

De septembre 2020 à janvier 2021

Édition spéciale COVID-19 2^e vague Situation exceptionnelle - Le CHU dans la crise



Le laboratoire



Les soins critiques



La filière d'aval



La vaccination



S O M M A I R E

Avant-propos

Toujours mobilisés..... P. 3

Prévenir et contenir

Dépister, analyser

Un CAREB en première ligne - Un début de chaîne décisif..... P. 4 à 5

Le Laboratoire de virologie à plein régime - Tests PCR : une montée en puissance exponentielle..... P. 6 à 9

Le pôle AMIE - Le soutien sans faille de l'imagerie..... P. 10 à 11

Stopper la propagation, éviter les clusters

L'EOH sur tous les fronts - Un service qui s'adapte..... P. 12 à 13

Le SST en ordre de marche - Une mobilisation pleine et entière..... P. 14 à 15

Se restructurer pour mieux lutter

Comparaison : nombre de patients COVID phase 1 et 2..... P. 16 à 17

Les chiffres clés de la crise - de septembre 2020 à fin janvier 2021..... P. 18

Le SMIT déployé au maximum de ses capacités - Un pavillon 3 renforcé..... P. 19

Les services de Médecine en renfort - Une communauté médicale soudée et solidaire..... P. 20 à 21

Les soins critiques en déploiement sur toute une filière

La Réanimation : deuxième vague, une gestion de crise plus fluide..... P. 22 à 25

Les Urgences et l'UMCH, toujours réactives..... P. 26

Nouvelles techniques de soins face à la COVID-19

Déploiement de l'Optiflow AirVO2 en unité de médecine HDV..... P. 27

Une filière d'aval capitale - La Rééducation/Réadaptation : restructurations et redéploiements..... P. 28 à 29

Le pôle Pharmacie - Fabriquer, innover, protéger..... P. 30 à 31

La certification AFNOR - Vérification des mesures sanitaires COVID-19 : premier CHU de France certifié..... P. 32 à 33

S'adapter et poursuivre les soins

Pas de confinement pour vos pathologies chroniques - Assurer la continuité des soins..... P. 34

Le pôle Chirurgies - Une volonté de maintenir l'activité..... P. 35

Les anesthésistes sur tous les fronts - Une deuxième vague de plus grande ampleur..... P. 36 à 37

Vaccination

Vaccination - Un espoir dans la crise..... P. 38 à 39

Avant-propos

Toujours mobilisés



Pr Jean-Emmanuel de La Coussaye
Président de la Commission médicale d'établissement
Directeur médical de crise

A l'aube d'un possible troisième confinement et de l'arrivée des nouveaux variants de la COVID-19 qui vont solliciter, une nouvelle fois, toutes nos ressources et nos capacités de mobilisation, je souhaite ici revenir sur la gestion de crise, admirable, réalisée durant cette deuxième vague par notre collectif hospitalier.

Collectif, alors déjà éprouvé par une première vague qui avait entraîné dans son sillage des changements de directives, d'organisations et de rythmes de travail ; entre déprogrammations, reprogrammations et redéploiements.

Si parfois la boussole s'est affolée face à un virus dont les inconnues et les incertitudes ont pu désorienter, voire disons-le, engendrer leur lot de questionnements, de peurs et de doutes légitimes, il faut dire que ces derniers ont été, et seront toujours, contrariés par nos actions et nos décisions, guidées par notre sens du service public et notre professionnalisme qui illustrent très bien la phrase d'Albert Einstein "La mesure de l'intelligence est la capacité à changer".

Forts de ces premiers enseignements, cette capacité à changer et à s'adapter a été encore plus flagrante au cours de cette deuxième phase.

Si, au début de l'épidémie, dans une optique d'anticipation et selon les directives ministérielles, la majorité des activités avait cessé ; au cours de cette seconde phase, le CHU a dû faire face à un double défi : absorber l'activité générée par l'afflux des cas COVID tout en maintenant ses autres activités et les consultations.

En effet, il convenait de limiter au maximum les pertes de chances de nos patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, et d'assurer la continuité des soins, telles que l'édicte les missions inhérentes au service public hospitalier.

Mais au-delà de cette volonté qui a favorisé le retour *in situ* d'un grand nombre de patients, l'établissement a été extrêmement impacté par ce second épisode en concentrant les chiffres les plus élevés d'hospitalisation COVID-19 de l'Occitanie et d'une grande partie de la France.

Au pic, nous avons accueilli plus de 200 patients, ce qui est comparable à ce qu'avait pu connaître le Grand-Est lors de la première vague, et d'ailleurs, à l'instar de nos homologues hospitaliers, nous avons dû parfois transférer des patients, notamment en Bretagne, afin de soulager les Réanimations.

Réanimations dont le taux d'occupation exponentiel ont également nécessité une extension avec la création d'une Unité de Surveillance Continue (USC Réa) et l'extension à 20 lits de l'USC médecine urgence, dont les soignants en renfort provenant d'autres services ont dû se former aux techniques et à la prise en charge COVID en un temps record. Nous pouvons ici saluer leur formidable travail.

Force de proposition, la communauté hospitalo-universitaire s'est aussi mobilisée afin de réguler au mieux les flux. Sous l'égide du Pr Arnaud Dupeyron, Chef du pôle NIRR Neurologie, Infectiologie, Rééducation, Réadaptation le secteur d'aval a joué un rôle crucial : Nous avons pu moduler les services en temps réel en fonction des besoins en lits et places.

A ce titre, la Direction des soins, l'encadrement et les équipes ont été d'une opérationnalité exemplaire.

Dans ce cadre, les pavillons 3 et 3 bis ayant été réquisitionnés en urgence pour accueillir les patients COVID suite à l'extension du SMIT, le pôle Rééducation/Réadaptation a connu de nombreuses restructurations et les services ont dû faire preuve d'une adaptabilité et d'une résilience hors-norme.

Tout a été possible grâce à l'élan de solidarité de nous tous.

"Solidarité", ce mot a réellement pris tout son sens, et encore plus, durant ces derniers mois où les collaborations inter-services, les échanges et les liens se sont encore plus renforcés, permettant de réaliser des remaniements et des réorganisations inédites : tous les services œuvrant de concert.

Aussi, je lance un appel : alors que la fatigue peut se faire ressentir, restons mobilisés et vigilants.

Dans ce marathon où l'on peut peiner à voir la ligne d'arrivée, soyons conscients que si d'autres étapes nous attendent, des solutions se profilent comme la vaccination ou encore l'espoir de nouveaux traitements. Gardons en tête, qu'à chaque course d'endurance survient un second souffle qui permet, bien souvent, de remporter les épreuves même les plus difficiles.

Bon courage à tous.

Et merci.

L'établissement a été extrêmement impacté par ce second épisode en concentrant les chiffres les plus élevés d'hospitalisation COVID-19 de l'Occitanie et d'une grande partie de la France.

Un CAREB en première ligne

Un début de chaîne décisif

Le CAREB (Centre Ambulatoire Risques Émergents Biologiques) est le centre de dépistage COVID du CHU de Nîmes. Sous la houlette du Dr Didier Laureillard, directeur médical du CAREB, de Benjamin Julian-Michel, cadre de santé à la Direction Coordination Générale des Soins (DCGS) et de Frédéric Soler, cadre du Pôle Biologie Pathologie, le centre est composé d'une équipe dynamique, investie, et engagée que l'équipe de *Rythmes* a pu rencontrer et interviewer. L'occasion de recueillir les impressions d'un personnel hospitalier au cœur du dépistage nîmois.

Qu'est-ce que le CAREB et comment fonctionne-t-il ?

Frédéric Soler : Le CAREB a une place importante puisque c'est la porte d'entrée des patients amenés à être hospitalisés. Dans un même temps, il s'inscrit dans le projet national de dépistage de la COVID. Nous participons à quelque chose qui est plus grand que nous.

Le CAREB est ouvert sept jours sur sept, de 7h à 20h30, mais pour les IDE, la plage horaire s'étend de 6h30 à 21h. Sur un roulement, deux IDE sont en charge du prélèvement, et une troisième régente le tri et l'accueil du patient. Cette gestion du tri sert de vérification (rendez-vous, identité, symptômes...) des patients. Enfin, l'IDE remet la fiche de renseignements à l'agent de notre bureau des entrées (BDE) pour les étiquettes et faire ainsi entrer le patient dans le CAREB pour son test PCR.

Karel Pavade, infirmière : J'ai pris mon poste au CAREB le 5 octobre 2020, en pleine deuxième vague de l'épidémie. Pour donner un ordre d'idées, au mois d'août, nous dépistions 100 patients par jour. À partir d'octobre, le grand rush, c'est monté à 300. Cette période a été compliquée pour nous tous : nous avons même réalisé 190 tests sur une garde de matin. À l'extérieur du CAREB, au tri, venait s'ajouter le stress des patients qui attendent le geste, leurs questionnements aussi : Vais-je pouvoir me faire opérer ? Pourrais-je prendre mon avion ? Est-ce douloureux ?

Nous nous adaptons à la relation de soins, à la gestion des émotions, du stress et tentons de toujours apporter un accueil apaisant. Tout ceci dans un temps de trois minutes par patient, ce qui est l'idéal.

Pouvez-vous nous dire un mot sur le bureau des entrées ?

Émilie Breyse, agent du BDE : Le BDE est primordial et permet le bon déroulement administratif dans la prise en charge du patient. Notre rôle ne se limite pas à l'impression des étiquettes du patient, nous effectuons une seconde vérification en aval de l'IDE. Nous avons les mêmes horaires que les infirmières et sommes deux secrétaires à nous relayer. En recevant en urgence les soignants sans rendez-vous, nous nous adaptons en permanence et jonglons avec les plannings. Il faut dire que nous avons une excellente relation avec notre encadrement. Nous nous réunissons deux fois par mois avec notre cadre, Frédéric Soler, l'équipe soignante du CAREB, le Dr Laureillard, directeur médical du CAREB, Benjamin Julian-Michel, cadre de Santé en mission transversale (DCGS) et Laure Navarro, responsable qualité pour le CAREB, mais aussi Perrine Digeon ou Vanessa Alonso, responsables pour les personnels du BDE et Déborah Gouband, secrétaire référente. Cette réunion nous permet d'exprimer les difficultés rencontrées et de réajuster les mesures selon le flux. Le SSBP nous épaulé aussi car nous devons gérer, parfois, une certaine agressivité de la part de certains patients.

Et sur le secrétariat ?

Frédéric Soler : Le système qui a été aménagé pour les secrétaires du CAREB permet de prendre les rendez-vous via le portail patient du CHU (<https://patient.chu-nimes.fr>), ou par Skype. Elles y inscrivent les données dans UltraGenda et répondent aux questions des patients.

Séverine Kerfysier, secrétaire : Je suis arrivée en renfort au mois de septembre parce qu'il y avait une quantité d'appels astronomique ! Entre le 19 et le 25 octobre, il y a eu un pic à 6 161 appels. Le service informatique hospitalier (SIH) et la téléphonie ont mis en place un processus pour gérer les appels, grâce au logiciel Exolis sur le portail patient pour prendre rendez-vous. Cela nous a bien soulagées.

Asmahane Azroug, secrétaire : Pour une journée type, nous commençons à prendre les appels à partir de 7h. Nous avons deux agendas : les urgents et les non-urgents. La première chose que nous demandons au patient est le contexte dans lequel ils veulent se faire tester : voyage, cas contact, symptomatique, reprise de travail. Ces informations nous permettent de déterminer le degré d'urgence de la prise en charge.

Les secrétaires Séverine Kerfysier et Asmahane Azroug répondent aux appels

Émilie Breyse gère le BDE



Séverine Kerfysyer : Les patients sont assez agréables et font preuve de compréhension quant aux créneaux imposés. Malheureusement, il y a toujours des personnes exigeantes et impatientes. On essaie de jongler. Nous avons reçu des appels de personnes très angoissées, dans des moments tragiques, qui se sont effondrées et qu'il a fallu reconforter. Certains nous offrent aussi des petits cadeaux : bonbons, chocolats, viennoiseries... C'est l'humain qui prime.

Quelles sont les autres actions du CAREB ?

Frédéric Soler : Nous intervenons aussi sur les missions extérieures. Nous dépistons les clusters en service, et formons des soignants (du CHU ou de l'extérieur). Le CAREB se déploie à la demande de l'ARS et de Béatrice Vanuxem, Directrice de la Qualité et Gestion des Risques (DQGR), qui le diligente. Avec l'aide précieuse de la Direction coordination générale des soins (DCGS), nous prenons en charge les clusters externes et internes ; pour les clusters en EHPAD, c'est l'Équipe Mobile d'Hygiène (EMH) coordonnée par le praticien responsable, le Dr Laure Roux et les IDE de cette équipe : Antonella Burtin et Mme Carine Garau. En tant que centre de formation, nous avons formé l'ensemble des infirmiers scolaires : le Gard peut s'enorgueillir de la formation de tous ces professionnels en peu de temps, aussi bien au niveau théorique (actions de formation dispensée par Mme Élodie Careno, cadre de santé de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), que pratique (IDE du CAREB). (cf article EOH pages 12 et 13.)

1^{er} rang :
 Émilie Breyse, agent du BDE
 Fatima Akrouti, AS - Kavel Pavade, IDE
 Jeannie Roux-Sablier, IDE
 2^e rang :
 Séverine Kerfysyer, secrétaire
 Asmahane Azroug, secrétaire
 Frédéric Soler, cadre de santé de pôle

En tant que nouvelle infirmière au sein du CAREB, quelles ont été vos premières impressions ?

Jeannie Roux-Sablier : Dans le cadre d'un retour à l'emploi, je suis arrivée récemment au CAREB (4 janvier 2021). J'ai été accueillie par une équipe professionnelle qui m'a très bien formée et je suis fière de participer à cette belle mission de santé publique. J'en mesure ainsi l'importance et la position stratégique. Il y a une belle cohésion entre l'équipe soignante et l'équipe administrative. Notre encadrement est bienveillant, engagé, et nous transmet les informations extérieures et nécessaires quotidiennement. Notre cadre vient à notre rencontre deux fois par jour, prend le temps et grâce à ce lien, une belle relation de confiance s'est nouée. C'est important. **GM**

Nous avons reçu des appels de personnes très angoissées, dans des moments tragiques, qui se sont effondrées et qu'il a fallu reconforter. Certains nous offrent aussi des petits cadeaux : bonbons, chocolats, viennoiseries... C'est l'humain qui prime.



Karel Pavade, infirmière, teste une agent du CHU

Si vous souhaitez prendre rendez-vous pour un dépistage, composez le : 04 66 68 51 35



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le CAREB reçoit les patients à partir de l'âge de deux ans mais accueille les enfants de Pédiatrie (de 0 à deux ans) avec un créneau dédié les lundis, mercredis et vendredis de 11h à midi.

