



CHU de Lille

« Garder un temps d'avance »

Propos recueillis auprès de **Frédéric Boiron**, le Directeur général du CHU de Lille



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

Frédéric Boiron : Parce qu'il est l'établissement référent du risque épidémique et biologique pour la région des Hauts de France, le CHU de Lille a mis en place aux côtés de l'ARS, dès janvier 2020, un dispositif de surveillance et de suivi des cas suspects et confirmés par le virus émergent. Nos experts en Infectiologie, Hygiène et Virologie ont mis progressivement à la disposition de l'ARS et du territoire les recommandations et conduites à tenir en fonction de l'état des savoirs. L'accueil des premiers cas s'est par ailleurs fait en respectant des circuits différenciés et en protégeant les professionnels. Il y avait bien sûr de l'inquiétude mais, surtout, beaucoup de sang-froid.

« Adapter la prise de décision à la rapidité et la durée de la crise »

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

F. B. : Le premier changement a concerné immédiatement la gouvernance et le pilotage : en installant avec le Président de CME une cellule de crise d'établissement (CCE) et en privilégiant les circuits courts de décision. Concrètement, cela signifie moins d'étapes de concertation, et dans le même temps un renforcement de la communication auprès de l'ensemble de la communauté, une grande transparence dans les décisions prises et la capacité à réunir simultanément toutes les expertises. Pour que la prise de décision soit solidement préparée, une cellule de crise opérationnelle (COC) a été installée, s'appuyant sur les dix cellules des sites hospitaliers de notre campus hospitalo-universitaire. L'organisation de crise a évolué dans le temps, dans la fréquence et le format de certaines réunions, pour s'adapter aux différentes phases de la crise sanitaire : les

fondamentaux sont restés les mêmes, nous avons conservé les appellations et les circuits et cela participe d'une meilleure visibilité pour nos équipes.

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

F. B. : Le plan de montée en charge des capacités dédiées à l'accueil des patients atteints de la maladie, tant en médecine, qu'en soins critiques et en SSR est directement piloté par la cellule de crise. Notre stratégie a consisté, lors des deux vagues successives, à disposer quotidiennement d'une réserve d'au moins 10 lits disponibles, en nous adaptant au rythme exponentiel des besoins et à la situation observée dans les autres établissements du territoire et de la région. Nous avons renforcé significativement notre cellule de gestion des lits et déployé un sharepoint mis à la disposition des autres établissements du territoire, publics comme privés.

Une stratégie capacitaire, ce sont des espaces et des circuits à identifier, des équipements à rendre disponibles et, surtout, des compétences médicales et paramédicales à identifier, former et déployer. Un grand CHU

comme le CHU de Lille présente l'équation difficile de disposer de ressources, en nombre et en compétences, facilement mobilisables et de devoir absolument conserver le rôle de recours pour le reste du territoire. Cela signifie concrètement qu'il faut sans cesse équilibrer les décisions en faveur de la prise en charge COVID avec le maintien d'une offre de soins sur laquelle tout le territoire compte pour transférer ses propres patients.

Le report des interventions non urgentes a libéré des infirmiers anesthésistes et des infirmiers de bloc opératoire qui ont renforcé les unités de soins critiques. Un programme de formation spécifique, s'appuyant sur le centre de simulation PRESAGE de la Faculté de médecine, a été mis en place pour accompagner nos soignants. Au total, 160 professionnels sont venus en renfort des unités de soins critiques COVID qui ont pris en charge 715 patients COVID à ce jour et jusqu'à 120 patients simultanément.

En mars comme en octobre, nous avons ouvert des lits de réanimation supplémentaires jusqu'à dédier aux patients COVID la totalité de notre bâtiment des réanimations médicales de l'Hôpital Salengro (74 lits) et une partie des réanimations-USC chirurgicales et soins intensifs de l'Hôpital Huriez. Bien sûr, certaines unités de recours régional n'ont pas été concernées : par exemple, les lits pour les grands brûlés, l'activité de toxicologie, le caisson hyperbare et les réanimations pédiatriques et néonatales ont été sanctuarisées.

Lors de la première vague, nous avons fait le choix de dédier un de nos hôpitaux, l'Hôpital Calmette, à l'accueil des patients COVID. Equiper, organiser et ouvrir, en quelques jours, l'ensemble du dispositif de médecine COVID, dit COMED, a été une véritable prouesse : en 48 heures, 140 lits ont été équipés pour l'accueil des patients COVID. En octobre, l'expérience acquise par les équipes qui avaient

retrouvé leurs services d'origine et l'incertitude demeurant sur l'ampleur des besoins à venir nous ont conduit à déployer progressivement, dans tous les hôpitaux MCO du campus, des unités COMED. Cela a permis que l'ajustement se fasse au plus près de chaque discipline, en fonction du niveau de déprogrammation engagé, cette fois-ci moins massif et plus progressif, et de ses ressources en

«La cellule de crise a défini le cap : «garder un temps d'avance»

un dispositif de 320 lits COVID, dont 122 en réanimation et 171 en médecine.

