



CHU ROUEN NORMANDIE

« Cette période de crise a permis d'illustrer que la communauté hospitalière était capable de faire cause commune pour gérer une situation d'urgence... »

Propos recueillis auprès de **Nathalie Becret**, secrétaire générale du CHU Rouen Normandie



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

Nathalie Becret : Lors de la première vague épidémique, la région Normandie a été touchée après le Grand Est et l'Île de France et avec moins de violence. Ainsi, le CHU de Rouen, et ses instances décisionnelles ont pu anticiper et organiser la prise en charge des patients COVID. Dès le mois de février, une cellule de veille a été mise en place. Elle a ensuite évolué en cellule de crise réunie deux fois par semaine, en charge de la prise de décision, et s'appuyant sur des groupes opérationnels missionnés sur plusieurs thématiques : stratégie diagnostique et thérapeutique ; hospitalisation : adaptation des services de médecine, SSR, soins critiques ;

programmation et déprogrammation en médecine et chirurgie ; ressources humaines ; hygiène-protection-consommables ; télé-médecine ; liens avec les établissements du territoire. Autant de thèmes de travail qui ont cristallisé l'énergie des experts en infectiologie, virologie, hygiène, pharmacie, pneumologie, urgences, anesthésie-réanimation autour de la Direction Générale et du Président de la CME. Dès le début de l'épisode épidémique, des informations les plus documentées possible ont été communiquées aux professionnels du CHU, via divers canaux de communication tels que le site intranet du CHU, la messagerie, des campagnes d'affichages, etc.

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

N. B. : Le service des urgences a très tôt réorganisé ses circuits de prise en charge, en

dédiant une zone dite « CAIRA » (Centre d'accueil des infections respiratoires aiguës), pour les patients suspectés d'être atteints de la maladie. Afin de fluidifier les parcours, le service d'imagerie a dédié l'un de ses scanners pour ces patients, évitant ainsi engorgement et promiscuité. Deux centres de prélèvements ont été créés sur deux sites distants du CHU, l'un à destination des patients en interne et des professionnels du CHU, l'autre à destination de la population. Outre les secteurs de soins, la Direction de la Logistique et le Département d'Hygiène se sont fortement mobilisés pour dimensionner les stocks de matériel de protection, assurer les livraisons adéquates dans les services, compléter la formation des personnels, visiter toutes les unités. Le CHU de Rouen a par ailleurs été sollicité pour assurer l'approvisionnement en masques de diverses structures médico-sociales sur un vaste territoire.

«Au plus fort de la crise, l'augmentation du capacitaire a atteint près de 40 %»

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 département d'anesthésie-réanimation a progressivement augmenté ses capacités en lits de réanimation et en lits de surveillance continue, au rythme de l'évolution des admissions. Au plus fort de la crise, l'augmentation du capacitaire a atteint près de 40 %. En première vague, la zone SSPI du bloc opératoire a notamment été utilisée, compte tenu de la forte déprogrammation des activités chirurgicales, condition sine qua non pour disposer des compétences médicales et paramédicales pour armer les lits de réanimation supplémentaires. Au plus fort de la première vague, 143 lits de médecine et de chirurgie étaient dédiés à la prise en charge des patients COVID, mobilisant notamment les services des maladies infectieuses et de médecine interne, l'unité d'hospitalisation d'aval des urgences, le service d'hépatogastro-entérologie, et par transformation, des lits de chirurgie orthopédique et de chirurgie digestive. Ces bouleversements dans l'organisation habituelle des services ont nécessité des réaffectations de personnels, en nombre (près de 50 ETP pour les lits de médecine) et en compétences. La transformation de ce capacitaire en lits de médecine COVID a également nécessité d'augmenter les lignes de garde intra-muros. La mise en place d'une plateforme haut débit pour les analyses biologiques, issues des tests PCR, a également nécessité des réorganisations spatiales et des recrutements spécifiques pour le fonctionnement de cette nouvelle unité relevant du laboratoire de virologie.

«La seconde vague épidémique de l'automne 2020 a été marquée par davantage de lassitude pour les professionnels, sans toutefois entamer leur mobilisation»

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

N. B. : La seconde vague épidémique de l'automne 2020 a été marquée par davantage de lassitude pour les professionnels, sans toutefois entamer leur mobilisation. L'absentéisme a été un problème avec davantage de personnel soignant touché par le virus. Le deuxième épisode COVID a bénéficié des enseignements de la première vague, notamment pour l'organisation du rythme de certaines déprogrammations, l'objectif étant de prendre en charge le mieux possible les patients COVID et non COVID. Alors qu'en première vague, tous les

«Au cours de la première vague, les téléconsultations ont connu un essor considérable, toutes spécialités confondues, et notamment pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques»

patients COVID étaient orientés dans les lits dédiés, la prise en charge a été organisée différemment cet automne. Ainsi, les patients admis pour une autre pathologie et ne présentant pas de facteurs de risques, ont été soignés dans la spécialité médicale ou chirurgicale pour laquelle ils ont été admis. Au cours de la période estivale, entre les deux vagues, une unité de 20 lits de chirurgie a été identifiée et formatée (câblage et équipement) pour pouvoir accueillir une unité de réanimation transitoire si une seconde vague devait survenir. Elle a effectivement été mobilisée en octobre/novembre/décembre avec une prise en charge beaucoup plus confortable que dans une zone ouverte comme l'était la SSPI. En seconde vague, la coopération territoriale a été largement renforcée, notamment pour la préservation des prises en charge chirurgicales.

