportant une attention rigoureuse à la protection sanitaire des individus. D'autres recommandations ont été faites concernant la prise en charge des défunts décédés de la Covid-19 (par exemple, fin du délai de 24h de mise en bière immédiate, allègement des EPI). Par ailleurs, Kra et al (2020) ont réalisé une étude à l'Hôpital Européen de Marseille. L'objectif était de pouvoir proposer des réajustements afin de garantir la dignité du défunt en cette période de crise, notamment grâce à la création d'une cellule rites funéraires (CRF), en fonction de l'appartenance religieuse ou culturelle du défunt. On remarque, à la lecture de la littérature concernant les professionnels du milieu funéraire, l'importance du respect du corps du défunt, de son devenir et de ses proches dans le chemin de deuil. Face aux difficultés rencontrées dans l'activité, il y a une nécessaire réappropriation de l'activité afin de ne pas établir de conflit entre l'éthique professionnelle et l'activité prescrite pendant cette pandémie.

3. Crise et gestion de crise : possibilités d'apprentissages

Il existe beaucoup de définitions différentes du terme de crise. Dans le contexte de ce rapport, nous parlerons de la crise collective, qui impacte un ensemble d'individus ou leur système. La crise rend également compte de la nécessité d'agir en réaction à une situation (Courbon, 2010 ; Sinding, 1981), on peut donc parler de gestion de crise. La crise revêt également un caractère temporel particulier (avec une entrée et une sortie), synonyme d'imprévisibilité voire de dangerosité. Une crise fracture la norme (Caron, 2010 ; Courbon, 2010), fait état d'exception, de sorte qu'il soit communément admis que des décisions exceptionnelles soient portées, constituant alors une marge de manœuvre juridique importante voire essentielle à la gestion de crise. Par exemple, lors des événements terroristes datant du 11 septembre 2001, un état d'exception a été décrété, rendant flexible, de façon temporaire et contextualisée, les lois concernant la détention, les procès ou encore le statut des personnes. Ainsi, en période de crise, l'individu et les collectifs vont créer de nouvelles règles propres au contexte des événements vécus (Caron, 2010). Selon Rogalski, la crise se caractérise par une confrontation « à un événement, en général inattendu, dont les conséquences vont se développer dans le temps avec une dynamique qui peut être très rapide, en produisant des risques importants, qui dépassent les ressources préexistantes en termes de procédures, d'action et d'acteurs » (2004, P. 532). Face à cela, les organisations et leurs membres

doivent être résilients, c'est-à-dire qu'ils doivent être capables de faire face à la situation de crise (Hollnagel, Woods et Leveson, 2006).

La crise de la Covid-19 revêt un caractère inédit et imprévisible : inédit, parce qu'aucune des crises sanitaires précédentes ne peut être assimilée à celle-ci dans ses caractéristiques propres et ses impacts sociaux, économiques et sanitaires – tant physiques que psychologiques (Pitchot, 2020 ; Gandré et Hazo, 2021), s'étendant au niveau mondiale, cette crise est, du fait de ses nombreuses conséquences, totale (Coutarel et al., 2021) ; imprévisible, car le virus de la Covid-19, inconnu auparavant et étant à la genèse de cette crise, était impossible pour les spécialistes à anticiper sur l'évolution de sa propagation et de ses effets possibles (Houssin, 2021). De plus, la prévention de la propagation du virus est au premier plan de ce qui caractérise une pandémie. Cet aspect a été l'objet de la plupart des décisions prises à différentes échelles (mondiale, gouvernementale, institutionnelle).

Dans une approche constructive et développementale, une crise peut être source d'apprentissage (Roux-Dufort, 2000). En effet, en situation de crise, l'organisation doit innover et s'adapter pour y faire face. Ces recherches de solutions peuvent être sources d'apprentissages. D'une autre façon, l'effort de capitalisation de l'expérience peut également permettre d'apprendre des crises, par l'instauration d'un REX par exemple. C'est la transformation du cadre de référence (Argyris et Schön, 1978 ; Lagadec, 1991) qui définit notamment les règles et la culture organisationnelle, qui va pouvoir inscrire en mémoire organisationnelle de nouvelles pratiques par exemple (Sauvagnac et Falzon, 1999). Dans ce cadre, on peut alors parler d'apprentissages organisationnels.

4. Le retour d'expérience de la gestion de crise

Le retour d'expérience dans les organisations est un outil et un processus souvent mis en place autour d'un objet tel qu'un événement en particulier, un écart à la règle, une anomalie, un dysfonctionnement, un accident ou une crise. Un retour d'expérience (ou REX) consiste à faire le recueil et l'analyse des informations concernant l'objet du REX afin d'anticiper les problématiques rencontrées dans le futur et de pouvoir apprendre de la situation (Casse, 2015). Ces situations peuvent être possibles, envisageables, où ici l'anticipation est permise, ou bien impensées, imprévisibles (Cuvelier, 2011). Dans ce cadre, nous nous intéresserons aux REX de la gestion de crise. Plusieurs types de REX existent. On retrouve le REX réactif ou événementiel (concernant

les accidents, les incidents, les dysfonctionnements ou les écarts à la norme) ; le REX préventif ou pro-actif (concernant les signaux faibles, les événements précurseurs ou les quasi-accidents) et le REX positif (concernant les bonnes pratiques, les succès, les savoirs). Le REX de la gestion de crise correspondrait plutôt au REX positif. L'objet de ce REX est de capitaliser l'expérience de la crise au niveau de la réalisation de l'activité de façon générale et en période de crise, du développement des connaissances et de la capacité d'anticipation et de gestion des situations à risque (Dechy et Dien, 2007 ; Duret et Lassagne, 2008 ; Gaillard, 2009 in Casse, 2015, Wybo, 2009).

Au-delà de comprendre comment a été gérée la crise, il nous paraît essentiel d'analyser les apprentissages qui sont liés à l'expérience de la crise dans une vision constructive. Capitaliser sur les apprentissages est, pour certains auteurs, intégré au processus de gestion de la crise. Il s'agirait de la dernière phase de la crise pour peu que les organisations œuvrent en ce sens (Pearson et Clair, 1998 ; Pearson et Mitroff, 1993, in Roux-Dufort, 2000). L'organisation peut inscrire la gestion de crise dans une vision événementielle, dans le sens où la crise est exceptionnelle, ainsi les actions entreprises dans sa gestion viseront un retour à la normale, cette approche étant plutôt à court terme. Une autre vision est de considérer la gestion de crise comme un processus, où la crise, révélatrice et transformatrice, serait un point d'entrée à des questionnements sur l'organisation, permettant l'apprentissage et la capitalisation de l'expérience (Roux-Dufort, 2000). L'activité réflexive collective permise par le REX peut permettre de porter le regard de l'organisation et de ses membres sur cette deuxième approche afin de penser et d'élaborer l'organisation future (Casse, 2015).

Partie 2 : METHODOLOGIE

1. Objectifs

Dans le cadre du projet de recherche RÉSOTON (Retour d'expérience de l'organisation collective des soins pour gérer la crise COVID-19 du CHU Grenoble Alpes et du réseau de soin), l'intérêt a été porté sur la chambre mortuaire du CHU. Le choix de cette unité fait suite à l'échantillonnage des unités étudiés dans le cadre de cette recherche. En effet, la chambre mortuaire est un service transversal qui a été fortement impacté par les réorganisations mises en place durant la crise. Il s'agira ici de réaliser un retour d'expérience auprès des professionnels de la chambre mortuaire afin d'analyser et de rendre compte de la gestion de la crise sanitaire, dans une approche diachronique.

2. Population

Dans ce cadre, six agents de l'unité et les cadres de santé ont participé à différentes étapes du recueil de données. Le tableau 1 ci-dessous reprend les caractéristiques des participants aux entretiens, aux observations d'activité et aux restitutions collectives.

Genre/ âge	Profession	Ancienneté
Homme 61 ans	Responsable – ASM ³	35 ans
Homme 62 ans	Responsable – ASM	39 ans
Homme 56 ans	ASM	18 ans
Homme 56 ans	ASM	34 ans
Homme 40 ans	ASM	17 ans
Homme 43 ans	ASM	17 ans
Femme 50 ans	Cadre de santé	1 an
Femme 59 ans	Cadre supérieure de santé	5 ans

Tableau 1 : Caractéristiques des personnes interrogées à la chambre mortuaire du CHUGA

³ ASM : Agent de service mortuaire

3. Recueil de données

La démarche déployée au sein de la chambre mortuaire suit différentes étapes qui poursuivent divers objectifs. Leur méthodologie sera explicitée dans cette partie. Le recueil des données qui, parallèlement, permet de réaliser le REX de la gestion de crise au sein de l'unité, est ainsi résumé :

- Entretiens semi-directifs individuels avec les agents et la direction de l'unité (automne 2021) ;
- Restitution collective (décembre 2021) ;
- Observations ergonomiques (janvier 2022) ;
- Entretiens d'autoconfrontation avec les agents (janvier 2022) ;
- Restitution collective (mai 2022).

3.1. Les entretiens semi-directifs individuels

Afin de répondre aux finalités du REX, des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés, suivant un guide d'entretien conçu au préalable. Les objectifs de ces entretiens sont multiples :

- Comprendre l'activité des différents professionnels de la chambre mortuaire
- Comprendre comment la crise a impacté l'activité des professionnels
- Comprendre comment a été gérée la crise au niveau de la chambre mortuaire, en fonction de ses différentes phases
- Comprendre quels sont les changements et les apprentissages qui ressortent de la crise (anticipation, compétences, modification dans la façon de réaliser l'activité...).

