

hospibulle

N°11 - ÉTÉ 2020



**HÔPITAUX
CHAMPAGNE
SUD**

CH de Bar-sur-Aube
CH de Bar-sur-Seine
Résidence Cardinal de Loménie
GCS Clinique de Champagne
EPSMA
GHAM
CH de Troyes



CHIFFRES CLÉS

La crise covid-19
dans les HCS
en chiffres
symboliques

COOPÉRATION

La lutte contre
la covid-19 :
un engagement
collectif sur
notre territoire

TÉMOIGNAGES

Découvrez 38
interviews
de professionnels
de nos 7
établissements

NUMÉRO SPÉCIAL 64 PAGES

Crise sanitaire : comment ils ont fait face

sommaire

CHIFFRES CLÉS

La crise covid-19 en chiffres 4

COOPÉRATION

Un engagement collectif sur notre territoire .. 6

TÉMOIGNAGES

Le Centre 15 du SAMU 10..... 8

Les urgences10

La réanimation..... 12

Les unités de médecine covid-19 14

CH de Troyes..... 15

GHAM16

CH de Bar-sur-Seine 17

CH de Bar-sur-Aube..... 18

Les soins palliatifs 19

L'imagerie20

Les prélèvements et analyses22

La vie en EHPAD24

CH de Bar-sur-Aube.....25

CH de Bar-sur-Seine26

Domaine de Nazareth (CHT).....27

GHAM site de Nogent-sur-Seine28

Résidence Cardinal de Loménie29

Représentants des familles 30

Maison d'accueil spécialisée (EPSMA) 31

La pharmacie à usage intérieur..... 32

La logistique et les achats.....34

La sécurisation.....36

Le biomédical38

Les admissions..... 40

Les secrétariats 41

Le déménagement de services
et le bionettoyage 42

Les téléconsultations 44

Le télétravail 46

L'IFSI-IFAS de Troyes..... 48

La psychiatrie 50

L'activité non-covid-19..... 52

Chirurgie53

Anesthésie.....54

Neurologie.....55

Cardiologie56

Pneumologie57

Oncologie-radiothérapie.....58

Hématologie59

Mère et enfant 60

Les soins à domicile 62



HÔPITAUX
CHAMPAGNE
SUD

CH de Bar-sur-Aube
CH de Bar-sur-Seine
Résidence Cardinal de Loménie
GCS Clinique de Champagne
EPSMA
GHAM
CH de Troyes

Hospibulle est une publication trimestrielle des **Hôpitaux Champagne Sud**
101, avenue Anatole France - CS 20718 10003 Troyes - communication@hcs-sante.fr

Directeur de la publication Philippe Blua **Rédacteur en chef** Romain Allard **Comité de rédaction** Patricia Albarel, Coralie Dabkowski, Morgane Dupuis, Laëtitia Lapique, Audrey Mennillo, Farida Moreau-Benaudia, Séverine Mori, Sophie Nocus, Emilie Sibois, Sandra Taouri

Crédits photos Hôpitaux Champagne Sud, Adobe Stock, Lempens Photography, Armée de l'air / EQPAA
Conception/réalisation Hôpitaux Champagne Sud **Impression** La Renaissance Imprimeur labélisée Imprim'vert

édito



PHILIPPE BLUA
DIRECTEUR DES HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD



DR MICHÈLE COLLART
PRÉSIDENTE DU COLLÈGE MÉDICAL
DE GROUPEMENT

Les derniers mois ont bouleversé le monde entier. La pandémie qui a frappé la planète a été d'une extraordinaire ampleur et a profondément changé le quotidien de chacun.

En France, le Grand Est a fait partie des régions les plus durement touchées. Face à ce nouveau virus, le monde de la santé a fait face de manière exceptionnelle, de manière forte et unie.

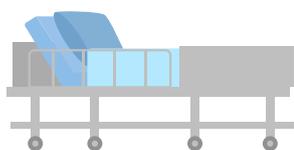
Au sein des Hôpitaux Champagne Sud, nous voulons redire combien nos professionnels ont fait preuve d'un sens du devoir, d'un courage et d'une détermination exceptionnels qui ont fait honneur à notre mission de soin durant ces longues semaines.

En un temps record, nous nous sommes réorganisés dès le mois de février avec la création d'un comité de COordination des Risques Épidémiques et Biologiques (COREB), rapidement suivi de la mise en place d'un comité stratégique et de 5 autres comités techniques (comité médical, comité d'approvisionnement, comité ressources humaines, comité santé mentale et soutien psychologique, comité médico-social). Ces comités nous ont permis, dès leur mise en place et tout au long de la crise, d'évaluer la situation, de nous y adapter et de prendre les bonnes décisions pour la santé des patients et pour la sécurité de nos professionnels. Mi-mars, juste avant l'arrivée de la vague, nous nous sommes placés en plan blanc afin de concentrer nos forces dans la lutte contre la covid-19 et pour les patients ayant besoin de soins urgents. L'énorme travail accompli par les services en terme de réorganisation et de préparation ont fini de poser les fondations d'un solide rempart contre la maladie.

Et puis, la vague est arrivée. Fin mars et début avril, un très fort afflux de patients s'est déclaré, mettant à rude épreuve, ici comme ailleurs, notre système de santé et toutes celles et ceux qui l'animent. Multiplication des appels au Centre 15, nombre d'hospitalisations en considérable augmentation, nombreuses admissions en réanimation,... La vague était impressionnante et pourtant, nous avons tenu bon. La réorganisation des prises en charges en circuits spécifiques et entre acteurs de santé, la création d'unités d'hospitalisation dédiées dans plusieurs de nos établissements, la hausse de nos capacités de réanimation, les renforts humains,

la télémédecine, les approvisionnements continus et les efforts de tous ont permis de faire face et de prendre en charge tous les malades. C'est un exploit qui honore toutes celles et ceux qui ont œuvré. Tous les services, qu'ils soient médicaux, logistiques, techniques ou administratifs de tous nos établissements méritent félicitations et reconnaissance. Nos concitoyens ne s'y sont pas trompés et leur gratitude s'est exprimée de multiples façons : applaudissements, lettres, dessins, cadeaux,... jusqu'au survol par la patrouille de France de notre hôpital troyen en juillet dernier, ou la délivrance d'une Marianne d'Or, remerciant symboliquement tout notre groupement et tous les acteurs de santé. Le déconfinement, au mois de mai, a marqué le début d'une reprise progressive de l'activité habituelle pour éviter toute perte de chance, tout en maintenant un haut niveau de vigilance et de protection pour tous. Que ce soit en consultation, pour des examens, pour une intervention ou en hospitalisation,... : des mesures d'hygiène et de protection ainsi que des circuits et des procédures de prise en charge adaptés à ce nouveau contexte ont été mis en place pour accueillir et soigner tous les patients, quelle que soit leur pathologie, en toute sécurité et qualité des soins. Nous avons continué nos démarches de prévention auprès du public et participé à casser la chaîne de transmission de la maladie en étendant nos dispositifs de dépistage. Nous avons progressivement ouvert les autorisations de visites pour permettre à la famille et aux proches de mieux se retrouver tout en respectant les mesures barrières,... Durant ce combat que nous avons mené ensemble, nous vous avons tenus informés en continu, en interne et en externe, durant toute la crise. Dans ce magazine, nous avons souhaité donner largement la parole à nos professionnels qui ont été au cœur de la bataille. C'est pourquoi ce numéro spécial et exceptionnel d'Hospibulle a été porté à 64 pages au lieu des 16 pages habituelles. Vous y découvrirez les interviews de nombreux professionnels des Hôpitaux Champagne Sud, représentatifs de nombreux corps de métiers et de tous nos établissements. Aujourd'hui, au cœur de l'été 2020 et même si la première vague est passée, nous ne pouvons malheureusement pas dire que la covid-19 est derrière nous. En plusieurs endroits du monde, nous voyons la pandémie repartir. En France, comme ailleurs, la vigilance demeure. L'Etat, les collectivités, les acteurs de santé ne s'y trompent pas : respect des gestes barrières et dépistage dès que nécessaire sont prônés partout. Il est de notre responsabilité à tous d'en avoir parfaitement conscience et d'agir de manière responsable, chacun à son niveau, pour sa santé et celle de l'autre. Nous vous souhaitons une agréable lecture de ce numéro très spécial. ●

LA CRISE COVID-19 EN CHIFFRES



317
lits et places
réservés covid-19



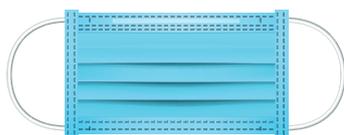
496
patients hospitalisés
pour covid-19



52
patients covid-19
en réanimation



1 463
patients pris
en charge pour
suspicion covid-19



2 170 000
masques fournis par
Santé Publique France
distribués au sein des
HCS et à d'autres acteurs
et structures de santé de
notre territoire



10 000
masques
consommés
par jour



3 000
blouses
consommées
par jour

Sur la période du
1^{ER} MARS AU 30 JUIN 2020
 au sein des Hôpitaux Champagne Sud



65 ans
 âge moyen des
 patients covid-19



3 800
 tests PCR réalisés



5 723
 appels covid-19
 au Centre 15



9
 études scientifiques
 covid-19 ouvertes



160%
 de la capacité de stockage
 au magasin central



800 m³
 de commandes traitées par
 mois par le magasin central

COOPÉRATION

La lutte contre la covid-19, un engagement collectif sur notre territoire

Le volet « Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles » du projet médico-soignant partagé 2017-2022 (PMSP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Aube et du Sézannais, indique :

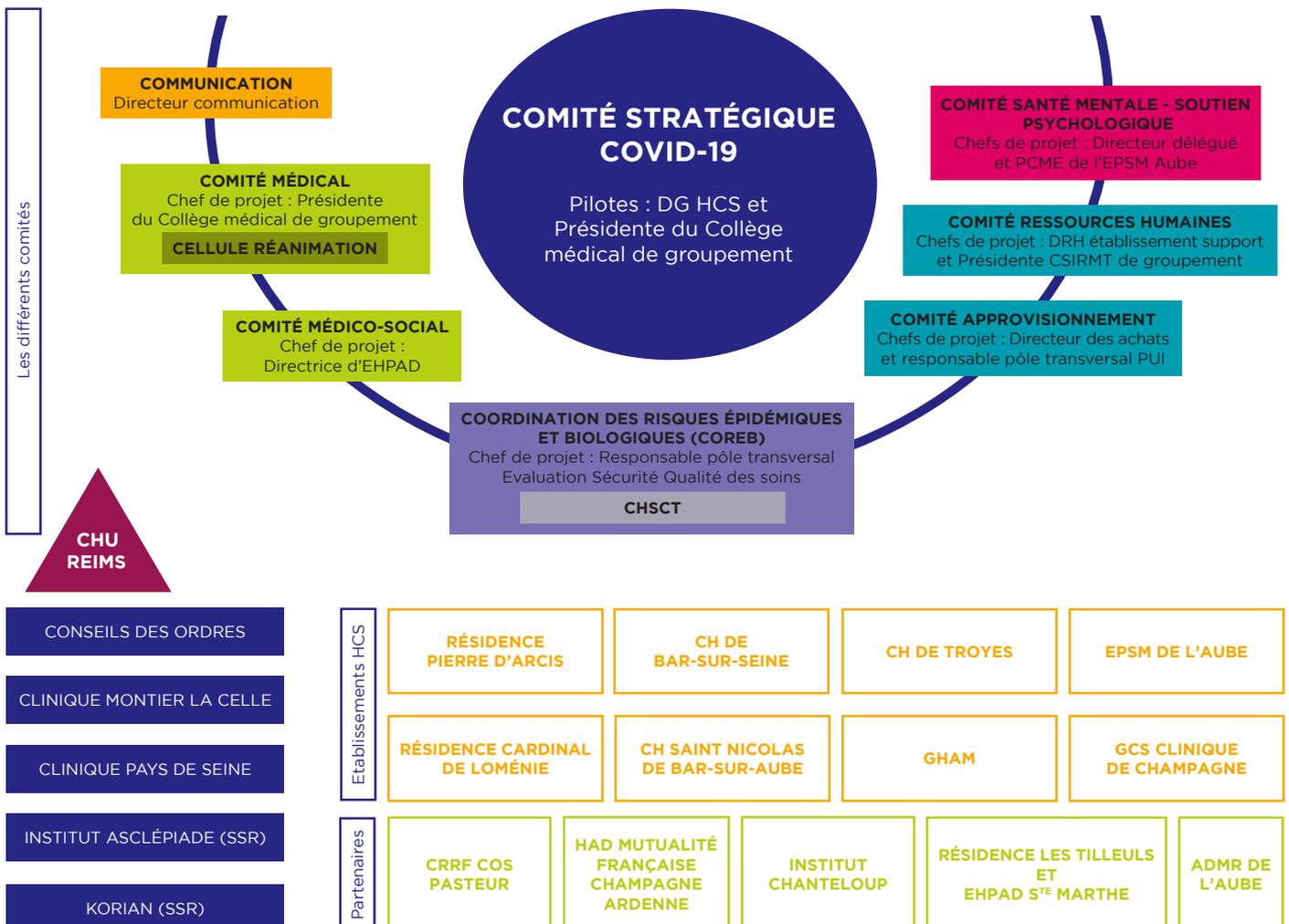
« Concernant, un afflux massif de victimes et une situation d'hôpital en tension, les hôpitaux Champagne Sud s'engagent également à une entraide en cas de besoin en lits d'hébergement et d'accès aux soins ». Cela sera intégré « dans le plan blanc/gestion de crise de chaque établissement, au sein d'une rubrique traitant d'une dimension territoriale de la crise, dans une logique de subsidiarité ».

C'est sur ce principe de solidarité que les Hôpitaux Champagne Sud ont déclenché leur plan de gestion de crise covid-19 avec une organisation coordonnée et graduée sur l'ensemble du GHT de l'Aube et du Sézannais et une gestion de la cellule de crise à l'échelle du GHT.

Dès le 24 février, un plan de mobilisation interne de gestion de crise a été mis en œuvre avec la mise en place du COREB (COordination des Risques Épidémiques et Biologiques). Les plans blancs et les plans bleus ont été déclenchés simultanément le 16 mars, et une organisation de gestion de crise a été mise en place au niveau du GHT.

Un pilotage de gestion de crise territorial

ORGANISATION DE LA GESTION DE CRISE PLAN BLANC DES HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD



Une organisation coordonnée et graduée sur l'ensemble du territoire du GHT de l'Aube et du Sézannais

La stratégie de déploiement des plans a reposé sur trois objectifs majeurs : assurer l'accueil et la prise en charge des patients covid-19, protéger le personnel, assurer la continuité d'activité pour tous les autres patients et les résidents.

Organiser l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients covid-19

Comme dans la plupart des crises qui impactent le champ sanitaire, c'est le SAMU Centre 15 de l'Aube qui a été le premier service impacté par l'augmentation forte et rapide des appels portant sur la covid-19. Cela a nécessité la mise en place d'une deuxième ligne téléphonique médicale dédiée à la covid-19, grâce à l'appui de médecins libéraux et du Conseil de l'ordre des médecins.