- L'équipe du CAREB :**
- Infirmières :** Aurélie Pantano, Pascale Vignaud, Elodie Trinquier, Karel Pavade, Jeannie Roux-Sablier
 - Aides-soignantes :** Fatima Akrouti, Véronique Gaffori, Geneviève Marcelli, Véronique Pepe
 - Secrétaires :** Audrey Olivier, Asmahane Azroug, Sally Sadissou, Séverine Kerfysyer, Soraya Ati
 - Agents d'accueil du BDE :** Émilie Breyse, Perrine Lopez, Sophie Jeune, Julie Techer (ainsi que leurs collègues du bureau des entrées central et des urgences qui viennent en remplacement)



Dépister, analyser

Le Laboratoire de virologie à plein régime

Tests PCR : une montée en puissance exponentielle

"En un an, nous sommes passés du domaine de l'artisanat à une production industrielle", c'est ainsi que le Pr Jean-Philippe Lavigne, chef du service Microbiologie et hygiène hospitalière démarre l'entretien en revenant sur l'organisation, au cordeau, qu'a nécessité la mise en place des dépistages à grande échelle. Tour d'horizon sur un service qui, de la première à la deuxième vague, n'a jamais cessé son activité et a vu une montée en puissance fulgurante.

Une adaptation dans l'urgence

"En février dernier, en termes d'organisation, face à ce nouveau virus inconnu, nous avons pour objectif, en lien avec l'institut Pasteur, de mettre en place un outil diagnostique par Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction (RT-PCR). Lorsque l'Institut a mis au point sa technique, elle a été dispatchée dans les CHU de France", se rappelle le Pr Lavigne.

Très rapidement et avec le premier confinement, le service alors ouvert 5j/7 de 8 h à 16 h, a dû se mobiliser pour réaliser des diagnostics 7j/7 et élargir ses plages horaires, notamment celles du secrétariat, de 7 h à 20 h.

"L'équipe était alors composée de deux virologues et de quatre techniciennes qui ont mis les bouchées doubles, voire triples" explique le Pr Lavigne.

Chapeau bas : à la fin du mois de Février 2020, le service était totalement opérationnel pour le diagnostic.

Face à cette montée en puissance rapide et inattendue, si la question des ressources humaines s'est posée, la problématique du matériel a également fait son apparition.

"Au début, nous n'avions pas suffisamment d'écouvillons pour réaliser les prélèvements naso-pharyngés, nous n'avions pas de réactifs pour faire les extractions et les RT-PCR" témoigne le Pr Lavigne.



Pr Jean-Philippe Lavigne
Chef du service Microbiologie et hygiène hospitalière



LE SAVIEZ-VOUS ?

Tests RT-PCR : une valse à quatre temps

- 1-La phase pré-analytique : les prélèvements au CAREB
- 2-Le neutralisation sous Poste de Sécurité Microbiologique (PCM) du virus
- 3-L'extraction puis la RT-PCR
- 4-Délivrer les résultats et faire remonter les analyses à l'assurance maladie pour le *tracing*

Ludovic Desmier, technicien dédié à la COVID depuis la 1^{re} vague

Anecdote révélatrice de cette période : "Nous avons trouvé une usine en Normandie qui a conditionné 100 000 écouvillons en vrac. À leur arrivés en service, avec une technicienne, nous préparions un à un les tubes, sous hotte. Ils étaient ensuite réceptionnés à la Stérilisation dont l'équipe, formidable, stérilisait tous les kits de prélèvements. Cela nous a permis de pallier à un énorme déficit".

Devant ce constat qui a nécessité une "improvisation parfois très importante", le Pr Lavigne tient à souligner l'aide de la Direction, notamment pour l'acquisition d'une chaîne d'extraction.

Machine ô combien stratégique puisque "l'extraction permet d'isoler du prélèvement et des cellules l'ARN du virus" explique-il.

"Tous les CHU de la région avaient été dotés, par le ministère, d'une chaîne d'extraction, sauf le nôtre. Le directeur général a alors pris la décision d'en acheter une, sur les fonds propres de l'établissement, en attendant un remboursement", salue le Pr Lavigne.

Il faut savoir qu'à partir de cette extraction, un robot vient préparer les plaques qui permettent ensuite de faire de la RT-PCR à grand débit (plus de 90 prélèvements par heure). Par la suite, les résultats sont transmis au patient et à l'assurance maladie.

Si au début ce travail était "fait main", une plateforme en ligne a dû être rapidement



mise en place avec le SIH et les biologistes. Le laboratoire a, par ailleurs, été également doté de matériels supplémentaires (PSM, thermocycleur).

"Cela a permis d'augmenter considérablement les cadences, d'éviter les erreurs et, surtout, de réduire la pénibilité et la répétition du travail des technicien(ne)s".

"Entre la première et la deuxième vague, nous sommes passés de 50 à 1 300 tests par jour" poursuit le Pr Lavigne.

Il ne faut pas oublier que le CHU gère également les prélèvements des CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze.

Rapidement, avec l'afflux de prélèvements, le manque d'espace pour accueillir les tests et les traiter s'est fait prégnant. Aussi, au départ confiné dans un petit local, le service et son secteur dédié à la COVID s'est étendu, à l'automne, dans les locaux libérés par la cytogénétique et les kinésithérapeutes.

"Entre la première et la deuxième vague, nous sommes passés de 50 à 1 300 tests par jour, au plus haut du pic"
Pr Jean-Philippe Lavigne

Camille Pichon - Françoise Grino - Myriam Leroyer - Frédérique Lafont - Martine Maurel, techniciennes en virologie / préparation des tubes



Des renforts nécessaires en personnel

Afin de soulager les équipes, dès le printemps 2020 au cours de la première vague, le CHU a recruté trois technicien(ne)s supplémentaires, dont deux dédiées à la COVID, qui sont donc passées à six.

"L'été nous avons réalisé un dépistage de masse à Bellegarde, et nous nous sommes vite rendus compte qu'il nous fallait encore plus de renforts. Aussi, il y a eu quatre recrutements de plus à la rentrée de septembre, principalement des jeunes diplômés (BTS) que je félicite également pour leur opérationnalité".

Le secrétariat a également vu ses effectifs doubler de deux à quatre secrétaires qui s'occupent, entre autres, de la gestion de tous les prélèvements et des résultats.

"Le secrétariat est assuré 7J/7 de 8 h à 20 h : elles réalisent un travail remarquable".

La prochaine étape : les variants de la COVID-19

Avec l'arrivée des variants anglais, sud-africain et brésilien, le Pr Lavigne confirme que le prochain défi du laboratoire sera *"le séquençage des génomes viraux"*.

"Actuellement, nous sommes en train de mettre en place le séquençage in situ ce qui permettra de mieux connaître les variants circulants dans notre Département car il est évident que de nouveaux variants vont apparaître. Cela permettra aussi de travailler plus efficacement avec le centre national de référence de Lyon qui est totalement saturé aujourd'hui" conclut-il.

Un grand bravo à toute l'équipe. **CD**



Une campagne de dépistage massif avait été organisée dans le cadre d'un cluster à Bellegarde, les 27, 28 et 29 juillet : 1832 prélèvements avaient alors été réalisés.





Pauline Saurel, technicienne de laboratoire / secteur dédié à la COVID



Prélèvements

ZOOM SUR

Témoignage du Dr Robin Stephan, virologue

Nous ne nous y attendions pas et l'épidémie s'inscrit dans la durée.

Dès la fin du mois de janvier 2020, le Dr Carles a mis au point le protocole fourni par l'institut Pasteur pour détecter le virus du SARS-CoV-2 par RT-PCR.

Nous avons eu nos premiers patients positifs début mars et très vite il a fallu nous réorganiser pour intégrer deux techniciennes supplémentaires à notre équipe de quatre.

Il faut savoir qu'en dehors de l'étape "PCR" qui dure près d'1 h 45, l'accueil, le prétraitement des échantillons pour neutraliser le pouvoir pathogène du virus et l'étape d'extraction nous demandent plus de trois heures. Les techniciennes peuvent rester plusieurs heures par jour à travailler sous une hotte avec surblouses et masques FFP2 pour prendre en charge les prélèvements.

Durant la première vague, une de nos plus grandes difficultés a été d'obtenir du matériel pour prélever et des réactifs d'extraction. Nous avons rarement plus de 48 h de stocks d'avance.

Au début, nous ne testions que les malades se présentant aux urgences ou hospitalisés, ce qui représentait moins de 100 demandes par jour. Au moment du déconfinement, où nous avons commencé à dépister les "clusters" notamment dans les EHPAD, les volumes de prélèvements ont considérablement augmenté. L'arrivée de nouveaux automates nous a permis de passer ce cap.

Durant l'été, alors que la plupart des services de soins retrouvaient une activité quasi-normale, notre charge de travail "COVID" n'a cessé d'augmenter pour atteindre plus de 1000 demandes par jour à laquelle s'est ajoutée la reprise à plein de notre activité non COVID.

Le provisoire se pérennise, ce qui est compliqué : l'exceptionnel qui pouvait être accepté durant la première vague est devenu une routine, le personnel du laboratoire de virologie a fait preuve d'une grande résilience.

Je retiens surtout que nous sommes une équipe soudée.



Dr Robin Stephan

Le Pôle AMIE

Le soutien sans faille de l'imagerie

Le Pr Jean-Paul Beregi est chef du pôle AMIE et chef du service de Radiologie et d'Imagerie médicale. Dans cet entretien pour *Rythmes*, il revient sur cette seconde vague de l'épidémie et sur les mesures prises pour fluidifier l'accueil des patients en Imagerie. Une montée en charge bien gérée par ses équipes.

Comment l'imagerie a vécu cette seconde vague ?

Cette seconde vague, en Radiologie ou dans le pôle AMIE, a été vécue de manière très différente comparée à la première, au cours de laquelle toutes les activités avaient été arrêtées (ou presque). L'imagerie externe et l'échographie avaient été stoppées et des zones HDV furent créées, avec un scanner dédié. Pour cette seconde vague, nous avons dû continuer les activités externes, ce qui a été plus difficile puisqu'à la première vague, l'arrêt d'une IRM et de l'activité des scanners externes nous avait permis de nous concentrer sur la prise en charge du patient COVID, le nettoyage des appareils et locaux et la récupération de personnel soignant et médical pour la COVID. Lors de cette seconde vague, même si l'activité externe avait un peu baissé dans certains secteurs du pôle, cette seconde vague a été plus importante en nombre de patients COVID que la première. De surcroît, certains de nos personnels sont tombés malades : ce n'était pas simple de gérer à la fois les patients COVID des urgences, les patients COVID hospitalisés, les patients externes et hospitalisés traditionnels.

De plus, il est toujours complexe d'accueillir des patients qui n'ont pas réalisé de test PCR (plus de 450 par jour) ; la procédure de leur prise en charge, due à la suspicion, reste toujours délicate.

Quelles mesures ont été mises en place ?

Nous avons ouvert une demi-garde médicale supplémentaire jusqu'à minuit et avec les soignants, nous avons fait fonctionner un second scanner jusqu'à 21h pour assurer la prise en charge des patients COVID provenant des Urgences et des étages. Un grand merci aux cadres, aux manipulateurs. Merci aux différentes directions. Nous sommes montés jusqu'à 80 scanners de patients COVID réalisés par jour, à la fois des urgences/portes mais aussi des patients hospitalisés et de réanimation. Il faut savoir qu'un patient en réanimation venant pour un scanner COVID mobilise une heure au scanner. Donc lorsque nous en avons trois dans une après-midi, cela sollicite fortement les personnels, les équipements et retentit sur l'ensemble des programmes. Nous étions donc en tension, sur l'ensemble de nos activités.

Concernant la radiologie interventionnelle, la ventilation et la filtration ont été améliorées, en particulier pour l'endoscopie. Il faut rappeler qu'à partir de septembre, nous avons investi deux salles du bâtiment de Neurosciences, au bénéfice de la prise en charge de radiologie interventionnelle.

"Il faut savoir qu'un patient en réanimation venant pour un scanner COVID, c'est presque une heure de mobilisation de scanner"

Pr Jean-Paul Beregi



Pr Jean-Paul Beregi, chef du pôle AMIE, chef de service de Radiologie et d'Imagerie médicale

Justement, comment avez-vous géré les Urgences ?

Avec les Urgences, nous échangeons quotidiennement les chiffres d'activité, nous avons donc un regard sur leur activité COVID et non-COVID nous permettant de nous adapter. La Direction générale et la Direction des affaires médicales nous ont accompagné dans la montée en charge de la présence médicale et soignante, puisque nous ouvrons trois heures de plus le scanner. Lors de la première vague, nous avons réclamé à l'Agence Régionale de Santé (ARS), sans succès, un scanner supplémentaire ; actuellement, nous en avons demandé un autre et attendons la décision de l'ARS. Nous sommes habitués à cette adaptation en permanence, même si les urgences classiques étaient plus rares.

Notre augmentation d'activité n'est pas forcément venue des Urgences mais de la COVID, de l'hospitalisation ainsi que de la surcharge entraînée par les procédures de nettoyage et d'habillement.

Quelles perspectives entrevoyez-vous ?

Je dirais que l'on apprend à vivre avec. Aujourd'hui, lorsque que nous accueillons un patient avec une suspicion COVID, nous sommes rodés ! Le bémol reste nos salles d'attente qui demeurent petites ; le brassage de personnes peut aller jusqu'à 200 par jour dans une même salle d'attente. Le principe d'amener et de ramener immédiatement un patient COVID, sans attente, permet d'éviter les contaminations entre malades.

Pour l'avenir, je terminerais sur trois points. Le premier est que si l'on doit construire un service de Radiologie ou repenser les organisations, cela se fera en intégrant cette notion de flux séparé des patients infectés et non infectés. Le second sera de développer une réflexion avec les constructeurs : nous travaillons actuellement avec eux pour imaginer des matériels plus facilement nettoyables. Enfin, le dernier point concerne la décision de l'ARS pour l'achat d'un scanner supplémentaire qui permettrait de fluidifier et de séparer les parcours. **GM**



Le Scanner SOMATOM Definition Edge

De gauche à droite : Xavier Dugene, MERM - Joël Greffier, Physicien médical - Djamel Dabli, Physicien médical - Fabien Lucot, Cadre de santé - Aurélie Mesquida, Analyste de données, Dr Julien Frandon, PH, Alice Durand, MERM - Abdoulaziz Souley, FFI - Mathieu Ciarlone, MERM - Dr Nicolas Menjot De Champfleu, MCU-PH, Agnès Amblard, Cadre de santé supérieure du pôle AMIE - Pr Jean-Paul Beregi, PU-PH - Xavier Debreux, AS, Laurie Bruguier, AMA - Isabelle Antonucci, AMA - Fabienne Caffin, Cadre de santé - Dr Serge Ovtchinnikoff, PH



L'EOH sur tous les fronts

Un service qui s'adapte

Au gré des différentes étapes de la crise sanitaire, l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) adapte ses actions aux besoins de formation et d'accompagnement de l'ensemble des services de l'établissement.



Développer les bonnes pratiques pour protéger professionnels et patients

Dès le début de l'épidémie, et compte tenu du caractère émergent du virus SARS Cov2, le travail de veille concernant les recommandations nationales et internationales a été fondamental pour élaborer les procédures nécessaires à l'accueil et la prise en charge des premiers patients COVID.