Ce guide a permis de structurer les échanges. Les entretiens ont duré en moyenne 1h00 et se sont déroulés dans un bureau. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés selon des contenus thématiques :

- Le contexte général de l'activité (hors crise sanitaire) ;
- La description de l'activité (non spécifique à la crise sanitaire) ;
- La comparaison avec d'autres crises vécues ;
- L'organisation du travail ;
- Le rapport à la santé ;
- Le rapport aux autres (professionnels du CHU, externes, défunt-famille) ;

- Les injonctions / prescriptions liées à la gestion de crise :
- Le ressenti général dans l'expérience de la crise.

3.2. Les observations ergonomiques et les entretiens d'autoconfrontation

Les modalités des observations ergonomiques ont été discutées lors de la première restitution. Les observations ont pu être organisées sur cinq jours et ont permis de réaliser des entretiens d'autoconfrontation. Les objectifs de cette étape de la démarche sont les suivants :

- Approfondir la compréhension de l'activité des agents de la chambre mortuaire grâce à l'observation de la réalisation de l'activité en situation ;
- Croiser les données aux premiers entretiens ;
- Identifier les changements, les apprentissages organisationnels.

Les observations ont été faites par la méthode « papier – crayon ». Quinze situations de transfert de défunts ont été transcrites et utilisées lors des entretiens d'autoconfrontation, permettant de revenir sur les données observables et d'approfondir leur compréhension. Le choix d'orienter les autoconfrontation sur ces situations de transferts des défunts a été défini avec les agents comme caractéristique de l'évolution de leur activité avec le Covid (interaction avec les soignants dans les services, gestion du défunts, contact avec les proches et autres professionnels du CHU).

Les entretiens d'autoconfrontation ont également été retranscrits, permettant d'approfondir l'analyse des changements de pratiques spécifiques à la Covid-19 et de caractériser les transformations et des apprentissages organisationnels liés à la crise sanitaire.

3.3. Les restitutions collectives

Suite aux premiers entretiens individuels semi-directifs et aux observations ergonomiques, des restitutions collectives ont été réalisées. Leurs objectifs étaient de restituer l'analyse des résultats pour ces deux étapes, de les faire valider par le collectif et de faire un état des lieux du contexte et des apprentissages. Ces entretiens collectifs ont été retranscrits.

Durant la première restitution, il s'agissait de faire échanger les agents sur ce qui est à retenir ou non de la crise. Cette restitution a permis de proposer la réalisation d'observations ergonomiques sur plusieurs jours et les modalités ont été discutées.

La deuxième restitution portait sur l'analyse de l'activité à la chambre mortuaire et plus particulièrement les transferts. La discussion a porté sur le volume de défunts qui a augmenté et qui ne descendra pas dans les années à venir et l'évolution de l'équipe (départs à la retraite).

4. Contexte général au sein de la chambre mortuaire du CHU Grenoble Alpes

Six personnes travaillent actuellement au sein de la chambre mortuaire du CHU Grenoble Alpes : quatre agents de service mortuaire et deux responsables. Ces agents ont entre 17 ans et 39 ans d'ancienneté. Initialement, une cadre supérieure de santé assurait l'encadrement de l'unité.

Au niveau de l'organisation du travail, les agents sont polyvalents. Chacun peut effectuer toutes les tâches nécessaires au bon fonctionnement de l'activité de la chambre mortuaire : les transferts des défunts des unités de soins vers la chambre mortuaire (ou levée de corps), la réalisation des soins mortuaires (e.g., réalisation de soins de présentation), l'accueil et l'accompagnement des familles des défunts, la traçabilité et l'entretien des locaux. Généralement, l'équipe est organisée en binôme. Les deux responsables de la chambre mortuaire réalisent la même activité que les agents, en plus de leurs activités d'encadrement de l'équipe, de gestion des plannings et de relation avec la direction de l'hôpital et les partenaires extérieurs (agences funéraires par exemple). Les agents sont en relation avec différents acteurs internes (professionnels des unités de soins, unité médico-légale, cadre de santé et cadre supérieure, etc.) et externes (pompes funèbres, fleuristes, représentants judiciaires et de l'état civil, représentants culturels, etc.). Les agents interviennent sur le site nord et sud du CHU Grenoble Alpes. Avant le déménagement des locaux en novembre 2021, la chambre mortuaire comptait 39 cellules réfrigérées - correspondant au nombre de défunts pouvant y être placés, et bénéficiait de trois salons de présentation.

La chambre mortuaire a subi plusieurs évolutions : avant les années 1990, les agents de service mortuaire réalisaient les soins médico-légaux. Depuis 2003, ils font les levées de corps dans les unités, qui étaient faites par les ambulanciers. Ces évolutions les ont amenés à sortir de leur isolement et à être davantage en interaction avec les soignants, ce qui a permis une meilleure connaissance ainsi qu'une reconnaissance des uns et des autres. La charge de travail augmentant avec les transferts, l'équipe est passée de quatre à six salariés. Enfin, depuis deux ans environ, la chambre mortuaire prend en charge la quasi-totalité des personnes décédées à l'hôpital.

Auparavant, cette charge était bien plus partagée avec les pompes-funèbres. Du fait de la pandémie et des protocoles sanitaires, l'intervention de professionnels extrahospitaliers a pu être évitée en faisant transiter les défunts en priorité par la chambre mortuaire. Ce contexte rend compte d'une évolution dans le devenir du défunt et pose question sur la réalisation de l'activité, que ce soit au sein de la chambre mortuaire et au sein des pompes funèbres ainsi que sur les logiques marchandes entre prise en charge du défunt en établissement public ou privé.

Dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020, un projet de déménagement de la chambre mortuaire est prévu dans le NPT (Nouveau Plateau Technique). Ce déménagement implique plusieurs changements de l'environnement de travail : le local est situé en semi-sous-sol, la surface y est bien plus grande (1200 m² contre 300m² auparavant), cinq salons de présentation sont disponibles, le même nombre de cellules réfrigérées.

Partie 3 : RESULTATS

Tout d'abord, il paraît important de présenter les différentes phases de la crise et leurs caractéristiques afin de comprendre comment l'activité a été affectée par cette dernière. La première partie des résultats permettra de revenir sur les phases importantes de la crise. Dans un deuxième temps, les évolutions de l'activité dans ces différentes dimensions seront présentées, ainsi que les régulations individuelles et collectives mises en œuvre pour faire face à la crise. Dans un troisième temps, les apprentissages organisationnels relevés seront présentés afin de mettre en avant les transformations durables liées à la crise sanitaire, tant sur l'activité que sur l'organisation de l'unité.

1. Les différentes phases de la crise : caractéristiques et enjeux

On distinguera plusieurs vagues pandémiques : la première vague, s'étendant de mars à mai 2020, la deuxième vague, correspondant au mois de novembre 2020 et la troisième vague correspondant au mois de novembre et décembre 2021. Dans le même temps, en janvier 2021, cette crise est également caractérisée par la mise en place de la vaccination et la préparation du déménagement au NPT à la fin de l'année. Depuis fin 2021, l'activité est relativement stabilisée.

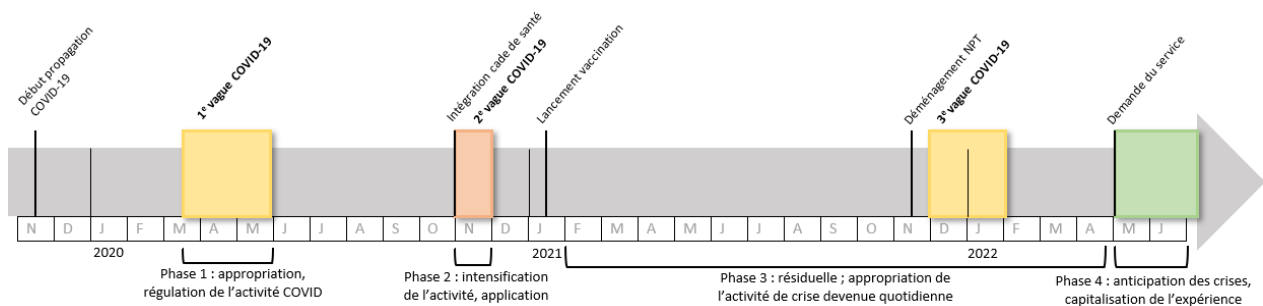


Figure 1 : Reconstitution des phases de la crise sanitaire au sein du service de la chambre mortuaire

Les phases principales de la crise pour la chambre mortuaire sont décrites plus bas.