Deux circuits ont été organisés aux urgences : un circuit dédié covid-19 à l'accueil des Urgences de patients suspects covid-19, avec un scanner dédié et un circuit dédié non-covid-19. De même, l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) a identifié dès les premiers jours une unité pour patients suspects covid-19. L'important était d'assurer la continuité d'activité en distinguant les flux de patients et la prise en compte des publics spécifiques :

- Les urgences vitales et chirurgicales,
- Les prises en charge des parturientes,
- La particularité du secteur médico-social,
- Les activités de psychiatrie, tant en hospitalisation que dans les activités extrahospitalières qui ont continué à fonctionner en privilégiant les prises en charges individuelles,
- L'ensemble des activités à maintenir pour ne pas faire subir de perte de chance aux patients. Les unités de soins intensifs (USI) spécialisées (cardiologie, neuro-vasculaire) ont été maintenues dans leur fonctionnement habituel.

La prise en charge des patients lourds au sein du centre hospitalier de Troyes

- Tripler la capacité des lits de réanimation au CH de Troyes, seul établissement du département à disposer d'une autorisation de 12 lits de réanimation. Les capacités de réanimation ont été

portées à 40 lits au plus fort de la crise, ce qui a nécessité un renfort important de personnels formés et des ressources matérielles.

- Mobiliser tous les établissements de santé de Troyes titulaires d'une autorisation de chirurgie pour organiser la chirurgie urgente en relais du CH de Troyes, les interventions programmées ayant été suspendues à la demande de l'ARS.

Une prise en charge territoriale des patients covid-19 dans une logique de parcours de santé

Dès le premier comité médical, il est apparu que le CH de Troyes, qui allait accueillir les patients les plus lourds, ne pourrait pas prendre en charge tous les patients covid-19. Cela a entraîné 3 orientations :

- Une organisation territoriale des lits de médecine covid-19 dans tous les établissements de santé publics. Le choix a été pris le 19 mars que chaque établissement hospitalier se doterait de lits covid-19 : centres hospitaliers, hôpitaux de proximité, et établissement de santé mentale.
- Une double approche de parcours et de proximité géographique a été privilégiée.
- Une coordination des parcours de soins avec l'implication des établissements de santé privés à but non lucratif et lucratif, pour venir en aval des sites covid-19 sur un parcours de soin dédié, que ce soit en hospitalisation à domicile - HAD (Mutualité française et GHAM) avec identification de prise en charge de patients covid-19, avec les Soins de Suite et de

Réadaptation (SSR) et la création de 2 SSR covid-19 (Pasteur et Korian), et l'articulation avec les services de soins infirmiers et les services d'aide à domicile (ADMR et Asimat).

- Une filière gériatrique renforcée pour favoriser le maintien des résidents d'EHPAD au sein même des EHPAD, avec le soutien des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, et en identifiant des unités spécifiques.

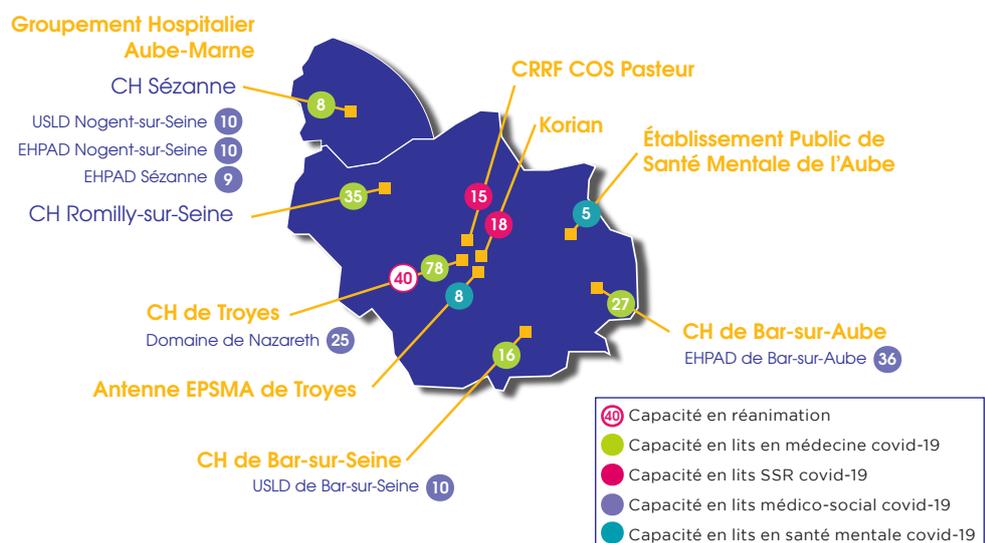
Augmentation des capacités du laboratoire, des coopérations et partenariats étendus

Le laboratoire public inter-hospitalier de l'Aube est mobilisé depuis le début de la crise covid-19 afin d'assurer des analyses pour les patients des établissements relevant du GHT de l'Aube et du Sézannais, et plus largement des habitants du département de l'Aube. Il a également recours à la sous-traitance et a ainsi signé, le 16 avril 2020, une convention avec le laboratoire départemental d'analyses vétérinaires et alimentaires de l'Aube pour la réalisation d'analyses de dépistage du virus covid-19 sur des échantillons humains.

L'organisation partenariale mise en œuvre pendant la crise a facilité la coordination des réponses apportées à la population, dans une logique de parcours de santé. Elle a montré l'extraordinaire mobilisation des professionnels de santé dans un esprit de « responsabilité populationnelle ».

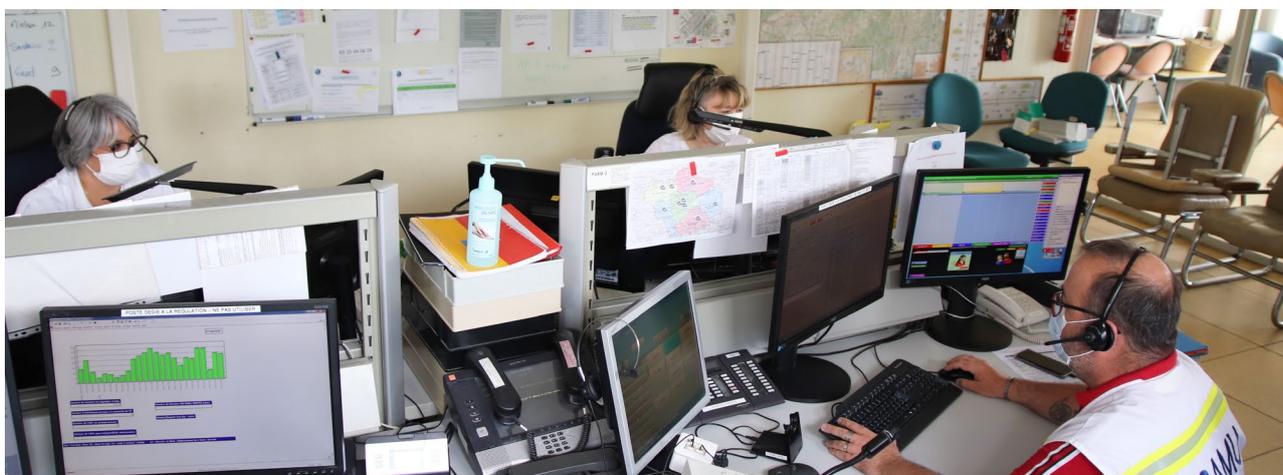
● VALÉRIE FRIOT-GUICHARD

Mobilisation capacitaire de lits covid-19 sur le GHT de l'Aube et du Sézannais : 250 lits sanitaires et 100 lits médico-sociaux

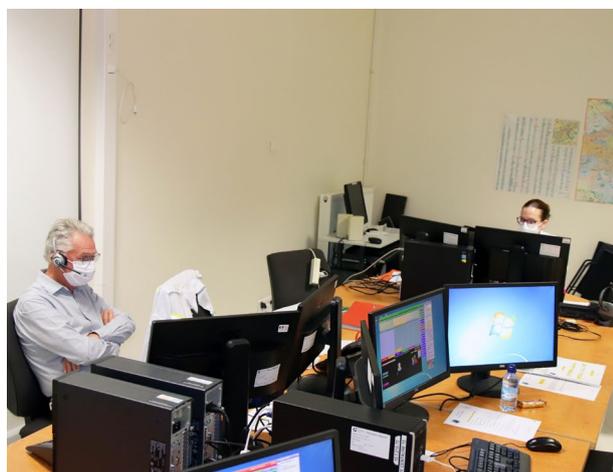


LE CENTRE 15 DU SAMU 10

La régulation du Centre 15 du SAMU a dû faire face à un double défi : prendre en charge l'afflux des appels spécifiques liés à l'épidémie du SARS-CoV-2, tout en maintenant son activité régulière de réponse sans délai aux demandes urgentes du territoire de santé. Il a donc été décidé dès la mi-février de dédoubler les postes de réception des appels au Centre 15 en ouvrant une salle au niveau du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) avec des postes supplémentaires d'Assistants de Régulation Médicale (ARM), médecins et secrétaires.



Assistants de régulation médicale du Centre 15



L'espace de régulation supplémentaire, spécialement créé dans le contexte covid-19



Le SAMU Centre 15 est en interface constante avec les professionnels de l'aide médicale d'urgence départementale. Ici, deux collègues de l'équipe d'ambulanciers du SMUR



LE CENTRE 15 DU SAMU 10

Alain Hugerot, chef de service du SAMU 10, et Franck Cardot, ARM (Assistant de Régulation Médicale) superviseur

Comment avez-vous vu arriver « la vague » du point de vue du Centre 15 ?

Dès le 31 janvier, les éléments de vigilance entre professionnels de l'urgence nous ont obligés à anticiper une augmentation des appels à la régulation du SAMU et à prévoir des éléments de réponses argumentés à nos concitoyens, non seulement du point de vue des ARM mais également des médecins hospitaliers et libéraux. Des questionnements allant du simple renseignement sur ce nouveau virus, mais



Franck Cardot, ARM (assistant de régulation médicale) superviseur au SAMU 10



Dr Alain Hugerot, chef de service du SAMU 10

également sur des symptômes précis qu'il a fallu relier rapidement à cette épidémie. Nous avons de même activé les réseaux professionnels du département afin d'essayer de mesurer la progression en temps réel des cas suspects et avérés. Ainsi, nous étions quotidiennement en relation avec nos confrères de toutes spécialités et tous modes d'exercice afin de pouvoir fournir toutes réponses adaptées et actualisées aux appelants (SOS médecins, EHPAD, SSR, cabinets libéraux, cliniques, spécialistes reconnus parmi nos correspondants habituels virologues, infectiologues de Strasbourg et Nancy ou Reims notamment).

Quelle réorganisation s'est faite face à l'afflux d'appels ?

Face à cet afflux d'appels croissants dès la mi-février, nous avons décidé par anticipation de mettre en place une régulation spécifique dédiée covid-19 sur la plateforme du CESU, au niveau de la salle centrale de formation CESU, CME et crise. C'était une première... et un défi technique relevé rapidement par les équipes de la Direction de l'Information Numérique et du service technique de l'hôpital, qu'il faut remercier encore pour leur réactivité. Cinq nouveaux postes de réception des appels ont constitué cette régulation bis, accueillant au calme médecins, ARM et secrétaires SAMU. Cela leur a ainsi permis de répondre, traiter, orienter, analyser et comptabiliser tous les appels fléchés covid-19 et délestés par la régulation du SAMU conventionnelle. L'objectif étant d'offrir un décroché rapide pour l'ensemble des appels entrants au 15, quelle qu'en soit la nature, du renseignement à l'extrême urgence.

Quel a été le travail de régulation, côté ARM et côté médical pour traiter les appels liés à la covid-19 ?

Nous avons dû nous adapter et développer un mode spécifique de réponse médicale, à la fois rapide, claire, intelligible, sans cesse actualisée, immédiate

et univoque, quel que soit le médecin hospitalier ou libéral. Cette régulation spécifique a été assurée pendant toute la période de forte intensité, par les médecins du service, les internes du pôle et en grande partie grâce à des confrères libéraux, jeunes retraités pour la plupart, parfois anciens hospitaliers. Nous leur rendons hommage et les remercions ici encore de leur aide spontanée, de leur disponibilité et de la qualité de leur travail à nos côtés. C'est donc toute cette nouvelle équipe qu'il a fallu manager pendant de nombreuses semaines afin d'offrir une réponse optimale, tout en assurant la gestion quotidienne des appels urgents conventionnels. Il faut signaler également le lourd travail des équipes SMUR du SAMU 10, qui ont été déployées sur place avec un équipement et des précautions draconiennes, un savoir-faire spécialisé déjà testé lors du MersCov et SARS1 ou alerte Ebola.

Est-ce que cette crise sanitaire changera la manière de se préparer ou de gérer des crises pour les Centres 15 ?

Bien sûr que cette crise covid-19, qui d'ailleurs est loin d'être terminée, a changé certaines pratiques. Nous avons pu tester l'activation rapide d'une régulation de crise qu'elle qu'en soit la cause, mais elle a surtout permis de vérifier que la mobilisation des personnels soignants sur un objectif et une vision partagée est extraordinaire et totale. C'est bien l'anticipation, la réactivité et l'agilité des réseaux d'analyse et de décision en temps réel au sein d'un service comme d'un établissement qui contribuent à la solidité et la qualité de la réponse en temps de crise. En tant que chef de service, je remercie encore l'équipe des ARM, l'encadrement, les médecins et secrétaires pour leur mobilisation et la qualité de leur travail. ●

ROMAIN ALLARD

LES URGENCES

Les services d'urgences des HCS se sont rapidement réorganisés pour s'adapter à la pandémie covid-19, notamment par la création de circuits de prises en charge séparés covid-19 d'une part et non-covid-19 d'autre part.



Arrivée d'une ambulance aux urgences du CH de Troyes avec un patient suspecté covid-19



Zone d'attente des patients covid-19 au CH de Romilly-sur-Seine (GHAM)



Accueil et orientation au CH de Troyes



Les soignants des urgences du GHAM prêts à prendre en charge un patient



LES URGENCES

Anaïs Soulbieu, infirmière aux urgences du CH de Troyes



Anaïs Soulbieu, infirmière
aux urgences du CH de Troyes

Quel a été votre vécu de la crise ?

Pour moi, le vécu n'a pas été trop mauvais mais cela dépend du tempérament de chacun. On n'a pas été préparé et tout le monde est unanime sur ce fait. On s'est adapté au fur et à mesure avec les moyens à disposition. Il existait un problème majeur dans la communication des informations : c'était compliqué à tous les niveaux hiérarchiques, mais en étant au bout de la chaîne, cela a été difficile à gérer.

Puis avec la mise en place des moyens, c'était mieux, même si

les informations venaient souvent tardivement. Nous devons sans cesse nous réorganiser (circuits, recommandations, postes...) au flux de patients et aux décisions du COREB.

Chacun a fait de son mieux. L'important est le patient : je pense que cela n'a pas trop impacté sa prise en charge.

Dans l'ensemble, l'équipe s'est bien adaptée. Moralement, la cohésion d'équipe fait qu'on a bien tenu.

Comment cela a impacté votre quotidien ?

Ce sont des nouvelles pratiques que nous avons dû mettre en place rapidement : (dés)habillage, penser à tout son matériel avant l'entrée en box, organisation des soins, ... Certains automatismes se sont vite mis en place.

Aujourd'hui, on maintient les barrières de protection mais en dehors d'une suspicion covid-19, elles restent moins contraignantes.

Quelle conséquence pour votre contact avec les patients ?

