

« Le CHU de Dijon bénéficie d'une culture très précieuse de la confiance et du respect réciproque des compétences de chacun »

► Propos recueillis auprès de **Nadiège Baille** directrice générale du CHU de Dijon



Comment votre établissement a-t-il appréhendé cet épisode pandémique dès les premiers cas identifiés ?

Nadiège Baille : Au décours de cette crise, le CHU de Dijon a affirmé et amplifié ses atouts : sa responsabilité territoriale et sa capacité d'adaptation et d'innovation. Le CHU a amplifié sa collaboration avec ses établissements partenaires, les hôpitaux du groupement hospitaliers de territoire mais aussi ceux de la métropole dijonnaise, publics et privés. Notre ligne directrice a été d'être adaptables et de jouer collectif. La gestion de crise a commencé dès le mois de janvier 2020 avec l'association des spécialistes des maladies infectieuses et les virologues du CHU.

Quelles transformations avez-vous opérées pour faire face aux premiers effets de cette crise sanitaire ?

N.B. : La gestion de la crise au CHU de Dijon a porté sur les parcours de prise en charge, à la fois en interne à l'établissement mais aussi au niveau du territoire métropolitain et au-delà. Nous avons appréhendé les différentes trajectoires de patients (Covid/non Covid, psychiatrie, patients âgés, pédiatrie, parturientes) en adaptant à chaque palier le capacitaire nécessaire. Nous avons créé de nouvelles unités, converti des services, beaucoup de professionnels ont changé de métier et adapté leurs compétences. Le CHU de Dijon a eu la chance, et cela se vérifie encore aujourd'hui, de ne pas être dépassé, d'avoir toujours, même si cela a été parfois extrêmement tendu, une petite marge permettant de ne pas dégrader la qualité des prises en charge.

En matière d'organisation infrastructurelle et médicale, comment, en un temps record, votre CHU s'est-il adapté au rythme de cette crise ?

N.B. : Le CHU de Dijon bénéficie d'une culture très précieuse de la confiance et du respect réciproque des compétences de chacun. Cette culture a été un véritable levier d'efficacité au sein de la cellule de crise mise en place dès les premiers jours. La gestion de crise a reposé sur un partage d'information et des décisions au sein d'un collectif où toutes les forces vives de l'hôpital s'exprimaient. Un très bon niveau de collaboration a aussi été à l'œuvre avec l'agence régionale de santé et avec les établissements environnants.

« Le fait marquant est le développement accéléré de la télémedecine qui a permis d'amplifier le suivi des patients COVID et non COVID à domicile »

Quelle différence observez-vous entre les premiers mois de cet épisode sanitaire et aujourd'hui ?

N.B. : Un des grands enseignements de la première vague est que beaucoup de patients ont vu leur prise en charge interrompue ou retardée du fait des déprogrammations, d'une peur de se rendre à l'hôpital. Nous voulons éviter de reproduire cet effet délétère en seconde période et c'est pour cela que nous avons maintenu toute notre activité ambulatoire et de consultation, très orientée vers le diagnostic et la prise en charge des patients chroniques. L'autre grand facteur de différenciation est saisonnier : nous devons prendre en charge

cette fois les traditionnelles pathologies hivernales en plus du COVID, tout en gardant, comme évoqué plus haut, une activité habituelle plus importante, cela se traduit par un besoin capacitaire et en ressources humaines beaucoup plus élevé.

Selon vous, dans quelle mesure cette crise permettra-t-elle au CHU d'accélérer le développement de ses outils numériques ?

N.B. : Le fait marquant est le développement accéléré de la télémedecine qui a permis d'amplifier le suivi des patients COVID et non COVID à domicile. Les médecins ont vaincu leur réticence et l'obstacle financier a été levé. La crise a montré qu'on pouvait faire de la prise en charge médicale de qualité avec une distanciation physique. L'autre nouveauté est le déploiement du télétravail et l'accélération du déploiement de nouveaux outils comme la dématérialisation du processus d'admission.

Quel message souhaiteriez-vous transmettre à l'ensemble de vos équipes et collaborateurs ?

N.B. : Le message central de la direction générale souhaite faire passer aux hospitaliers dijonnais est un message de remerciements et de fierté partagée : chaque personne, chaque agent, chaque métier a contribué, à sa façon, au maintien de la qualité de la prise en charge de tous nos patients. Soignants, médecins, étudiants, retraités, logisticiens, pharmaciens, informaticiens, biologistes, agents administratifs, la réussite et l'adaptation du CHU de Dijon pendant la crise, c'est une histoire collective. Tout le monde fait preuve de combativité, de professionnalisme, d'humanisme. C'est aussi un message de compréhension et de partage de la fatigue, de la lassitude, des peurs et des doutes.