1.1. Première phase : appropriation et régulation de l'activité spécifique à la Covid-19

La première phase de la crise correspond au premier confinement national mise ne place pour ralentir la propagation du virus. Au sein de la chambre mortuaire, elle est caractérisée par la mise en place d'une nouvelle organisation du travail spécifique à la crise sanitaire et de nouveaux

protocoles⁴ afin de garantir la santé des professionnels et des usagers du CHU. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment :

Au sein de la chambre mortuaire :

- Mise en bière immédiate des défunts atteints de la Covid-19 (délais de 24 heures) ;
- Mise en place des astreintes de nuit, sur site, modifiant les horaires de travail (les agents réalisent des gardes de 48 heures) afin de pouvoir réaliser les transferts des défunts atteints de la Covid-19 des unités de soins à la chambre mortuaire rapidement ;
- Mise en place de mesures d'hygiène et de protocoles tels que l'interdiction de toucher les défunts atteints de la Covid-19, l'obligation de porter des équipements de protection individuels (EPI) (e.g., gants, blouses et lunettes lors des transferts des défunts), utilisation de housses fermées dès la levée de corps dans l'unité de soin, indépendamment des convictions culturelles ;
- Impossibilité de réaliser la présentation des défunts aux familles ;
- Mise en place de la prise de photographies post-mortem des défunts à destination des familles le souhaitant ;
- Réalisation d'un compte-rendu quotidien des cellules réfrigérées disponibles auprès de la cadre supérieure puis transmis à l'ARS, afin d'anticiper le manque de place, et compte-rendu hebdomadaire concernant le matériel disponible.

Au sein du CHU Grenoble Alpes :

- Centration des patients atteints de la Covid-19 dans certaines unités de soin ;
- Si un agent est affecté par le virus, un arrêt maladie de 15 jours est obligatoire afin d'éviter la propagation du virus ;
- Mise en place de protocoles sanitaires pour les patients (e.g., isolement des patients atteints de la Covid-19), les proches (quasi-impossibilité de rendre visite aux patients) et les professionnels (désinfections régulières et systématiques par exemple).

Durant cette phase, le département de l'Isère a été peu affecté par le virus, avec peu de patients décédés atteints de la Covid-19. Le CHU doit gérer principalement les problématiques d'hygiène (e.g., manque de matériel de protection) et de réorganisation des services de soin. Les

⁴ Les prescriptions spécifiques à la gestion de la crise sanitaire ont plusieurs sources : la direction de l'hôpital, de la chambre mortuaire, des agents et des différentes instances comme le Ministère des Solidarités et de la Santé, les représentants culturels et la direction générale des collectivités locales (DGCL).

connaissances sur la Covid-19 et son mode de transmission sont encore floues avec un sentiment fort d'incertitude, justifiant des mesures strictes de prévention. Cette phase de la crise a été perçue comme « *la plus violente* » pour un des agents du fait de la méconnaissance liée au virus et des changements importants qu'elle provoquait sur la réalisation de l'activité de service (Cf. 3.1. L'éthique professionnelle face aux enjeux de la crise sanitaire).

Les agents ont eu le temps de se préparer à l'éventualité d'un pic de défunts à prendre en charge. Le contexte sanitaire moins aigu des décès liés à la Covid-19 durant cette première phase a permis aux agents de s'approprier les nouvelles règles et de mettre en place des régulations collectives face à certaines problématiques. Avec leur cadre supérieur de santé, ils mettent en place un système d'astreinte de 48h, au cas où les décès venaient à s'emballer.

Les différentes injonctions et notamment celles liées aux protocoles sanitaires ont induit des tâches supplémentaires dans l'activité des agents. L'impossibilité de voir le corps des défunts pour les proches a modifié l'activité d'accompagnement du deuil : il ne s'agissait plus de présenter le défunt et de les accompagner dans ce rituel mais de les informer, d'expliquer les protocoles sanitaires et leurs injonctions et de palier leur non-présence pour les défunts. L'activité de veille sanitaire et règlementaire est devenue nécessaire et régulière, obligeant l'équipe à ajuster leurs pratiques rapidement face aux modifications de l'organisation en lien avec les protocoles.

Dès cette première phase, une certaine résignation face à la situation est visible : la question du choix de faire autrement, de faire plus ne se pose pas : « *on avait pas le choix* ».

1.2. Deuxième phase : intensification de l'activité, réutilisation des apprentissages de la première phase

Le département de l'Isère a connu un pic de cas positif à la Covid-19 à l'automne 2020, ayant pour conséquence une vague de décès au CHU Grenoble Alpes au mois de novembre 2020 (environ 350 décès sur le mois, contre une moyenne de 150 habituellement). C'est en cela que cette phase a constitué une période de crise pour les agents de la chambre mortuaire. Entre la première et la deuxième phase, les protocoles sanitaires ont été allégés, du fait d'une connaissance plus approfondie sur le mode de transmission du virus. De plus, les astreintes de 48 heures qui avaient été abandonnées sont remises en place pour faire face à l'augmentation de la charge de travail. Ci-

dessous sont cités les différents protocoles qui ont pu impacter l'activité des agents pendant cette deuxième phase, qui ont pu être à la genèse d'injonctions contradictoires :

- Protocoles sanitaires différents en fonction de la date de contraction du virus (e.g., si le défunt a contracté le virus il y a plus de dix jours au moment de son décès, il n'y a pas de protocole particulier à mettre en place dans sa prise en charge et les familles peuvent voir leur proche décédé).
- De façon générale, allègement des protocoles sanitaires et notamment diminution de l'utilisation des EPI lors de la prise en charge des défunts.
- Fin du délai de 24 heures pour réaliser les mises en bière des défunts, mais mise en bière rapide nécessaire pour éviter la saturation (plus de cellules réfrigérées disponibles) de la chambre mortuaire à la vue du nombre de décès à cette période.
- Fin de la prise de photographies des défunts.
- Mise à disposition d'un camion frigorifique afin d'avoir plus de places disponibles et d'éviter la saturation des cellules réfrigérées.

Durant cette deuxième phase, l'hôpital connaît toujours des problématiques de stocks de matériel. Le nombre de décès important constitue une charge émotionnelle et de travail significative. Plusieurs champs lexicaux sont utilisés pour décrire cette période, en particulier ceux de la guerre (« scénario de guerre » ; « état de guerre » ; « les films de guerre, on ramasse les corps ») ; du travail industrialisé (avec l'utilisation du terme « usine » et la description d'un travail répétitif) et de la déshumanisation. Certains verbatims sont représentatifs de la charge émotionnelle de cette phase (e.g., « abomination » ; « dramatique »). Enfin, deux agents mettent en avant que les protocoles mis en place soient parfois en incohérence avec l'évolution du virus et trop nombreux. Les verbatims ci-dessous illustrent ces résultats :

Bah les faits marquants, moi je vous dis, ça a été, j'ai pris ça mon métier comme un abattoir quoi, c'est tout. [« Et ce côté un peu déshumanisé, déshumanisant ? »] Ah oui, c'était pas un peu, c'était complètement déshumanisé, on n'avait plus le droit aux rituels, on n'avait plus le droit à rien du tout. C'était, c'était pas mon métier quoi. Là on se serait cru, je vous dis quand on était, je sais pas si vous voyez un peu les films de guerre, on ramasse les morts, hop on les met un machin, on va en chercher un autre et on les met et TAC, TAC, TAC, TAC, TAC, on vient les chercher, on les emmène, on les enterre et on récupère, voilà, c'est ça. (entretien P5).

Ouais, ah bah oui, oui sur le mois de novembre c'était une horreur hein, c'était une horreur le mois de novembre hein. C'était une abomination le mois de novembre hein. Euh les corbillards qui, toute la journée, restaient là à stocker les cercueils pour les ramener là-

bas chez eux c'était un truc de dingue, le camion réfrigéré euh qu'ils nous ont mis à disposition c'était d'une absurdité mais totale. (entretien P3)

Les temps d'astreintes de 48 heures sur place étaient caractérisés par des transferts des défunts des unités de soin à la chambre mortuaire de façon continue, de jour comme de nuit, augmentant alors les manutentions. A ce propos, cette nouvelle organisation des temps a nécessité une refonte des plannings afin qu'ils soient adaptés. L'allègement des mesures et des protocoles sanitaires a permis de diminuer le temps alloué à ces mesures. Pour autant, la charge de travail a été très importante durant cette période et une fatigue physique et mentale est mise en avant par tous. Par ailleurs, une modification des horaires de visites pour les familles et proches a été réalisée (les horaires étant de 8 heure à 17 heure auparavant, décalés à une ouverture à 9 heure).

Depuis novembre 2020, une cadre de santé a été engagée et assure désormais les missions d'encadrement de proximité. Elle a pu organiser les planning avec les astreintes sur 48h et soutenir l'équipes d'agents mortuaires et leur responsable.

1.3. Troisième phase : appropriation de l'activité de crise devenue quotidienne

Depuis la fin de la deuxième phase, il n'y a pas eu d'autre vague pandémique forte au niveau du CHU Grenoble Alpes, excepté à l'hiver 2021. En janvier 2021, la campagne de vaccination contre la Covid- 19 a débuté et se poursuit encore aujourd'hui. La limitation de la propagation du virus est toujours de mise, de sorte que certaines consignes sanitaires soient toujours valables (e.g., port du masque, distanciation sociale). Peu de protocoles spécifiques à la chambre mortuaire sont conservés des phases précédentes, excepté celui formalisé par les agents concernant la prise en charge de « défunts Covid » (i.e., défunts atteints ou probablement atteints par la Covid-19, pour lesquels le médecin identifie un obstacle à la réalisation des soins de conservation et un risque de contagion post-mortem). Les familles peuvent rendre visite à leur proche décédé au sein de la chambre mortuaire, à raison de six personnes maximum par salle de présentation.

Depuis le pic pandémique de novembre 2020, les agents mortuaires et leurs responsables décrivent un « retour à la normale ». Pour autant, en conséquence des déprogrammations d'interventions ou de prise en charge des patients pendant les périodes fortes de la crise, les agents perçoivent un nombre de décès légèrement supérieur à la moyenne d'avant la crise. De plus, ils réalisent la quasi-totalité des transferts de défunts au CHU, tandis qu'avant la crise sanitaire en 2019, les pompes funèbres en prenaient encore en charge 17%. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement (Cf.