De notre côté, cela n'a rien changé mais peut-être que les patients voyaient les choses différemment. On n'était plus en simple tenue blanche, on arrivait tout équipé. On ne voyait plus grand-chose de nous : blouse, masque, charlotte, lunettes. Pour les patients, cela devait être plus impressionnant. Ils étaient comme nous dans l'inconnu et cela était plus difficile dans ce contexte de les rassurer.

Dr Michel Van Rechem, médecin urgentiste au CH de Troyes



Dr Van Rechem, médecin urgentiste
du CHT et président du Conseil de
l'ordre des médecins de l'Aube

Comment la crise covid-19 a impacté votre travail ?

Au départ, tout le monde pensait que cela resterait une histoire chinoise... Puis le passage en Italie et la montée des indicateurs de gravité a remis tout en cause. Le 14 mars, je prenais en charge mon premier patient atteint.

Les premiers patients qui se sont présentés ne sont pas les mêmes que ceux que l'on rencontrera 2 à 3 semaines plus tard. Les premiers présentaient des symptômes de grippe, gastro-entérite, fièvre. Période pendant laquelle, il n'y avait ni confinement et ni service d'hospitalisation : les patients

partaient à Reims. A la deuxième période, avec le déclenchement du plan blanc, on sépare le service des urgences en zone conventionnelle et zone covid-19, avec un SAS et une équipe dédiée pour optimiser la prise en charge. Nous avons eu des patients en détresse respiratoire importante et malheureusement des décès. Nous étions dans l'inconnu au niveau des stratégies thérapeutiques. Ce fut un formidable travail en équipe, tant au niveau des briefings, que de la manière de s'épauler, quel que soit le niveau de responsabilité

au sein du service.

Quelles sont pour vous les forces et les faiblesses de cette crise ?

Le point fort est le confinement, puis le déclenchement du plan blanc, qui nous ont permis de travailler dans une bulle. Les contraintes que nous avions rendaient difficile la prise en charge d'autres patients, d'autres familles, etc.

Cette bulle était notre point fort mais aussi notre point faible : c'est perturbant de prendre en charge des patients sans échanger avec leur famille.

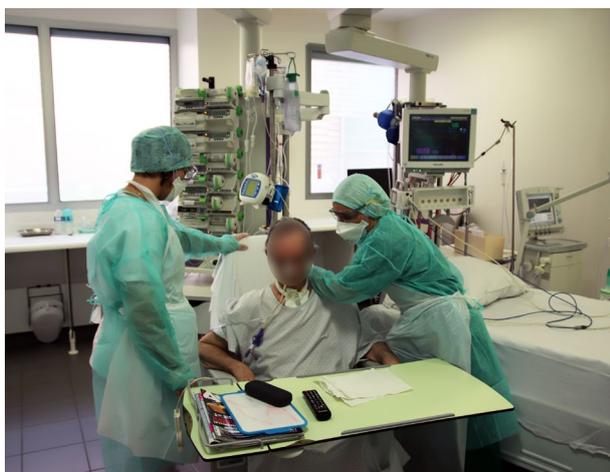
C'était aussi la première fois que je prenais en charge des patients qui sont dangereux pour moi : s'habiller, se déshabiller (même si l'on connaît cela pour le NRBC), le faire pour chaque patient, ce qui est particulièrement fatiguant et épuisant. Il a fallu mettre en place une distanciation familiale, ce qui ne m'était jamais arrivé dans mes autres prises en charge.

En cas de deuxième vague ?

La deuxième vague sera différente car on devra soigner en parallèle les autres patients. Lors de la première vague, nous n'avons traité que des patients covid-19 et beaucoup d'autres patients n'ont pas consulté. Actuellement, on est en période de rattrapage de ces patients qui ont des cancers, des personnes âgées qui décompensent leurs maladies chroniques. Si l'on doit gérer les pathologies simples, plus les pathologies graves, les patients covid-19 confirmés ou potentiellement covid-19... Cela va être compliqué mais on s'y adaptera. ● PATRICIA ALBAREL

LA RÉANIMATION

La mission d'un service de réanimation est de prendre en charge des patients dont les fonctions vitales ne sont plus assurées par le malade, ce qui engage son pronostic vital. Les formes graves de la covid-19 se sont caractérisées par une agression pulmonaire sévère et brutale, aboutissant à un besoin accru d'oxygène pouvant aller jusqu'à la mise du patient sous machine, ce qui nécessitait une anesthésie profonde, une curarisation et une mise en décubitus ventral pour optimiser la ventilation du poumon.



Patient entouré de deux infirmières



Infirmier s'équipant de protections individuelles avant de rejoindre un patient dans sa chambre



Une partie des soignants du service, remerciant la population pour son soutien



Une partie de l'équipe de réanimation du CH de Troyes



LA RÉANIMATION

Dr Georges Simon, chef du service de réanimation du CH de Troyes



Dr Georges Simon, chef du service de réanimation du CH de Troyes

La covid-19 a montré combien sa gravité pouvait varier d'un individu à l'autre. Sa prise en charge fut ainsi en adéquation : confinement au domicile dans les cas les plus bénins, hospitalisation en unité de médecine classique dans les cas préoccupants, hospitalisation en réanimation dans la plupart des cas graves. Docteur, pouvez-vous nous rappeler ce qui entraîne une prise en charge en réanimation chez un patient atteint de la covid-19 et quel est alors l'enjeu pour l'équipe qui en prend soin ?

La prise en charge des patients atteints de la covid-19 a présenté des spécificités liées à ce virus émergent :

- La sévérité de l'état clinique des patients admis ;
- La lourdeur en soins infirmiers des thérapeutiques appliquées ;
- La nécessité de respecter scrupuleusement, sous peine de se contaminer, les mesures de protection ;
- La charge émotionnelle du personnel soignant qui, outre la crainte de se contaminer soi-même, a vécu douloureusement la solitude dans laquelle se retrouvaient les patients hospitalisés en réanimation.

Comment votre service s'est-il réorganisé pour prendre en charge un nombre important de patients par rapport aux capacités habituelles ?

Le service a effectué une réorganisation à la fois capacitaire et fonctionnelle. En augmentant notre capacité de 12 lits de réanimation à 40 lits avec la transformation en lits de réanimation des 6 lits de surveillance continue, les 10 lits de la SSPI (du fait de l'interruption de la chirurgie programmée dans l'établissement) et des 12 lits de soins intensifs de cardiologie s'il y avait lieu. Parallèlement, les 40 lits de réanimation ont été pris en charge par plus de 100 soignants paramédicaux par redéploiement et recrutement. Nous avons intégré :

- 21 infirmier(e)s en provenance du SAMU, des blocs opératoires, des agents en disponibilité, du secteur libéral
- 19 aides-soignant(e)s en provenance principalement de l'établissement mais aussi de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), les étudiants infirmiers de 3^{ème} année occupant des postes de faisant fonction d'aide-soignant, ou encore 3 infirmières retraitées.

Tous ces agents ont subi une formation accélérée avec la présence constante d'un appui d'infirmiers référents pour pouvoir s'occuper de patients particulièrement graves. La mobilisation médicale a été là aussi sans précédent.

Quel regard portez-vous rétrospectivement sur ces derniers mois ?

Nous avons vécu une expérience unique qui restera à jamais dans nos esprits car c'est la première fois que nous avons eu à faire face à une telle pandémie aussi contagieuse et meurtrière avec un impact social et économique aussi fort. Nul équivalent et il faut puiser dans les récits des pandémies des siècles derniers pour retrouver une telle similitude (la grippe espagnole de 1918, les épisodes des pestes de 1720 ; 134,...).

Comment abordez-vous l'avenir ?

Même s'il existe de très nombreuses incertitudes, il n'en demeure pas moins que nous sommes confiants car nous avons beaucoup appris. Nous sommes prêts...

● ROMAIN ALLARD

LES UNITÉS DE MÉDECINE COVID-19

Pour accueillir et prendre en charge au mieux les patients atteints de la covid-19 nécessitant une hospitalisation, les Hôpitaux Champagne Sud ont ouvert 7 unités de médecine Covid-19. En alliant leurs forces, nos soignants n'ont fait qu'un et ont réussi à s'adapter aux nouveaux protocoles et aux évolutions organisationnelles.



L'équipe soignante accède au dossier patient informatisé en unité covid 2 au CH de Troyes



Remerciements en unité covid 1 au CH de Troyes



Prise de la température d'un patient en unité covid-19 au CH de Sézanne (GHAM)



Des soignants de l'unité covid-19 du CH de Bar-sur-Seine, en tenue de protection

LES UNITÉS DE MÉDECINE COVID-19

Alexandra Cardot, cadre de santé formateur à l'IFSI, Denise Mahboub, aide-soignante en rhumatologie, et Carole Alluguette, infirmière en chirurgie ambulatoire au CH de Troyes

A partir du 16 mars 2020 : Ouverture de l'unité covid 1

Au déclenchement du plan blanc et suite à la réorganisation de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), Alexandra Cardot, cadre de santé formateur est, avec son accord, détachée de ses fonctions par son encadrement pour retourner sur le terrain le temps de la crise. Elle intègre donc l'unité covid 1, composée de l'équipe du service de maladies infectieuses, formée à prendre en soin des patients avec isolement, habillage et déshabillage.

En binôme cadre avec Maité Clercy, elles se réunissent chaque jour avec Lysiane Petit, cadre supérieur de santé du pôle clinique médicale, et l'ensemble des cadres du pôle, pour remonter les questionnements et propositions d'organisation. Alexandra restera au cœur du service dans l'organisation et l'accompagnement de l'équipe. Maité s'occupera de la gestion des ressources humaines et des plannings à faire et défaire constamment. Les congés annuels ont été maintenus : « Les soignants allaient avoir besoin de se reposer, on ne savait pas combien de temps on allait devoir durer ». Elles s'assurent aussi qu'ils ne manquent de

rien, afin qu'ils se concentrent sur la prise en soins des patients et gardent leur attention sur les mesures de protections à respecter : « Dès le début de la crise, on a pu observer une cohésion de tous les professionnels. Nous n'avons manqué de rien, bien qu'il y ai eu de nombreuses modifications de procédure et des changements de services. Sans les services logistiques, les soignants ne peuvent pas travailler ».

Du 22 mars au 12 mai : unité covid 2

Pour gagner du temps, l'encadrement a reproduit les organisations pertinentes du covid 1. Denise Mahboub, aide-soignante en rhumatologie, rejoint les rangs de l'unité covid 2 pour aménager les locaux et prendre en soins les patients covid-19. En temps normal, le service mortuaire prend le relai dans la prise en charge des défunts. Mais pour limiter les risques de contamination, c'est l'équipe du service qui a dû prendre le relai et réaliser la toilette mortuaire, la mise sous housse des défunts et l'accueil des proches. Denise relève l'impact psychologique de ce nouveau rôle car malgré son expérience, elle n'a pu s'empêcher de faire un transfert sur sa propre famille : « C'est ce qu'on ne doit jamais faire en tant que soignant,

mais là c'était plus fort que nous ». Seules les visites mortuaires étaient acceptées pour un dernier adieu.

Du 26 mars au 22 avril : unité covid 3

Cette dernière unité est composée de l'équipe de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et de professionnels de santé d'autres services, tels que Carole Aluguette, infirmière en chirurgie ambulatoire. L'équipe partage également les locaux avec le service covid-19 soins palliatifs. Elle prend en charge des patients suspectés covid-19 en attente de résultats, avant leur transfert dans une autre unité covid-19. Ils présentent une détresse respiratoire, à l'origine encore inconnue.

Quand à Carole, elle souligne la fatigue et le stress additionnels, induits par le caractère très contagieux du virus : « On devait anticiper tous nos soins car une fois qu'on rentrait avec les équipements de protection, on ne pouvait pas ressortir ». Mi-avril, la situation commence à se stabiliser. Le processus inverse débute en diminuant le nombre de lits, et en redéménageant les services. Depuis le mois de juin, on stagne jusqu'à 10 lits covid-19 en covid 1. ● MORGANE DUPUIS



Alexandra Cardot, cadre de santé formateur à l'IFSI
hospibulle n°11 - ÉTÉ 2020



Denise Mahboub, aide-soignante en rhumatologie au CH de Troyes



Carole Alluguette, infirmière en chirurgie ambulatoire au CH de Troyes

LES UNITÉS DE MÉDECINE COVID-19

Agnès Sery Kipre, infirmière en SSR, Orlanne Linard, infirmière en médecine, et Agathe Mérot-Cartier, cadre supérieure de santé médecine-maternité-gériatrie au Groupement Hospitalier Aube-Marne (GHAM)

Dès le 20 mars 2020, le GHAM a réorganisé ses services d'hospitalisation et ses équipes afin d'ouvrir des unités covid-19. Les équipes ont été remaniées avec des professionnels de tous secteurs propres à l'établissement mais aussi de l'extérieur. Ces unités permettaient de prendre en charge des patients covid-19. Comment la crise a-t-elle impacté votre travail ?

Orlanne - C'était très compliqué car il y avait beaucoup de protocoles à mettre en place avec des choses que nous n'avions pas l'habitude de faire. Les soins étaient beaucoup plus longs avec l'habillage et le déshabillage. Nous avons revu notre organisation de service avec une collaboration plus forte entre l'infirmière et l'aide-soignante.

Agnès - L'activité était différente. Il a fallu se réadapter, puiser dans nos connaissances et collaborer avec tout le monde. La prise en soin demandait beaucoup plus de surveillance.

Agathe - Le profil des patients était totalement différent. Nous étions avec une activité de médecine aiguë contrairement à une prise en charge SSR de patients stabilisés. Les patients arrivaient par les urgences et leur état pouvait se dégrader rapidement. La prise en charge était toute autre avec des traitements que nous n'avions pas l'habitude d'appliquer. Notre stock de médicaments est devenu énorme avec de nombreux traitements injectables.

Comment avez-vous vécu la relation avec les patients ?

Orlanne - Les patients s'ennuyaient énormément, on était les seules visites de la journée. Par conséquent, on passait plus

de temps au niveau relationnel afin de rendre la visite plus agréable.

Agnès - Ce n'était pas évident dans le sens où j'aime bien prendre le temps de parler avec les patients. Avec le masque, les patients ne pouvaient pas voir nos sourires. Il fallait parler plus fort et plus lentement pour pouvoir les rassurer et les amener à comprendre la situation.

Comment avez-vous vécu la situation ?

Agathe - Physiquement et psychologiquement, c'était difficile car tous nos repères ont changé en un temps très court. Mais il y avait un vrai élan de solidarité et d'entraide entre les professionnels.

Agnès - On ne connaissait pas la maladie, c'était stressant. La plupart des collègues ont apprécié de constater que nous étions capables de faire autre chose. On a eu besoin de nous et on a su réagir, c'est valorisant et formateur. On pouvait se reposer les unes sur les autres. Nous n'avions pas les mêmes habitudes, les mêmes façons de travailler et ça s'est super bien passé. Je remercie tout particulièrement tous les collègues qui ont fait l'effort de venir de Paris ou de Troyes et qui ont fait en sorte que nous fassions qu'un. Ils ont su nous aider et être là quand nous en avions besoin.