"La traduction des recommandations en procédures et affiches simples et compréhensibles est essentielle pour aider les professionnels à s'approprier ces nouvelles précautions d'hygiène. La formation dans les différents services a ensuite permis de désamorcer les angoisses face à tout ce qui pouvait être entendu dans les médias concernant le début de cette pandémie. L'information concernant les modes de transmission de ce nouveau virus, qui ont fait débat au début de l'épidémie, était essentielle pour apprendre aux professionnels à se protéger correctement, protéger les patients et prévenir la diffusion du virus dans leur environnement de travail" expliquent le Dr Brigitte Richaud-Morel, le Dr Jérôme Ory et la cadre de santé du service, Elodie Caréno.

Les formations-actions ont été menées directement au sein des services, auprès de toutes les catégories professionnelles. Entre les sept membres de l'EOH et l'aide de trois cadres for-

matrices de l'IFMS venues renforcer l'équipe au printemps, plus de 1700 personnes ont été sensibilisées.

"Toujours dans cette optique, notre service a créé un e-learning sur la plateforme "Se former autrement" du CHU de Nîmes proposant des vidéos explicatives sur le port des équipements de protection individuelle, la méthode d'habillage et déshabillage répondant aux critères de sécurité, le bon usage des masques de protection, etc".



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le déploiement des formations à l'échelle du département

Pour préparer la deuxième vague, et suite à un décret, l'EOH a déployé la formation au dépistage naso-pharyngé par RT-PCR sur l'ensemble des professionnels du CHU : kinésithérapeutes, aides-soignants, étudiants en médecine et en pharmacie. Mais également auprès d'organismes extérieurs comme la sécurité civile, les infirmières scolaires du rectorat sur le dépistage naso-pharyngé (test de dépistage du COVID).

De plus, il existe deux équipes au sein de ce service : l'une travaille essentiellement sur les sites du CHU de Nîmes, l'autre est mobile : l'EMH (l'Équipe de Mobile d'Hygiène) à destination des EHPAD.

Les deux équipes effectuent les mêmes missions, l'EMH accompagnant le Centre Hospitalier d'Uzès et 60 EHPAD dans le Gard, fortement impactés par cette crise.

Première phase/deuxième phase, l'EOH met tout en œuvre pour aider les professionnels à sécuriser leur environnement de travail. Dr Thierry Bonjour

Gestion des clusters : Évaluer, communiquer, améliorer

Autre différence notable entre la première et la deuxième vague : le nombre de clusters au sein des services qui est passé de cinq à 40 lors de la seconde phase.

Sur ce sujet sensible et complexe, l'EOH a été particulièrement sollicitée pour son expertise, notamment en termes de stratégie de dépistage, définie en collaboration avec le SMIT et le Service Santé au Travail (SST), mais aussi pour auditer la réalisation des soins pour stopper au plus tôt la circulation du virus dans un service.

"Ces audits permettent d'identifier les points de vigilance qui pourraient per-

mettre de transmettre le virus : des équipements de protection inadéquats, des mains qui ne seraient pas désinfectées au bon moment, des gants portés trop longtemps et potentiellement vecteurs du virus dans l'environnement, du matériel insuffisamment désinfecté, etc."

Au-delà de ce qui se passe au chevet du patient, nous avons également audité dès la première vague le respect des mesures barrières en salle de pause et salle de soins. Cet audit a été déployé avec l'aide de la DQGR et de la DCGS avant même le début de la seconde vague, car nous savions que les conditions seraient différentes de celles du printemps, et qu'il fallait augmenter le niveau de vigilance sur les comportements des professionnels.

Chaque fin de semaine, un bilan des audits est réalisé et communiqué aux services concernés. Cela permet de réajuster pro-

gressivement les pratiques, et de prévoir de nouvelles actions de formation pour les services qui en ont besoin.

"Le but est bien de maîtriser la diffusion de ce virus au sein des différents services touchés, de façon rapide, tout en assurant la sécurité des soins auprès des patients".

Enfin, l'EOH est en lien avec plusieurs autres établissements de santé pour partager et confronter les stratégies d'organisation mises en place et prendre les décisions les plus efficaces possibles, au gré de l'évolution de la crise sanitaire.

"Nous félicitons toute l'équipe qui s'est impliquée sans relâche depuis le début de l'épidémie. Tout le monde a réalisé un travail formidable en cette période de crise inédite, qui se poursuit encore à l'heure actuelle" concluent le Dr Brigitte Richaud-Morel, le Dr Jérôme Ory et Élodie Caréno. **CD**

Premier rang : Carine Garau, IDE - Élodie Caréno, cadre de santé - Alexandra Leroy, IDE
Deuxième rang : Catherine Syrovelsky, IDE - Laurence Suelves, IDE - Dr Laure Roux
Troisième rang : Dr Brigitte Richaud-Morel - Jean-Philippe Soler, élève cadre de santé - Dr Jérôme Ory



Le SST en ordre de marche

Une mobilisation pleine et entière

De par son intervention dans le cadre de la crise sanitaire actuelle le Service de santé au travail est un maillon essentiel pour permettre la bonne continuité des soins en agissant sur les risques professionnels côtoyés par les agents de l'hôpital.

Extrêmement sollicité depuis le début de la crise sanitaire, nous proposons un tour d'horizon sur ses actions menées et les enjeux face à la crise.

Changement des pratiques pour la première vague

Déploiement de nouveaux outils numériques

"Je retiens surtout une mobilisation pleine et entière de tous les membres du service pour faire face au flux sans précédent des sollicitations des agents hospitaliers. Rien n'aurait été possible sans l'investissement de nos adjoints administratifs et de nos IDE" annonce le Dr Thierry Bonjour, responsable COVID du service.

En effet, lors de la première vague, le SST a dû faire face à une déferlante, légitime, de demandes et d'appels.

"Il a fallu gérer les situations médicales particulières des agents hospitaliers à risque de formes graves pour lesquels nous devons nous prononcer sur le maintien en poste ou pas, notamment pour ceux exposés dans les zones de haute densité virale" explique le Dr Bonjour. Face au risque COVID, pour organiser le suivi des agents, le service s'est appuyé sur le logiciel "REDCAP" mis en place par le service du BESPIM (Biostatistique épidémiologie, santé publique, innovation en méthodologie) qui a su répondre aux besoins de traçabilité et a permis de faire remonter les indicateurs institutionnels.

Une boîte mail dédiée à la crise sanitaire a été créée facilitant le contact avec le SST [sst.covid@chu-nimes.fr](mailto:ssst.covid@chu-nimes.fr). "Cela nous a permis d'augmenter notre réactivité et de palier aux tensions sur notre standard téléphonique".

Des renforts et des collaborations consolidées

"Durant la première vague, nous avons bénéficié de renforts humains : une IDE, mais aussi des agents administratifs" explique le Dr Thierry Bonjour.

Dans le même temps, le service a connu l'arrêt total de ses activités habituelles, notamment des consultations, ce qui a permis aux équipes de se dédier complètement à la gestion de l'épidémie.

Le mot d'ordre : concertation et coordination avec les autres services.

"En parallèle, nous nous sommes rapprochés des autres services de l'hôpital, en particulier l'équipe d'infectiologie avec laquelle nous travaillons activement et l'équipe d'hygiène avec qui nous avons resserré les liens ainsi que les laboratoires qui font un grand travail " poursuit le Dr Bonjour.



LE SAVIEZ-VOUS ?

Le SST a organisé une campagne de dépistage sérologique qui a été un grand succès avec plus de 1500 sérologies réalisées dans l'établissement.

"Il y a eu un gros travail d'équipe. Tout le monde s'est mobilisé et était sur le pont, un vrai travail de fond a été réalisé" Dr Thierry Bonjour.

"Il ne faut pas hésiter à se faire tester même pour des symptômes faibles. Les personnes ont tendance à s'auto-persuader que tout va bien, mais au plus tôt on se fait tester et moins on a de chances de contaminer ses collègues".

La deuxième vague : une augmentation des clusters

"Après cinq semaines d'affilées sans aucun agent infecté pendant l'été, la reprise épidémique a été lentement progressive. Nous avons connu par la suite, dès le mois d'octobre, un plateau trois semaines consécutives de 20 agents contaminés. Ensuite, ce chiffre a doublé hebdomadairement : 41, 80, jusqu'à 160 au pic. Pour rappel, durant la première vague, le pic était d'une quarantaine".

En ce moment (au mois de janvier 2021 ndlr), nous sommes à nouveau sur un plateau épidémique avec environ une trentaine d'agents hospitaliers positifs chaque semaine.

Se faire tester : ne pas hésiter !

"Il ne faut pas hésiter à se faire tester même pour des symptômes faibles. Les personnes ont tendance à s'auto-persuader que tout va bien, mais au plus tôt on se fait tester et moins on a de chances de contaminer ses collègues".

Il convient donc de se faire tester, ou d'appeler la médecine du travail ou de lui adresser un courriel.

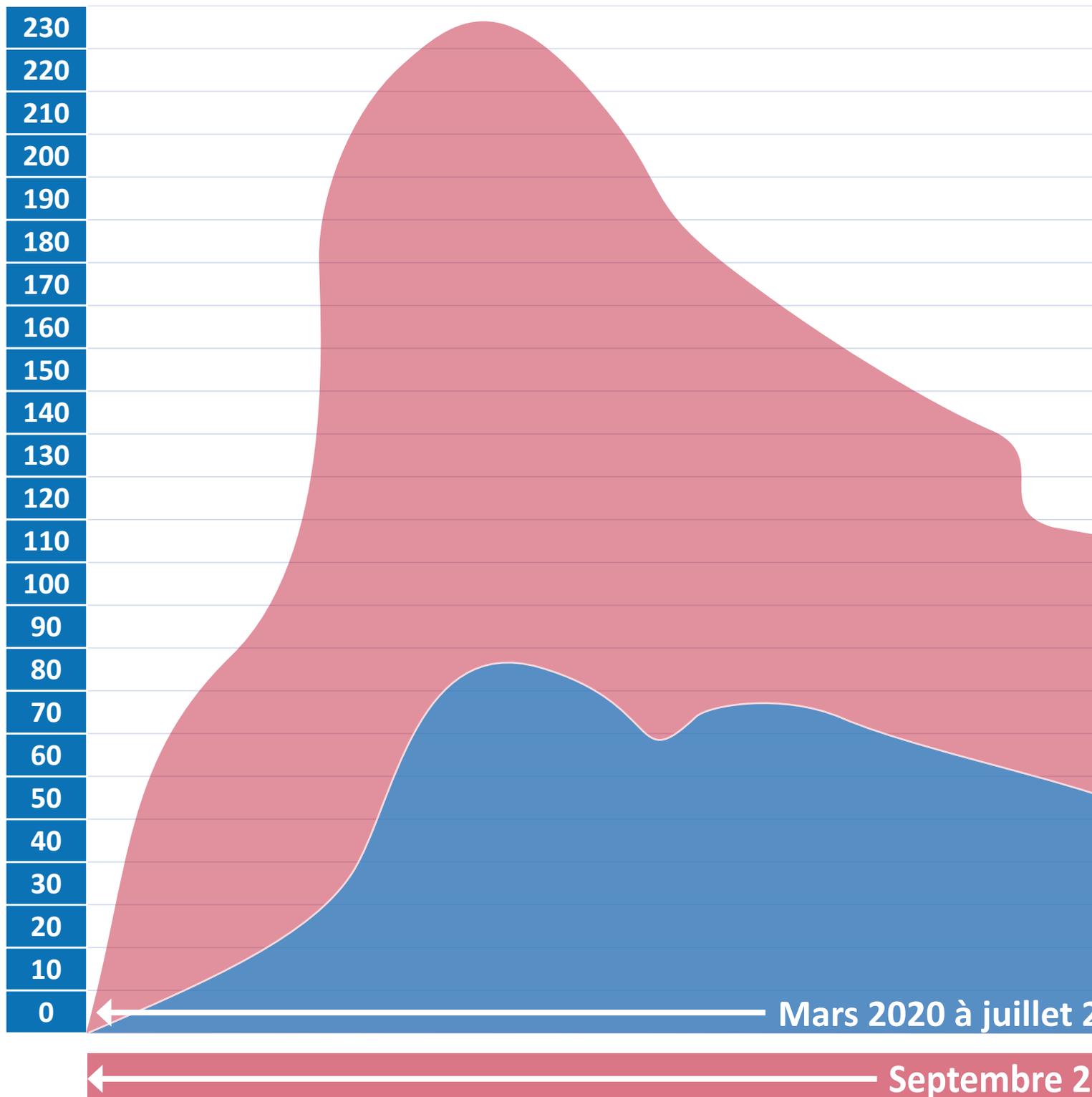
"En fonction de l'histoire clinique et de la symptomatologie on conseillera une éviction en attendant d'avoir les résultats des PCR. Si l'agent est positif, il faut compter au moins sept jours d'arrêt et une vigilance importante lors de la première semaine de retour au travail (manger seul et être très précautionneux)" conclut le Dr Thierry Bonjour. CD

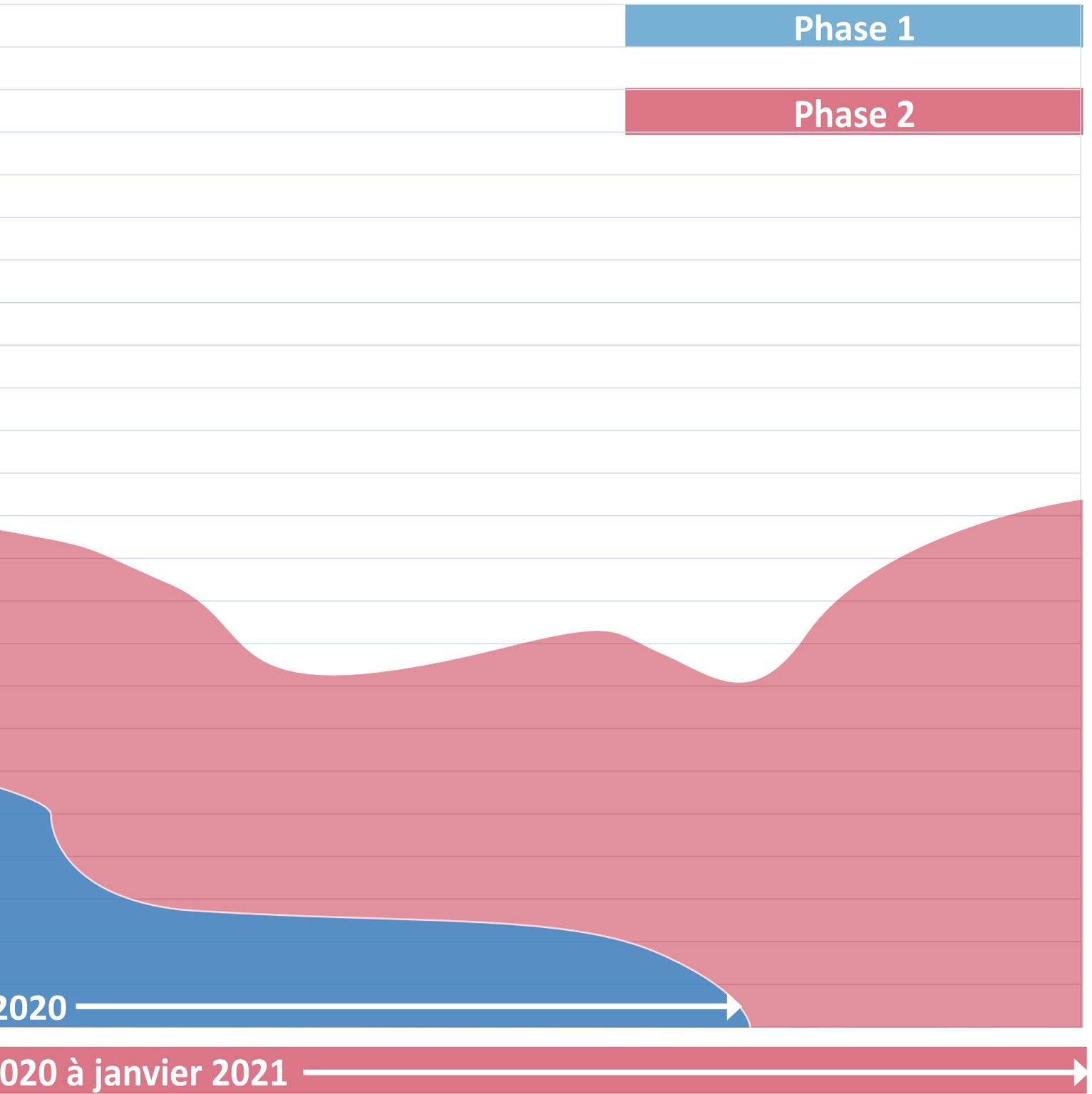


Nathalie Moulin, IDE - Dr Thierry Bonjour - Isabelle Miralles, AS - Dr Nathalie Bayssiere, Médecin Coordonateur - Karine Astran, IDE - Marta Castano Baltar, IDE Laurence Garcia, IDE - Élodie Crot - Adjoint administratif - Hayat Huguet - Adjoint administratif

On entend encore trop souvent, rétrospectivement, les agents infectés dire "je pensais que c'était un simple rhume" Dr Thierry Bonjour.

