



La prise en compte de la crise sanitaire au CHRU de Tours

Par Marie-Noëlle Gerain-Breuzard, directrice Générale du CHRU de TOURS



Dès la fin la crise sanitaire du printemps 2020, le CHRU de Tours s'est fixé un objectif ambitieux: se donner 6 mois pour simplifier

les procédures, ouvrir des pistes nouvelles, travailler à leur mise en œuvre de manière rapide, et réaliser un premier bilan au printemps 2021.

Cette réflexion n'était pas nouvelle au CHRU de Tours !

Elle était déjà inscrite dans le Projet d'établissement, notamment pour le Projet managérial. Mais la démarche méritait d'être approfondie, au regard des fonctionnements plus fluides et des collaborations plus directes que l'établissement a été amené à mettre en place pour faire face à l'épidémie.

De manière générale, ce qui frappe dans cette crise, c'est qu'elle a permis d'accélérer l'émergence de nouveaux processus de gestion qui peinaient à s'imposer. Le CHRU de Tours a souhaité tirer des enseignements de la gestion de crise au-delà du RETEX auquel il a procédé. Deux facteurs y ont contribué fortement. D'une part, la crise a imposé la mise en place de « cellules de crise ». Organisées dans la plupart des établissements, ces cellules ont permis la concrétisation d'un exercice réel de pilotage concerté, réunissant dans un même cercle des directeurs, des médecins, des informaticiens, des logisticiens.... Dans bien des cas, ces cellules se révèlent très efficaces. A Tours, cette expérience fut vécue fort positivement et a durablement marqué les esprits.

D'autre part, bien avant la crise du Covid, le CHRU de Tours s'était engagé, dès 2016, dans son plan d'actions pluriannuel, pour la construction d'un projet de gouvernance et de

management qui se déploie progressivement à travers la mise en place d'un plan d'actions. Ainsi, la fluidité de gestion portée par la cellule de crise, a fortiori sur une durée longue comme celle que nous connaissons, se trouve facilitée par le type de management qui régit déjà les relations au sein de l'établissement.

« Simplifier Mon Hôpital »

Bien entendu, cet état d'esprit se retrouve dans la démarche « Simplifier Mon Hôpital » que nous avons amorcée en mai 2020. D'une part, la forte implication de l'ensemble des forces du CHRU autour de ce nouveau projet, dès la sortie de la première crise sanitaire, sous le patronage conjoint de la Direction Générale du CHU et de la Présidence de la CME est un élément facilitant. La mobilisation sur ce projet a été collective, ce qui a permis de le faire vivre. Des acteurs d'horizons divers au sein du CHRU ont été invités à s'exprimer :

les membres du groupe Projet managérial, de la cellule de crise COVID, du groupe Reprise d'activité, de la Commission de la Vie Hospitalière, commission de la CME, du Collège cadres, notamment.

D'autre part, l'objectif de ce projet a été clairement défini : apporter les améliorations utiles, des fonctionnements plus fluides et des collaborations plus directes, se traduisant par des actions réalisables dans les 6 mois, portées directement par les personnes sollicitées (référénts tant médicaux que non médicaux).

Une démarche en deux étapes

La première étape devait faire émerger les idées à retenir de la crise pour simplifier les fonctionnements dans quatre processus majeurs : Mieux se connaître ; Faciliter les projets ; Disposer des bonnes ressources ; Travailler ensemble. Pour ce faire, un questionnaire a été envoyé dès la fin juin 2020, invitant chaque acteur « à s'exprimer sur le point principal de son quotidien qu'il souhaitait voir simplifier ». Les réponses ont été classées et complétées début juillet par un groupe de volontaires, afin de cibler les points prioritaires.

La deuxième étape avait pour but d'établir un plan d'actions comportant les simplifications à mettre en place sur la base des thèmes identifiés, portées au sein d'ateliers associant volontaires et directions fonctionnelles concernées. Chaque atelier était invité à restituer des propositions soumises conjointement à la Directrice Générale et au Président de la CME. Afin de rendre cette démarche pleinement opérationnelle, les ateliers étaient également appelés à fixer les

échéances des actions attendues. En outre, ils étaient chargés de constater la faisabilité de solutions proposées.

Au total, 19 ensembles d'actions ont été retenus, à mettre en œuvre dans les 6 mois.

« L'objectif de ce projet a été clairement défini : apporter les améliorations utiles, des fonctionnements plus fluides et des collaborations plus directes, se traduisant par des actions réalisables dans les 6 mois, portées directement par les personnes sollicitées (référénts tant médicaux que non médicaux) »

Un bilan sera établi au printemps 2021.

Cette crise est complexe à porter, à tous les niveaux de la chaîne de décision. Il nous revient d'en capitaliser les enseignements. Les scientifiques, les médecins y travaillent dans leurs domaines, il est de notre responsabilité de directeurs d'établissement d'en tirer également les leçons et d'agir dans le domaine de la gestion et du management de l'hôpital, en partenariat avec les cadres et les responsables médicaux.

PRISE EN COMPTE DES RETOURS D'EXPERIENCE DE LA CRISE SUR LA CONCEPTION DU PROJET DU NHT ET DU NHC

Dès le mois de mai 2020, l'équipe-projet du Nouvel Hôpital Trousseau mise en place en 2018 a engagé une réflexion sur les améliorations à apporter au projet sur la base des constats faits durant la crise sanitaire, de façon à adapter les bâtiments existants ou en cours de construction à l'hypothèse de crises épidémiques récurrentes.

De nombreuses réunions se sont tenues avec les utilisateurs pour examiner les améliorations nécessaires induites par les pratiques médico-soignantes dans les services actuels au moment de la pandémie.