Orlanne - C'était compliqué surtout quand un patient décédait. C'est dur de fermer une housse sur toute une vie. Mais on est resté motivé grâce aux patients qui sortaient en bonne santé. Nous avons appris beaucoup de choses sur l'esprit d'équipe. Nous avons appris qu'ensemble on pouvait faire un super travail, avec beaucoup de soutiens psychologiques entre nous et avec la hiérarchie. ● SOPHIE NOCUS



Orlanne Linard, infirmière dans le service de médecine de l'hôpital de Sézanne



Agnès Sery Kipre, infirmière dans le service soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital de Romilly-sur-Seine



Agathe Mérot Cartier, cadre supérieure de santé du pôle médecine, maternité et gériatrie du Groupement Hospitalier Aube Marne (GHAM)
N°11 - ÉTÉ 2020 **hospibulle**

LES UNITÉS DE MÉDECINE COVID-19

Laure Lengrené, cadre de santé de la résidence Fontarce, et Karine Baron, cadre de santé de médecine/SSR/EVP, au CH de Bar-sur-Seine



Laure Lengrené, cadre de santé de la résidence Fontarce, et Karine Baron, cadre de santé de médecine/SSR/EVP, du centre hospitalier de Bar-sur-Seine

Comment avez-vous organisé vos services durant cette période ?

Une zone covid-19 a été très rapidement définie en Médecine. En premier lieu, l'encadrement s'est réuni afin d'estimer les besoins à tous les niveaux : logistiques, matériels, ressources humaines,... Des réunions journalières assuraient le suivi des activités et permettaient la mise en place des préconisations issues du COREB (comité de COordination des Risques Epidémiques et Biologiques) et du comité stratégique. Nous pouvions ainsi accompagner les équipes au plus près des décisions. Nous avons par la suite été amenés à mettre en place une deuxième zone en unité de soins longue durée (USLD). Nous nous sommes appuyés sur l'organisation de la première zone et des retours des équipes afin d'être le plus pertinent possible.

Qu'avez-vous mis en place pour accompagner les équipes durant cette crise ?

Le plus important pour les équipes était d'être -autant que possible- présent au plus près de leur activité. Nous avons essayé d'avoir une communication continue et soutenue, par le biais également d'une présence quotidienne aux

transmissions.

Malgré notre présence, certaines équipes ont parfois ressenti un sentiment de solitude ou d'incompréhension, qu'il nous a fallu accompagner en fonction de nos connaissances.

Quelles étaient les demandes des équipes ? Des appréhensions particulières ?

Les demandes essentielles étaient d'être soutenues et accompagnées, avoir du matériel performant et en quantité suffisante pour se sentir protégés. Les inquiétudes étaient essentiellement la peur d'être contaminé pendant les soins et potentiellement mettre en danger leur famille et les patients/résidents.

Beaucoup d'informations contradictoires circulaient sur les réseaux sociaux, ce qui compliquait notre tâche.

Sur quels points avez-vous été particulièrement attentives ?

Assurer nos missions le plus sereinement possible afin que le personnel se sente le moins isolé possible et puisse exprimer ses inquiétudes.

Il fallait également assurer une communication adaptée avec les usagers, les patients et les familles, en fonction de l'état de nos connaissances, afin de

répondre aux différentes questions et angoisses de chacun.

Quelles expériences managériales en retirez-vous ?

Nous devons souligner la cohésion dans l'encadrement par l'entremise de nos réunions quotidiennes. Cela a nécessité également une écoute active de nos équipes et de l'ensemble des professionnels de l'établissement, mais aussi d'avoir un même discours avec une présence 7jours/7 et des amplitudes horaires très conséquentes.

Sur des événements comme celui-ci, il fallait être attentif à ne pas répondre dans l'instant en dépit des demandes légitimes des équipes pour avoir des réponses immédiates à leurs interrogations. Il fallait réfléchir sur du plus long terme.

En définitive, il était difficile de ne pas montrer ses propres angoisses afin de ne pas les transmettre aux professionnels. C'est une expérience managériale très forte dans tous les domaines. ●

FRÉDÉRIC LE NALBAUT

LES UNITÉS DE MÉDECINE COVID-19

Christine Joly et Catherine Loiseau, aides-soignantes, et Elisabeth Polat, agent de service hospitalier dans le service Dhuy Secteur du CH de Bar-sur-Aube

Comment expliquez-vous le fait que votre service ait été choisi pour être un service covid-19 ?

Il y a plusieurs raisons logiques. D'une part, le service était le cluster de l'EHPAD où plusieurs résidents ont montré rapidement des signes de contamination. D'autre part, chaque chambre du service dispose d'un accès mural à l'oxygène. Le service Dhuy Secteur se situe entre l'EHPAD et l'USLD, tant sur le plan géographique que sur le type de prise en charge. A partir du 9 avril, il est devenu une extension du service Médecine covid-19.

Quels changements ont été mis en place ?

Un dépistage massif a été organisé, tous les résidents négatifs ont été protégés et sortis du service vers d'autres services de l'EHPAD, et tous les résidents positifs ou suspects ont intégré la Dhuy Secteur. Ce déménagement a été perturbant pour eux comme pour nous. Chacun a perdu ses repères.

Nous nous sommes sentis comme dans une bulle, les portes étaient fermées, les circuits des chariots (repas, linge, médicaments,...) ont été organisés afin qu'aucun agent ne se croise.

Avec le confinement, les résidents ont perdu le contact quotidien avec leurs proches et avec les autres résidents, les repas étant servis en chambre. Les soignants ont bien senti que les résidents avaient besoin de plus d'attention que d'habitude.

L'équipe d'animation s'est concentrée sur le maintien des liens avec les familles, notamment grâce à des appels vidéos via Skype.

Des téléphones portables ont également été mis en place dans chaque service afin de permettre aux familles d'appeler les résidents entre 14h et 17h (entre 10 et 15 appels par jour). C'était la course, aussi par rapport au protocole d'habillage : surblouse, tablier, charlotte, masque, etc. Mais nous étions



Christine Joly, aide-soignante, Elisabeth Polat, agent de service hospitalier et représentante du personnel, et Catherine Loiseau, aide-soignante au CH de Bar-sur-Aube

contents pour nos résidents, nous savions que cet échange leur ferait du bien.

Le personnel de votre service a été particulièrement touché, que reprenez-vous des intérimaires qui sont venus remplacer ?

Nous tenions sincèrement à les remercier, ils ont été très nombreux et tous professionnels. Le fait que certains venaient d'autres secteurs covid-19 nous a beaucoup apporté. Ils avaient de l'expérience et ont su être à l'écoute et nous rassurer.

Elisabeth - Je reconnais avoir eu une petite appréhension lorsque je me suis retrouvée seule avec 5 intérimaires, mais il suffisait de les guider concernant l'organisation interne. Pour les soins, ils connaissaient leur métier. Le seul petit bémol était qu'ils ne connaissaient pas les résidents, alors quand une famille demandait des nouvelles d'un parent depuis la veille, ils ne pouvaient pas répondre. Cette crise a soudé l'équipe et nous a montré notre capacité d'adaptation. Malgré les difficultés, on a géré. ●

CORALIE DABKOWSKI

LES SOINS PALLIATIFS

Dr Catherine Verlaine, chef du service de soins palliatifs, et Dr Louise Hanneltel (CH de Troyes)

Le service de soins palliatifs du CH de Troyes, situé à la Résidence Comte Henri, est composé d'une unité de 12 lits et d'une équipe mobile qui intervient en intra et extramuros.

Lors de l'arrivée de la pandémie de covid-19, l'équipe de soins palliatifs s'est questionnée sur le rôle qu'elle pourrait avoir dans cette crise sanitaire. Le nombre de patients infectés au sein du CHT a rapidement augmenté, et il s'est avéré que certains d'entre eux relevaient d'une prise en charge palliative. Une unité covid-19 supplémentaire de 13 lits s'est donc déployée en quelques jours et pendant 5 semaines aux côtés de l'UHCD.

Après réflexion et concertation avec les médecins infectiologues et internistes, certains patients présentaient des comorbidités importantes. Ils ne relevaient pas de la réanimation mais pouvaient prétendre aux différents traitements utilisés dans la pathologie covid-19. Cette unité est devenue « l'unité pour patients fragiles non-réanimatoires ».

Ce fut un réel challenge que de constituer une équipe complète avec des soignants venant de tous horizons (rhumatologie, chirurgie, chirurgie ambulatoire,

psychiatrie, élèves infirmiers...). Travailler en secteur covid-19, « faire » du soin palliatif, être confrontés à la mort, a généré au départ de la tension chez beaucoup. Habituellement, intégrer une unité de soins palliatifs est le fruit d'une longue réflexion et surtout un choix.

Malgré les difficultés et les craintes, l'équipe s'est impliquée et a contribué à la prise en charge la plus efficace possible de chacun des patients. Le Dr Faten Kraoua, rhumatologue, complétait l'équipe médicale. L'association rhumatologue et palliatologue a permis d'avoir un regard complémentaire dans les prises en charge.

Les patients présentaient une affection aiguë avec une grande incertitude quant à son évolution, s'orientant soit vers une guérison, soit vers une aggravation avec décès. Une des difficultés fut d'accompagner les familles, le plus souvent par téléphone, qui n'avaient pas pu voir leur proche, et se retrouvaient confrontées à leur fin de vie à distance.

Durant ces 5 semaines, 24 patients ont été hospitalisés dans cette unité. Quelques-uns ont rentré à leur domicile, repartir dans leur EHPAD ou être transféré dans

l'unité SSR covid-19, assurée par le CRRF Pasteur.

Parallèlement, l'activité des 2 unités du service de soins palliatifs s'est poursuivie grâce à l'implication des équipes médicale et soignante. Dans ce contexte particulier, il a paru important de continuer à prendre en charge, à soutenir les patients non-covid-19, peut-être même plus qu'en temps normal. En effet, la limitation des visites, l'isolement lié au confinement des familles, la télévision très anxiogène... concourraient au besoin de renforcer l'accompagnement par les équipes. L'équipe mobile, de son côté, a également permis de maintenir le lien soit par téléphone, soit directement auprès des patients.

Les Docteurs Verlaine et Hanneltel ont souligné la grande solidarité des professionnels avec une grande efficacité et la grande capacité d'adaptation de tous pour prendre en charge ces patients fragiles et vulnérables pendant cette période si particulière. ● MORGANE DUPUIS



Dr Louise Hanneltel et Dr Catherine Verlaine, chef du service de soins palliatifs du CH de Troyes

L'IMAGERIE

Le service d'imagerie a mis en place un nouveau protocole, afin d'être le plus pertinent possible dans la réalisation des examens scanner des patients atteints par la covid-19. L'organisation a été adaptée et les pratiques d'hygiène renforcées, afin d'assurer à la fois la prise en charge des patients atteints du virus et celle des autres patients.



3 manipulateurs en électroradiologie médicale du CH de Troyes devant un scanner



Salle de radiologie du CH de Troyes



Salle d'IRM du CH de Troyes



Salle de commandes scanner du CH de Romilly-sur-Seine



L'IMAGERIE

Jérémy Carré, Julie Berthod et Julien Cocaign, manipulateurs en électroradiologie médicale dans le service d'imagerie du CH de Troyes

Chaque jour, Jérémy, Julien et Julie réalisent des examens d'imagerie, aussi appelés modalités : radiologie, IRM, scanner, échographie, coronarographie... pour les patients en consultation, mais aussi pour les patients des urgences et les patients hospitalisés. Ils peuvent également exercer en médecine nucléaire ou en radiothérapie.

La technologie au service de la prise en soins

Parmi les 40 manipulateurs radio du pôle imagerie, il y a 5 référents par modalité. Julie, par exemple, est référente IRM, même si elle reste polyvalente sur les autres modalités. Passionnée par son métier, comme ses collègues, elle est fascinée par toute cette technologie : « Je suis tombée dedans comme Obélix. C'est fou de rentrer à ce point dans le fonctionnement du corps : c'est le corps qui crée l'image ».

Les techniques sont variées mais un objectif premier les rassemble : obtenir la meilleure image possible, quel que soit l'âge, le sexe, ou la pathologie du patient. Le manip' radio, comme on l'appelle, est autant soignant que technicien, et doit être pédagogue : il explique l'examen au patient, le prépare et le rassure pour qu'il soit le plus coopérant possible au

moment de l'examen, et ainsi faciliter l'interprétation de l'image par le médecin. Pour être manipulateur radio, il faut obtenir un diplôme de technicien supérieur ou un diplôme d'état, soit 3 ans de cours théoriques et pratiques et de périodes de stages. Mais comme le souligne Jérémy, référent scanner et coronarographie, ce métier est en perpétuelle évolution, notamment grâce aux constantes avancées technologiques : « Ce que j'aime, c'est changer de secteur, pour en apprendre plus chaque jour ». Ils sont constamment stimulés, et encouragés à apprendre de nouvelles méthodes. D'autant plus qu'ils doivent être polyvalents, mais performants sur chaque modalité d'examen.

Les manip' radio en première ligne

Nos trois collègues ont vécu la période covid-19 de façon très particulière, confrontant leur statut d'individu et de professionnel. L'unité d'imagerie a été scindée en 2 parcours (patients non-covid-19, et patients suspects ou confirmés covid-19). Un habillage particulier et une double désinfection de l'intégralité des salles d'examen et du matériel ont été mis en place, pour protéger autant les

patients que les professionnels. Julien utilise l'image de la roulette russe pour illustrer son ressenti de la crise sanitaire : « On a peur, on est perdu, mais on vient quand même, pour prendre soin des patients ». En effet, les manipulateurs radio ont été en première ligne de la covid-19 : en réalisant les examens au scanner des patients atteints de la covid-19 au sein du CH de Troyes, que ce soit dans le service d'imagerie, ou directement dans la chambre des patients. C'est en équipe, médecins et manipulateurs confondus, qu'ils ont pu très rapidement élaborer un protocole permettant d'isoler les signes de la covid-19 sur leurs images grâce à une très faible dose de radiation, et être ainsi plus performants.

Innovation et recherche clinique

Deux manipulateurs radio du service d'imagerie ont obtenu un temps dégagé pour se consacrer à des travaux de recherche et participer à des congrès, dans le but d'améliorer les techniques de travail des professionnels, et rester toujours autant pertinents. Par ailleurs, des travaux en cours pourraient avoir des répercussions futures à l'échelle locale mais aussi internationale... Affaire à suivre.

● MORGANE DUPUIS



Jérémy Carré, manipulateur radio, référent scanner et coronarographie



Julie Berthod, manipulatrice radio, référente IRM



Julien Cocaign, manipulateur radio, référent scanner

LES PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES

La pandémie de la covid-19 a brutalement bousculé le quotidien des français. Plusieurs pays ont dû affronter cette crise sans modèle prédéfini, selon leur capacité et sans aucune solution appropriée. Les laboratoires ont eu un rôle essentiel dans le dépistage du virus, en réalisant prélèvements et dépistages.



Chargement de l'automate de RT-PCR Sars Cov 2



Étape d'inactivation du virus sous PSM (poste de sécurité microbologique)



Equipe du drive covid-19 au CH de Troyes



L'équipe de techniciennes PCR au CH de Troyes



LES PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES

Dr Farida Moreau-Benaoudia, biologiste responsable du service de microbiologie, et Catherine Crossette, cadre de santé du laboratoire de microbiologie, d'hématologie et du centre de prélèvement au CH de Troyes

Docteur, comment le virus a impacté votre fonctionnement ?