Comparaison : nombre de patients COVID phase 1 et 2





Les chiffres clés de la crise de septembre 2020 à fin janvier 2021

Jusqu'à **1 300**
patients dépistés par jour

1 000
téléconsultations

106 388
sérologies réalisées
du 1^{er} mars 2020 au 31 janvier 2021

55
lits au SMIT (Haute densité)

2500
professionnels
du CHU vaccinés

1388
heures de visio-conférence

80%
des interventions ont pu être
reprogrammées

263
agents formés
au déploiement
de l'Optiflow AirVO2

1 700
personnes sensibilisées
par l'EOH

1500
sérologies réalisées pour
les professionnels du CHU

2 400
personnes âgées de plus
de 75 ans vaccinés

1 000
professionnels de santé
libéraux vaccinés

6 161
appels au CAREB entre le 19
et 25 octobre

CHU DE NÎMES

Le SMIT déployé au maximum de ses capacités

Un pavillon 3 renforcé

Le Dr Paul Loubet est infectiologue au Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du CHU de Nîmes. Pour *Rythmes*, il nous explique la reconfiguration du service lors de cette deuxième vague.

Comment le SMIT a vécu cette deuxième phase de COVID ?

Après la fin de la première vague, nous étions progressivement revenus à un fonctionnement classique du SMIT, c'est-à-dire un service de basse densité virale (environ 12 places). Nous avons gardé un volant de quelques lits pour les suspicions et les cas confirmés que nous avons eu au cours de l'été. À partir du mois d'août, nous avons vu le nombre de cas augmenter. Nous avons été touchés par cette deuxième vague de manière beaucoup plus importante en termes de nombre de patients. Nous avons étendu les capacités du SMIT haute densité à la totalité du pavillon 3 (55 lits) excepté une zone de basse densité virale d'une capacité de 9 lits.

Comment s'est passé la réorganisation interne en termes de personnel hospitalier ?

Nous n'avons pas eu la même aide de médecins séniors que lors de la première vague en raison de la poursuite d'une activité normale dans les autres services. Nous avons réussi à gérer les trois secteurs de HDV avec les médecins du SMIT et l'aide précieuse de renforts

d'internes (en plus des quatre internes du SMIT). En effet, trois à quatre internes affectés à d'autres services ou internes de médecine générale, en fin de formation sont venus apporter leur aide pour des périodes d'une à trois semaines. Cela nous a permis, grâce à ces équipes volantes, un roulement bénéfique.

À l'heure H, constate-t-on une décrue ?

Effectivement, depuis fin novembre/début décembre, nous constatons une décrue. Nous avons moins de patients provenant de l'extérieur, mais beaucoup de patients COVID+ sur le CHU (UMCH, USC, Réanimation...) que nous récupérerons par la suite pour la fin de leur hospitalisation.

Comment avez-vous ressenti cette deuxième vague ?

Elle a été plus forte que la première. Plusieurs services sont passés en HDV cet automne, avec beaucoup plus de patients admis en services de soins continus/réanimation. Du fait d'un confinement moins strict, nous accédons actuellement à un plateau du nombre de cas. La décrue ne sera pas aussi brutale que lors du premier confinement.



Dr Paul Loubet, Infectiologue, responsable médical du centre de vaccination



LE SAVIEZ-VOUS ?

Lors de la deuxième vague, du fait du plus grand nombre de cas et de la fragilité des patients COVID, il a été demandé aux internes du CHU de mettre en place une ligne de garde supplémentaire, toutes les nuits de semaine et tous les jours et nuits des week-ends à destination des secteurs COVID (HDV) de Médecine.

De gauche à droite : Céline Bonduelle, IDE
Tatiana Price, IDE - Mohammed Ghanem, AS,
Dr Hélène Bocle - Dr Édouard Clemmer
Dr Didier Laureillard - Sarah Pouytes, ASH
Nathalie Galdeano, AS,
Christelle Stadler, cadre de santé,
Dr Myriam Chiaruzzi - Marine Delaire, IDE
Dr Aurélie Martin - Dr Paul Loubet - Pr Albert Sotto
Dr Jean-Marc Mauboussin



Les services de Médecine en renfort

Une communauté médicale soudée et solidaire

Depuis le début de la pandémie, tous les services de Médecine ont été impactés par la crise sanitaire. Comme d'autres unités, ils ont subi de multiples contraintes organisationnelles, suite à la fermeture et réouverture de certains services, et ceci a impacté le personnel soignant. Le Dr Anne-Marie Guedj, chef du pôle IPOCAGNES, nous explique ce que la crise sanitaire a changé au sein de son pôle et de son service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes (MME).



Dr Anne-Marie Guedj,
chef du pôle IPOCAGNES
chef de service MME

Quels ont été les impacts de la crise sanitaire en MME ?

Au début de la pandémie, nous avons eu, en MME, un cluster au mois de mars qui a forcé le service à fermer ses lits, ce qui a été mal vécu par tout le personnel du service. Selon les consignes nationales en vigueur à ce moment-là, le port du masque n'était destiné qu'aux services à risques (Réanimation, soins critiques, SMIT). Nous avons par ailleurs fermé les hospitalisations de jour et les consultations, pour pouvoir redéployer des personnels médicaux (PM) et non médicaux (PNM) dans les unités COVID.

La fermeture du service et sa reprise n'ont pas été simples, à la fois du point de vue des soignants mais aussi des patients. Les patients diabétiques, comme tous les patients porteurs

de pathologies chroniques, avaient beaucoup d'appréhensions à revenir à l'hôpital par rapport aux risques de formes graves de la COVID. Les décisions de réaffecter des PNM et PM, de fermer l'hospitalisation de jour, les consultations et tous les lits de MME du Grau-du-Roi (30 lits) étaient nécessaires mais pas simples à tout point de vue.

Et pour l'ensemble des services de Médecine lors de la deuxième vague ?

Lors de la deuxième vague, nous avons par contre maintenu au maximum l'activité des différents secteurs du pôle (Consultations, Hôpital de Jour, Hôpital de Semaine, Hospitalisation conventionnelle et SSR du Grau-du-Roi). De nombreux services sont passés en HDV (SMIT, Gériatrie, Médecine interne, Dermatologie). Au niveau des différents services du

pôle, nous avons procédé à une sectorisation, notamment en Cardiologie et en Néphrologie, services très spécialisés. Nous avons suivi le plan de sectorisation mis en place par l'Institution et conduit par la DQGR.

Grâce à la Cellule de Régulation des Effectifs Médicaux (CREM), à laquelle ont participé le Dr Cédric Le Guillou, chef du service de Médecine gériatrique, le Dr Stéphane Bouly, neurologue, et la Direction des Affaires Médicales (DAM), nous avons pu mettre en place un système de ligne de soutien (médecins seniors et juniors) pour les unités COVID mais également sur les secteurs en difficulté (Serre Cavalier/Careb, etc.). Ainsi comme lors de la première vague de nombreux services ont détaché un

De gauche à droite 1^{er} rang :

Dr Sophie Schuldiner - Dr Valéria Cosma - Sophiana Manai, ASH - Manuella Ruban, AS - Benhmida Zaniba, ASH - Orlane Rabier IDE - Rachel Guillaume, IDE - Nadia Sabki, ASH,

2^{ème} rang :

Marilène Raffanel, secrétaire référente - Morgane Herrard, IDE - Sylvie Rouveyrol, AS - Nathalie Quenelisse, AS - Dr Véronique Taillard - Dr Anne Marie Guedj

3^{ème} rang :

Béatrice Perdu Alloy, secrétaire - Gaëlle Guiraud, secrétaire - Anne-Claire Saulnier - Dr Junior - Dr Léonore Zagdoun - Isabelle Mignon cadre de santé - Dr Olivier Gilly



interne pour renforcer les secteurs COVID. Sur Carémeau NORD, en tour C et D, nous avons majoritairement des chambres doubles, contrairement à l'ICG ou Carémeau Sud et, dans ce cadre, la gestion des patients, en particulier du post-urgence, est compliquée.

Des clusters sont survenus (Médecine Polyvalente, Gériatrie, etc.) ce qui a impacté la prise en charge des patients. Par ailleurs, l'activité aux Urgences, ayant peu diminué, la problématique du capacitaire s'est rapidement posée.

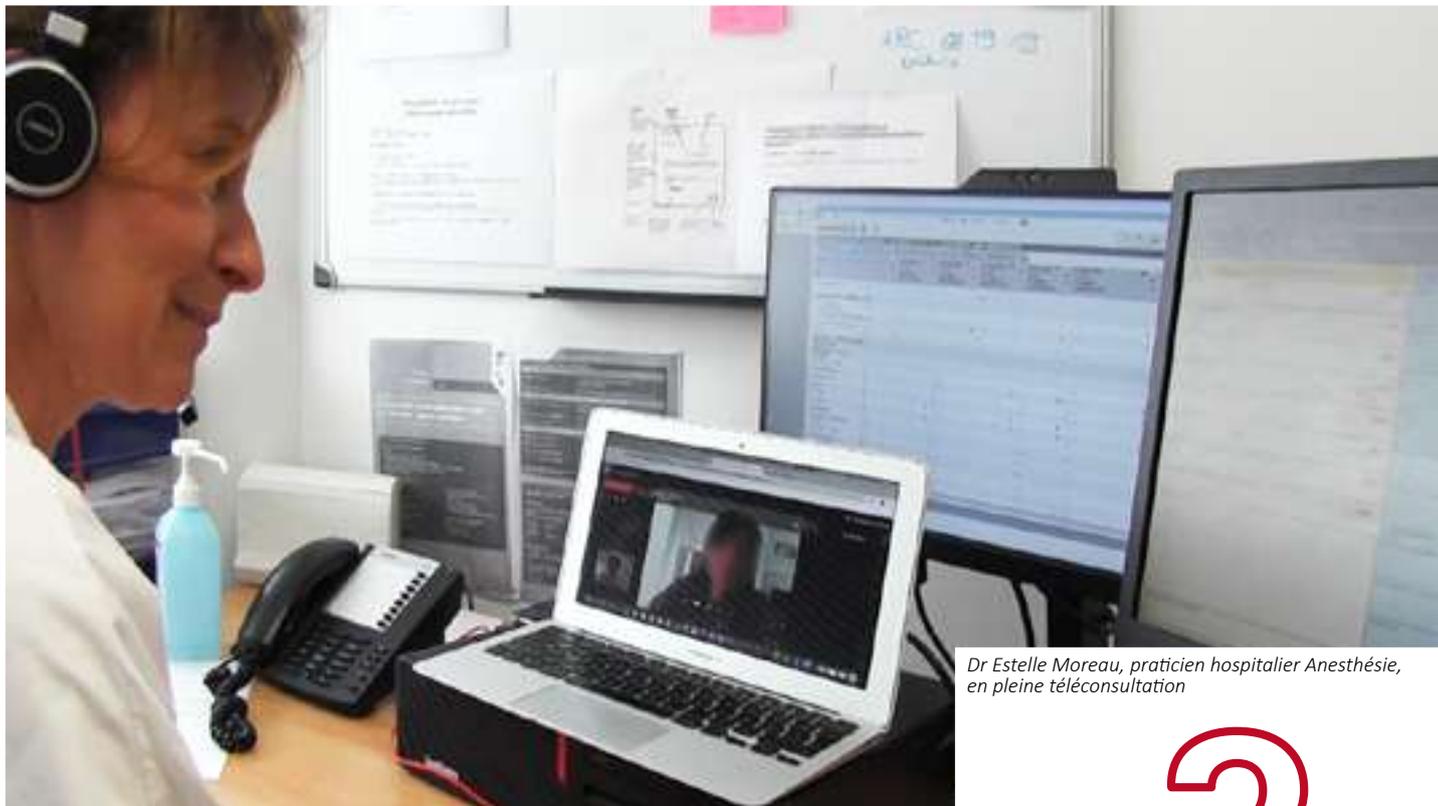
En tant que chef de pôle et participant aux différentes cellules de crises, il était important de relayer régulièrement les différentes informations (nationales, régionales et locales) auprès des équipes.

Quelles sont vos projections dans un futur proche ?

Avec l'ouverture des commerces, les fêtes de fin d'année, nous constatons une augmentation des cas, depuis la mi-janvier. Certes, il y a des patients réticents à venir à l'hôpital, mais nous arrivons à les ras-

surer et leur expliquer l'importance de la prise en charge des maladies chroniques (Diabète, Surpoids, Dyslipidémies, etc.). La Direction de la Communication du CHU nous a aidé grâce aux vidéos "Pas de confinement pour vos pathologies Chroniques" diffusées sur le site du CHU, et les réseaux sociaux.

Enfin, nous espérons tous dans la vaccination, qui nous permettra à terme de sortir de cette pandémie. **GM**



Dr Estelle Moreau, praticien hospitalier Anesthésie, en pleine téléconsultation



LE SAVIEZ-VOUS ?

Dès la première vague, des téléconsultations en Visio, en MME mais aussi dans de nombreux autres services, ont été mises en place grâce au système TéléO. La consultation par téléphone, par ailleurs, a été reconnue par le gouvernement pendant la pandémie. "Cela a été un des bons effets de cette crise, si l'on peut dire, à savoir que la téléconsultation a pu se généraliser" indique le Dr Guedj.