2.2. L'engorgement de la chambre mortuaire : l'activité transformée, la crise maîtrisée). Cette hausse du nombre de défunts à prendre en charge est identifiée comme durable sur le long terme.

Enfin, en novembre 2021, les locaux de la chambre mortuaire ont été déplacés au NPT et les agents investissent ce nouveau lieu de travail. Ce déménagement prévu initialement en 2020 a pris du retard à cause de la pandémie. Bien qu'ils disposent du même nombre de cellules, ils ont désormais la possibilité d'ajouter des cellules supplémentaires en cas de besoin, nous y reviendrons plus tard.

1.4. La quatrième phase de la crise : anticipation et capitalisation de l'expérience

La charge élevée de travail n'appartenant plus à des périodes aiguës de la crise sanitaire, l'intensification du travail est devenue quotidienne. Les agents de la chambre mortuaire et les cadres de santé prennent conscience que cette nouvelle charge va être stable dans les années à venir. De plus, l'équipe anticipe une future potentielle crise : le départ de trois des agents, dont les deux responsables.

En conclusion de cette partie, on remarque que la dénomination *crise* sanitaire permet de caractériser le contexte de l'unité. En revanche, la situation de crise, telle qu'elle est perçue en ergonomie, n'est pas continue depuis le début de la crise sanitaire : cette dernière, juxtaposée à la crise hospitalière, vient ponctuellement, en fonction de son évolution (e.g., pic de décès lié à la Covid-19), faire crise. C'est le dépassement des ressources préexistantes qui fait entrer l'équipe en situation de crise (Rogalski, 2004).

2. Une gestion de la crise touchant différentes dimensions de l'activité de travail

2.1. L'éthique professionnelle face aux enjeux de la crise sanitaire

Les agents mortuaires ont un attachement à leur métier sur : 1/ le respect du défunt dans la promulgation des soins mortuaires et 2/ l'accompagnement des familles et des proches dans la présentation du défunt et le processus de deuil. La crise sanitaire a imposé une prise en charge différente des défunts et de leurs proches, rendant l'activité empêchée sur ce registre éthique. Plusieurs agents ont exprimé que dans le contexte Covid, ils n'exerçaient plus leur métier (mais un autre). Le sens de leur travail a été touché. Un agent a même manifesté le souhait de quitter son poste.

Les protocoles ont eu un impact important sur des injonctions contradictoires pour tenir leur métier d'agent mortuaire, notamment :

- La mise en bière immédiate, ou en tout cas la fermeture définitive de la housse dès le début du transfert du défunt pour deux raisons sans possibilité pour la famille et les proches de voir le corps du défunt ;
- Cette mise en bière immédiate a rendu impossible pour les agents et les représentants religieux de réaliser les soins mortuaires et les rituels culturels.

Ces situations sont décrites comme violentes, « *dramatique* », presque « *barbare* », comme un « *choc* ». L'impossibilité pour les proches de voir le défunt est vécue pour certains comme le côté le plus négatif et grave de la crise sanitaire. Les modalités d'accompagnement des proches dans le processus de deuil et d'accompagnement post mortem des défunts se sont révélées modifiées. Néanmoins les agents n'ont pas connu d'agressivité particulière de la part des proches qui ont compris que la situation dépassait le cadre des agents et étaient, pour réutiliser les mots d'un agent, « *résignés* ».

- L'installation du camion frigorifique a été une réponse institutionnelle, vue avec les agents, suite à l'augmentation du nombre de décès par jour au mois de novembre 2020 avec un nombre de cellules réfrigérées insuffisant pour tout absorber à la chambre mortuaire. Mal adaptée pour répondre aux dimensions éthiques de l'activité, les agents ont perçu cette utilisation du camion comme « *horrible* ».
- La prise de photographie des défunts (décision compensatoire de l'impossibilité pour les proches de voir le défunt), a été vécu comme « *morbide* » ou encore une fois « *horrible* », à l'envers d'une activité de présentation du corps de défunt « *reposé* » après un soin mortuaire.

Ces injonctions touchent principalement à la question de l'éthique professionnelle et du sens au travail. Le sens déshumanisé de l'activité mis en avant par les professionnels a pu impacter leur santé, comme nous le développons dans la partie suivante.

2.2. Travailler en tant qu'agent de service mortuaire à l'hôpital pendant la crise sanitaire : quelles conséquences sur la santé ?

En premier lieu, il est nécessaire de parler de la crainte qu'a suscité le virus de la Covid-19 quant au risque de contamination et de rappeler que tous les agents ont été touchés, sauf un, par ce

dernier à deux périodes de la crise (première et deuxième) avec un cluster déclaré. Cette contamination pouvait être plus élevée à cause, malgré la mise en œuvre des gestes barrières :

- du contact récurrent auprès de défunts décédés de la Covid-19,
- des allers et venues dans les unités de soins, où circulait le virus (e.g., patients présentant des symptômes),
- de l'évolution de la quantité du nombre de défunts plus élevés lors de la deuxième vague et qui se poursuit ensuite,
- de caractéristiques personnelles aggravantes (pathologies, poids, ...)
- de l'allègement des prescriptions quant au port d'EPI durant la deuxième vague pouvant conduire à des formes de réassurance.

Les craintes de contamination ont pu jouer sur une ambiance anxiogène

- Les connaissances limitées, au début de la crise, sur la contagiosité du virus ;
- La surmédiation liée à la crise sanitaire ;
- Les risques de contaminer, par son milieu professionnel, ses proches dans la sphère personnelle ;
- Parfois, l'organisation du travail dans les services de soins, par exemples les chariots disposés devant les portes des chambres sans savoir les applications sanitaires faites préalablement sur le matériel, le corps, la chambre.

Les astreintes de 48 heures et la charge de travail augmentée (du fait du nombre de décès et des protocoles sanitaires) ont été facteurs de détérioration de l'état de santé des agents : la fatigue physique et mentale avec des troubles du sommeil (réveils nocturnes), des impacts sur la sphère personnelle et le stress. On retrouve ici des éléments connus des troubles de santé liés au travail posté.

L'augmentation de la charge de travail physique et mentale avec une perte de sens lié à l'industrialisation de la prise en charge des défunts a touché également la santé mentale, même si elle a pu être compensée par le sentiment d'être utile à la société et la reconnaissance des soignants, des familles et de l'hôpital. Elle se traduit par des gestes répétitifs, du fait des manutentions régulières, qui ont pu occasionner ou empirer des douleurs lombaires préexistantes et des troubles musculosquelettiques.

La mise en place du camion réfrigéré a également participé à cette augmentation des manutentions et au questionnement sur le sens au travail étant donné les conflits d'éthique professionnelle que ce dispositif a occasionné comme il a été expliqué plus haut.

2.3. Les personnels de direction et d'encadrement de la chambre mortuaire

La direction de la chambre mortuaire, avant cette crise, était composée d'une cadre supérieure de la direction des soins qui travaillait en transversalité entre plusieurs unités de l'hôpital. Il n'y avait pas de cadre de santé de proximité mais deux responsables de la chambre mortuaire qui assument directement le management de proximité de l'équipe. L'équipe avec les deux responsables a l'habitude de fonctionner avec une certaine autonomie depuis plusieurs années, l'ancienneté étant élevée.

Durant la première vague, la cadre supérieure a été absorbée par la gestion de crise des unités de soins et de nouvelles missions (e.g., la gestion et la distribution des masques dans les unités, l'organisation de sites de prélèvements, etc.). Lors de la deuxième vague, malgré la fatigue ressentie, l'équipe a dû reprendre l'organisation qui avait été mise en place durant la première vague, avec cette fois-ci un pic pandémique important. Il a fallu relancer la dynamique de l'équipe pour réadapter les plannings.

La cadre supérieure a été responsable d'un centre de vaccination, dès le début de la campagne de vaccination, elle a été soucieuse de porter cette obligation vaccinale auprès de l'équipe de la chambre mortuaire et des autres services.

Face à une charge trop importante et ces nouvelles activités (vaccination), la cadre supérieure a pu être aidée par une cadre de santé de proximité, récemment recrutée sur ce poste, pour faire le lien avec les responsables et l'équipe de la chambre mortuaire. Il apparaît que ce binôme cadre supérieur et cadre de santé forme un collectif ressource pour faire face à la crise et préserver la santé de chacune. Ce collectif semble, en effet, s'être renforcé durant la crise.

L'équipe a beaucoup apprécié le soutien de la cadre supérieure et de la cadre de santé, qui ont pu par leur présence soutenir la mise en place de diverses régulations. Les décisions ont pu être discutées. Ce mode de fonctionnement participatif n'est pas uniquement lié à la gestion de crise, celui-ci existait déjà dès la préparation du déménagement au NPT par exemple. Mais il a été renforcé pendant la crise.

Les chefs d'équipe de la chambre mortuaire ont ressenti comme les agents une augmentation de la charge de travail sur toute la durée de la crise, étant à la fois polyvalents sur les tâches et ayant des nouvelles tâches (par exemple, discussion avec les pompes funèbres pour la gestion des défunts). L'un d'entre eux a voulu quitter le métier. Le dialogue avec la cadre a visé à supprimer des tâches de responsable, mais cela a été impossible à cause du niveau de demande trop élevée.