Les premiers cas de covid-19 ont été officiellement déclarés en France le 24 janvier 2020. Nous n'étions pas prêts, comme tous nos collègues à affronter cette vague sanitaire.

Les biologistes, avec les services d'accueil et de traitement des urgences, les pneumologues, les réanimateurs, les infectiologues et les radiologues ont été de toutes les strates de combat contre cette nouvelle maladie : la covid-19.

Le laboratoire, habitué à travailler le plus souvent dans l'ombre, s'est retrouvé propulsé au cœur de la chaîne du soin dès l'apparition des premiers cas de covid-19. Les premières semaines ont été très compliquées, il fallait gérer la mise en route du dépistage covid-19 et en même temps la routine qui restait inchangée.

Depuis le début de la crise, les organisations se réajustent en permanence en fonction des capacités de dépistage et des recommandations nationales.

Catherine, quel a été votre ressenti sur cette crise ?

Les techniciens de laboratoire ne se sont jamais autant sentis personnel soignant. Leur désir de contribuer à la gestion de la crise a généré des capacités d'adaptation et des ressources insoupçonnées. Au plus fort de la crise et à effectif constant, la disponibilité, la solidarité des personnels et la mutualisation intersecteurs au laboratoire ont permis aisément des aménagements d'horaires, et davantage de présence le week-end. Sans exception, tous ont répondu à l'appel, malgré les multiples changements d'organisation, la difficulté de jongler avec les différentes techniques de biologie moléculaire, en fonction des possibilités d'approvisionnement en réactifs. Face à cette situation de crise inédite, la gestion des équipes n'a jamais été aussi fluide.

Dans le cadre des prélèvements naso-

pharyngés, la collaboration interne en particulier avec le pôle Urgences et l'IFSI a renforcé les liens laboratoire-unité de soins. Par ailleurs, des infirmiers et aides-soignants des unités de soins ont été formés à la technique de prélèvement naso-pharyngé, pour assurer le relais des infirmières de l'équipe mobile retournées à leurs activités.

Les partenariats avec des laboratoires publics hors Grand Est et privés, et le laboratoire vétérinaire départemental sont également à souligner.

Pouvez-vous nous parler des collaborations mises en place pour le dépistage de la covid-19 ?

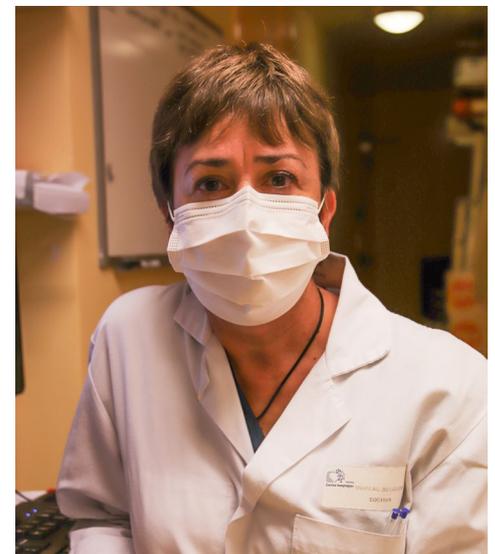
Le dépistage du virus SarsCov-2 par technique PCR est mis en place depuis le 23 mars 2020. Nous avons mutualisé un automate d'extraction avec le secteur d'hématologie du CH de Troyes. Le centre antirabique de Nancy nous a aussi prêté des automates d'extraction et d'amplification de l'ARN viral par le centre antirabique de Nancy. La Ligue contre le Cancer de l'Aube a financé un automate d'extraction, qui servira aussi à la recherche du papillomavirus, responsable du cancer du col de l'utérus. Une convention a été signée avec le laboratoire d'analyses vétérinaires et alimentaires départemental pour sous-traitance des RT-PCR SarsCov-2. Enfin, le Rotary Club a contribué à l'acquisition d'un automate de sérologie.

Comment l'organisation des prélèvements pour les externes s'est-elle déroulée ?

Dans un premier temps, les locaux de la chirurgie ambulatoire au VO ont été choisis pour accueillir les patients externes et les soignants symptomatiques devant être dépistés. Ensuite, l'activité de chirurgie reprenant son cours, un drive piéton et voiture a été mis en place au niveau du dépose-minute, situé sur le côté de



Catherine Crossette, cadre de santé du laboratoire de microbiologie, d'hématologie et du centre de prélèvement



Dr Farida Moreau-Benaoudia, biologiste responsable du service de microbiologie

l'entrée de l'hôpital, encore en service à ce jour. Après une baisse d'activité de dépistage constaté sur tout le territoire, nous assistons à une recrudescence des cas et à une demande de dépistage massif de la part des tutelles et des collectivités. Nos organisations vont de nouveau évoluer vers une prise en charge des patients correspondant aux nouvelles recommandations. ●

LA VIE EN EHPAD

Les professionnels ainsi que les familles et les résidents de nos EHPAD ont également été atteints par cette situation exceptionnelle. Habituellement, les résidents sont encouragés à interagir entre eux et avec les équipes, pour leur plaisir et pour stimuler leurs capacités. La crise est venue bouleverser les habitudes (interdiction des visites, confinement...) mais les équipes ont redoublé d'efforts pour compenser et s'adapter à la situation.



Une résidente de l'EHPAD de Bar-sur-Aube joue aux mots-mêlés sur une tablette numérique



Partie de jeu en groupe restreint pour les résidents de la Résidence Clos 2 du GHAM



Remerciements de l'équipe du Domaine de Nazareth (CHT)



Les résidents profitent du parc de l'EHPAD de Bar-sur-Seine



LA VIE EN EHPAD

Magali Frère, psychologue au centre hospitalier Saint Nicolas de Bar-sur-Aube

Comment avez-vous adapté votre travail de psychologue au sein de votre établissement durant la crise covid-19 ?

Dans la situation de pandémie liée au covid-19, c'est l'ensemble de la société qui a été touchée. Cette situation sanitaire a enclenché une situation inattendue et traumatogène.

Il a été d'accompagner les patients et résidents affectés directement ou pas par la covid-19, leurs familles et leurs proches. Tantôt présente sur la structure, tantôt dans des missions de télétravail. Ces interventions se sont réalisées via des entretiens avec les précautions nécessaires auprès des patients/résidents. Une partie de mon emploi du temps s'est consacrée à établir des liens auprès des intervenants participants aux réunions institutionnelles quotidiennes intitulées « Cellule de crise ».

Un travail conséquent a été d'accompagner particulièrement les familles des personnes hospitalisées ou hébergées. Face à certaines situations plus complexes de prise en charge, une collaboration avec la direction s'est tissée et celle-ci a reçu les familles.

Cette situation, avec les mesures de confinement et de suspension des visites, a été source d'anxiété et d'angoisses. La mise en quarantaine des structures n'a pas permis aux familles ni aux résidents de préparer l'éloignement de ses proches, et l'interdiction des visites sur des longues semaines est venue perturber les liens affectifs.

C'est donc principalement aux travers de nombreux appels téléphoniques que les entretiens familiaux d'accompagnement se sont multipliés. Les familles étaient demandeuses d'avoir un lien direct par appels téléphoniques ou par email afin de pouvoir déposer leur ressenti et leurs peurs.

Quel a été l'impact du confinement sur le public accueilli en EHPAD ?

Le confinement a engendré une privation des interactions sociales (plus de visites, plus d'échanges aux repas, plus d'animations), une souffrance de la solitude (vivre seul dans sa chambre, le sentiment d'être abandonné), des peurs, des manques, des pertes de repères habituels, la perte au sens large.

Le confinement a aussi privé les résidents vulnérables des bénéfices de la vie sociale avec les autres. Tous conscients que limiter les contacts a été le meilleur moyen de limiter la propagation du virus, cela n'a pas rendu les choses faciles pour autant. Cependant, nous avons été préoccupés et inquiets de l'impact psychologique qu'a pu avoir le confinement sur nos résidents et patients face au confinement strict imposé dans les établissements de soins. Après coup, nous avons donc pris du temps pour parler avec eux de l'épidémie de la covid-19 via la mise en place de groupe de paroles. Car en effet, le vécu de cette situation par les personnes âgées dépend de leurs compétences cognitives et donc de leur capacité à comprendre le contexte et à gérer leurs angoisses : « Mettre des mots sur la situation vécue pour tenter d'éloigner au mieux les 'maux' ».

Certains ont su puiser des ressources et quelques capacités d'adaptation. Pendant que d'autres ont développé une agitation anxieuse ou du repli, quand incapables de symboliser la séparation - de comprendre la situation.

Il en ressort que face à cette situation à laquelle personne ne s'était jamais préparé, celle-ci résonne chez chacun de nous d'une façon singulière, et ce, en fonction de notre histoire de vie. Nous avons tous été confrontés à une situation qu'aucun manuel ne nous a appris, et où rien n'est écrit dans la littérature pour nous guider.



Magali Frère, psychologue
au CH de Bar-sur-Aube

L'expérience de cette pandémie nous a ramenés à notre finitude. Brutalement, nous avons été tous confrontés collectivement à la limite réelle de la vie. Bousculés dans notre quotidien «soignant» et dans nos convictions, transplantés à la croisée de beaucoup de chemins, il s'agit maintenant de saisir ce moment pour envisager un certain renouveau dans notre « prise en soin ». ●

Françoise Soret et Marie-Pascale Drouin, animatrices au CH de Bar-sur-Seine



Françoise Soret et Marie-Pascale Drouin, animatrices au CH de Bar-sur-Seine

En quoi consistaient vos fonctions durant cette crise ?

Notre rôle est déjà d'être à l'écoute mais il a été plus important en cette période, les résidents en avaient besoin. Il a fallu répondre à leurs attentes.

Nous avons dû maintenir un lien de confiance, être disponibles, vigilantes et attentives.

Il a également fallu répondre à cette absence de visite des familles et pour cela nous avons déployé tous les moyens mis à notre disposition : appels téléphoniques, Skype, Fast time, Messenger, envoi de photos aux familles. Certains résidents ont souhaité écrire à leurs proches. De l'autre côté, nous avons géré les visites des proches et les avons rassuré en répondant à leurs demandes. Il fallait être un fil conducteur entre les résidents, les familles et le personnel.

Nous avons aussi programmé et organisé des rencontres personnalisées en chambre, des promenades dans le jardin. Nous avons été le relais entre les familles et les résidents lors d'achats réalisés par la famille. Tous les jours, les résidents recevaient des colis déposés la veille à l'accueil. Nous étions les « facteurs de l'animation » et profitions de ce moment pour échanger, papoter...

La mini boutique avec l'association LARJHA a été approvisionnée pour

mieux répondre et faciliter les besoins des résidents. Elle s'est déplacée pour permettre aux résidents de faire leur choix.

Nous donnions des nouvelles à ceux qui se côtoyaient auparavant, et les rassurons pour ne pas casser le lien.

Nous avons essayé de palier aux petites choses de la vie (recharger leur téléphone portable, faire un numéro de téléphone...), en intervenant quand ils ne supportaient plus d'être confinés, et en réalisant des achats pour ceux dont la famille est éloignée.

Nous avons été présentes sur deux fronts -animation et accueil- en ne comptant pas nos heures. En effet, notre rôle s'est étendu dès le début du confinement à une présence à l'accueil de notre établissement les week-ends et jours fériés.

Quelles ont été les principales difficultés ?

Nous avons contacté en un temps relativement restreint les familles de tous nos résidents par téléphone ou mail lors de la mise en place des protocoles pour les visites des proches. L'autre grande difficulté a été la gestion des manquements aux règles sanitaires par les familles, ce qui a parfois généré une certaine « agressivité » de leur part. Enfin, cela s'est révélé parfois complexe d'articuler nos missions d'animation et d'accueil

mais il fallait nous adapter à ce contexte particulier.

Une de nos grandes difficultés a été d'avoir le sentiment de priver les personnes les unes des autres, de ne pas pouvoir intégrer les nouveaux arrivants dans le groupe, d'être attentives à ce que les personnes respectent les mesures barrières, alors que notre travail est vraiment d'inciter les personnes à ne pas rester isolées, de tout faire pour leur donner l'envie de continuer à vivre dans une dynamique sociale où chacun retrouve un rôle.

Vos relations avec les équipes ? Les familles ?

Cette période a renforcé notre travail avec les équipes pluridisciplinaires. Cela nous a rapprochés à travers les temps d'échanges et d'entraide. A certains moments, notre présence a permis de libérer aussi les équipes soignantes et avec certaines familles des moments privilégiés se sont créés.

Des souvenirs particuliers ?

Le visage des résidents très surpris des nouvelles technologies : en un clic on peut voir ses enfants, petits-enfants des moments émouvants et chaleureux. Ils ont également été sensibles et très touchés par les dessins d'enfants.

Lors des premières visites autorisées avec rendez-vous en salle d'animation, le contact physique entre enfants et résidents était interdit. Cela a été difficile à accepter, douloureux, avec parfois les larmes des familles quand le résident repartait dans sa chambre. ○

FRÉDÉRIC LE NALBAUT

LA VIE EN EHPAD

Dr Rijaharizafy Ramanandraibe, médecin prescripteur au Domaine de Nazareth du CH de Troyes



Dr Rijaharizafy Ramanandraibe, médecin au Domaine de Nazareth

Docteur, vous avez été le médecin référent covid-19 sur l'EHPAD. Quel a été l'impact de la crise sur la prise en soins des résidents ?

Ce qui nous a le plus touché, c'est la rapidité de diffusion de l'épidémie. D'un cas unique, on est passé à 12 cas en quelques jours. Heureusement, nous n'avons pas eu à gérer les phases graves de la maladie, mais la fragilité de nos résidents âgés exigeait une vigilance accrue. Notre premier cluster était en unité de vie protégée, réservée aux résidents « déments déambulants », pour qui les gestes de distanciation, le port du masque, l'isolement en chambre étaient vraiment compliqués. Nous avons l'habitude d'utiliser des méthodes douces (toucher, massage...) surtout en fin de vie, mais ce n'était plus possible. Le plus difficile pour l'équipe, c'est cette sensation de ne pas faire assez pour l'accompagnement.

Au milieu du mois d'avril, il y a eu d'autres cas positifs. Nous avons été obligés de créer 2 nouveaux clusters. Nous ne remercierons jamais assez les Hôpitaux Champagne Sud pour leur réactivité et l'entraide sur le bionettoyage, le déménagement des résidents et du mobilier... La mise en route de ce cluster était brutale, autant pour les résidents que le personnel

soignant, mais vraiment nécessaire pour contenir cette épidémie.

Comment avez-vous pallié à l'interdiction des visites ?

En EHPAD, les résidents comptent beaucoup sur leur famille pour les visites, pour maintenir une relation avec l'extérieur et rompre la solitude. Avec la crise, les visites ont été interdites. Pour y pallier, plusieurs modes de communications ont été utilisés (vidéos, Skype, appels téléphoniques). Cela a permis aux résidents de garder un lien avec l'extérieur. Toutefois les visites pour les personnes en fin de vie ont été maintenues avec les précautions nécessaires. Ça n'était pas facile ni pour les familles, ni pour le personnel soignant. Certaines familles ne pouvaient pas venir car elles étaient confinées à 200 ou 300 kilomètres, n'avaient pas de moyen de locomotion. Pour certains résidents, la présence des soignants était très bénéfique. Certains soignants transversaux (pédicure, animatrices, enseignants APA) ont été à d'autres tâches dans les services.