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

F. B. : Tout est différent ! Nous connaissons mieux le virus et la maladie, la thérapeutique a évolué et les moyens de dépistage et de diagnostic également. La généralisation des moyens de protection individuelle et les gestes barrières font moins débat : la doctrine est claire et partagée, d'ailleurs ces précautions sont bien acceptées et appliquées par nos professionnels et des aménagements ont été réalisés partout où cela était possible.

Il demeure des tensions fortes sur les chaînes de production à l'échelle internationale et cela pèse sur nos circuits d'approvisionnement : cependant, le monitoring qui est fait de nos stocks et de nos consommations nous a permis d'éviter des effets de rupture brutale jusqu'alors. Depuis le début de l'année 2020, nos équipes de Pharmacie, de la Logistique et des Achats ont fait preuve d'une créativité exceptionnelle.

S'agissant du diagnostic et du dépistage, le laboratoire de Virologie a franchi récemment le cap des 200 000 analyses RT-PCR. Son action va bien au-delà en pilotant le centre de prélèvements ouvert au grand public et en testant la sensibilité et la spécificité des nouveaux dispositifs qui arrivent progressivement sur le marché : TROD et tests salivaires par exemple.

La coordination de notre Groupement hospitalier de territoire avec les autres acteurs

hospitaliers publics et privés de la région repose sur des circuits bien installés dont l'efficacité ne s'est pas démentie. Les experts infectiologues du CHU de Lille continuent de rendre disponibles auprès des professionnels de

santé de la Région, les procédures actualisées de prise en charge. Ils sont impliqués dans la coordination des filières de soins, aux côtés des référents en soins de suite et rééducation (SSR) et en gériatrie, grâce aux astreintes médicales qui ont été déployées par territoire. En quelques mois, ces habitudes ont été vite prises et cela fonctionne : c'est vrai pour l'orientation et la prise en charge des malades

et des résidents, la formation aux prélèvements et l'analyse des tests RT-PCR et c'est aussi le cas pour la logistique. A la demande de l'ARS, le CHU de Lille s'est organisé pour assurer l'achat et la redistribution des consommables critiques. Il a fallu être inventif : dégager des surfaces de stockage, les sécuriser et renforcer nos équipes logistiques et pharmaceutiques.

Surtout, nous vivons avec le virus dorénavant. C'est vrai à l'hôpital et dans nos vies personnelles. Certains changements sont durables : outre les unités de soins, les plateaux de consultations, les plateaux médicotechniques et les laboratoires, c'est tout le campus qui

a connu des aménagements pour faciliter les gestes barrières : salles de restauration, cafétérias, vestiaires, circulations, bureaux des entrées, espaces tertiaires.

Pour les patients et leurs proches, les modalités de visites et d'accès varient en fonction du niveau de circulation du virus et des recommandations nationales.

L'expérience du premier confinement a conduit à imaginer et mettre en œuvre des solutions de gardes d'enfants innovantes, au CHU, avec les renforts des étudiants en santé et en partenariat avec la Ville et le Rectorat dans les écoles. D'autres actions sont venues en soutien de nos professionnels : par exemple, l'ouverture d'une Zen Zone avec de prestations de coiffure, de massages et de podologie, la mise à disposition de nouveaux services pour faire ses courses et être livré en paniers primeurs biologiques. Prendre soin de nos professionnels, c'est une priorité qui ne dément pas.

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

F. B. : Les hospitaliers savent bien qu'une crise est toujours un accélérateur de solutions. En matière d'outils numériques, cela s'est aussi vérifié. Depuis le premier confinement en mars, plus de 15 000 téléconsultations ont été réalisées, grâce aux équipements installés dans 56 services et la plateforme régionale d'interopérabilité PREDICE. La limitation des visites des proches a aussi conduit à équiper les unités en tablettes pour permettre des contacts entre les patients et leurs familles. Le numérique est également une réponse à l'impératif de réactivité et de gestion en temps réel des situations de crise : pour connaître l'état des lits sur un territoire par exemple.

«Vivre avec le virus et soutenir nos professionnels»

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

F. B. : C'est d'abord d'un message d'immense gratitude et d'admiration : les professionnels du CHU de Lille ont agi avec sang-froid et

discernement. Leur engagement, à tous les niveaux de l'organisation hospitalière, est décisif pour apporter à la population les soins dont elle a besoin dans cette période inédite. Je veux rendre hommage à la créativité, la solidarité et l'extraordinaire capacité d'adaptation

dont ont fait preuve les équipes en quelques mois à peine ! et leur dire que bien des innovations et solutions que nous avons construites nous seront utiles et précieuses pour l'avenir de notre CHU.