La présence de la cadre de santé au quotidien afin de vérifier la santé des agents et la discussion entre la cadre et l'équipe a permis de trouver des solutions dans des situations pouvant être dégradées dans les conditions de travail.

2.4. Les régulations : agilité organisationnelle et collective

Comme nous pouvons l'observer, les injonctions et prescriptions durant la crise ont été nombreuses et ont entraîné des répercussions importantes sur l'activité. Différentes régulations ont pu être observées. Elles constituent des adaptations et des innovations parfois majeures pour l'activité des agents, notamment lorsqu'elles s'inscrivent dans le temps.

Durant la première vague de la pandémie,

Face à l'impossibilité pour les familles de voir leur proche décédé (mise en bière immédiate), le collectif et l'agent ont cherché à réguler :

- accompagnement différent des proches avec une adaptation du discours et de la posture, par exemple, disposer des effets personnels donnés par les familles avec le défunt avant la mise en bière ;
- dérogations à la règle : visite des familles courtes, ouverture légère de la housse, faire des soins rituels sans s'exposer.
- Une régulation proposée par la direction de l'hôpital a été de prendre en photographie les défunts à destination des familles grâce à un smartphone. Touché par des conflits éthiques, l'agent ne proposait pas les photographies aux familles (dérogation à la règle) ; ils ont pu stopper cette procédure à la deuxième vague avec le soutien de leurs cadres.
- Pour désengorger les lits de réanimation et les autres lits, mise en place de l'astreinte de 48 heures sur place à l'hôpital pour les agents mortuaires. Cette régulation provenant de la cellule de crise du CHUGA a permis la location de deux chambres dans les locaux de l'association McDonald (bâtiment couple-enfant), permettant l'accès à un lieu de repos. Pour les repas, un accès a été possible au self des internes.

Durant la seconde vague de la pandémie,

- L'augmentation du nombre de décès (pic anticipé) a amené la cellule de crise à faire une location d'un camion frigorifique (+ 8 places) ainsi que d'une tente pour les familles. Le collectif d'agents et leurs cadres ont décidé de ne mettre que les indigents dans le camion pour gérer le conflit d'éthique et réduire les manutentions.
- Suite à un cluster des agents de la chambre mortuaire (covid), renfort de deux personnes (un sapeur-pompier professionnel et un agent en médecine légale) pour remplacer les effectifs manquants. Régulation des cadres en faisant appel à d'autres unités

Durant les vagues 1 et 2 :

- Faire un CR quotidien sur les places restantes pour anticiper la problématique du manque de place dans les cellules réfrigérées (régulation du collectif d'agent et leurs cadres).
- Découpage des temps (astreintes, délais de réalisation de la tâche) couplé avec un découpage des espaces : gagner du temps en se relayant pour laisser certains se reposer sur des temps d'astreinte, éviter la répétition des manutentions pour éviter de perdre de temps ; réaliser le transfert des défunts deux à deux, refonte du planning pour qu'il soit cohérent avec la nouvelle organisation de l'activité (régulation du collectif d'agent, y compris les chefs d'équipe).
- Différentes prescriptions quant aux protocoles sanitaires en fonction de l'évolution des connaissances sur le virus, grâce aux spécialistes du réglementaire en fonction de la veille sanitaire qui venaient informer les équipes, en plus des régulations par le CLIN.
- Les responsables de l'équipe avaient des réunions régulières avec la cadre de santé afin de mettre en avant les problématiques et trouver des solutions (puis relais par les cadres à la cellule de crise).
- Face à la pénurie d'équipements ou de matériels, redistribution du matériel ou mutualisation avec les pompes funèbres (e.g., paires de lunettes de protection), les unités de soins (régulation par le collectif de travail, les autres unités, les acteurs externes, la cadre).
- Mise en place de réunions régulières avec les pompes funèbres pour anticiper au mieux (régulation entre un des responsables et des acteurs externes).
- Encore aujourd'hui, demande du service concernant de futurs besoins par rapport à une crise potentielle ou une difficulté d'organisation actuelle dans les nouveaux locaux (régulation des responsables vis-à-vis des cadres).

3. Ce qu'il reste de la crise et les apprentissages organisationnels

Par le biais de la reconstitution des phases de la crise, des analyses des entretiens et des restitutions, nous avons pu identifier ce qu'il reste de la crise sanitaire tant sur les pratiques, en fonction des différentes phases que sur l'organisation du travail. Des observations et des entretiens d'autoconfrontation ont complété cette analyse des apprentissages organisationnels de la crise sanitaire, dans l'action. Les transformations liées à la crise sont décrites ci-dessous avec les apprentissages associés.

3.1. La Covid-19 : passage de situations de crise à une variabilité parmi d'autres ?

a. La Covid-19 : dans le futur, un virus endémique ?

En juin 2022, la prise en charge de « défunts COVID »⁵ est toujours d'actualité même si les protocoles ont évolué depuis le début de la crise sanitaire. Moins lié à des pics pandémiques mais a priori plus significative en fonction des périodes de l'année (comme le virus de la grippe par exemple), leur prise en charge ne relève plus de situations de crises et devient ponctuelle, au même titre que d'autres pathologies nécessitant une prise en charge spécifique des défunts (comme la tuberculose, l'hépatite, le virus du sida, etc.). Ces « défunts COVID » suivent le flux de variabilité des défunts passant par la chambre mortuaire, qui nécessitent de prendre en compte, lors d'un transfert :

- des caractéristiques du défunt comme le poids et la taille (e.g., le transfert d'un défunt en surcharge pondérale nécessite d'utiliser une civière adaptée, parfois l'aide d'un soignant et l'utilisation d'une cellule réfrigérée bariatrique),

- de l'appartenance culturelle et/ ou religieuse du défunt (e.g., le protocole de préparation du transfert est spécifique si le défunt est de confession musulmane)

- ou encore de la présence ou non de la famille au moment du transfert (e.g., un temps à l'accompagnement et l'orientation des proches est alloué si la famille est présente dans le service au moment du transfert).

⁵ Les agents utilisent ces termes pour parler des défunts atteints/ probablement atteints de la Covid-19, diagnostic formalisé par le médecin constatant le décès et remplissant le certificat de décès, permettant aux différents professionnels de mettre en place les protocoles de réalisation d'un transfert d'un défunt contagieux.

Ces caractéristiques constituent des variabilités dans la réalisation des transferts. La prise en charge d'un « défunt COVID » est désormais intégrée dans l'activité quotidienne, alors que leur prise en charge était différente lors des deux premières phases de la crise, distinguant les protocoles défunts Covid des autres. Il est envisagé que le SARS-Cov2 devienne endémique (Lagacé-Wiens et al., 2021). Les risques liés à la Covid-19 se sont amenuisés tandis que la maîtrise de ce risque s'améliore. Ainsi, la Covid-19 devient une variabilité parmi les autres, la prise en charge de défunts atteints ou probablement atteints par la Covid-19 est intégrée à l'activité habituelle.

b. La réalisation du transfert des « défunts COVID » : la traçabilité orale

Des protocoles spécifiques à la prise en charge de « défunts COVID » sont donc toujours appliqués lors de la réalisation du transfert. Ils sont de deux types :

- Pratiques (préparation de la civière avant l'entrée en chambre, port de deux paires de gants, désinfection de la civière après transfert).
- Informationnels :
 - Traçabilité écrite (sur le formulaire de transfert faxé (case « obstacle à la réalisation des soins de conservation » cochée, sur l'EXCEL (ligne correspondant au défunt, surlignée en rouge), vérification du certificat de décès, code (« * ») indiquant l'affection à la Covid-19 sur le tableau dans la salle des cellules réfrigérées)
 - Traçabilité orale.

Lors du transfert de défunts contagieux (e.g., atteints de tuberculose, de pneumonie, d'hépatite...), les soignants dans les unités de soins signalent habituellement oralement ce risque afin que les agents de la chambre mortuaire respectent les protocoles spécifiques à la prise en charge de ces défunts. Cette pratique est à l'initiative des soignants. Cette interaction entre les soignants et les agents de la chambre mortuaire s'est modifiée.

Sur 15 transferts observés, 6 comportent au moins une demande d'information ou une transmission d'information concernant la contagiosité du défunt liée à la Covid-19. Au total, 9 prises d'informations sont relevées au cours de ces 6 transferts. Elles sont de trois types : (1) demande de confirmation (à l'entrée dans l'unité de soin, l'agent de service mortuaire demande au/ à la

soignant(e) si le défunt est atteint de la Covid-19 ou non ; (2) confirmation spontanée des soignants dans l'unité de soin (e.g., le/ la soignant(e) indique aux agents « *il a été testé, il est pas COVID* ») ; (3) confirmation spontanée entre agents de la chambre mortuaire (en entrant dans la salle des cellules réfrigérées). On remarque que ces informations concernent n'importe quelle situation, que le défunt soit atteint ou non de la Covid-19 (ils en ont normalement l'information en amont). Il s'agit alors de s'assurer de l'information, de réduire l'incertitude. Cette information est importante car elle permet, si le défunt est positif à la Covid-19, de vérifier immédiatement ce qui est indiqué sur le certificat de décès et donc d'appliquer le protocole en vigueur ; de prévenir sur la contagiosité les professionnels qui vont prendre en charge le défunt en aval du transfert (pompes funèbres, représentants culturels...) ; de faciliter la communication avec les familles (en prévenant d'éventuelles situations conflictuelles). En résumé, ces informations permettent de se sécuriser soi et les autres en réduisant l'incertitude.

c. Apprentissages organisationnels liés à l'activité en contexte sanitaire particulier

La pandémie a contribué à modifier le référentiel opératif commun des agents de la chambre mortuaire. A l'origine de nombreuses transformations, tant sur le court terme que sur le long terme, les agents ont dû apprendre à accompagner les familles dans un contexte sanitaire particulier, travailler avec les pompes funèbres et les représentants culturels à ce sujet, prendre en charge les « défunts COVID », mais surtout à formaliser un protocole de prise en charge spécifique à la Covid-19. Cette formalisation s'est faite à travers l'échange verbal. Ce référentiel opératif commun pourra servir, dans le futur, à la prise en charge simplifiée des éventuelles nouvelles pathologies transmissibles.