Nous avons aussi eu en renfort des psychologues, nous permettant d'accompagner les résidents ainsi que l'équipe pendant cette période. Les personnes les plus vulnérables ont été suivies spécifiquement. Chacun a essayé d'apporter un peu plus de douceur pendant cette épidémie.

Quel a été votre rôle auprès des équipes soignantes ?

Les soignants sont les premières ressources des résidents, nous nous devons de les soutenir à leur tour. Certains membres de l'équipe ont des enfants, des conjoints ou des parents fragiles. Ils s'inquiétaient comme tout le monde, redoutaient de transmettre la maladie chez eux ou de la ramener de l'extérieur... Nous avons pris le temps avec l'encadrement et la psychologue de répondre à leurs questions, d'être aussi présents que possible.

Heureusement, nous avons eu l'entraide d'autres services, ce qui a été d'un

grand soutien pour l'équipe sur place qui accompagnait ces personnes depuis plusieurs années. Nous nous sommes sentis soutenus, aidés, compris. Ils se sont vite attachés à nos résidents, car les personnes démentes sont très sincères. Il y a une vraie relation qui se crée entre tous.

Les mesures prises, aussi brutales soient-elles, ont été efficaces, grâce à l'implication de tous pour contenir cette épidémie. Nous sommes sortis de cette crise, éprouvés certes, mais plus forts et plus solidaires.  MORGANE DUPUIS

Justine Vion et Justine Prouteau, aides-soignantes à l'EHPAD de Nogent-sur-Seine du GHAM

Un quotidien bouleversé

La covid-19 a provoqué de nombreux bouleversements dans leur travail. Au début, c'était stressant, le virus était inconnu. Elles ne savaient pas quelles précautions adopter ou quelle organisation avoir. Malheureusement, des patients et des membres du personnel ont développé les symptômes. Il fallait donc réagir vite et bien. L'unité covid-19 a dû être mise en place en quelques heures, ce qui implique de changer les résidents de chambre avec leurs effets personnels. Il fallait intégrer les nouveaux protocoles rapidement afin de se protéger et protéger les autres. La charge de travail était plus importante et il fallait optimiser les interventions dans la zone.

Des animations revisitées

Les résidents ont beaucoup souffert de l'isolement des familles. Les animations ont été adaptées pour être réalisées uniquement en chambre. Elles reposaient principalement sur des appels en visio avec les familles via les tablettes. Il y avait au moins 5 ou 6 appels Skype programmés par jour. Les aides-soignantes réalisaient beaucoup plus de soins de manucure et de pédicure en chambre. Elles prenaient le temps de parler avec les résidents qui avaient besoin de s'exprimer. Le principal était de veiller au bien-être de chaque résident malgré le contexte.

Les gestes barrières à instaurer

Elles veillaient à faire respecter les règles de distanciation et d'hygiène surtout pour les personnes souffrant d'Alzheimer. Les résidents regardaient la télé et suivaient les informations. Cependant, beaucoup de personnes âgées ne comprenaient pas le virus et pensaient que c'étaient une invention. Le mot « guerre » employé par le président lors de son discours a eu un fort impact sur certaines personnes. En effet, une résidente a paniqué et a commencé à faire des réserves de nourriture. Elle pensait qu'elle allait être rationnée comme en temps de guerre.

L'activité était pesante. Dès l'entrée dans

l'unité, c'était un autre monde, une autre organisation. Il fallait mettre les protections, veiller à avoir tout le matériel nécessaire avant d'entrer dans le service, prendre le temps avec chaque résident pour les repas, les toilettes, les animations et les discussions.

La reprise des visites après le confinement a fortement soulagé le moral de tout le monde. Les familles ont été très respectueuses et compréhensives. Au début tous les contacts physiques étaient interdits.

Physiquement et psychologiquement, c'était très dur et angoissant. Il fallait tout le temps être opérationnel et disponible. Même pendant les repos, la pression était présente de peur d'être rappelé ou de transmettre le virus à la maison. Les aides-soignantes sont au plus proches du résident dans la vie quotidienne. Les contacts sont extrêmement fréquents et propices à la transmission. La vigilance était intense afin de protéger tout le monde. Heureusement, l'esprit de solidarité était présent et l'entraide très importante. ● SOPHIE NOCUS



Justine Vion, aide-soignante au CH de Nogent-sur-Seine



Justine Prouteau, aide-soignante au CH de Nogent-sur-Seine

LA VIE EN EHPAD

Christelle Chappat et Daniel Vautrin, cuisiniers à la résidence Cardinal de Loménie

Quel est votre rôle au quotidien au sein de la Résidence ?

Christelle - Notre mission principale est la préparation quotidienne des repas pour les résidents, à partir de menus établis selon un plan alimentaire, validé par une diététicienne. Nous proposons une cuisine familiale aux résidents, pour qu'ils se sentent chez eux. Nous gérons en direct les commandes auprès des fournisseurs, ce qui nous donne beaucoup de liberté et de souplesse.

Daniel - Cela permet justement d'adapter les menus en fonction des souhaits des résidents et on peut ajouter aussi notre touche personnelle. Par exemple, nous pouvons rapporter des idées de plats de la région où nous partons en vacances.

Quelle est l'importance de l'alimentation en EHPAD ?

Christelle - Le plaisir de manger est tellement important. C'est l'une des dernières choses qui reste à nos résidents. Et puis, le moment du repas est un temps convivial, les résidents sont ensemble et discutent. C'est le plaisir d'être à table avec un bon repas. Malheureusement, cette convivialité a disparu durant l'épidémie de covid-19, car les résidents ont dû être confinés en chambre.

Daniel - L'alimentation en EHPAD est bien sûr très importante : nous devons veiller à ce que les résidents aient leurs apports nutritionnels. L'alimentation fait partie du soins, avec des plats appréciés.

Quels protocoles d'hygiène et de sécurité sont appliqués en cuisine à la résidence Cardinal de Loménie ?

Christelle - Nous mettons en oeuvre un plan de maîtrise des risques, avec des protocoles très rigoureux pour éviter tout risque de toxo-infection alimentaire, pour les résidents et le personnel. Un laboratoire indépendant passe tous les mois pour contrôler l'hygiène et la bactériologie. Nous sommes soumis à des formations obligatoires et des formations de recyclage sur la norme HACCP.

Daniel - Lors de l'épidémie de covid-19,



Christelle Chappat, cuisinière à la Résidence Cardinal de Loménie

nous avons bien sûr renforcé la fréquence des désinfections des locaux et du matériel. De part notre formation en hygiène alimentaire, nous étions bien préparés à la covid-19.

Quel est votre ressenti de cette crise ? En quoi a-t-elle impacté votre organisation de travail ?

Christelle - Ça nous a fait peur quand même. On pensait au début que c'était une grippe. On a eu très peur de ramener la covid-19 au travail et de contaminer les résidents. Par chance, notre organisation n'a pas été modifiée à cause de la covid-19, mais on a souvent pensé aux collègues de travail en cas de contamination.

Daniel - Nous avons anticipé dès le mois de février notre stock tampon en le revoyant à la hausse afin de faire face aux ruptures de certaines gammes de produits chez nos fournisseurs. Au quotidien, nous avons fait très attention de ne pas nous exposer en limitant nos sorties, uniquement pour aller au travail et faire les courses. Nous avons veillé à ce que les livreurs respectent les gestes barrières.

Christelle - Le port du masque est très difficile en cuisine, à cause de la chaleur des appareils de cuisson, et puis un cuisinier doit goûter ce qu'il prépare, ce qui est très difficile avec un masque ! La période de la covid-19 n'est pas terminée,



Daniel Vautrin, cuisinier à la Résidence Cardinal de Loménie

nous devons rester plus que vigilants face à cette menace invisible.

Avez-vous mis en place des menus spéciaux pour améliorer l'accueil des résidents ?

Christelle - Des petites choses ont été améliorées, notamment autour du sucré : viennoiseries, confiseries, chocolats, glaces... afin d'apporter à notre niveau un peu de réconfort aux résidents.

Daniel - Nous avons été prudents car les résidents n'apprécient pas forcément ce qui sort de l'ordinaire et souhaitent rester sur des plats traditionnels. Nous avons la chance de proposer déjà une bonne qualité de cuisine. 

REPRÉSENTANTS DES FAMILLES

Michèle Jacopé, représentante des familles à l'EHPAD de l'hôpital de Sézanne (GHAM)



Michèle Jacopé, représentante des familles de l'EHPAD de l'hôpital de Sézanne

Au quotidien, Michèle a pour mission de recueillir les doléances des proches de résidents. Elle participe à la vie sociale de l'EHPAD de Sézanne en prenant part aux réunions concernant les activités, les animations, les projets et l'organisation de la vie quotidienne des résidents. Elle est également nommée par l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) en tant que représentante des usagers pour le GHAM, l'hôpital de Montmirail, le CIAS (Centre Intercommunal d'Action Sociale) de Sézanne et la CCSSOM (Communauté de Communes de Sézanne Sud-Ouest Marnais) depuis 42 ans.

Beaucoup d'angoisses et de questions

Cette période fut très difficile pour les familles. Beaucoup de questions se sont posées. Elles s'interrogeaient sur l'état de santé de leurs proches, leur mémoire : allaient-ils les reconnaître ? comment va se passer la première visite ? Ce sont des inquiétudes familiales normales mais qui sont présentes et parfois angoissantes. Elles sont justifiées puisque lorsque la situation est revenue à peu près à la normale, certains résidents ont mis plusieurs jours, voire des semaines, à reconnaître leur conjoint.

Une gestion par l'établissement satisfaisante

Les familles sont toutes satisfaites de la gestion et de l'organisation de l'établissement. Il y a toujours des mécontentements mais dans l'ensemble tout le monde est satisfait. Les équipes appelaient régulièrement pour donner des nouvelles. Les familles pouvaient converser via des tablettes en visio ou encore par téléphone. La reprise des visites a également été bien faite. Pourtant, la situation n'était pas du tout idéale. Les distances et le port du masque devaient être respectés. C'était assez perturbant pour les résidents qui étaient un peu perdus. Le climat pouvait être angoissant. L'hôpital n'est pas en cause, c'est le contexte qui veut ça. C'est pourquoi la

psychologue appelait les familles 3 jours après la visite afin d'avoir leur ressenti, ce qui fut bien apprécié. Les familles ont pu être rassurées en revoyant leur proche après une longue période d'attente. Néanmoins, certaines personnes ont choisi d'attendre pour retrouver leur proche dans de meilleures conditions.

Une parenthèse pour penser à soi

Michèle fut agréablement surprise de la réaction des familles pendant la crise. Elles ont bien évidemment souffert de l'interdiction des visites. Certaines personnes ont l'habitude de venir quotidiennement pendant plusieurs heures. Et finalement, l'obligation de ne pas venir fut en quelques sortes libératrice. En effet, l'emploi du temps des familles, surtout des conjoints, est généralement rythmé par les visites ce qui implique d'organiser sa vie autour. Michèle constate que les proches se sont retrouvés eux-mêmes pour prendre du temps pour eux. Malgré les inquiétudes, les familles ont pu souffler.

Michèle a eu que des retours positifs des familles. Certains se sont mis à la place des équipes soignantes et ont beaucoup de respect envers eux. L'important c'était le bien être du résident et du personnel afin de faire face à la situation. ●

SOPHIE NOCUS

MAISON D'ACCUEIL SPÉCIALISÉE

Isabelle Coulon, psychomotricienne à la maison d'accueil spécialisée (MAS) La Fontaine de l'Orme de l'EPSM Aube

Quel est votre rôle au quotidien au sein de la MAS ?

J'interviens au sein de la MAS 2 jours par semaine. Le reste du temps, j'interviens sur le centre médico-psychologique (CMP) du pôle psychopathologie enfant/adolescent de Bar sur Seine.

Au quotidien, les équipes me sollicitent pour mieux comprendre certains comportements difficiles à gérer ou à supporter. L'enjeu est de trouver les moyens d'apaiser ces comportements, sans chercher absolument à les faire disparaître. L'aide s'effectue généralement selon 2 modalités :

- Proposer un léger écart pour tenter de donner un sens au comportement du résident et trouver une solution la plus ouverte possible, devant les difficultés du travail de l'équipe.
- Rechercher une solution d'apaisement, pour un résident angoissé et/ou agressif, à un moment où les règles de la collectivité sont ressenties comme trop contraignantes.

J'interviens aussi en suivi individuel avec des indications diverses auprès des résidents : troubles psychomoteurs, troubles développementaux, de l'intégration sensorielle, en prenant toujours en compte la psychopathologie dans son intrication psyché-soma.

Parfois, je suis amenée à rencontrer des familles pour (re)construire avec elles le parcours et l'histoire du résident, pour faciliter la compréhension mutuelle entre l'institution et la famille, notamment dans les moments difficiles de la vie d'un résident.

Quel impact la crise a-t-elle eu sur votre organisation ?

De façon à ne pas multiplier les risques de contamination du coronavirus, j'ai été amenée au moment du confinement à rester sur un seul site, le CMP enfants de Bar-sur-Seine, pour proposer et assurer des consultations par téléphone auprès des familles et des enfants que je suivais. Conjointement, les contacts réguliers avec les collègues de la MAS pour



Isabelle Coulon, psychomotricienne à la MAS La Fontaine de l'Orme et au CMP Enfants-adolescents de Bar-sur-Seine

échanger et soutenir ceux qui en éprouvaient le besoin m'ont permis de rester « connectée » avec la MAS.

Comment les résidents ont-ils vécu la crise ?

La plupart l'ont vécu surtout comme une privation de liberté. Ne plus pouvoir circuler pour avoir des échanges informels dans les résidences est une grande frustration pour ceux qui ont besoin d'interagir constamment avec les autres pour ne pas se sentir seul ou abandonné. Néanmoins, ils se sont progressivement adaptés à cette situation, en réalisant que les soignants n'allaient plus non plus au restaurant ou avaient des difficultés pour se procurer de la nourriture. Ce partage de privation avec les soignants a permis de supporter plus facilement ces « empêchements ».

Pour d'autres résidents avec des psychopathologies plus lourdes, ne plus se mouvoir librement dans les couloirs, rester dans un espace réduit tel que leur chambre était impossible. Il a donc fallu organiser des tours de rôle pour qu'ils puissent conserver certains rituels dans ces espaces communs avec une pseudo-liberté et le sentiment d'être protégés.

Avez-vous adapté vos activités ?

Le port de la blouse et du masque ont généré nécessairement des interactions plus distancées.

C'est une période qui a été plus centrée sur l'éducatif pour offrir des explications sur les gestes, consignes et comportements à adopter. Il était aussi important de proposer du sens à ces organisations nouvelles avec leurs conséquences sur le quotidien des résidents.

Quels enseignements avez-vous tiré de cette crise ?

Les résidents ont montré des capacités d'adaptation bien au-delà de ce que nous avons imaginé. Après un temps de « turbulences », où les résidents ne savaient pas trop où ils allaient, s'est installée une organisation plus centrée sur les individus et moins sur le collectif. Certains y ont trouvé leur compte, d'autres se sont repliés et isolés.

De cette période, une réflexion s'est amorcée pour les équipes autour de l'équilibre entre les interventions individuelles et collectives selon les besoins des résidents.