ZOOM SUR

Les effets "bénéfiques" sur l'éducation thérapeutique

Le Dr Sophie Schuldiner, praticien hospitalier dans le service de MME, a réfléchi à la mise en place d'ateliers thérapeutiques sous forme de webinaire. Cette activité en lien avec Isabelle Églin, cadre de l'Unité d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEPT), est en cours de réalisation et perdurera après la crise.

Les soins critiques en déploiement sur toute une filière

La Réanimation : deuxième vague, une gestion de crise plus fluide

Au cœur de la bataille, le service de Réanimation s'est extraordinairement restructuré face à la crise sanitaire. Une deuxième vague houleuse mais toujours aussi bien gérée par les équipes du Pr Laurent Muller, chef du service Réanimation, qui nous en explique les enjeux, restructurations et déploiements exceptionnels. Un plongeon au cœur de la matrice.



Pr Laurent Muller,
chef du service de Réanimation

Comment avez-vous vécu cette deuxième vague ?

Pr Laurent Muller : Malgré son caractère plus intense, nous l'avons vécue de façon plus sereine que la première. Les personnels étaient entraînés, le nombre de lits armés était plus conséquent, à savoir 46 lits de réanimation ouverts de façon pérenne et bien équipés. La première vague nous avait en effet contraint à ouvrir une quinzaine de lits de réanimation en urgence, restés ouverts depuis. Par conséquent, lors de cette deuxième vague, les personnels ont été plus rapidement opérants, malgré un effort majeur de formation des nouveaux arrivants.

En quoi a-t-elle été différente de la première ?

Elle a été différente grâce à notre capacitaire déjà augmenté et des équipes parfaitement entraînées. Nous n'avons pas observé le stress de la première vague, avec cette peur d'un nouveau virus et des nouvelles mesures de protection. Lors de la deuxième vague, les personnels paramédicaux et médicaux étaient parfaitement rodés à l'habillement, à l'isolement des patients COVID, la manipulation des appareils en chambre. Par exemple, quand on rentre une machine d'ECMO (*extracorporeal membrane oxygenation*) ou d'épuration extra-rénale dans une chambre COVID, cela demande un certain nombre de précautions sup-

plémentaires, notamment hygiéniques et de protection des machines. Une machine d'échographie qui doit rentrer et sortir rapidement des chambres COVID impose aussi de nouvelles contraintes. Dans ce but, l'utilisation des housses de protection évite la contamination dans une chambre et, par la suite, à tout le service. Cette approche technique avait bien été répétée lors de la première vague et appliquée, avec moins de stress, lors de la deuxième.

Comment avez-vous géré l'afflux de patients ?

Nous avons eu un nombre de patients assez impressionnant. Environ 150 malades COVID admis en réanimation lors de la seconde vague (à partir de fin septembre). Cet afflux massif nous a contraint à envisager, avec l'accord de la Direction générale et de l'ARS, des transferts régionaux et extra-régionaux (à destination des CHU de Toulouse, Montpellier et Brest).



Examen en chambre de Réa chir

Justement, comment se sont déroulés ces transferts ?

Nous n'avons pas été techniquement en charge des transferts, à l'exception d'un, réalisé par un médecin du service, le Dr Rémy Widehem. Ce transport vers Brest s'est très bien passé, à l'instar des autres. Quand on choisit de transférer un patient, on doit le sélectionner, être certain qu'il est stabilisé sur le plan respiratoire afin de supporter au mieux le transport. Par ailleurs, depuis cette deuxième vague, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), la Société de Réanimation de Langue Française (SRFL) et la Société française de médecine d'urgence (SFMU) ont édité des recommandations de sélection des patients pouvant supporter un transport, même médicalisé. Nous n'avons pas attendu ces recommandations pour appliquer une charte de sélection (stabilité respiratoire/pression artérielle/rénale) en vue de ces transferts. Le principe est d'éviter d'installer en ambulance un patient qui vient d'être intubé (24 heures post-intubation minimum) ; certains ont été mutés au bout de sept à dix jours. Au total, ce sont 36 patients qui ont été transférés. Le rôle des SAMU et notamment du SAMU 30 dans ces transferts a évidemment été central.

Parlez-nous de l'extension de la Réanimation.

Elle s'est opérée en **deux phases** : nous avons bénéficié d'une extension du service de réanimation et d'une création de lits éphémères au bloc opératoire.

Pour la **première phase**, l'agrandissement de la réanimation a consisté à transformer les lits de surveillance continue du service Réanimation et Médecine Péri-Opératoires (RMPO - anciennement RUSC), une unité qui était initialement composée de cinq lits de réanimation et de 15 lits de surveillance continue : cette unité a été modulée en 20 lits de réanimations, devenant l'unité RMPO (réanimation polyvalente et médecine péri opératoire). À la création du RUSC, il y a de cela quatre ans, nous nous étions projetés dans une logique de crise exceptionnelle de type attentats ou NRBC (sans toutefois imaginer la crise sanitaire de la COVID), et avions décidé que les chambres de surveillance continue de l'unité RUSC devaient être équipées comme des chambres de réanimation, avec un matériel permettant la réani-

mation (intubation, ventilation, épuration extra-rénale). Cette transformation des lits d'USC en réanimation a donc été rapide parce qu'elle avait été anticipée.

Par la suite, les 15 lits de surveillance continue de l'unité RUSC ayant disparus, nous les avons transférés au niveau -4 (à côté de l'UMCH) en restant sur le même capacitaire. Par conséquent, le service de réanimation est devenu un service de 61 lits : 26 lits de réanimation au niveau -1 (réanimation chirurgicale polyvalente et réanimation médicale), 20 lits en RMPO au niveau -3 et 15 lits de surveillance continue USCPO).

Dans le même temps, l'UMCH a été transfor-

permis la création d'une unité éphémère de sevrage respiratoire pour les patients sortant de réa.

Pour la **deuxième phase**, il faut enfin souligner que le service d'Anesthésie a permis d'ouvrir huit lits de réanimation éphémère en salle de réveil. Évidemment, la création de ces lits impose des fermetures de salles de chirurgie. Cela pose un problème éthique : celui du non-accès des patients non-COVID à des actes de chirurgie. En cas de troisième vague, il se posera à nouveau la réflexion d'une conservation opérationnelle totale du bloc opératoire en garantissant les soins des patients non-COVID.



Dans une chambre de RMPO

mée pour cette crise et a joué un rôle central dans l'accueil et le traitement des patients COVID. De neuf lits de surveillance continue et cinq de MCO, l'unité UMCH est rapidement passée de 15 puis 20 lits de surveillance continue. Nous avons pu transformer ces 35 lits en lits de Haute Densité Virale (HDV). Il faut souligner que Nicolas Best, Directeur général, a beaucoup œuvré pour que nous puissions créer cette unité du niveau -4. Elle permet, en situation de crise, de ne plus faire que de la surveillance continue mais aussi du soin intensif : traiter des malades extrêmement instables sur le plan respiratoire, non-intubés, mais sous oxygénothérapie ou sous ventilation non-invasive. Cela nous a énormément aidé.

Toujours au plus fort de cette crise, sur ces 35 lits, nous en avons *upgradé* cinq en lits de réanimation. Côté USC-PO, nous avons utilisé cinq chambres seules en les transformant en lits de réanimation. Ces lits de réanimation ont



Quel est le profil type du patient admis en réa ?

C'est un patient âgé de 40 à 70 ans avec une détresse respiratoire et un fort risque d'intubation. Ce patient est en général sous oxygénothérapie humidifiée à haut débit ("Optiflow") à débit maximal et n'arrive pas à saturer au-delà de 90%. Son scanner montre une atteinte étendue des deux poumons par la COVID. Ces deux critères d'oxygénothérapie et de scanner constituent les deux critères d'admission. De plus, l'obésité et le diabète favorisent indéniablement les formes graves de COVID.

Notons que nous avons pris en charge des patients de moins de 40 ans et même un patient de 30 ans, intubé durant plusieurs semaines. Plus le virus se diffusera dans la population, plus nous pouvons craindre que des patients jeunes soient atteints.

Comment s'est adapté le personnel à cette deuxième vague ?

Le fait que les personnels étaient moins stressés et plus entraînés nous a permis de rester très soudés et de garder une fierté à prendre en charge ces patients graves. Cela a permis de garder la cohésion des équipes en garantissant

les meilleurs soins aux patients et la meilleure écoute pour leurs proches.

Le deuxième élément de cohésion et d'efficacité était le fait de pouvoir rappeler du personnel. Emmener du matériel depuis les placards vers les chambres où sont enfermées les IDE peut paraître anodin mais, lorsqu'on est face à une épidémie qui remplit les réas, où chaque patient est sous isolement, vous avez besoin d'effectif supplémentaire. Il y a eu un énorme travail de la DCGS, des cadres du service : Virginie Viviez, cadre de réanimation médicale, Élodie Jullian, cadre de RMPO et Véronique Blanc-Mermier, cadre de réanimation chirurgicale, qui ont organisé les soins dans les trois unités de telle façon à ce qu'on puisse avoir des renforts en personnels compétents. La DCGS et la DRH ont permis la libération d'heures supplémentaires. Si nous n'avions pas eu ces renforts, je pense que cela aurait énormément pesé sur le moral des troupes. La mobilisation institutionnelle a été parfaite et les échanges d'information avec les différentes directions, grâce aux cellules de crise, nous ont permis d'adapter le tir en permanence. Ce dialogue entre les soins et les directions a été salutaire et a rapproché toutes les équipes. **GM**

Des renforts d'IDE de différents services (Psychiatrie, Chirurgie digestive, Bloc opératoire...) sont venus prêter main forte à leurs collègues de réa : "Ces IDE étaient des anciens de réanimation. Ils nous ont beaucoup aidé et le collectif a fonctionné. Ces personnels, sans avoir pratiqué la réanimation depuis plusieurs années, ont su relever ce challenge haut la main" indique le Pr Laurent Muller.

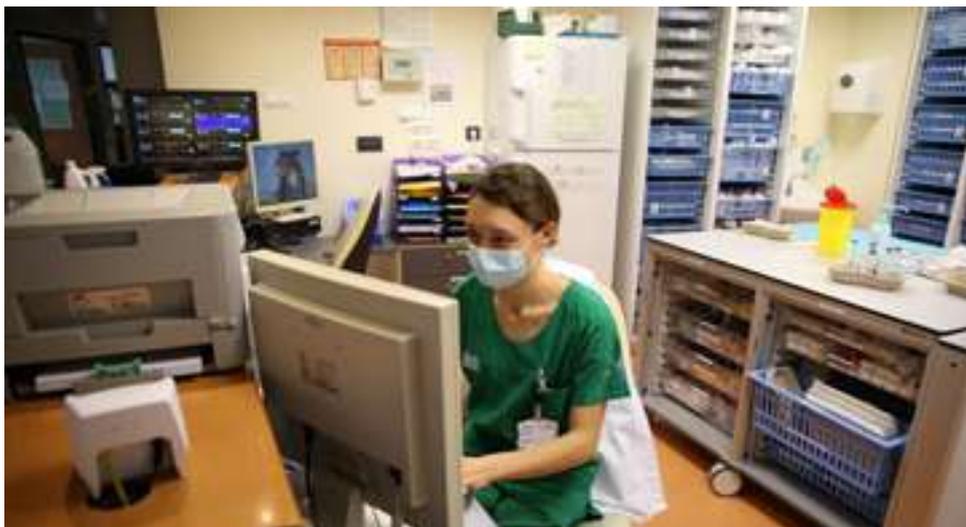
Dr Stéphanie Bulyez, médecin réanimateur
et Laurie Cortial, aide-soignante au service de réanimation chirurgicale



Dr Robert Cohendy, chef du pôle ARDU



"Tant qu'on a peur, on n'a pas conscience du service que l'on rend à la société ; quand on a plus peur et qu'on se sent compétent, on est galvanisé par le sentiment de rendre un service efficace à la population".
Pr Laurent Muller.



Louise Girot-Person, Interne en Réanimation chirurgicale



Malika Sgnaolin, IDE référente technique



Olivia Aigouy, infirmière référente RMPO, Audrey Bogina, infirmière référente USCPO, Élodie Jullian, cadre de santé RMPO



Dr Guillaume Louart

ZOOM SUR

L'unité de RMPO - USCPO

"L'unité du RUSC a su faire face à cette deuxième vague grâce au professionnalisme et à l'implication de chacun des membres de cette équipe. Nous avons traversé tous ensemble cette épreuve et nous nous sommes réorganisés pour pouvoir accueillir 25 patients de réanimation et dix patients de soins continus sur les deux étages que composent désormais cette unité au nom nouveau, Réanimation et Médecine Péri-Opératoires (RMPO) et Unité de Soins Continus Post Opératoires (USCPO).

Pour pouvoir fonctionner, près de 70 infirmières, 45 aides-soignants, 12 ASH, deux infirmières référentes, une équipe de kinésithérapeutes, une secrétaire médicale et une équipe médicale de neuf médecins ont dû rapidement apprendre à travailler ensemble pour optimiser les prises en charge de patients COVID mais également de patients non-COVID.

Nous remercions les services supports qui nous permettent au quotidien de prendre en charge les patients et leur famille : psychologues, EOH, pharmacie, plateforme, conseillères hôtelières, logistique, CTPE..." Élodie Jullian, cadre de santé RMPO.

Les soins critiques en déploiement sur toute une filière



Pr Pierre-Géraud Claret,
Chef de service adjoint du département d'urgence

Les Urgences et l'UMCH, toujours réactives

Fluidifier, soigner, désengorger : les soins critiques, notamment les Urgences et le service d'Urgences Médico-Chirurgicales Hospitalisation (UMCH), sont des lieux de *turn-over* quasi permanents. Afin de délivrer une prise en charge optimale du patient et sans risque infectieux, les équipes ont su s'adapter en conséquence. Le Pr Pierre-Géraud Claret, Chef de service adjoint du département d'urgence, nous évoque cette formidable réactivité du personnel hospitalier.

Les soins critiques ont été au cœur de la deuxième vague. Comment se sont-ils adaptés ?

Pr Pierre-Géraud Claret : Pour les urgences, une zone HDV a été agrandie, avec plus de box de consultations, plus de salles d'attente, et une surface plus importante et par conséquent des mesures barrières plus facilement applicables. Cette séparation HDV/BDV a permis de diviser par deux le flux des patients entrants. Cette zone HDV est destinée aux patients entrants ayant une forte probabilité d'infection à la COVID.

Y a-t-il eu d'autres restructurations ?

Tout à fait. L'augmentation capacitaire de l'Unité de soins continus d'UMCH est passée à 20 lits avec également la création d'une zone HDV et d'une BDV que l'on fait évoluer par bloc de cinq patients. De cette manière, nous pouvons ainsi accueillir le maximum de patients en fonction de l'intensité de l'épidémie. Par exemple, pour la dernière semaine de 2020, nous étions à dix patients HDV et dix BDV ; depuis le 4 janvier 2021, nous sommes passés à 15 patients en secteur BDV, et cinq en HDV. Très probablement, dans les semaines à venir, nous allons passer à plus de patients HDV (peut-être 15 HDV et par conséquent cinq BDV). Cette réactivité nous permet de coller au mieux au flux pour la prise en charge des patients aigus.