« Le CHU a pu compter sur la solidarité des équipes »

Propos recueillis auprès du **Docteur Marie-Pierre Guenfoudi**, Vice-président CME du CHU de Dijon



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

Marie-Pierre Guenfoudi : Le CHU de Dijon a activé très tôt sa cellule de crise, dès le 24 janvier 2020. A l'époque il s'agissait surtout d'analyser la situation d'après les données existantes et à préparer la réponse sanitaire. Les premiers cas sont arrivés début février et il a fallu mettre en place les circuits d'accueil des patients de façon à ne pas mélanger les patients contaminés par le virus et les autres. Un SAS de prélèvement aux urgences a été mis en place en une nuit ainsi que l'identification d'un secteur COVID à l'UHCD. Le centre 15 a dû ouvrir des salles de débordement pour prendre en charge l'afflux massif d'appels. Ceci a été possible grâce à la participation d'étudiants en médecine.

En fonction de l'augmentation du nombre de patients, l'enjeu était une adaptation capacitaire graduelle selon des paliers impliquant une déprogrammation adaptée.

Dans un premier temps, une sectorisation pour les patients médicaux en maladies infectieuses et pour les patients de réanimation en Médecine Intensive de Réanimation puis une extension sur d'autres unités notamment en gériatrie, en Médecine interne, en SSR et sur les autres réanimations. Très vite, les urgences ont été engorgées et il a fallu trouver une solution pour transférer rapidement ces patients en attente de résultats. Ainsi, une unité de cardiologie a été transformée en Unité de Diagnostic Rapide; cette unité servant de service d'aval des urgences en attente de résultats et de transfert dans une unité dédiée. Pour augmenter encore le capacitaire en réanimation, l'extension s'est faite sur des lits de néphrologie soins intensifs ainsi que sur des blocs opératoires. La transformation des lits de SSPI en lits de réanimation non COVID a permis de continuer la prise en charge des urgences non COVID. L'ouverture d'une unité de sevrage ventilatoire en pneumologie a également permis de soulager les réanimations. La cellule transfert a quant à elle activé les évacuations sanitaires au moment opportun.

Un autre secteur s'est adapté de façon

rapide et efficace à la crise, le secteur des analyses virologiques, du prélèvement au rendu de résultat. Le CHU, en partenariat avec l'équipe d'hospitalisation à domicile de notre territoire (HAD) a mis en place des équipes mobiles de prélèvement mobile. Le CHU de Dijon a bénéficié d'une des sept plateformes nationales d'analyse à Haut Débit (plateforme MGI), opérationnelle dès le mois de mai. Les équipes du laboratoire ont mis en fonctionnement dès le mois de juin un centre de dépistage sous forme de DRIVE.

Un autre grand sujet de mobilisation a été le suivi des stocks et l'approvisionnement en matériels et médicaments critiques. Des solutions palliatives (fabrication de SHA, stratégies d'épargne des médicaments de réanimation, confection de blouses) et innovantes (bulle de transport de patients BRAVE) ont été trouvées.

Enfin, le CHU a pu s'appuyer sur une équipe d'hygiénistes performante pour la mise à jour des protocoles et recommandations, leur diffusion et la formation des équipes. Des formations par simulations et des tutoriels ont été élaborés par notre centre de simulation en santé et ont contribué à la bonne prise en charge des patients.

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

M.-P. G. : La fermeture de certaines unités a permis de redéployer des ressources médicales vers d'autres secteurs en demande notamment: les services COVID; le sas de prélèvement (organisation d'une permanence médicale au départ avec les infectiologues puis avec l'ensemble des spécialités du CHU); l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des urgences; les services de réanimation avec l'aide des chirurgiens pour retourner les patients en décubitus ventral. Les juniors ont également été mis à contribution: doublement de la ligne de garde de nuit, renfort des internes de biologie au sas de prélèvement, renfort du centre 15 par des étudiants en médecine pour assurer une puis deux salles de débordement, participation des étudiants en médecine et en pharmacie au contact tracing, renfort des internes de chirurgie en réanimation. Le vecteur de la téléconsultation a aussi connu un développement accéléré au décours de la crise.

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

M.-P. G. : Le CHU a pu compter sur la solidarité des équipes. Certains médecins dont les unités étaient fermées sont venus prêter main forte aux unités COVID. Certains chirurgiens qui ont dû baisser drastiquement leur activité opératoire se sont mobilisés pour aider les réanimateurs notamment pour retourner les patients en décubitus ventral. Les personnels soignants ont été redéployés sur les unités COVID, les IADES et IBODE sont venus renforcer les réanimations. Le CHU a pu compter également sur le renfort de nombreux étudiants en médecine et d'écoles (IFSI, IBODE, IADE, IFCS) qui ont assuré des postes soignants tout au long du printemps. Une plateforme de mise en relation avec des volontaires soignants (MEDGO), des volontaires retraités et l'intérim ont apporté quelques appuis complémentaires.