Un bilan de cette crise ?

Le monde d'hier n'est plus, le monde de demain n'est pas encore visible. L'institution « se panse » suite à cette période éprouvante, les professionnels partent en vacances et au retour, tentent de penser l'institution de demain, sans garantie et les résidents de réinstaller un petit peu de pareil du monde d'avant. ●

ÉMILIE SIBOIS

LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR

Dès le début du plan blanc, les pharmaciens ont participé au comité médical, où ils ont pu échanger avec les médecins pour rédiger les protocoles. L'équipe s'est notamment appuyée sur les recommandations nationales et sur l'expérience de leurs confrères de l'Est de la France pour savoir vers quelles molécules se diriger, avant de rendre la pareille à ceux de l'Ouest. Par la suite, ils ont été source de conseils auprès des équipes des services de soins.



Nettoyage et optimisation des armoires à médicaments au début de la crise covid-19



Stock de médicaments au CH de Romilly-sur-Seine (GHAM)



Salle des rotatifs au CH de Troyes



Transformation des armoires covid-19 en non-covid-19



LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR

Patricia Vincent, cadre de santé, Sophie Thévenin et Virginie Brunel, préparatrices en pharmacie au CH de Troyes, Florence Danieau et Marie-Pierre Tonnelier, pharmaciennes au CH de Troyes, et Antoine Lingoungou, chef de service au GHAM



Patricia Vincent, cadre de santé de la pharmacie, Sophie Thévenin et Virginie Brunel, préparatrices en pharmacie, au CH de Troyes



Florence Danieau, pharmacienne en charge des médicaments au CH de Troyes



Marie-Pierre Tonnelier, pharmacienne en charge des dispositifs médicaux au CH de Troyes



Antoine Lingoungou, chef de service de la pharmacie du GHAM

Ajuster les dotations en temps réel

Les préparateurs en pharmacie ont soutenu les équipes covid-19 en prenant en charge leurs commandes et en ajustant leurs dotations en temps réel directement dans les services. Sur place, ils réalisaient le bilan de leurs armoires de médicaments, et les rendaient plus fonctionnelles avec de nouvelles étiquettes et emplacements. Ils vérifiaient les dotations et les corrigeaient rapidement si besoin. Cela a permis aux soignants de gagner un temps précieux, mais aussi d'ajouter une sécurité supplémentaire dans l'administration des médicaments. Le passage des préparateurs dans les services est devenu un repère dans la journée des soignants.

Solliciter les laboratoires

Dans cette crise, tout a été question d'anticipation pour avoir les molécules, obtenir un stock de réserve, relancer les fournisseurs, et exiger des livraisons en urgence. Pendant le premier mois, des commandes aux quantités astronomiques étaient faites tous les jours sur des molécules spécifiques. Les laboratoires ont été en rupture très rapidement. Puis le gouvernement est intervenu pour gérer la répartition des molécules.

La gestion des patients en rétrocession a aussi été compliquée. Heureusement, l'aide des pharmacies de ville et les prestataires de service a été très utile pour s'assurer que les patients accèdent à leurs prescriptions.

S'approvisionner en dispositifs médicaux

Il a fallu trouver de nouvelles références : pour un produit, une commande était validée auprès de 4 fournisseurs différents pour éviter les ruptures de stock. Une collaboration étroite avec les pharmaciens des cliniques a permis l'approvisionnement de certains produits que nous n'avions pas en marché

habituellement.

Pour chaque nouvelle référence reçue, il fallait s'assurer qu'elle s'adaptait au besoin des patients, former le personnel avec l'aide des professionnels de réanimation et d'anesthésie pour que le produit soit bien utilisé. La pharmacie a été garante de la bonne utilisation des dispositifs médicaux.

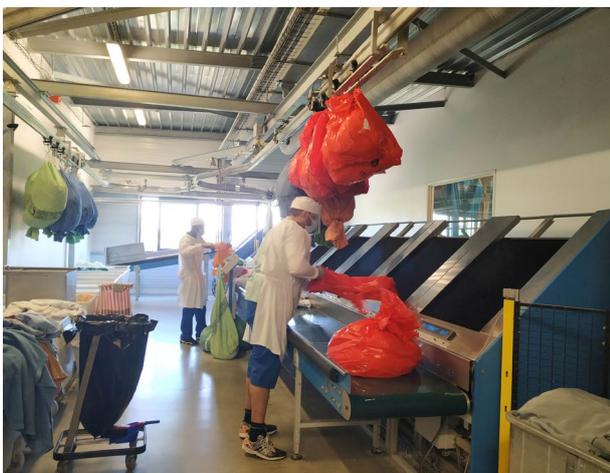
Cette crise a aussi permis de remettre en cause les pratiques et le matériel utilisés avant la crise : « On n'avait pas le choix, on était en pénurie, ce qui a permis de bousculer certaines habitudes sur l'établissement. »

Appliquer les protocoles

De son côté, le Groupement hospitalier Aube Marne a suivi les protocoles rédigés par les Hôpitaux Champagne Sud, tout en les adaptant à leur typologie de patients. Un travail de fond a été réalisé en amont pour la mise en place des dotations journalières, évitant toute pénurie de stock. ● MORGANE DUPUIS

LA LOGISTIQUE ET LES ACHATS

Les équipes logistique et achats ont aussi effectué un travail remarquable pendant la crise. Elles ont contribué à la prise en charge des patients covid-19, en mettant un point d'honneur à ce que les équipes soignantes ne manquent de rien, notamment en termes d'équipements de protection individuels (EPI).



Tri du linge identifié covid-19 dans des sacs rouges à la blanchisserie (plateforme logistique de Saint-Julien-les-Villas)



Préparation des repas en cuisine (plateforme logistique de Saint-Julien-les-Villas)



Réception des commandes au magasin central (plateforme logistique de Saint-Julien-les-Villas)



Estelle Dezan, chargée de l'approvisionnement et de la gestion des équipements de protection individuelle au CH de Bar-sur-Seine



LA LOGISTIQUE ET LES ACHATS

Séverine Mori, responsable achats et logistique au centre hospitalier de Bar-sur-Seine



Séverine Mori, responsable achats et logistique au CH de Bar-sur-Seine

Comment les achats se sont adaptés à la situation ?

Nous avons travaillé dans l'urgence avec une crise d'approvisionnement sans précédent. Plus aucun équipement de protection (EPI) n'était disponible sur le marché. Les fournisseurs n'étaient plus en mesure d'assurer nos commandes. L'état a rapidement réquisitionné les masques pour nous les délivrer avec un rationnement strict mais pour les autres produits (gants, sur-blouses...) nous avons dû nous débrouiller. Au-delà de la solidarité locale des entreprises et des particuliers avec l'appui de l'ARS et du Conseil Départemental, la gestion commune des Hôpitaux Champagne Sud via le comité de pilotage des approvisionnements s'est avérée salvatrice. Grâce au suivi quotidien de l'état de nos stocks respectifs, la moindre rupture était rapidement anticipée et l'établissement qui possédait le plus largement l'article critique dépannait celui qui allait en manquer en s'appuyant sur des livraisons interétablissements facilitées par les flux logistiques déjà existants.

Les EPI étant ainsi devenus une denrée rare, nous avons dû les sécuriser et les rationner en créant des kits adaptés aux besoins spécifiques et limiter une éventuelle surconsommation (isolement, nettoyage, secteur covid-19...).

Quels ont été les impacts sur la logistique ?

Tout d'abord, il nous a fallu gérer les flux humains, condamner et filtrer les entrées, mais aussi les affaires apportées pour les résidents avec des zones de stockage dédiées et une redistribution après période de « décontamination ». Dans une structure de notre taille, la logistique est également en charge de l'informatique. Nous avons donc mis rapidement à disposition des ordinateurs portables pour les agents en télétravail et des tablettes pour assurer le lien entre les résidents et leurs familles.

La blanchisserie a aussi dû faire preuve de réactivité puisque la gestion du linge,

habituellement traitée par les familles, a été reprise en interne avec une décontamination complémentaire et un surplus de linge assuré pour le personnel en renfort et certains partenaires extérieurs. Côté restauration, la complexité était surtout axée sur les nombreux transferts de nos résidents. Malgré l'urgence, les livraisons des repas adaptés aux différents régimes devaient être acheminées dans les bons services.

Enfin, le service technique se devait de répondre à toutes les urgences en assurant de nombreux déplacements pour les transports de prélèvements de dépistage ou l'approvisionnement en EPI. En outre, il a fallu faire face à une explosion du volume des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infection (DASRI) d'une telle ampleur que les réglementations pourtant strictes ont été modifiées par décret.

A l'instar des équipes soignantes, les achats et la logistique se sont ainsi adaptés aux consignes d'hygiène et aux contraintes techniques et d'approvisionnement inhérentes à la crise sanitaire. C'est donc bien ensemble que nous avons réussi à passer ce cap critique de la vie hospitalière. ●

LA SÉCURISATION

Pendant la crise, le service de sécurité incendie du CH de Troyes s'est assuré de la sécurisation des 4 sites de l'établissement (Hôpital Simone Veil, Résidence Comte Henri, Domaine de Nazareth et Plateforme logistique de Saint-Julien-les-Villas). En collaboration avec d'autres professionnels de l'établissement, la Protection civile de l'Aube et la société 2S2A, les agents de sécurité incendie ont organisé et administré les points de filtrage sur l'Hôpital Simone Veil.



Yohann Colin, chef d'équipe, Edouard Mocquery et Eric Keller, agents de sécurité incendie



Coopération sur le point de filtrage des urgences de l'hôpital Simone Veil



Démonstration de la friction des mains avec du gel hydroalcoolique par la Protection Civile de l'Aube



Point de filtrage à l'entrée de l'hôpital Simone Veil

LA SÉCURISATION

Agnès Oberlin, responsable sécurité incendie et environnement du CH de Troyes

Quel est le rôle du PC sécurité ?

Les agents de sécurité incendie assurent leurs missions quotidiennes (rondes d'inspection, délivrance des permis de feu...), et interviennent sur les situations de violence et de conflit. Ils sont chargés de la maintenance du matériel et du suivi avec les sociétés prestataires, et reçoivent les alarmes techniques. Ils s'occupent également de la surveillance de la plateforme logistique à St Julien-Les-Villas (sécurité incendie ou intrusion). Tout ça arrive au PC sécurité avec une surveillance permanente.

Qu'avez-vous mis en place pour sécuriser le CH de Troyes pendant la crise sanitaire ?

On a fermé les sites, c'est bien la première fois qu'on le fait. On a clôturé l'enceinte extérieure, pour ne laisser que l'entrée principale et l'entrée des urgences. Des points de filtrage ont été installés pour valider les autorisations d'accès et s'assurer des conditions d'hygiène. Avec le déconfinement et le parking public de nouveau payant, on a ajouté une zone de filtrage sur la cour d'honneur pour désengorger le parking et le rendre plus disponible pour les patients.

Pendant tout le temps de la crise, les taxis, ambulances, VSL et livraisons continuaient d'avoir accès à l'établissement pour maintenir les flux autour du patient, d'autant plus que les livraisons ont été cruciales pour l'activité.

Avec les secrétaires référentes du CHT, il a fallu organiser tous ces points, soutenir les gens qui ont tenu les points de filtrage.

Comment se sont organisés les points de filtrage ?

Pendant le confinement, du personnel de l'hôpital est venu en renfort auprès des agents de sécurité incendie. Tout le monde connaissait le fonctionnement de l'hôpital, c'était relativement simple. Après, avec le déconfinement et la reprise des consultations, ces personnels sont repartis dans leurs services, il nous a fallu travailler avec du personnel extérieur qui ne connaissait pas l'hôpital.



Agnès Oberlin, responsable sécurité incendie et environnement du CH de Troyes

Nous avons dû faire face à 2 principales difficultés : les patients sans justificatif de rendez-vous, et les accompagnants à limiter au maximum. Toutes les problématiques qu'on a d'habitude dans les services se sont retrouvées aux points de filtrage. Il y avait un décalage entre le déconfinement extérieur et l'hôpital où les espaces nous ont conduits à limiter au maximum le nombre d'accompagnants pour respecter les règles de distanciation sociale. Ce sont des situations humaines qui sont parfois difficiles à gérer, on a alors recours à l'apaisement et la discussion, mais avec une vraie volonté du personnel de trouver des solutions pour que chacun reparte avec une réponse.

Pourquoi avoir choisi de travailler avec la protection civile de l'Aube et la société 2S2A ?

Ils sont complémentaires. La société locale 2S2A validait le motif d'accès et débrouillait les situations difficiles. Plusieurs de leurs agents sont plutôt doués pour la médiation, ça nous aide bien. Ils ont compris ce qu'est l'hôpital, on est un peu au-delà de la sécurité pure. Les agents de la Protection civile s'assuraient du port du masque, de l'application des gestes barrières avant d'entrer dans l'hôpital. Il y a aussi cet accompagnement bienveillant et humain qu'ils mettent en

place.

Sur le point de filtrage à l'entrée de l'hôpital, les hôtesses d'accueil prenaient le relai pour éviter les attroupements, notamment dans le hall d'accueil. Il y avait une vraie collaboration entre tous, et puis ils commencent à se connaître depuis le temps. Le but, c'était de fluidifier un maximum pour ne pas créer des points de blocage.

On a eu quand même une prise en charge au filtrage avec des gens qui avaient un tempérament humain, bienveillant envers les patients, même si ces derniers n'étaient pas toujours très courtois. Le filtrage à l'entrée a aussi amené de la sérénité pour les services, car ils n'étaient pas confrontés à un afflux de personnes qui aurait pollué une activité déjà compliquée.  MORGANE DUPUIS

LE BIOMÉDICAL

Le biomédical est un des services supports de l'hôpital : sans matériel, les services de soins ne peuvent pas fonctionner. Pendant la crise, les équipes se sont notamment affairées à équiper les chambres des patients covid-19 en respirateurs, et à affecter le matériel technique aux services de soins.



Respirateur utilisé en réanimation



X.Hubert, C.Omnes et S.Leguay, techniciens biomédicaux, et A.Achmirowicz, ingénieure biomédicale



Ventilateur de transport utilisé au SAMU/SMUR



Pousses-seringues

LE BIOMÉDICAL

Séverin Leguay, technicien biomédical, et Audrey Achmirowicz, ingénieure biomédicale au CH de Troyes



Séverin Leguay, technicien biomédical, et
Audrey Achmirowicz, ingénieure biomédicale

L'équipe biomédicale intervient sur l'ensemble des services de soins, mais particulièrement en réanimation, au bloc opératoire et en néonatalogie, où le matériel technique est plus présent. Avec les services de soins, ils participent aux groupes de projets pour la reconstruction ou l'ouverture de nouveaux services de soins, afin d'apporter leur expertise technique. Afin de toujours rester à la pointe de la technologie, l'ingénieur biomédical est chargé de réaliser une veille réglementaire pour connaître la réalité du marché.