Les agents ont intégré la Covid-19 dans leur activité, même sur du long terme. Elle reste une préoccupation constante pour les établissements de santé : le port du masque, la désinfection des surfaces et du matériel plus rigoureuse, l'exigence du pass sanitaire pour travailler, les tests et les vaccins, une surveillance accrue de l'évolution de la situation privilégiée sont autant d'éléments qui influent sur l'activité des agents et qui sont toujours d'actualité et s'invitent sur le long terme.

3.2. L'engorgement de la chambre mortuaire : l'activité transformée, la crise maîtrisée

Un des principaux risques, lié aux pics de décès, est l'engorgement de la chambre mortuaire, c'est-à-dire l'insuffisance du nombre de cellules réfrigérées disponibles pour y disposer

les défunts. Comme nous l'avons vu, plusieurs régulations ont été mises en place afin de gérer ce risque (i.e., astreintes de 48h, camion frigorifique). Cette augmentation du nombre de défunts à prendre en charge, même après les pics de décès causés par la pandémie, restera stable dans le futur (environ 2000 défunts annuels) pour plusieurs raisons :

- augmentation continue du nombre de décès en France attendue, faisant suite au *baby-boom*, phénomène social caractérisé par un fort pic de natalité entre l'après Seconde Guerre mondiale et les années 1970. Un rapport de l'Ined (2007) indique une prévision de l'augmentation des décès pouvant aller jusqu'à 40% d'ici 2050.

- augmentation globale – mais modérée – du nombre de décès sur le CHU au fil des années. On remarque surtout une augmentation forte avec le début de la pandémie : entre 2019 et 2020 par exemple, une augmentation d'environ 10 % de décès sur l'établissement est constatée. La Covid-19 a été la source de plusieurs vagues de décès qui ont constitué une augmentation de la charge pour les agents de la chambre mortuaire à différents temps de la pandémie.

- augmentation des transferts des défunts par la chambre mortuaire durant la crise, évolution qui durera. A titre indicatif, en 2019, 83,39% des transferts des personnes décédées au CHU était pris en charge par la chambre mortuaire, contre 99% en 2021. Ce souhait du service mortuaire de reprendre la main sur les transferts faits par les pompes funèbres, était déjà formulé depuis 2003 et a été impulsé par la crise sanitaire.

Cette augmentation du nombre de défunts à prendre en charge constitue une évolution majeure pour les agents. Depuis le début des années 2000, un travail avait été fait auprès des soignants des unités de soin pour les former et informer sur le rôle de la chambre mortuaire comme acteur privilégié dans le transfert des défunts, permettant alors aux familles d'avoir un choix libre et éclairé concernant la prise en charge de leur proche décédé, ensuite par un opérateur funéraire.

On a montré qu'on était efficace, on a montré que grâce à nous, on connaissait les législations, on a, grâce à nous, on a montré qu'on était professionnel, on a montré que les sociétés de pompes funèbres pouvaient pas tout gérer et faire du bon travail parce qu'elles ont autre chose à faire aussi, pas que l'hôpital, donc du coup, on était nécessaires. (entretien P5).

La seule chose, ça nous a permis par contre, c'est de réaliser qu'on était capable d'absorber l'intégralité du CHU [...]. C'était qu'une théorie où on supposait qu'on était

capable de faire et la direction avait quand même des doutes, suite par contre à la deuxième vague, ils se sont aperçus que c'était pas qu'une impression. (entretien P6).

Oui, mais oui, oui, oui, toute façon, ça peut être que positif (la charge augmentée), c'est que positif en fait. Ne serait-ce que déjà pour la reconnaissance. (entretien P1)

L'augmentation de l'intensité de l'activité est perçue comme permettant de diminuer l'ennui au travail pour un agent et, pour tous, la prise en charge quasi-totale des défunts par la chambre mortuaire permet la reconnaissance du service et des compétences mobilisées par les agents dans le système de santé – tant au niveau du CHU que du territoire, en plus de la reconnaissance qui leur est témoignée concernant la gestion de la crise sanitaire en elle-même.

Cette augmentation de la charge de travail constitue donc une évolution majeure pour la profession et se traduit également par des transformations dans l'activité, que l'on peut caractériser aux différentes temporalités de la crise. Tout d'abord, durant la première phase (Cf. 1.1. La première phase de la crise (première vague) : phase d'appropriation et de régulation de l'activité), l'anticipation de l'augmentation du nombre de défunts à prendre en charge s'est traduite par la modification des horaires de travail (astreinte de 48h pour désengorger le plus rapidement les lits de réanimation/hospitalisation). Cette organisation du travail a ensuite été abandonnée pour être retrouvée durant la deuxième phase (Cf. 1.2. La deuxième phase de la crise (deuxième vague) : l'intensification de l'activité). Durant cette phase, un camion frigorifique a été installé devant les locaux de la chambre mortuaire afin de pouvoir disposer de plus de cellules réfrigérées. De plus, dès cette phase, les horaires des visites pour les familles ont été modifiés (créneaux 8 heures - 17 heures à 9 heures – 17 heures), permettant d'assurer les transferts des personnes décédées la nuit, plus nombreuses qu'à l'accoutumée. Sur le long terme, cette modification des horaires des visites a été conservée pour répondre à la charge de travail qui est continue. Cela permet de diminuer la pression temporelle sur le temps du matin et d'anticiper plus facilement l'arrivée des familles et des pompes funèbres (e.g., identification des défunts qui vont être mis en bière, préparation des civières, etc.).

Grâce à l'expérience de la crise, le risque a été anticipé dans la conception de l'espace des nouveaux locaux lors de la préparation du déménagement. Aujourd'hui, au-delà de ces changements organisationnels, l'activité est à flux tendus et certains des agents avancent le risque

d'erreurs lié à cela, ainsi qu'une industrialisation de l'activité, comme l'indiquent les verbatims ci-dessous.

Mais on fera des erreurs et on traitera pas les gens correctement. C'est ce qui arrive en ce moment. [...] S'il y a beaucoup, comme là, là, c'est voilà, c'est des périodes à risque. Moi hier quand j'ai vu, mais oui et j'ai pu me planter dix fois, d'ailleurs deux fois je suis rentré dans un salon qui était pas le bon, j'ai pas eu le temps de noter les noms sur... Mais pour te dire j'ai pas le temps de noter les noms. (entretien d'autoconfrontation P5).

Moi j'avais l'impression franchement que de faire du, transporter. Bah là aujourd'hui c'est presque, ça me rappelle là, le soir, tous les soirs. Là vous commencez, vous savez, quand vous commencez en faire bon, une personne, deux personnes. Et que ça sonne, on n'a même plus, malheureusement, après, on est moins attentifs. C'est ce que je dis. On va prendre moins de temps parce qu'on est, on est fatigué, quand vous avez mal quand vous finissez, vous pensez qu'à une chose c'est déjà vite finir. (entretien d'autoconfrontation P2).

Je pense qu'il va falloir quand même qu'on ait quelqu'un en plus, là. Je pense qu'il y a un moment, l'équipe, elle va pas tenir le choc. Tu vois hier P5, il était fatigué il a pris une journée quoi, à la dernière minute parce qu'il n'en pouvait plus, ça prouve bien que l'accroissement de l'activité... (entretien d'autoconfrontation P3).

Les agents indiquent donc des retombées très positives sur la profession et la reconnaissance, mais également des conséquences sur l'activité de service et sur leur santé (risque de TMS et RPS du fait de l'atteinte au sens au travail, de la pression temporelle et de l'augmentation des manutentions). Le déménagement au NPT a permis de se rapprocher localement des autres services et d'avoir du matériel plus adapté, ce qui diminue les déplacements, les manutentions contraignantes.

3.3. De la gestion de crise majeure à l'anticipation des potentielles futures crises : le collectif comme ressource

Le REX a permis de rendre compte que le collectif de la chambre mortuaire est une ressource essentielle au bon fonctionnement de l'unité. Elle a permis de renforcer les liens entre les agents déjà constitué en collectif, tous travaillent ensemble depuis plus de dix ans, et de mettre en lumière les compétences spécifiques des agents. Dans les trois prochaines années à venir, trois des six agents vont quitter le service et être remplacés par des nouveaux arrivants. Il est important à l'avenir de maintenir ce collectif efficient, qui tient la performance et la santé de tous (par exemple, éviter un risque d'infection, partager les tâches en fonction des caractéristiques physiques de chacun (taille, état de santé), etc.). La construction du collectif n'est pas un apprentissage de la crise, mais une ressource qui a été importante pour faire face à la crise.