Comment s'est adapté le personnel ?

Nous avons bénéficié de beaucoup de renforts, notamment en provenance du bloc opératoire, des élèves IDE (d'anesthésie et

de bloc). Cette recrudescence nous a permis d'organiser au mieux cette segmentation avec un personnel hospitalier dédié à chaque zone (HDV et BDV). Clairement, cette deuxième vague est source de grande fatigue physique et morale par rapport à la première. En UMCH, nous avons eu un nombre important de décès : c'est impactant. À cela s'est rajoutée l'augmentation du nombre d'heures de travail (de 10 à 20 %), une lassitude sur la vie professionnelle et personnelle, comme beaucoup de français.

Quelles conséquences tirez-vous de cette épidémie ?

Nous avons utilisé des techniques de ventilation peu utilisées auparavant, en particulier l'Optiflow AirVO2, un dispositif d'oxygénation à haut débit nasal. Entre la première et la deuxième vague, nos connaissances se sont améliorées, à savoir sur l'utilisation des corticoïdes, l'anticoagulation des patients...

Si je devais résumer simplement, je dirais que concernant la première vague nous avons un

problème de la connaissance de la maladie, pour la deuxième un déficit en personnel. Il faut rappeler que cette deuxième vague a été plus haute pour nous. Je tiens à féliciter l'ensemble des équipes pour leur implication et investissement au quotidien. **GM**



Service d'UMCH :
Florence Martin, infirmière,
Pauline Gagne, aide-soignante,
Julia Barcelo, infirmière

"Entre la première et la deuxième vague, nos connaissances se sont améliorées".

Pr Pierre-Géraud Claret

Nouvelles techniques de soins face à la COVID-19

Déploiement de l'Optiflow AirVO2 en unité de médecine HDV



Pauline Journet, infirmière référente matériel aux Urgences

Pauline Journet est infirmière référente matériel aux Urgences du CHU de Nîmes. Pour *Rythmes*, elle revient sur le déploiement et la formation aux personnels hospitaliers du dispositif d'humidificateur électronique Optiflow AirVO2 conduit avec Jean-Philippe Soler, cadre de santé en formation. Un système thérapeutique de pointe qui a su faciliter la prise en charge des patients en oxygénothérapie.

Pourquoi avoir déployé en unité de médecine HDV l'Optiflow ?

 Le générateur à oxygène haut débit permet l'administration d'un débit élevé d'oxygène (jusqu'à 60L) avec une fraction inhalée en oxygène jusqu'à 100 % (21% air ambiant). L'air administré est réchauffé et humidifié ce qui permet une meilleure compliance du patient.

Optiflow a été mis en place lors de la première vague puis déployé plus largement lors de la seconde vague afin d'optimiser la prise en soin des patients en difficulté respiratoire positif à la COVID-19. Cette thérapeutique aide le patient à passer un "cap" afin d'éviter une éventuelle intubation. Optiflow rend la prise en soin plus confortable pour le patient. Grâce au système de lunettes nasales, les patients peuvent parler, communiquer, boire et manger. Cette thérapeutique est moins anxiogène pour le patient que le masque haute concentration ou la VNI.

Il y a eu une demande de la Direction générale de déployer 80 machines. Par conséquent, le pavillon 3, le SMIT, la rééducation, la médecine gériatrique, la médecine interne, la dermatologie ont été dotés de ces générateurs afin de pouvoir optimiser la prise en soins des patients en zone HDV.

Lorsque l'on met en place une thérapeutique, les personnels qui l'administrent et la surveillent doivent avoir les connaissances nécessaires pour ne pas mettre en danger le patient. Maintenir la bonne pratique des dispositifs, c'est se poser les bonnes questions : Pourquoi

dois-je l'utiliser ? Dans quelles circonstances ? Comment surveiller ?

La Direction de coordination générale des soins (DCGS) en a sécurisé les procédures.

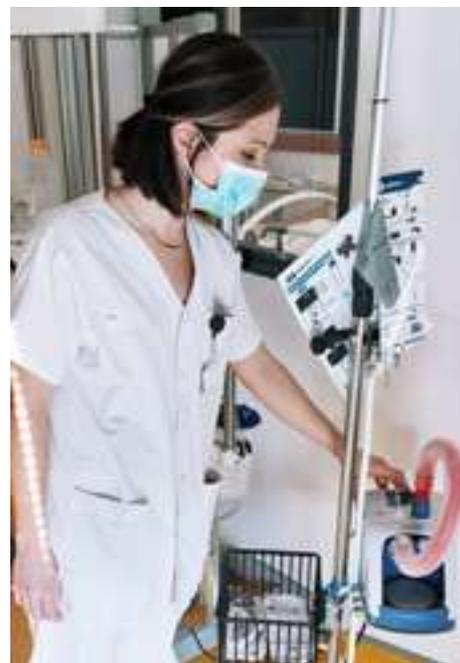
Justement, comment s'est déroulée la formation des personnels ?

Tout d'abord, il a fallu écrire une procédure. Pourquoi utiliser Optiflow ? Pour qui ? À quel endroit et comment ? C'est un appareil de ventilation à haut débit, un générateur, donc la connaissance et le réglage des consommables, les points de vigilance restaient primordiaux afin d'assurer la sécurité du soin lors de la mise en place de cette thérapeutique. Nous avons accompagné les équipes en les informant sur le fonctionnement du générateur, les consommables à utiliser, les différentes surveillances à effectuer, les effets attendus mais aussi sur les Equipements de Protection Individuel (EPI) en zone HDV, le nettoyage de l'appareil ainsi que sa désinfection. Des points de vigilance ont été abordés. Notamment sur l'absence de batterie, l'optiflow ne permet donc pas le transport du patient. Mais aussi sur l'hygiène, l'Optiflow étant positionné sur les zones HDV celui-ci doit être nettoyé et désinfecté correctement. Nous avons formé les IDE, AS, internes et kinésithérapeutes intervenant auprès de patients positifs à la COVID-19 en difficulté respiratoire. Environ 263 agents ont été formés physiquement au mois de novembre et, ponctuellement, nous nous déplaçons si les personnels rencontrent une problématique sur l'appareil. Nous sommes mobiles.

Une procédure a été rédigée, une affiche a été créée (c'est un bon rappel visuel pour les personnels) et une vidéo a été postée sur Lintranet.

Enfin, je tenais à souligner qu'au niveau de la Direction, il y a eu une grande réactivité, une dynamique importante dans l'accompagnement des agents.

Le personnel des unités de soin a immédiatement été réceptif et à l'écoute. Merci pour leur accueil. **GM**



Le matériel Optiflow AirVO2

"Optiflow a été mis en place lors de la première vague puis déployé plus largement lors de la seconde vague afin d'optimiser la prise en soin des patients en difficulté respiratoire positif à la COVID-19. Cette thérapeutique aide le patient à passer un "cap" afin d'éviter une éventuelle intubation. Pauline Journet

Une filière d'aval capitale

La Rééducation/Réadaptation : restructurations et redéploiements

Les pavillons 3 et 3 bis ayant été réquisitionnés en urgence, pour étendre les capacités d'accueil du SMIT et l'afflux de patients COVID, la Rééducation/Réadaptation a connu de nombreuses restructurations et ses équipes ont dû faire preuve d'une adaptabilité hors-norme. Le Pr Arnaud Dupeyron, chef du pôle, nous en livre les détails.

L'impact sur les services a été notable dès le début de la première vague "Il y a eu une fermeture du service à la fois sur le secteur d'Hospitalisation Complète (HC) et sur le secteur d'hospitalisation de jour (HJ)" explique le Pr Dupeyron avant d'indiquer "avec pour conséquence une perte de suivi des malades atteints de maladies chroniques qui a été mal vécue". Lorsque la deuxième vague a déferlé sur le CHU, même si l'établissement a été beaucoup plus impacté, les équipes étaient mieux préparées et organisées.

"Nous avons continué à hospitaliser les patients en hospitalisation partielle mais, en revanche, notre activité d'hospitalisation complète a été particulièrement affectée" précise le Pr Dupeyron.

Fermeture de lits en hospitalisation complète

En effet, au pavillon 3, le SMIT s'est étendu au deuxième étage et les lits d'HC du service de neuro-orthopédie du deuxième étage ont d'abord été fermés. Rapidement, devant l'afflux de patients, le SMIT a dû s'étendre également au premier étage. "Nous avons, à ce moment-là, fermé la deuxième unité ainsi que nos 40 lits de rééducation orthopédique" précise le Pr Dupeyron.

Au final, les pavillons 3 et 3 bis ont été totalement occupés pour la création d'un secteur Soins de suite et de réadaptation (SSR) COVID. (CF article page 19)

Le service de rééducation non COVID au CHU

Par conséquent, le service de rééducation des personnes âgées a dû prendre ses quartiers à Serre Cavalier car 15 puis 30 lits de SSR COVID ont été créés au pavillon 3 bis.

"Cela signifie que nous avons mis de côté notre spécialité de médecine physique et de réadaptation. Cependant, nous étions en position d'aval SSR mais beaucoup de patients nécessitaient une surveillance et des soins de service de Médecine ce qui nous a mis en difficulté" continue le Pr Dupeyron avant de poursuivre "Finalement, le service de rééducation personnes âgées n'a pas pu fonctionner à Serre Cavalier car nous n'avons jamais pu ouvrir plus de 15 lits.

Pour limiter les risques de transferts de patients COVID, nous n'avons pas pu fonctionner normalement avec l'aval au Grau-du-roi pour les mêmes raisons".



Pr Arnaud Dupeyron,
chef du pôle NIRR, Neurologie,
Infectiologie, Rééducation, Réadaptation



De gauche à droite, 1^{er} rang :
Fanny Palacio, IDE - Claire, étudiante en médecine, Nassera El Mehdi, AS
Sylvie Borle, AS - Anais Simao, IDE - Claire Bouara, AS - Inès Tabakh, AS.
2^e rang : Camille, étudiante en médecine - Fanny, étudiante en médecine
Christelle Alpini, ASH - Emeline Bodin, ASH - Justine Bertrand, IDE
Anne Marie Garilli, AS - Bérangère, étudiante IDE
Virginie Delpal, cadre de santé.



De gauche à droite
Solène Raoux, IDE - Camille Viilessot, Kiné - Laurie Louis, Kiné - Claudine Arias, IDE
Béatrice Rivera, AS - Victoria Roussel, AS, Nadine Luet, cadre de santé, Gaëlle Blondel, ASH
Thais Desousa, ASH - Sandra Gilson ASH - Ambre Benamar, AS - Marie Guin, kiné
Caroline Stemer, kiné - Florence Cerda, IDE - Leslie Bompat, AS

Le service de rééducation post-réanimation

Durant la première phase, l'unité post Réanimation localisée habituellement au premier étage du pavillon 3 avait été transféré au bâtiment de neurosciences.

Ce service a de nouveau déménagé, cette fois au pavillon 3 bis lors de la 2^e phase, car il fallait relocaliser l'orthopédie dans le bâtiment Neurosciences et pouvoir accueillir plus de patients avec assistance respiratoire.

"Nous avons été obligé d'utiliser le pavillon 3 bis car on ne pouvait pas, dans des conditions de sécurité satisfaisantes, positionner le service de rééducation post- réanimation dans le pavillon 3 bis à l'endroit où il est toujours" indique le Pr Dupeyron.

Par ailleurs, cette dernière unité a connu une évolution importante, pour permettre les sorties de réanimation. "Au départ, nous souhaitions accueillir des patients COVID sous respirateur et appliquer le plan de l'ARS en créant une unité de soins ventilatoire de ni-

veau 2 (USV2). Mais ce projet n'a pas pu voir le jour car nous sommes géographiquement trop éloignés de la réanimation".

En revanche, ce système, qui se pérennise, a permis de prendre en charge sous respirateur les patients non COVID.

"Aujourd'hui nous avons quatre patients sous respirateur et ils sont tous trachéotomisés".

Les hôpitaux de jour : maintenir les activités

Enfin, si les hôpitaux de jour ont maintenu les activités "nous sommes confrontés à un problème majeur d'espace, ce qui est problématique en termes de distanciation sociale et de gestes barrières".

Afin d'y pallier, des cloisons ont été montées afin de permettre le réentraînement à l'effort, puisque comme l'explique le Pr Dupeyron "Un

patient travaillant sur un tapis ou un vélo augmente sa capacité d'effort, respire plus vite et va, bien entendu, diffuser le virus s'il est positif".

Des boxes ont donc été installés afin d'assurer la rééducation des patients notamment musculo-squelettiques chroniques et coronariens "Il existe une filière post infarctus dont les patients nécessitent une rééducation. Actuellement, afin de pouvoir les accueillir, nous avons essentiellement arrêté les prises en charge des patients en insuffisances cardiaques" indique le Pr Dupeyron.

A l'heure actuelle, 30 lits sur les 60 de rééducation de personnes âgées ont été rouverts au 3 bis. Les 40 lits de rééducation orthopédiques sont toujours fermés.

"Je souhaite adresser mes plus sincères félicitations et remerciements à toutes les équipes de MPR qui œuvrent au quotidien avec patience et détermination dans ce contexte toujours instable" conclut le Pr Arnaud Dupeyron. **CD**

ZOOM SUR

Témoignage du Pr Arnaud Dupeyron

Dans un contexte mouvant : des personnels admirables

Durant cette crise, les personnels soignants, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, ont été totalement chamboulés par toutes les déstructurations.

Au cours de la deuxième vague, du jour au lendemain, les services changeaient, même d'intitulés.

Les personnels étaient ballotés à droite comme à gauche, changeaient d'unité, d'activité, d'intensité : un matin une unité était fermée et l'après-midi elle était ouverte avec une nouvelle population.

Très concrètement, ça a été dur pour le personnel soignant. Il s'est vraiment bien adapté et nous pouvons lui tirer un coup de chapeau merveilleux.

Il faut aussi citer le SMIT, la Neurologie et la Rhumatologie qui ont aussi dû absorber une partie des urgences : nous devons, bien évidemment, continuer à soigner les patients qui n'ont pas la COVID.

Je pense aussi aux IDE du SST qui n'étaient pas forcément rompues au traitement d'urgence, qui se sont mobilisées et qui ont donné de leur temps.

On a même brancardé le week-end !

La gestion au Grau-du-Roi a également été délicate car que ce soit du côté de la rééducation physique ou de la rééducation orthopédique, il s'agit de secteurs de Basse densité virale (BDV) dans lesquels il faut faire très attention à ne pas transférer de patients COVID.

Une gestion de crise coordonnée et efficace

La gestion qui a été faite par l'hôpital a été très coordonnée avec des prises de décisions extrêmement rapides.

Nous sommes vraiment très opérationnels dans l'exécution des principes, des recommandations et des décisions qui sont prises.

Prendre la décision de déplacer une unité, et le réaliser en un temps record : la Direction des soins a fait des choses incroyables.

Je remercie aussi le Dr Anne-Marie Guedj, à la coordination médicale, qui a réussi à mobiliser les internes au niveau du SMIT.