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

M.-P. G. : Elles sont de plusieurs ordres, à commencer par un accueil des patients plus efficient. Les équipes étaient mieux préparées car les leçons de la première vague ont été tirées; le triage et l'orientation des patients ont pu rapidement être mis en place dans des conditions matérielles améliorées. Les équipes étaient moins angoissées et tout le

monde a su s'adapter à l'arrivée croissante des patients.

Un accès plus large aux tests de diagnostics: l'intensification de la stratégie de dépistage et l'accès aux tests de diagnostic rapide a permis de fluidifier les parcours de soins et de transférer les patients arrivant aux urgences beaucoup plus rapidement dans les services. Une meilleure connaissance de la période de contagiosité des patients a permis de fluidifier l'aval et de faire sortir les patients plus rapidement.

Une coordination médico-administrative performante et les points de cette coordination ont été les suivants: une cellule de crise très efficiente avec mise en application rapide des décisions prises; une meilleure anticipation des parcours de soins en amont (niveau de soin) et en aval de la réanimation comprenant le sevrage ventilatoire (service de pneumologie) et la réadaptation (SSR...); une meilleure anticipation des transferts au sein des établissements de la région en lien avec des simulations plus justes et une meilleure cohérence de prise en charge au niveau régional (via la cellule transfert à la fois sur les réanimations et les services de médecine COVID); une meilleure organisation médicale notamment sur la période de garde, de week-end et de jours fériés; une solidarité toujours présente; une coopération plus efficiente et un dialogue plus important entre les services de médecine, réanimation et soins intensifs. Une véritable plus-value de l'unité de sevrage pulmonaire ouverte à la fin de la première vague; une efficacité absolue et redoutable du concept de réanimation éphémère en SSPI. Cependant, tous ces atouts n'ont pas empêché une lassitude et une fatigue de tous les professionnels et une crainte de perte de chance pour les patients non COVID.

Traitements médicamenteux: au début de la pandémie, aucun traitement spécifique, aucune recommandation n'existaient. L'expérience acquise ces derniers mois a permis une meilleure prise en charge des patients diagnostiqués positifs au coronavirus. Un moindre recours aux antibiotiques en phase initiale car il existe très peu de co-infections. La prescription de corticoïdes et plus précisément de dexaméthasone a montré son intérêt pour réduire l'évolution vers les formes graves chez les patients oxygéo-requérants. En réanimation cela semble se traduire par des patients moins requérants en curares peut-être parce qu'ils sont moins inflammatoires. D'autre part, le retour d'expérience de la première vague a montré que certains patients décédaient brutalement en réanimation par embolie pulmonaire provoquée par la formation d'un caillot d'où l'intérêt de la prescription

d'un traitement préventif anticoagulant. Tout patient diagnostiqué positif se voit maintenant prescrire un anticoagulant. Enfin, la moindre pénurie en médicaments anesthésiants et curares sur la deuxième vague a permis la poursuite de modes d'anesthésie performants. Des modes de ventilation moins agressifs et des alternatives à la réanimation: sur cette deuxième vague, la ventilation se fait avec des niveaux de PEEP (pression expiratoire positive) moins élevés engendrant moins de cas d'insuffisance rénale aiguë et de dialyse mais également de barotraumatisme responsable de pneumothorax. On intube moins systématiquement les patients et on a plus recours à l'oxygénation à haut débit. Cette technique moins agressive pour le patient permet de ne pas endormir et sédaté les patients. Elle permet de mettre moins de patients sous ventilation artificielle mais nécessite une formation adéquate.

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

M.-P. G. : Trois axes ont été plus spécialement déployés pour aider les équipes du CHU de Dijon à traverser cette crise. Tout d'abord, un gros effort a été fait sur la communication et la transparence dans la gestion de crise: publication très rythmée de flashs actualité et de flashs activité (indicateurs chiffrés de la gestion de crise), diffusion large du compte-rendu des cellules de crise, des consignes nationales et régionales. Ensuite, des dispositifs de soutien ont été activés et étoffés en deuxième période: une cellule d'écoute téléphonique permettant de mobiliser des ressources médico-psychologiques a été mise en place, des sessions de méditation, de massage, de renforcement d'équipe ont été organisées (dispositif RESPIRE). Enfin, une démarche de retour d'expérience a été structurée avec l'encadrement permettant de prendre du recul, de capitaliser sur l'expérience acquise mais aussi de remercier chacun pour son engagement.

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

M.-P. G. : La crise est l'occasion d'un échange encore plus dense et efficace à l'échelle de notre groupement hospitalier de territoire Côte-d'Or – Haute-Marne. Nous partageons entre établissements du GHT et du territoire dijonnais notre capacitaire COVID et échangeons sur nos situations respectives sur un rythme hebdomadaire. Afin d'atténuer l'impact de la déprogrammation chirurgicale au CHU, des blocs déportés ont été activés dans trois établissements dijonnais privés et PSPH.