Le remplacement de la moitié de l'équipe dans les prochaines années peut faire crise, s'il n'est pas anticipé et ne permet pas le fonctionnement collectif actuel. Mais nous pouvons penser que la vitalité du collectif ne devrait pas être perturbée par des nouveaux entrants si le sens du travail et le référentiel métier sont suffisamment forts, le collectif est durable, selon les résultats de la littérature (Caroly, 2016). Il faudra cependant veiller aux conditions d'accueil et de transmission du métier des nouveaux embauchés.

3.4. L'activité mortuaire : un travail en réseau en interne et territoriale pour gérer la crise

La crise sanitaire a bouleversé le milieu mortuaire. De la chambre mortuaire du CHU aux opérateurs funéraires sur le territoire en passant par les soignants dans les services, différents professionnels ont contribué à la gestion de la crise sanitaire dans le domaine mortuaire, grâce à de nouvelles collaborations notamment. A travers les sous-parties suivantes, ces aspects seront mis en avant ainsi que la relation avec les différents acteurs de façon plus générale, pendant la crise.

a. au sein de l'unité

Les agents de la chambre mortuaire mettent en avant la reconnaissance entre eux dans l'effort de gestion de crise, ainsi qu'un soutien et une solidarité qui était déjà présente initialement mais qui a été renforcée pendant cette période. Ces mécanismes face à la crise ont notamment permis d'ouvrir un dialogue et de donner la possibilité aux agents de parler de leurs difficultés, des problématiques rencontrées, ce qui a été une clé d'entrée pour chercher des pistes d'adaptation. Il en va de même pour la direction de l'unité, qui a été plus en proximité durant la crise et dont les collaborations perdurent et se développent sur d'autres sujets avec l'équipe mortuaire (besoin de matériel, futures embauches).

b. les acteurs internes à l'hôpital

La direction de l'hôpital a reconnu le travail de la chambre mortuaire, en venant les rencontrer, mais leurs décisions ont été ressentie par les agents comme trop éloignées de leur activité réelle, avec des objectifs antagonistes. On peut, en revanche, constater une reconnaissance mutuelle entre les personnels des unités de soins et les agents de service mortuaire, se traduisant par une meilleure connaissance de l'autre, de ses conditions de travail et une entraide effective pendant et après les périodes de crise. On peut également recenser l'aide d'un médecin qui réalisait une veille sanitaire et réglementaire importante et qui transmettait les informations aux agents afin

qu'ils puissent appliquer les nouveaux protocoles de façon adaptée ; l'accès au self de l'internat de médecine afin que les agents puissent se restaurer facilement malgré un aménagement durant les astreintes de nuit, sur site ; l'accès à deux chambres mises en place au sein de l'unité couple-enfant afin que les agents puissent s'y reposer durant leurs astreintes ; l'intégration d'un personnel de la médecine légale et d'un pompier volontaire pour palier à l'augmentation de l'activité et/ ou aux arrêts des agents lorsqu'ils étaient positifs à la Covid-19.

c. les acteurs externes à l'hôpital

Sur le territoire, les professionnels des pompes funèbres et de la chambre mortuaire ont su s'entraider quant au matériel grâce à la redistribution, ou encore grâce à la mise en place de réunions afin d'anticiper le manque de place pour les défunts lors des pics épidémiques. Avant la crise, cette coopération existait, elle a été renforcée pendant la crise. Aujourd'hui, les professionnels des pompes funèbres sont toujours en étroite collaboration concernant l'augmentation des décès sur le CHU. On peut citer par exemple le prêt de tables réfrigérées en 2022.

A propos des représentants culturels qui interagissent régulièrement au sein de la chambre mortuaire pour les rituels religieux, leur activité a été empêchée durant certaines périodes de la crise ; les agents et les représentants ont donc collaboré en trouvant des compromis face aux situations difficiles auxquelles ils étaient confrontés. Cela avait pour visée la continuité de service et le respect des défunts et de leurs proches.

Les entreprises de pompes funèbres sont largement mentionnées comme des acteurs primordiaux durant cette crise. Un projet de retour d'expérience sur la crise sanitaire des métiers du funéraire, réalisé par des étudiants en prévention des risques de Polytech Grenoble de l'UGA (Cosse, Lubac, Monier, Tholot, 2021), permet de mettre en avant les enjeux et la contribution des petits opérateurs funéraires durant la crise sanitaire. Confrontés à des enjeux similaires (i.e., en fonction des moments de la crise, injonctions concernant les mises en bière, les limites des visites et des contacts des proches avec le défunt, le manque de matériel, l'interdiction de réaliser la toilette mortuaire...), ces opérateurs funéraires de petites entreprises de pompes funèbres ont connu des conséquences similaires aux agents de service mortuaire. En fonction des vagues épidémiques, l'augmentation du rythme de travail a pu engendrer du stress, de la fatigue, tant pour les opérateurs funéraires que pour les dirigeants des entreprises. La crise sanitaire a fortement modifié l'activité des opérateurs.

Par exemple, la mise en bière immédiate a participé à l'augmentation des crémations et les horaires des opérateurs ont dû être élargis. Les processus administratifs se sont vu être de plus en plus numérisés. Le rapport à la famille n'a pas été amoindri : en effet, la situation pouvait amener les familles à l'incompréhension, le rôle des opérateurs a donc été primordial dans l'accompagnement de ces dernières. D'autres changements, comme le port d'EPI et la transformation de l'environnement de travail pour s'adapter au nombre de défunts conséquents sont à noter. Les pics d'activité ont contribué à une « industrialisation de la mort », altérant le sens au travail des opérateurs et un manque de reconnaissance est mis en avant, surtout au niveau sociétal.

d. la société et les familles des défunts

Dans leur rapport aux défunts et à leurs proches, les agents ont également vu leur activité d'accompagnement être modifiée. Durant ces différentes périodes de la crise, il a fallu informer les familles, trouver les moyens d'accompagner dans le processus de deuil de façon différente, pouvoir allier la prévention de la propagation du virus et la prise en charge complète des familles et des défunts dans leur parcours respectif, comprenant les rituels culturels. Les proches, tout comme la société en générale, ont fait savoir leur reconnaissance par rapport aux professionnels de santé. Aujourd'hui, les agents ressentent un essoufflement de cette reconnaissance.

La crise a été gérée collectivement, tant en interne qu'avec les partenaires extérieurs. Les collaborations ont été constructives autour d'un but commun, celui de gérer la crise sanitaire. Chacun à son niveau a mis en œuvre les moyens nécessaires pour que le système de santé fonctionne. « *Dans la gestion de la crise à notre niveau, dans la gestion de la crise avec les pompes funèbres, avec les services de soins, avec les familles, je trouve qu'on a été largement à la hauteur, largement à la hauteur.* » (entretien d'autoconfrontation P3). En avril 2022, une table ronde, organisée par les PFI (Pompes Funèbres Intercommunales), réunissant deux agents de la chambre mortuaire, une directrice d'EHPAD et deux représentants d'une entreprise de pompes funèbres a également mis en avant cette reconnaissance entre pairs.

Pour conclure sur cette partie des résultats, les apprentissages organisationnels sont marqués par le passage d'une activité en situation de crise à une activité quotidienne de gestion

plus importantes de défunts (covid en partie), impliquant des adaptations dans la manutention, la relation aux unités de soins, aux familles et au milieu funéraire.

3.5. La COVID : Une gestion de crise nouvelle ?

La crise sanitaire actuelle n'est pas la première crise à laquelle font face les agents mortuaires. Par exemple, ces derniers ont cité d'autres événements marquants qu'ils ont pu expérimenter dans leur carrière et qui peuvent être distingués ainsi :

- Les événements en lien avec la prise en charge de défunts ayant une pathologie transmissible, constituant alors un risque direct pour la santé des professionnels et leur potentiel de contagiosité :
 - l'apparition du virus du SIDA dans les années 80,
 - les maladies à prions comme la maladie de Creutzfeldt-Jakob,
 - les maladies souvent contractées en milieu hospitalier comme l'hépatite par exemple.
- Les événements qui se caractérisent par un nombre de décès importants et/ ou par un fait dramatique émotionnellement marquant :
 - le drame des enfants du Drac en 1995,
 - le massacre de l'Ordre du Temple Solaire en 1995,
 - la canicule de 2003,
 - l'accident de car de pèlerins polonais en 2007.

La crise de la Covid-19 est très différente des événements caractérisés par un nombre de décès lié à une situation accidentelle, qui est un événement ponctuel. En revanche, la crise sanitaire a des caractéristiques similaires aux précédentes crises liées à des pathogènes transmissibles. Tout d'abord, ces événements ont constitué/ constituent un risque direct pour la préservation de la santé des professionnels. De plus, dans tous ces cas, l'aspect évolutif des connaissances quant à la pathologie semble important, nécessitant des réajustements dans la prise en charge des défunts. En revanche, même si ces pathologies sont toujours existantes, la concentration forte dans le temps de décès liée à ces pathologies est bien différente de celle liée à la Covid-19, notamment pendant la première et la deuxième phase de la crise, phases pouvant être considérées comme aiguës.