Le pôle Pharmacie

Fabriquer, innover, protéger

Depuis le début de l'épidémie, le pôle Pharmacie a été particulièrement impacté dans ses organisations et a dû faire preuve d'une adaptabilité et d'une diligence remarquable.



Dr Jean-Marie Kinowski,
chef du pôle pharmacie, Vice Président de
la Commission Médicale d'Établissement

Une première vague aux activités très logistiques et atypiques

Fabrication de masques et de gel hydro-alcoolique

Au cours de la première vague, la pharmacie n'a pas échappé aux déprogrammations et a dû repenser son organisation.

"Beaucoup d'activités de pharmacie clinique ont été stoppées. Par conséquent, et selon les directives, une partie de l'équipe s'est retrouvée en télétravail et/ou en congés COVID, mais le gros de la troupe, resté en présentiel, continuait à se déplacer dans les services" explique le Dr Jean-Marie Kinowski, chef du pôle Pharmacie.

En début d'épidémie et pour pallier à la pénurie de matériel, les agents ont été redéployés sur des activités inhabituelles, notamment sur la fabrication de masques.

En effet, l'unité de Stérilisation, dont l'activité dépend beaucoup de celle des blocs opératoires, elle-même suspendue, avait mis en place un ingénierie système qui permettait au personnel bénévole et à leur famille de fabriquer les masques.



"Nous avons confectionné plus d'une dizaine de milliers de masques par semaine" précise le Dr Kinowski.

La conception de Solution hydro-alcoolique (SHA) a également nécessité un investissement et une organisation atypique.

Ainsi, les agents ont recueilli des bidons de 20 à 50 litres ainsi que des flacons vides afin de les remplir du précieux liquide.

"Les équipes de stérilisation ont également été redéployées sur des missions de nettoyage en renfort" ajoute le Dr Kinowski.

S'adapter et accompagner les réorganisations d'urgence

Au cours de la première vague, de nombreux services ont changé de localisation, "Je pense au pavillon 3 qui a accueilli la zone Haute densité virale (HDV) sur différents étages, la relocalisation du SSR, le transfert de l'unité des cérébrólésés en Neurosciences..." donne pour exemples le Dr Kinowski.

Toutes ces réorganisations ont nécessité un travail important en logistique pour les agents du service en lien avec la Direction des ressources matérielles (DRM).

"Il a fallu équiper les salles de soins, accompagner les changements de patients, les mouvements... C'était notre activité la plus conséquente, adaptée au fil de l'eau suite aux décisions de la cellule de crise" explique le Dr Kinowski.

La deuxième vague : maintenir l'activité

A la différence de la première vague, l'objectif était au maintien de l'activité.

"On a très peu déprogrammé, si ce n'est au

bloc, et en même temps, à la différence de la première vague, notre établissement a été très touché par l'épidémie avec un pic atteint de 280 patients, ce qui proportionnellement se rapproche de ce qu'avaient pu connaître les établissements du Grand Est".

De ce fait, les mouvements et les changements de service se sont perpétués, entraînant la même surcharge de travail en termes de logistique.

"Mais étant donné le maintien de la prise en charge des pathologies chroniques, l'équipe a dû assumer ces surcharges, en plus de nos activités pharmaceutiques et cliniques".

Innovation et expertise : Le service en autonomie dans la fabrication des médicaments contre la COVID

Le CHU de Nîmes fait partie des six établissements en France identifiés pour s'autonomiser dans la fabrication des médicaments liés à la prise en charge des patients COVID.

Une manne qui peut éviter à l'hôpital de déprogrammer ou de tomber en rupture d'un produit vital pour les patients.

Le CHU de Nîmes fait partie des six établissements en France identifiés pour s'autonomiser dans la fabrication des médicaments liés à la prise en charge des patients COVID.

"Ces six CHU ont travaillé en collaboration. La matière première a été reçue sous forme de poudre afin d'en faire une solution injectable stérile. Un important travail de protocolisation et de mise en forme a été mené pour préparer cette transformation, qui s'est accompagnée de la mise en place d'un contrôle qualité. Dans ce partenariat, chaque établissement s'est focalisé sur une molécule" détaille le Dr Kinowski. Si durant la deuxième vague, les stocks fournis par Santé publique France ont été suffisants, en cas de tension, de troisième vague ou de crise sanitaire, il ne restera plus qu'à lancer la fabrication.

Vaccination contre la COVID : le pôle s'organise

Conformément aux directives ministérielles, le pôle a dû s'organiser pour mener à bien une campagne de vaccination massive.

Le vaccin était destiné dans un premier temps aux résidents des EHPAD (pour notre CHU, Serre Cavalier) et aux soignants qui ont des facteurs de risque ou un âge supérieur à 65 ans.

"Nous avons reçu les premiers vaccins Pfizer début Janvier après avoir réceptionné le congélateur permettant de les stocker à la mi-décembre" annonce le Dr Kinowski.

En parallèle, le pôle doit également assurer l'approvisionnement des autres EPHAD du département qui sont rattachés à d'autres établissements publics du département (Uzès, Alès ou autres).

"C'est un circuit assez complexe, parce que les EHPAD ont dû identifier les résidents éligibles à la vaccination et nous communiquer la liste.

Il a ensuite fallu transférer le nombre de doses et les décongeler pour les acheminer (entre 2 et 8 degrés). Par ailleurs, la décongélation doit se faire dans une chambre froide où le vaccin reste stable cinq jours" précise le Dr Kinowski.

Le service a dû bien s'organiser sachant que deux injections sont nécessaires à 21 jours d'intervalle.

"Dès la première injection, il faut prévoir et planifier la deuxième dose" poursuit le Dr Kinowski.

Par ailleurs, il reste l'éventualité que le CHU de Nîmes soit également le référent à ce sujet pour les EHPAD privés.

"Je félicite tous les agents du service qui se sont fortement impliqués et qui poursuivent leurs efforts.

Ils accomplissent chaque jour un travail remarquable" conclut le Dr Kinowski. **CD**



Le "Super-congélateur"

Violaine Delannoy, pharmacien - Marion Boissiere, Qualité - Marion Warembourg, pharmacien
Patricia Boissin, Cadre de santé - Clarisse Roux Marson, pharmacien - Sabrina Larcher, Préparateur en pharmacie
Danièle Moulouguet, Préparateur en pharmacie



Clara Rolland, interne en pharmacie - Nicolas Falconnetti, Agent de stérilisation - Jean-Luc Curien, Superviseur de production - Julien Robert, Agent de stérilisation
Coralie Dayre, Agent de stérilisation - Isabelle Maille, Superviseur de production - Morgane Foulard, Agent de stérilisation - Virginie Bouron, Préparateur en pharmacie
Annick Dubois, Agent de stérilisation, Saloua Gharib, Agent de stérilisation, Khene Lo Van, Agent de stérilisation, Mélina Schettini, Agent de stérilisation,
Précilia Momboisse, Préparateur en pharmacie



La certification AFNOR

Vérification des mesures sanitaires COVID-19 : premier CHU de France certifié

Aujourd'hui plus que jamais, en période de crise sanitaire, la santé de tous est une priorité pour notre établissement. Pour maintenir la vigilance sur le respect des mesures barrières après la première période épidémique, et afin de garantir la protection des usagers et des personnels hospitaliers sur la durée, la Direction de la Qualité Gestion des Risques (DQGR) et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène ont proposé à Nicolas Best, Directeur général du CHU de Nîmes, de s'engager dans la certification de Mesures sanitaires COVID-19 via l'Association française de normalisation (AFNOR).

Qu'est-ce que la certification Mesures Sanitaires COVID-19 ?

Cette certification Mesures Sanitaires COVID-19 est une reconnaissance délivrée par l'AFNOR, permettant de démontrer la mise en œuvre de mesures sanitaires pertinentes contre la COVID-19 et l'adoption de réflexes et comportements appropriés au sein d'une organisation. Elle s'appuie sur un référentiel composé d'une centaine de critères dont 23 réhibitoires, construits notamment à partir des fiches de la Direction Générale du Travail (DGT), des bonnes pratiques des secteurs d'activités et du Code du travail. Ce référentiel a vu le jour au mois de juin 2020, faisant suite à la première vague de l'épidémie, dans un objectif de plan de reprise ou de continuité d'activité.

Quels ont été les objectifs de la DQGR et de l'EOH ?

L'objectif de cette certification est double : d'une part améliorer et pérenniser les bonnes pratiques, d'autre part donner confiance aux usagers du CHU. Consolider la protection des professionnels sur leur lieu de travail, vérifier la pertinence des mesures sanitaires prises et leur application sur le terrain, maîtriser les chaînes de contamination en appliquant les gestes barrières sont, en effet, des enjeux primordiaux en contexte de crise sanitaire.



Qui est concerné ?

L'ensemble des professionnels et des usagers pris en charge dans notre établissement. Pour les usagers, il s'agit de leur accueil en consultation et en hospitalisation, de leur accès au site jusqu'à leur arrivée en service (entrée, zones d'accueil et d'attente, ...) et pour les agents du CHU de leur lieu d'activité professionnelle et tous lieux communs tels que les

vestiaires, les salles de pause, les covotages, ... Les mesures d'hygiène sont devenues l'affaire de tous au sein de l'institution, que l'on soit personnel soignant, administratif, technique ou logistique.

Comment s'est déroulée la préparation à cette certification ?

Dans un premier temps, nous avons évalué nos organisations au regard du référentiel et identifié des pistes d'amélioration. Le respect des mesures sanitaires étant primordial, nos premières actions ont donné lieu à des mesures de sensibilisation au respect des gestes barrières auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement, toutes fonctions et secteurs confondus, mais aussi auprès des usagers lors de leur entrée sur site.

Nous avons également identifié les lieux et temps où le risque de transmission était le plus élevé et avons complété nos organisations actuelles par de nouvelles actions.

Afin d'évaluer l'application et le respect des mesures sanitaires, l'EOH, la DQGR, la DCGS et l'ensemble de l'encadrement ont réalisé des audits constants et très réguliers, encore actifs à ce jour.

L'objectif de ces audits quotidiens est d'évaluer la réalité de l'application des mesures, qu'il s'agisse par exemple de l'utilisation de solution hydroalcoolique à l'entrée de l'établissement, du respect de la distance physique pendant les temps de repas, la désinfection des salles de réunion après utilisation..., et cela dans chaque service et lieu commun, sur l'ensemble des sites du CHU.

Comment les mesures d'hygiène ont-elles été déployées ?

Les exigences du référentiel correspondaient aux recommandations nationales connues et diffusées dans notre établissement : port du masque dans l'établissement, se frictionner les mains, etc.

Toutes les Directions fonctionnelles ont été sollicitées. A titre d'exemple, une borne de gel hydroalcoolique a été installée à chaque entrée des bâtiments, une communication importante a été mise en œuvre (affichages, messages internet, intranet, réseaux sociaux, ...), de nouveaux processus de désinfection des surfaces ont été activés, de nombreuses formations et actions de sensibilisation ont été conduites, des jauges (nombre de personnes autorisées) ont été évaluées pour les locaux et les ascenseurs.

Comment se sont passées les évaluations au sein des services ?

Les évaluations étaient réalisées par l'EOH dans les services à risque depuis le printemps. Au cours de l'été la DQGR et la DCGS se sont associées à cette démarche pour évaluer les comportements dans l'ensemble des secteurs et pour accompagner les services.

Depuis, chaque cadre de service évalue le respect de ces mesures au sein de son service en complétant la grille d'audit "EQUA265 Grille d'audit Mesures barrières salle de pause et vestiaire" : de façon hebdomadaire si aucune non-conformité est relevée et au quotidien si tel n'est pas le cas.

La saisie des résultats en ligne permet en outre de suivre la dynamique institutionnelle.

Comment s'est déroulée la certification ?

L'évaluation par l'AFNOR s'est déroulée sur deux jours et demi, du mardi 10 novembre au vendredi 13 novembre 2020 sur les sites de Carémeau, de l'ICG, de Serre Cavalier et du Grau-du-Roi.

Cette évaluation, menée par un auditeur externe, a comporté des temps d'investigation et des interviews.

L'auditeur s'est attaché à évaluer nos organisa-

tions et procédures, ainsi que leur application et leur appropriation par les professionnels et les usagers.

Pour obtenir la Certification nous devons répondre de façon conforme à plus de 80 % de la centaine de critères évalués et à 100 % des 23 critères rédhibitoires du référentiel.

En effet, la non-conformité d'un seul des 23 critères rédhibitoires aurait suffi à nous rendre inéligibles.

A l'issue de la dernière journée d'audit, l'évaluateur nous a dressé ses conclusions et nous a remis le certificat de reconnaissance de notre conformité au référentiel, fruit de la réussite de tous ! **CD/GM**

Élodie Careno, cadre hygiéniste et Laure Navarro, ingénieur qualité à la DQGR



L'équipe Direction Qualité Gestion des Risques de gauche à droite, Laurence Fraisse - Audrey Chenalley Bérangère Salery - Delphine Quintard - Assia El Bouche - Eugénie Mouterde - Florent Jacquet - Laure Navarro Béatrice Vanuxem - Marine Roumestan



Pas de confinement pour vos pathologies chroniques

Assurer la continuité des soins

Parce qu'il n'y a pas que la COVID-19, le CHU maintient ses activités et continue d'assurer, en toute sécurité, les prises en charge des pathologies chroniques. L'absence de soins adaptés et de suivi peut conduire à leur aggravation et à leur pérennisation. Il ne faut pas oublier qu'au CHU de Nîmes, des circuits sont dédiés aux patients non COVID-19, de manière à éviter que les patients ne se croisent, parmi de nombreuses autres mesures sanitaires qui ont valu au CHU la certification AFNOR "Vérification des mesures sanitaires COVID-19".



LE SAVIEZ-VOUS ?

Ces vidéos sont disponibles sur la page YouTube du CHU de Nîmes. Elles sont les premières de la nouvelle chaîne d'information baptisée CHU Nîmes News (CNN).

Pas de confinement pour vos pathologies chroniques

Assurer la continuité des soins

Dans une série de vidéos rappelant l'importance de continuer les soins, professeurs, docteurs et chefs de service ont rappelé la nécessité de venir au CHU, dans des règles sanitaires de première qualité.

"Le CHU est ouvert 24h/24 et prend en charge à la fois les malades de la COVID mais également tous les autres patients porteurs de leur pathologie chronique et aiguë. Il est très clair que l'on meurt plus d'un infarctus ou d'un AVC que de la COVID, donc si vous avez des symptômes suggérant ce type de pathologies : il ne faut pas hésiter" rappelle le Pr Jean-Emmanuel de La Coussaye, Président de la Commission médicale d'établissement. **CD/GM**

La communauté médicale du CHU de Nîmes s'est mobilisée en participant aux messages vidéos de CNN (Chu Nîmes News)



Le pôle Chirurgies

Une volonté de maintenir l'activité

Pour la deuxième vague, le pôle Chirurgies a pu maintenir certaines activités de chirurgies programmées mais aussi les activités de consultation d'anesthésie, qui avaient été stoppées lors de la première phase, de façon à ne pas rompre la chaîne de soins et de ne pas entraîner une perte de chance pour les patients.