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

N. B. : Au cours de la première vague, les téléconsultations ont connu un essor considérable, toutes spécialités confondues, et notamment

pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. Le télétravail, les visioconférences ont également nécessité de mettre en place les outils techniques adaptés en des temps records et qui perdurent.

«Cette période de crise a permis d'illustrer que la communauté hospitalière était capable de faire cause commune pour gérer une situation d'urgence»

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

N. B. : Cette période de crise a permis d'illustrer que la communauté hospitalière était capable de faire cause commune pour gérer une situation d'urgence, la nouveauté étant une gestion « dans la durée ». Habituellement, le déclenchement d'un Plan Blanc a pour conséquence une mobilisation sur un laps de temps très court. Or, la crise COVID s'échelonne sur plusieurs mois, avec des reprises de l'épidémie qui nécessitent toujours agilité et adaptabilité. Le CHU a fait la preuve de sa capacité de réagir et la démonstration de son rôle clé dans son territoire. Outre des remerciements à transmettre aux équipes, c'est aussi un sentiment de fierté que l'on peut exprimer. C'est grâce à la mobilisation de tous les corps de métier du CHU que l'établissement a pu faire face à la prise en charge des patients sous ses différentes formes.



Le regard des équipes médico-soignantes

« C'est grâce aux efforts de très nombreuses spécialités qu'il a été possible de faire face aux multiples réorganisations... »

► Propos recueillis auprès du **Professeur Loïc Marpeau**, président de la CME



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

Loïc Marpeau : Les organisations mises en place ont porté sur le service des urgences, les unités de médecine, de réanimation, de SSR. Dès la 1^{re} vague, les échanges avec les médecins libéraux ont été importants, notamment pour renforcer la régulation au SAMU. Les internes, les étudiants se sont facilement mobilisés pour être répartis selon leur compétence en différents points de la chaîne de soins. La régulation intra régionale des transports et des hospitalisations en réanimation relevait d'un anesthésiste réanimateur du CHU. Les échanges avec l'ARS, les autres établissements de soins publics et privés, et le CHU de Caen, ont été réguliers, formalisés en audioconférences hebdomadaires. C'est grâce aux efforts de très nombreuses spécialités - et avec un souci d'équité - qu'il a été possible de faire face aux multiples réorganisations, et activités nouvelles, au cours de la crise.

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

L. M. : En première vague, beaucoup de consultations et d'interventions chirurgicales ont été reportées. Les séniors et juniors chirurgiens ont assuré la garde de chirurgie au SAU pour libérer leurs collègues urgentistes mobilisés dans les unités COVID. L'impact de la déprogrammation a permis de redéployer les ressources médicales et paramédicales dont les unités avaient besoin pour la prise en charge de patients COVID. Les maîtres d'œuvre restaient les infectiologues et les pneumologues, formant et supervisant les autres spécialistes

moins à l'aise. La traumatologie, la chirurgie de la main ont été orientées vers les cliniques de la Métropole; les chirurgiens thoraciques du CHU ont pu réaliser des interventions orientées en clinique. Fort des enseignements de la 1^{re} vague, ces partenariats ont été largement renforcés en seconde vague, permettant ainsi de limiter les pertes de chance: orthopédie, ophtalmologie, ORL, chirurgie pédiatrique et gynécologique, SSR.

« Fort des enseignements de la 1^{re} vague, ces partenariats ont été largement renforcés en seconde vague, permettant ainsi de limiter les pertes de chance: orthopédie, ophtalmologie, ORL, chirurgie pédiatrique et gynécologique, SSR »

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

L. M. : Le recours à l'intérim, la formation aux soins critiques du personnel redéployé en interne, l'aide venue de certains établissements libéraux voisins en anesthésistes réanimateurs ont permis de passer un cap très difficile où presque au jour le jour il fallait s'adapter.

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

L. M. : Le maintien à domicile, le recours à l'HAD, les durées de séjours raccourcies, le moindre recours à l'intubation, ont été constatés par tous. En s'inspirant de l'exemple de la régulation infra régionale des COVID réanimatoires, ont été formalisées une régulation des lits de SSR, des lits des EPHAD, et des lits d'hospitalisation conventionnelle. De même une plateforme téléphonique 7 jours sur 7 de conseils et d'orientation gériatrique a été déployée. Les déprogrammations ont été moins nombreuses mais les reprogrammations, notamment pour les activités chirurgicales, restent lentes car les effectifs sont encore mobilisés pour les lits supplémentaires en réanimation.

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

L. M. : Le département de santé au travail, et également les psychologues, sont fortement mobilisés depuis le début de la crise pour le suivi des professionnels à risque, pour la gestion des évictions, la formation à l'hygiène, la prise en compte de certaines formes d'anxiété.

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

L. M. : Cette crise a permis de développer une coopération territoriale très importante dans différents champs: organisation des SSR, HAD et fluidification des parcours; mise en place d'une plateforme gériatrique et de mécanismes de coordination de type « *bed-manager* » pour la gestion des disponibilités en lits de médecine et SSR sur le territoire; renforcement des liens dans le domaine de l'hygiène et de la qualité.