CONCLUSION

La modification de l'activité, liée à la gestion de la pandémie, a pu bousculer les pratiques et les savoirs des professionnels. Cependant cette expérience est une opportunité pour des apprentissages organisationnels. Par exemple, on peut citer la gestion anticipée du nombre de cellules nécessaire pour faire face au pic ou l'allongement des horaires pour désengorger les services et faire immédiatement le transfert du défunt. Par ailleurs, le projet de déménagement au NPT ayant été retardé, l'un des responsables – qui était en charge sur le projet – a pu faire ajouter de la place pour des cellules supplémentaires en cas de nouvelle vague de décès importante (par rapport à la crise sanitaire ou non). De plus, l'équipe a pu mettre en place différentes régulations face aux problématiques rencontrées dans leur activité. Certaines peuvent se mettre en place au sein de la chambre mortuaire (par exemple, faire binôme pour manutentionner, remplacer le collègue quand il est trop fatigué), au niveau du CHU (par exemple, transmission orale par les soignants des « défunts COVID » avant levée du corps en plus de la procédure écrite pour éviter la contamination des agents mortuaires) ou encore sur le territoire (par exemple, discussion avec les pompes funèbres pour gérer l'effectif de défunts). Ces régulations peuvent s'inscrire dans une temporalité plus ou moins longue, certaines restent encore aujourd'hui (par exemple, décalage d'une heure sur l'ouverture accueil des familles le matin pour avoir le temps de gérer les transferts de la nuit). Ces régulations passent parfois par des dérogations à la règle afin que l'activité nouvellement prescrite soit réadaptée aux enjeux de l'activité réelle (par exemple, autoriser une présentation brève du corps pour le recueil de la famille).

L'équipe des agents mortuaires nous a exprimé sa fierté d'avoir réussi à gérer collectivement la crise. Plusieurs conditions réunies dans ce collectif l'ont réellement permis : notamment la connaissance de l'autre (l'équipe travaille ensemble depuis au moins 17 ans), la stabilité de l'équipe (conscience des caractéristiques professionnelles et personnelles de l'autre), ambiance conviviale (beaucoup d'humour). De plus, la gestion collective de la crise tient au soutien entre les professionnels du CHU et les acteurs externes (notamment la cellule de crise, où la cadre supérieure siège et peut solliciter l'aide des autres), mais également avec les unités de soins et les pompes funèbres. A cela s'ajoute la reconnaissance (de l'autre, de ses conditions d'exercice, des difficultés rencontrées, etc.). Enfin, la gestion collective par les agents de la chambre mortuaires a été renforcé par l'atteinte d'un but commun (faire face à la crise). Leur identification au groupe des soignants est particulièrement intéressante, car elle témoigne de leur ouverture à une appartenance plus

grande au monde hospitalier (rappelons que le service mortuaire était isolé du reste de l'hôpital par le passé).

Face à l'augmentation du nombre de défunts à prendre en charge qui s'étend sur le long terme, un retour à l'activité d'avant la crise sanitaire n'est plus envisagé. Ajout à la prise en charge de défunts atteints par la Covid-19 et à l'expérience particulière qu'ont vécu les agents, l'activité est transformée. Le développement du collectif, des relations entre l'équipe et la direction, les enjeux de poursuivre le sens du travail tout en augmentant le nombre de défunts restent des préoccupations à suivre sur du long terme. Les apprentissages organisationnels issus de cette gestion de la crise permettront à l'avenir de pouvoir anticiper et mieux gérer les potentiels futures crises.

Remerciements : nous tenons à remercier l'ensemble des agents de la chambre mortuaire pour leur volontariat et leur participation à cette recherche, ainsi que leur direction (cadre supérieur et cadre de santé) qui nous ont permis d'accéder au terrain et de mener à bien notre intervention. Nous tenons également à remercier le CHUGA, les membres de la cellule de crise et les opérateurs funéraires qui ont également contribué à cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Argyris, C. et Schön, D. A. (1996, 1978), Apprentissage organisationnel – Théorie, méthode, pratique, De Boeck Université, Bruxelles, Paris (Organizational Learning : a Theory of Action Perspective).

Bernard, J. (2009). La construction sociale des rites funéraires. Une transaction affective essentielle. *Pensee plurielle*, 20(1), 79-91. <https://doi.org/10.3917/pp.020.0079>

Caroly, S (2016). Collectif de travail. In Vallery, G., Bobiller-Chaumon, M.E., Brangier, E., Dubois, M. (dir). *Dictionnaire de psychologie du travail : 110 notions clés* (pp.101-104). Paris : Dunod.

Caron, J. (2010). Du bon usage de la crise? *Revue Projet*, 316(3), 69-75. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/pro.316.0069>

Casse, C. (2015). *Concevoir un dispositif de retour d'expérience intégrant l'activité réflexive collective : Un enjeu de sécurité dans les tunnels routiers*. Université Grenoble Alpes.

Cosse, J., Lubac, C., Mounier, Q., Tholot, L. (2021). *La crise sanitaire de la COVID et les métiers du funéraires*. Rapport risques émergents et innovation, année 5. Prévention des risques, Polytech Grenoble.

Circulaire relative aux chambres mortuaires des établissements de santé. (s. d.). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse

https://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/chambre_mortuaire.html

Conseil d'État, 10ème—9ème chambres réunies, 22/12/2020, 439804, N° 439804 (Conseil d'État 22 décembre 2020). <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000042729500>

Coronavirus. Consulté 7 juin 2022, à l'adresse <https://www.isere.fr/coronavirus>

Coronavirus : Chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde. Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

Courbon, B. (2010). À propos d'un constituant lexical de la modernité : Aspects sémantiques du mot crise. *Éla. Études de linguistique appliquée*, 157(1), 49-74. Cairn.info.

<https://doi.org/10.3917/ela.157.0049>

Coutarel, F., Pueyo, V., Lacomblez, M., Delgoulet, C., & Barthe, B. (2021). La crise sanitaire comme crise du travail : Quels enseignements pour intervenir et former en santé au travail demain ? In L. Bergugnat & L. Lerouge (Éds.), *Revue Education, Santé, Sociétés*, Vol. 7, No. 2 (p. 103-124). Editions des archives contemporaines.

Cuvelier, L. (2011). *De la gestion des risques à la gestion des ressources de l'activité : Étude de la résilience en anesthésie pédiatrique*.

Conseil d'État. Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-12-22/439804>

Gandré, C. & Hazo, J. (2021). Covid-19 : une pandémie de troubles psychiques ? *ADSP*, 116, 44-47. <https://doi-org.sidnomade-2.grenet.fr/10.3917/aedesp.116.0044>

Hardy, L. (2007). From laying out to embalmers. Looking after bodies after death. *Cahiers du Genre*, 42(1), 141-158.

Hollnagel, E., Woods, D., & Leveson, N. (2006). *Resilience Engineering : Concepts and Precepts*.

Houssin, D. (2021). Caractéristiques et développements inattendus de la pandémie de Covid-19. *ADSP*, 116, 13-15. <https://doi-org.sidnomade-2.grenet.fr/10.3917/aedesp.116.0013>

Kra, F. et al. (2020). L'anthropologie impliquée à l'hôpital en contexte d'épidémie de covid-19.

Lagacé-Wiens P, Bullard J, Cole R, Van Caeseele P. Le caractère saisonnier du coronavirus et d'autres virus au Canada : les conséquences de la COVID-19. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2021;47(3):145–51. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i03a02f>

Lagadec, P. (1991). *La gestion des crises. Outils de réflexion à l'usage des décideurs*.

Lalande, F., Veber, O. (2009). *La mort à l'hôpital. Rapport. Inspection générale des affaires sociales, Tome 1. Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : Origines et propositions – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. (2019)*.

Ingham, M. (2015). L'apprentissage organisationnel dans les coopérations. *Revue française de gestion*, 253(8), 55-81. Cairn.info. <https://doi.org/10.3166/RFG.253.55-81>

Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J.-P., & Thuillez, C. (2019). Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : Origines et propositions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.011>

Monnier, A. (2007). Le baby-boom : Suite et fin: *Population & Sociétés*, N° 431(2), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.431.0001>

Pitchot, W. (2020). Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant. *Revue Médicale de Liège*, N°75, 62-66.

Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : Origines et propositions – Académie nationale de médecine / Une institution dans son temps. (2019). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/lhopital-public-en-crise-origines-et-propositions/>

Recensement national des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé. (s. d.). Consulté 16 novembre 2021, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/covid-cases>

Rogalski, J. (2004). 32. La gestion des crises. Dans : Pierre Falzon éd., *Ergonomie* (pp. 531-544). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.falzo.2004.01.0531>

Roux-Dufort, C. (2004). La gestion de crise : un enjeu stratégique pour les organisations. De Boeck Université.

Sauvagnac, C., & Falzon, P. (1999). Gestion des savoirs et politique qualité : Le rôle de l'ergonomie. 12.

Sherif, M. (1966). *in common predicament : Social psychology of intergroup conflict and cooperation.*

Sinding, R. (1981). *Qu'est-ce qu'une crise.* Presses Universitaires de France.

Trompette, P., & Caroly, S. (2004). En aparté avec les morts.... *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 43, 63-84. <https://doi.org/10.4000/terrain.1836>

Trompette, P. (2008). Le marché des défunts (pp. 13-25). Paris: Presses de Sciences Po.

Wolf, J. (2012). Le travail en chambre mortuaire : Invisibilité et gestion en huis clos. *Sociologie du travail*, 54(2), 157-177. <https://doi.org/10.4000/sdt.4986>

Wybo, J.-L. (2009). *Le retour d'expérience : Un processus d'acquisition de connaissances et d'apprentissage.* 20.