«Les professionnels de santé ont senti avec positivité la mise en place d'une gouvernance immédiatement concernée par la crise»

► Propos recueillis auprès de **François-René Pruvot**, Président de la Commission médicale d'établissement du CHU de Lille



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

François-René Pruvot : Les organisations mises en place ont été de l'ordre du capacitaire et de l'ordre de la fonctionnalité. Au plan capacitaire, ont été ouvertes des Unités Médicales d'Hospitalisation COVID appelées «*COMED*». Les réanimations se sont dotées d'une structure COVID, c'est à dire une augmentation des ressources humaines à partir de leurs unités de réanimation générale et par ailleurs ont «*upgradé*» leurs unités de soins continus. De la même manière, certaines unités de soins intensifs ont été «*upgradées*» en unités de réanimation. Au plan fonctionnel, la gouvernance de l'hôpital s'est appuyée sur deux médecins coordinateurs, l'un pour l'établissement, l'autre pour les relations entre l'établissement et l'extérieur. Notre institution a participé à trois réunions par semaine de coordination avec l'ARS et une réunion hebdomadaire avec son GHT. Des réunions d'informations ont été faites auprès des chefs de pôles, autant que de besoin. Enfin, les services de la pharmacie et les services logistiques ont intégré les contraintes de la crise à leur fonctionnement habituel, qui s'est trouvé densifié.

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

F.-R. P. : L'impact de la déprogrammation a été double. Tout d'abord sur les ressources humaines, par la réaffectation dans les unités COMED et dans les services de réanimation des infirmier (e) s ou des aides-soignant (e) s, essentiellement aux dépens des services de chirurgie ou des plateaux techniques interventionnels. La particularité de notre CHU était de disposer d'un hôpital ayant des plateaux d'hospitalisation disponibles après réarmement, sans l'obligation d'utiliser le capacitaire des services de spécialité, dont certaines unités ont été simplement soit fermées, soit diminuées d'amplitude. A posteriori, il a été possible de chiffrer avec le DIM la déprogrammation à un taux moyen d'environ 30 % des activités, mais dans les services de chirurgie, en particulier les plateaux techniques opératoires, la déprogrammation a pu atteindre à l'inverse entre 50 et 70 % de l'activité de base. Les médecins et les infirmier (e) s ont participé dans la réaffectation à la tenue de maquettes de fonctionnement de jour et de permanence des soins.

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

F.-R. P. : Il y a eu en dehors des réaffectations, l'utilisation soit d'embauches sur des contrats à durée déterminée, soit la collaboration des élèves en formation en santé (étudiants en médecine, élèves infirmier (e) s, élèves aides-soignant (e) s, etc.). Il y a eu pour le SAMU, l'emploi

d'éléments équivalents à la réserve sanitaire, en particulier parmi les médecins généralistes.

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.-R. P. : Bien évidemment, le CHU était fort de son expérience de la première vague et la prise en charge des patients non COVID a été mieux maintenue. Pour les patients COVID, la réouverture d'unités «*COMED*» a été plus rapide, il a par ailleurs semblé au plan médico-scientifique, une synchronisation des malades de gravité moyenne et des malades de gravité importante différente par rapport à la première vague. La décroissance des malades d'hospitalisation classique a été beaucoup plus rapide que celle des patients de réanimation. Durant la deuxième vague, la solidarité entre les établissements du GHT a été très soutenue. La situation épidémique dans la Métropole de Lille a imposé que le CHU vienne en soutien des Centres Hospitaliers de son GHT, en offrant un capacitaire d'hospitalisation plus important.

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

F.-R. P. : Les professionnels de santé ont senti avec positivité la mise en place d'une gouvernance immédiatement concernée par la crise, régulant les décisions et les plans d'action d'organisation. La cellule de crise a été ouverte par visioconférence à un nombre important de professionnels responsables des différentes activités stratégiques de lutte contre la crise. Il y a eu la mise en place d'éléments d'informations via l'intranet du CHU et les e-mails, en particulier sur les données chiffrées de l'épidémie et sur les actions particulières menées par le CHU (masques, solution originale de la pharmacie, mise en place d'actions de soutien au personnel). La Coordination Générale des Soins a été particulièrement sollicitée et attentive durant cette période et la CME s'est tenue disponible pour répondre aux nombreuses questions des médecins.

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

F.-R. P. : Dans le cas particulier du GHT-LMFI, qui regroupe dix établissements dans une zone de densité élevée et géographiquement peu importante, les dispositifs de fonctionnement habituels se sont trouvés amplifiés. Il s'est manifesté une solidarité exemplaire en termes d'échanges d'informations ou d'aides aux difficultés capacitaires. Il n'y a pas eu d'échanges très significatifs de ressources humaines en solidarité d'un établissement à l'autre mais une capacité du CHU à répondre aux demandes de laboratoire, de logistique, de conseils d'expertise et de coordination des patients.

«Il y a eu pour le SAMU, l'emploi d'éléments équivalents à la réserve sanitaire, en particulier parmi les médecins généralistes»