Ces évolutions fonctionnelles sont de trois natures :

- Création d'unités épidémiques dédiées ouvrable en cas d'afflux de malades épidémiques dans les secteurs d'hébergement adultes et enfants.
- Transformation de toutes les chambres initialement doubles en chambres simples.
- Création de circuits épidémiques et de secteurs « *sassables* » pour la prise en charge de malades épidémiques dans les services de soins critiques, d'urgence et dans le plateau chirurgical et interventionnel

D'un point de vue technique, des dispositions ont été apportées au projet afin de pouvoir modifier les modalités de traitement d'air en cas de crise pandémique grâce à un changement de régime des flux d'air par secteur ou par chambre.



« Entre mars 2020 et mars 2021, un décalage majeur est observable dans la prise en charge des patients »

Propos recueillis auprès du **Professeur Frédéric Patat**, président de CME



Quelles organisations avez-vous mises en place pour prendre en charge les patients COVID dès les prémices de cette crise sanitaire ?

Frédéric Patat : Les premiers changements d'organisation qui se sont imposés dans notre CHU de Tours aux prémices de la crise sanitaire concernent la biologie et singulièrement le laboratoire de virologie. Logiquement, avant de voir arriver en nombre les patients, la priorité fut dès le début de disposer d'outils de diagnostic fiables, rapides, évitant la contagion entre patients susceptibles de porter le virus et les autres. Un centre de prélèvement dans un lieu spécifique fut inventé en quelques jours avec en aval, une plateforme spécifique d'analyse virologique par PCR et des astreintes H24 des confrères infectiologues et virologues.

Lors de la première vague, quel fut l'impact de la déprogrammation de certaines activités sur les organisations médicales ?

F. P. : L'impact de la déprogrammation lors de la première vague fut évidemment très variable selon les disciplines. Comme partout, c'est l'analyse au cas par cas de la balance bénéfice/risque qui servit de boussole. Sans surprise, la chirurgie programmée dite fonctionnelle connut le recul le plus net. Inversement, on privilégia le maintien de la cancérologie. Dans ce secteur, les retards de prise en charge constatés par les sociétés savantes et les institutions peuvent, en partie, être expliqués par la sidération de notre système de santé en mars et avril. Les cabinets médicaux ont ralenti, des flux aux urgences en chute libre retardèrent la découverte des nouveaux cas.

Comment avez-vous composé avec le manque de ressources humaines médicales et soignantes ?

F. P. : Le manque de ressources humaines médicales et soignantes fut bien moins perceptible à la première vague où seules les

compétences propres à la réanimation furent mises en tension. L'apport des professionnels en école IADE ou IBODE fut très précieux. Nous avons aussi beaucoup renforcé les services de médecine, ouvert le centre de dépistage, renforcé la pharmacie et la virologie, installé des centres d'appel, et l'ensemble des étudiants paramédicaux ainsi que certains étudiants en médecine et en pharmacie, ont été mobilisés, soit en renfort des services, soit sur les gardes d'enfant compte tenu de la fermeture des écoles. La chronicité de

« La chronicité de la surcharge hospitalière effective depuis fin octobre 2020 se traite également par le recours à l'intérim, qui connaît ses limites, et une accélération des rythmes de travail difficile à quantifier mais bien réelle »

la surcharge hospitalière effective depuis fin octobre 2020 se traite également par le recours à l'intérim, qui connaît ses limites, et une accélération des rythmes de travail difficile à quantifier mais bien réelle.

En matière de prise en charge des patients Covid, quelles différences observez-vous entre les premiers mois de cet épisode sanitaire et aujourd'hui ?

F. P. : Entre mars 2020 et mars 2021, un décalage majeur est observable dans la prise en charge des patients. Il y a un an, les points d'interrogation étaient notre ponctuation favorite. Depuis, grâce aux efforts de recherche clinique structurels et à l'expérience pratique acquise par les équipes, l'évaluation de la gravité de chaque patient, le cours naturel de la maladie et nos possibilités thérapeutiques sont bien codifiés. Ceci constitue le

socle où peuvent s'inscrire l'évaluation des innovations. Il est par ailleurs très important de souligner le rôle clé qu'ont joué et tiennent encore les services pharmaceutiques pour nos approvisionnements et les équipes d'hygiène, renforçant au quotidien les bonnes pratiques de protection.

Comment accompagnez-vous les professionnels de santé de votre établissement dans ces épreuves successives ?

F. P. : Le premier et très important outil d'accompagnement des professionnels de santé fut et est toujours le bulletin hebdomadaire de situation. Il contient les données épidémiques actualisées et la situation du CHU ainsi que les décisions adoptées, les règles à suivre, les numéros utiles, les recommandations. Bref, un partage d'informations très ouvert permettant à chacun de se sentir partie prenante. Par ailleurs, nos psychologues, psychiatres et médecins du travail, ainsi que la DRH et la DAM jouent leurs rôles respectifs via des possibilités d'accès facilités. Les solutions de télétravail et de télé Réunion ont été déployées très rapidement par les services informatique.s

Comment cette crise sanitaire booste-t-elle les coopérations et les échanges dans le cadre de votre GHT ?

F. P. : Pour un PCME de CHU élu en décembre 2019, la crise sanitaire fut une occasion, certes précipitée, de travailler très vite avec les homologues du département via notre GHT. La gestion de crise ne constitue pas, loin s'en faut et fort heureusement, l'objet principal du GHT mais force est de reconnaître que la nécessité de se parler, se comprendre, trouver des solutions en temps accéléré a renforcé la connaissance réciproque et l'estime des confrères. La constitution des CPTS toutes déjà structurée a été d'une grande aide. Un médecin de la CPTS est systématiquement invité à la CME et au collège médical du GHT. Le cadre de fonctionnement avec les cliniques a été plus inégal.