Pr Benjamin Lallemand,
chef de pôle chirurgie

Maintenir la chirurgie programmée

"Pour cette deuxième vague, nous avons su maintenir une activité chirurgicale programmée pour prendre en charge les patients concernés par des pathologies lourdes, cancéreuses notamment et préserver la chirurgie d'Urgences" explique le Pr Benjamin Lallemand, Chef du pôle Chirurgies.

Pour réussir ce challenge, 14 salles sur 24 ont été maintenues au plus fort de la crise.

Dès que la pression s'est allégée, les salles ont été rouvertes de manière à reprogrammer les interventions qui avaient été déprogrammées.

Dans ce cadre, le pôle de Chirurgie, en lien avec la direction, ont mis en place des stratégies pour identifier les patients déprogrammés et réinitier les programmations.

"À la fin du mois de janvier, plus de 80 % de ces interventions ont pu être reprogrammées" assure-t-il.

Création d'une unité de réanimation éphémère

"Le challenge a été de maintenir à la fois l'activité programmée des patients COVID et non COVID, avec deux flux à gérer dans des conditions difficiles, tout en assurant également une activité de réanimation, puisque le service de réanimation a connu une extension de huit lits qui ont occupés une salle de soins post-interventionnel du bloc opératoire" poursuit le Pr Lallemand.

Des organisations bouleversées : une adaptation des personnels remarquable

"Tout cela a été rendu possible par les efforts admirables de l'ensemble des soignants du bloc (médecins, IBODE, IADE, AS et ASH)" félicite le Pr Lallemand.

Il faut souligner que la période de crise a nécessité des changements organisationnels, que ce soit en termes de temps de travail où les IADE sont passées en 12h, ou encore en termes de missions.

"Dans le service de réanimation éphémère, les IBODE ont fait de la réa, temporairement, sur des postes d'IDE ou d'AS, pour contribuer à la fluidité de l'organisation" précise-t-il.

Réactivité, adaptation : L'investissement des personnels et l'engagement des acteurs de terrain a été l'un des facteurs de succès dans le maintien des activités.

"Malgré la première vague et la fatigue, les agents se sont réengagés avec un niveau quasiment supérieur durant cette phase où l'activité était, en plus maintenue" souligne le Professeur.

Et maintenant ?

"Nous avons toujours en bruit de fond l'activité COVID qui demande de maintenir nos organisations adaptées avec un circuit spécifique, à la fois pour protéger les patients et les soignants. Par ailleurs, en période d'épidémie COVID,

l'activité du pôle Chirurgies dépend des capacités en lit du service de réanimation, même si ce dernier fait le maximum pour ne pas impacter les activités du bloc opératoire" conclut le Pr Lallemand. **CD**



"Il est facile d'arrêter l'activité d'un seul coup mais relancer la prise en charge des patients demande beaucoup plus de travail"
Pr Benjamin Lallemand



Les anesthésistes sur tous les fronts

Une deuxième vague de plus grande ampleur

De par ses activités transversales multiples, le service d'Anesthésie/douleur a été particulièrement impacté par la crise sanitaire. Entre restructuration, redéploiement, et changement de pratiques, la gestion de crise a nécessité une mobilisation extraordinaire comme nous l'explique ici le Pr Philippe Cuvillon, chef du service d'Anesthésie.



Pr Philippe Cuvillon,
chef du service d'Anesthésie

Une réorganisation d'urgence

Le Pr Cuvillon donne le ton concernant l'épisode sans précédent : "Au cours de la première vague, nous avons beaucoup improvisé et organisé le service dans l'urgence car aucun plan blanc n'avait prévu une telle situation. Nous avons, l'année précédente, fait des simulations d'organisation pour des attaques terroristes (organisation limitée dans le temps) mais jamais sur des attaques virales d'une durée de plus de 9 mois...".

En effet, le service a connu une réorganisa-

tion qui était surtout de trois natures.

La première a été la création d'une zone de réanimation dans la salle de réveil "Où plus de 200 patients ont été accueillis" explique le Pr Cuvillon qui précise que "cet espace a une organisation éphémère qui mobilise tous les acteurs du bloc opératoire en un temps record pour monter de six à 12 lits de réanimations dans l'urgence. Ont été concernés les médecins, IADE, IBODE, AS, et Cadres en partenariat avec le pôle de Chirurgie. L'objectif de cette unité était de créer une zone de déchochage et de réanimation basse densité virale. Plus de 80 patients y ont séjourné lors de la seconde vague. Ce dispositif est régulièrement sollicité par les urgences lors d'afflux au décho-

cage ou pour des surveillances prolongées postopératoires".

Fait tout aussi marquant, tous les services de consultations ont dû être réorganisés. Pour cela, de nouvelles pratiques, innovantes, se sont mises en place, comme la téléconsultation.

"Sous l'impulsion de l'ARS, nous avons déployé largement la téléconsultation afin de continuer à suivre les patients en préopératoire. Aujourd'hui, nous en avons réalisé plus de 1 000 et ce système se pérennise. Un projet de recherche clinique en partenariat avec la DRCI vient d'obtenir un financement afin de mieux évaluer les avantages et risques de cette pratique au sein de notre spécialité".



Enfin, les anesthésistes et les IADE et IDE se sont déployés sur tous les secteurs pour soutenir les réanimations.

"Nous avons été redéployés au cours des deux vagues pour aider l'UMCH. Nous sommes allés également soutenir les équipes de Réanimation. Nous avons aussi ouvert plus de lits de surveillance continue au -4 en Unité de soins continus post-opératoires (USCPO) et nous avons déployé une partie de nos effectifs sur cette unité-là" précise le Pr Cuvillon.

La différence par rapport à la première vague ? *"Cela peut paraître paradoxal mais nous avons maintenu plus de salles d'opérations ouvertes après le changement de doctrine de l'ARS : le Centre Ambulatoire Carêmeau Sud (CACS) est resté ouvert et on a priorisé massivement la chirurgie urgente et carcinologique pour limiter les "pertes de chance". Malheureusement et comme pour tout le CHU, toutes les équipes médicales et paramédicales en anesthésie ont accumulé de la fatigue et de l'épuisement... "ma pensée va à tous nos soignants qui n'ont pas compté leurs heures et ainsi pris soins de nous tous. Il y a eu un élan de solidarité exemplaire de tout le pôle ARDU"* ajoute le Pr Cuvillon.

Des patients COVID qui nécessitent plus de moyens techniques et humains

Si, pour les patients COVID, la prise en charge en anesthésie au bloc opératoire reste la même, cette dernière est plus longue.

Des renforts, en IBODE et IADE ont dû être programmés pour l'utilisation du matériel et les prises en charge.

"Cela nous a obligés à nous restructurer car au lieu d'avoir un anesthésiste et une infirmière anesthésiste pour un patient, il a fallu doubler nos équipes pour prendre en charge les patients COVID et maintenir les isolements entre les secteurs" explique le Pr Cuvillon.

Les équipes ont donc également dû s'adapter et créer des zones spécifiques "COVID" dans le bloc opératoire, tout comme à la maternité où *"les équipes de garde et d'astreinte ont été doublées. Plus de 60 patients COVID ont été opérés en urgence"*. **CD**



LE SAVIEZ-VOUS ?

Solidarité hospitalière nationale et territoriale

Durant la première vague, une équipe, composée d'une dizaine d'IADE est allée renforcer les équipes à Paris par roulement d'une semaine et deux médecins anesthésistes sont allés soutenir les équipes dans le Grand-Est, à Strasbourg.

D'autres praticiens ont également pris des gardes à Alès pour renforcer les équipes de réanimation du CH suite à l'augmentation des lits de réanimation.

"L'équipe d'anesthésie a réalisé deux fois plus de gardes qu'habituellement au cours de ces deux périodes".

Pr Philippe Cuvillon

ZOOM SUR

Que retenir-vous de la deuxième vague ?

La deuxième vague a été d'une plus grande ampleur mais grâce à l'expérience acquise lors de la première nous avons pu affiner nos pratiques et nos organisations.

Par ailleurs, alors qu'il était facile de penser que l'implication des professionnels de santé fléchirait, que la fatigue et le désespoir se ferait sentir, cela a été un moment où les personnels se sont retroussés les manches et ont mis le cœur à l'ouvrage.

Dans le secteur Anesthésie, cela nous a permis de tisser encore plus de liens avec tous les acteurs du bloc opératoire, l'encadrement, le Pôle de chirurgie, le Pôle de Radiologie interventionnelle...

Il y a eu un élan de solidarité exemplaire.

Vaccination

Un espoir dans la crise

Impulsée par le gouvernement et le Ministère des Solidarités et de la Santé, la campagne de vaccination a récemment démontré une volonté forte des instances d'accélérer le processus sanitaire. Avec l'ouverture en un temps record du Centre de vaccination, véritable défi logistique et humain, et un vaccin ne pouvant se conserver plus de cinq jours en réfrigération "classique" (entre plus 2° et 8°), le CHU de Nîmes a su être réactif et organiser un parcours de vaccination de main de maître.

Mercredi 6 janvier 2021, ce sont plus de 6 825 doses du vaccin Pfizer BioNTech que le CHU de Nîmes a reçues.

"Nous avons reçu les doses du vaccin Pfizer BioNTech mercredi 6 janvier 2021 et la vaccination a débuté le jour même, dans l'après-midi : 126 personnes étaient déjà vaccinées ce premier jour" réagit le Dr Paul Loubet, responsable du Centre de vaccination du CHU de Nîmes.

Le centre de vaccination contre la COVID-19, qui a ouvert à Carémeau, accueille tous les professionnels de l'établissement (médicaux, soignants, administratifs et techniques etc...) et les professionnels de santé libéraux du Gard (médecins libéraux, infirmiers libéraux, et autres professionnels de santé) de plus de 50 ans ou présentant une ou plusieurs comorbidités. La campagne de vaccination s'est poursuivi

au centre de Gériatrie Serre Cavalier qui a débuté le 8 janvier.

A la date du 18 janvier, il a ouvert ses portes aux personnes de plus de 75 ans.

Pour cela, Une structure modulaire complète les locaux afin de permettre une circulation fluide et une montée en puissance. Les patients sont d'abord accueillis par du personnel administratif pour les démarches, puis rencontrent un professionnel de santé, médecin avant de passer à la salle d'injection proprement dite. Cinq boxes permettent aux infirmières d'administrer les vaccins.

"Nous avons reçu 6 825 doses, mais comme l'hôpital est le seul établissement du Gard à disposer des congélateurs permettant la conservation du vaccin à moins 70 degrés, nous servons aussi nos collègues des cliniques privées et des EHPAD"

explique le Dr Jean-Marie Kinowski, vice-président de la Commission médicale d'Établissement et chef du Pôle Pharmacie - Santé publique.

Le Pr Jean-Emmanuel de La Coussaye, qui n'a pas hésité à se faire vacciner démontre l'utilité de cette vaccination : *"C'est un geste pour se protéger soi, pour protéger les autres. C'est un geste citoyen. De plus, ce n'est pas douloureux, c'est extrêmement simple et cela va très vite. On ne peut pas demander aux gens de se faire vacciner si nous, soignants, ne nous faisons pas vacciner. Nous montrons l'exemple. Il y a un engouement très fort au CHU et j'en suis heureux"*.



Comment s'est déroulée l'ouverture du centre de vaccination ?

Marie-Claude Gasté : Dans l'urgence : nous avons dû organiser le parcours de vaccination du jour au lendemain et nous sommes passés d'une feuille blanche, au 31 décembre, à l'ouverture d'un centre tout à fait opérationnel, le 6 janvier.

Nous avons su mettre en place les organisations nécessaires grâce à une mobilisation active de tous les personnels impliqués : soignants, agents de la logistique, du matériel, du mobilier, de la direction de la communication... Je tiens à féliciter tout le monde pour sa réactivité.



Le Pr Serge Lumbruso, vice-doyen de la faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, coordonnateur du site nîmois, Nicolas Best, Directeur général du CHU de Nîmes, le Pr Jean-Emmanuel de La Coussaye, Président de la Commission médicale d'Établissement, le Dr Jean-Marie Kinowski, vice-président de la Commission médicale d'Établissement et chef du Pôle Pharmacie - Santé publique et le Dr Paul Loubet, responsable du Centre de vaccination du CHU de Nîmes, réunis devant le Centre de vaccination.



Marie Claude-Gasté
Directrice de la
coordination
générale des soins
(DCGS)



Benjamin Julian-Michel
Cadre de Santé en
mission transversale
(DCGS)



Juliette Fauvel,
ingénieure en
organisations
Direction de la
performance
et du parcours patient.

Tout cela s'est fait dans la bonne humeur et la bienveillance collective. Il y a eu un réel effort institutionnel collectif pour répondre à un défi de santé public territorial.

Étant donné l'ampleur du projet, les ajustements, parfois nécessaires, se sont réalisés avec une intelligence des situations, et cet état d'esprit perdure à l'heure actuelle.

Par la suite, nous avons également aidé à la mise en place de la vaccination au Grau-du-roi et à Serre Cavalier.

Preuve d'un esprit citoyen, cette campagne de vaccination a rencontré un vif succès, assez inattendu.

A ce jour, 2700 soignants ont été vaccinés.

Benjamin Julian-Michel : Il y a eu une forte volonté d'assurer un accueil de qualité, d'au-

tant plus avec l'ouverture du centre aux personnes de plus de 75 ans que nous recevons de manière personnalisée et rapprochée.

Par ailleurs, il faut savoir que nous sommes le centre de référence du département. Dans ce contexte, les mairies de Nîmes et du Grau-du-Roi ont pris attache afin de s'inspirer de notre centre et bénéficier de notre retour d'expérience depuis l'ouverture.

Une vraie dynamique s'est créée et nous avons pour retours la grande satisfaction des personnes vaccinées et des professionnels qui y travaillent.

Juliette Fauvel : Dans l'urgence en ce qui concerne l'organisation de l'accueil des patients au centre de vaccination et avec une forte mobilisation des agents du CHU pour

occuper ces postes : Formation expresse aux nouveaux outils, apprentissage d'un nouveau poste et appréhension rapide d'un nouvel environnement.

Dès les premiers jours un retour positif des personnes vaccinées a tout de suite été très encourageant.

La principale difficulté a été le changement d'outil métier côté secrétariat pour la prise de rendez-vous qui a nécessité une prise en main rapide.

Nous sommes tous passés en mode "travail de crise" et je retiens particulièrement l'esprit d'entraide ou chacun a su sortir de son périmètre habituel dans l'efficacité et le collectif.

CD/GM

L'équipe des IDE du centre de vaccination



Salle de surveillance des patients après vaccination



La vaccination à Serre Cavalier : Du 14 au 19 janvier 2021, les agents de Serre Cavalier qui le souhaitent ont pu se faire vacciner directement sur place, au centre de gérontologie, où un centre de vaccination éphémère avait été installé et coordonné par le Dr Eric Vernes, directeur médical de crise du centre de gérontologie.

La vaccination au Grau-du-Roi : Près d'une centaine de professionnels de santé de l'hôpital Universitaire de Réadaptation, de Rééducation et d'Addictologie du CHU de Nîmes au Grau du Roi ont, eux aussi, commencé à se faire vacciner sur la journée du vendredi 15 janvier.