La chasse aux équipements covid-19

La première mission covid-19 du service biomédical a été de trouver et d'affecter le matériel aux services de soins. Suite à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'augmenter la capacité de 12 lits de réanimation à 40 lits, ils ont travaillé

avec les cadres de santé pour déterminer le matériel nécessaire aux chambres destinées aux patients atteints de la covid-19. Le plus difficile a ensuite été la chasse au matériel dans les autres services de soins. Tout d'abord, il a fallu s'assurer que les 12 lits habituels de réanimation étaient équipés de respirateurs, pousse-seringues, pompes à perfusion, pompes à nutrition entérale, moniteurs multiparamétriques... Des pousse-seringues ont été ajoutés aux 6 lits de soins continus du service pour compléter le matériel déjà existant, augmentant ainsi la capacité du service de réanimation de 12 à 18 lits. Ce qui a pu se faire de façon quasi immédiate. Ensuite, la salle de réveil a été transformée et équipée, ainsi que 3 salles de bloc. Le service de soins continus de cardiologie (SIC) a également mis à disposition 6 lits pour la surveillance des patients covid-19 avant leur retour à domicile. Défi réussi : 40 lits covid-19 étaient disponibles au CH de Troyes.

La quête des respirateurs

Le CH de Troyes est habituellement équipé de 18 respirateurs, et 2 de secours, qui ont été prêtés à Mulhouse pendant la crise. Par peur de manquer de matériel, nombreux sont les établissements de santé qui se sont empressés de commander des respirateurs auprès des fournisseurs. L'Etat a dû intervenir pour gérer la répartition du matériel. Notre établissement a ainsi été doté de 6 respirateurs supplémentaires, financés par l'Etat.

Un lien constant avec les fournisseurs

Les techniciens du service de biomédical ont aussi passé beaucoup de commandes d'accessoires, pour ne pas être en manque : davantage de matériels a été utilisé pendant la crise, d'où l'augmentation du nombre de casses et d'un besoin fort d'approvisionnement en accessoires (capteurs, câbles...). Pour pouvoir assurer cette augmentation de l'activité, les maintenances préventives ont été mises en pause.

Les délais de livraison étaient impossibles à fixer par les prestataires, d'autant plus que tout le monde voulait la même chose en même temps. Beaucoup de matériel est arrivé après la bataille, mais ceux-ci vont être mis en service à la place d'équipements plus anciens. Ces derniers seront gardés et utilisés lors de maintenances ou d'éventuelles crises futures. ●

MORGANE DUPUIS

L'info insolite

L'équipe biomédicale a réalisé un phoning auprès des vétérinaires locaux pour leur emprunter leurs respirateurs au cas où nos capacités seraient saturées. Seules les grosses cliniques vétérinaires possèdent des respirateurs pour les interventions lourdes. Ainsi, l'Ordre national des vétérinaires a transmis aux établissements de santé un listing des cliniques concernées sur lesquelles s'appuyer en cas de dernier recours. L'utilisation de ces respirateurs n'a finalement pas été nécessaire.

ADMISSIONS

Isabelle Mannevy, secrétaire médicale, et Catherine Fortin et Fany Reichart, adjoints administratifs aux admissions du CH de Bar-sur-Aube

Le service des admissions du centre hospitalier de Bar-sur-Aube est composé de 3 agents pour la gestion de 190 lits (8 lits de Médecine, 22 lits d'USSR, 30 lits d'USLD, 136 lits d'EHPAD et 14 lits d'unité sécurisée). Les missions du bureau des admissions au sein d'un hôpital de proximité sont riches et variées : admissions des patients et résidents, gestion des dossiers, facturation des frais de séjour et recouvrement, courrier médical, régie, statistiques, rétrocession de médicaments, accueil, standard et autres tâches diverses.

Dans le cadre de la gestion de crise de la covid-19, les organisations de l'administration ont été repensées avec le double objectif d'assurer, d'une part, la prise en charge de nouvelles missions dédiées à la gestion de crise et d'autre part, d'assurer la continuité de service.

Au sein du bureau des entrées, très rapidement, les mesures gouvernementales ont eu un impact sur le fonctionnement du service. A titre d'exemple, l'interdiction des visites a nécessité d'adapter les horaires afin d'assurer une permanence élargie en semaine et le week-end, permettant ainsi de filtrer les entrées et d'expliquer les mesures d'interdiction aux familles.

Parallèlement, pour accompagner au mieux les mesures de confinement et de suspension des visites, l'établissement a mis à disposition des familles des lignes directes afin de prendre des nouvelles de leur proche. La mise en œuvre a demandé un énorme travail en matière de communication.

Au plus fort de la crise, le service a été sollicité afin de venir en aide aux cadres de santé afin de créer les codes d'accès au logiciel et de suppléer à diverses tâches administratives.

Le bureau des entrées, en binôme avec la secrétaire de direction, tout au long de la crise a été chargé d'assurer la permanence sur la remontée des données chiffrées aux tutelles.

La création du secteur covid-19 EHPAD a largement mobilisé le bureau des entrées avec au total 78 transferts pendant la crise. Le retour en chambre des résidents au fur et à mesure des guérisons a demandé une gestion rigoureuse.

L'autorisation des visites des familles a demandé une organisation sur les circuits mais aussi un travail de communication (mesures d'hygiène, charte à compléter...).

Au-delà de la réorganisation du service, des nouvelles missions dédiées, le silence dans les couloirs, le manque de relations humaines, de vie sociale, ne plus voir les résidents déambuler, le confinement en chambre ont apporté un sentiment d'impuissance.

Catherine, Isabelle et Fany ont essayé d'accompagner au mieux les familles avec leurs angoisses, leurs inquiétudes. Elles ont accepté la colère de certaines et apprécié la compréhension, la bienveillance et les remerciements des autres.

Face à cette situation inédite, le travail d'équipe et leur complémentarité ont été des atouts majeurs, chacun a su puiser dans ses ressources et s'adapter à la situation.

Enrichies professionnellement et personnellement, elles ont réussi à se dépasser, à évoluer en fonction du contexte des événements. ●



Catherine Fortin, Isabelle Mannevy, Fany Reichart aux admissions du centre hospitalier de Bar-sur-Aube

SECRÉTARIATS

Muriel Nicli, Ludivine Godin et Angélique Daret,
assistantes médico-administratives (AMA) au CH de Troyes**Muriel Nicli, service de génétique**

A la fermeture de son service, Muriel a retranscrit 45 audioconférences en comité RH et en comité de direction. Elle a été témoin d'une organisation drastique souvent invisible aux yeux de tous. Muriel sortait épuisée de ces comités qui nécessitaient une concentration sans faille. Vanessa Tosseng, coordinatrice des secrétariats médicaux, a choisi Muriel pour son expérience : « On ne pouvait pas confier ce rôle à n'importe qui ».

Muriel a aussi assurée le rôle d'aide aux cadres le week-end, comme une dizaine de ses collègues, pour la gestion des appels téléphoniques des familles, des arrêts de

travail des équipes, du recensement des lits, de la distribution de masques, des certificats de décès...

Une fois le déconfinement annoncé, Muriel a recontacté les patients de génétique dont les rendez-vous avaient été annulés, avec un certain sentiment d'impuissance : « On n'a pas de délai concret à donner aux patients, car 2 mois sans rendez-vous, c'est énorme ». Selon Julie Lefebvre, secrétaire référente ressources techniques et vasculaire, ce sera le cas jusqu'à la fin de l'année : « C'est très compliqué à gérer : avec les règles de distanciation physique, on a moins de plages horaires ».

Ludivine Godin, centre de prélèvements

Ludivine a répondu à un appel à volontaires de son encadrement mi-mars. Pour cette aide-soignante en reclassement professionnel et pompier volontaire, il était important de proposer son aide pendant la crise. Isabelle Kuhner, secrétaire référente des pôles cancérologie et Mère et enfant, note une réactivité quasi-immédiate des professionnels qui ont bien compris qu'il fallait se mobiliser pour passer la crise. Quinze secrétaires ont été déployées sur les points de filtrage des urgences pour contrôler les flux de personnes. Ludivine

souligne l'esprit d'équipe entre professionnels, mais aussi des agents de sécurité qui les ont épaulés.

Mi-juillet, le centre de prélèvements a repris son activité. Il enregistre notamment les tests sérologiques réalisés au point de dépistage covid-19. Ludivine nous confie que l'après covid-19 est presque plus compliqué pour les équipes, car la prise en charge des patients covid-19 s'ajoute à la fatigue physique et psychologique de la crise, et à l'activité habituelle du centre : « L'adrénaline n'est plus là, celle qui nous aidait à tenir et à faire face à cette crise ».

**Angélique Daret, unité Jean Schiffer**

Dès le 23 mars, l'unité d'addictologie a fermé ses portes et les professionnels redirigés sur l'hôpital. L'équipe des consultations au H2 assurait alors un suivi téléphonique avec les patients. Quant à Angélique, elle est venue en aide à ses collègues de réanimation pendant 3 mois, soit un changement radical d'environnement, et une source supplémentaire de stress : « Je devais tout apprendre et avais l'impression de ne pas pouvoir aider au mieux ». D'autres tâches inhabituelles à son quotidien étaient à effectuer : vérification des codifications d'actes médicaux, lecture et correction des comptes rendus

d'hospitalisation, gestion d'entrées non programmées, certificats, transferts de patients vers d'autres services ou établissements. Bien qu'un de ses proches ait été touché par le virus, Angélique assurait une permanence téléphonique avec les familles : « C'était très dur psychologiquement. Heureusement, j'ai bénéficié d'un très bon accueil des médecins, cadres et secrétaires ainsi que du soutien de ma référente ». Par ailleurs, Carole Jussiaume, secrétaire référente des pôles clinique médicale, urgences, chirurgie et imagerie, souligne l'engagement sans faille des assistantes médico-administratives durant cette crise.



Avec le recul, elles retirent toutes du positif de cette expérience, des astuces de travail à réutiliser, un échange de compétences indéniable et un bel esprit d'équipe. ● MORGANE DUPUIS

LE DÉMÉNAGEMENT DE SERVICES ET LE BIONETTOYAGE

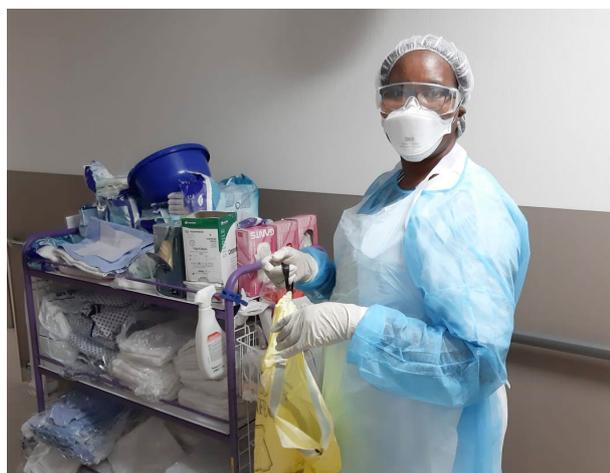
Grâce à leurs compétences en bio-nettoyage, les agents de services hospitaliers ont tenu un rôle crucial. Les équipes des différents établissements des Hôpitaux Champagne Sud ont fait preuve d'une grande solidarité pour s'entraider pendant cette période où les précautions d'hygiène étaient une priorité pour casser la chaîne de contamination. Aussi, ils ont grandement participé aux déménagements des services de soins et des EHPAD en un temps record.



L'équipe d'Hospimouv au CH de Troyes



Un agent de services hospitaliers de l'EPSMA désinfecte les couloirs



Bionettoyage des chambres en zone covid-19 au CH de Romilly-sur-Seine (GHAM)



Hospimouv en opération « commando » au CH de Bar-sur-Aube



LE DÉMÉNAGEMENT DE SERVICES ET LE BIONETTOYAGE

Aurélie Dumont et Christine Modesto, agents de services hospitaliers (ASH) à Hospimouv au CH de Troyes

Hospinet : hausse d'activité et volontariat

L'activité d'Hospinet, l'équipe chargée de l'entretien des locaux, s'est intensifiée pendant la crise. Leurs missions de désinfection quotidienne étaient encore plus essentielles qu'en temps normal. Pour faire face aux décisions d'organisation en temps réel des secteurs d'hospitalisation, les agents d'Hospinet se sont portés volontaires.

Hospimouv et les missions « Coup de poing »

Hospimouv, c'est le service dédié au brancardage et aux courses du CH de Troyes. Les brancardiers écoutent et rassurent les patients sur le chemin de leurs examens. Les coursiers, quant à eux, font le lien entre les services, acheminent les bilans de santé, et livrent les commandes de médicaments.

Pendant la crise, Hospimouv est principalement intervenu au CH de Bar-sur-Aube et au Domaine de Nazareth.

Pour limiter au maximum la propagation du virus, Hospimouv s'est attelé à la double désinfection de l'intégralité des chambres covid-19 (une soixantaine environ), du sol au plafond. Cela impliquait aussi les locaux communs et les couloirs de circulation. L'équipe a aidé à l'évacuation des effets personnels des patients pour pouvoir désinfecter puis libérer les chambres. Un travail énorme, alors que les chambres étaient libérées pendant midi et accueillaient un nouveau patient le soir même.

L'équipe d'Hospinet, elle, s'est occupée de la fermeture d'un des services d'hospitalisation covid-19 pour le transformer en médecine interne, et de l'aménagement de la réanimation. Une désinfection par voie aérienne permettait de gagner du temps.

Aurélien se rappelle de la mission au CH de Bar-sur-Aube. Le dépistage d'une quarantaine de patients avait été décidé la veille, la majorité était positive. Du personnel était infecté, ils n'avaient pas les ressources humaines nécessaires pour

agir vite et séparer les patients. C'est là que des agents d'Hospimouv, du CH de Bar-sur-Seine, et des étudiants infirmiers sont venus en renfort. « On remercie nos cadres d'être venues avec nous pour nous aider, heureusement qu'elles étaient là » nous dit Aurélie, avant que Lisa Meric-Garcia, cadre supérieur de santé d'Hospinet et Hospimouv, lui réponde « Je salue votre professionnalisme. Vraiment, chapeau bas ! ».

Horaires de nuit et soutien aux urgences

A partir du 23 mars, la baisse d'activité générale des transports a permis la mise en place d'un brancardier la nuit, sur la base du volontariat, pour aider à faire face à la hausse d'activité.

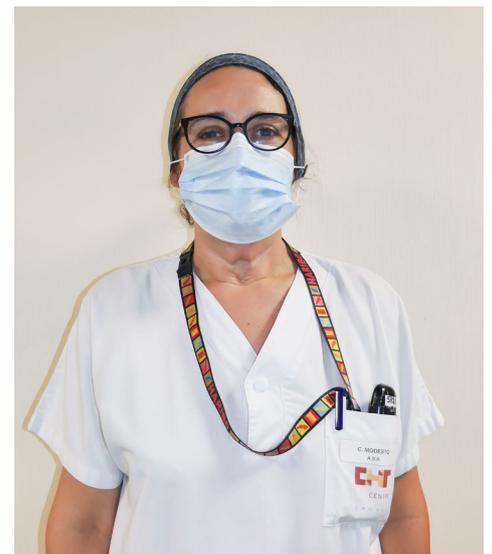
En tant que premier service d'accueil des patients covid-19, les urgences allaient être vite surchargées : les agents d'Hospimouv ont pris le relai en assurant le transport des patients des urgences vers l'hospitalisation, rôle habituellement assuré par les brancardiers des urgences. Ils se sont aussi chargés des transports interservices, malheureusement aussi vers le dépôt mortuaire, puisque l'aide-soignant volant de nuit avait été réaffecté dans les unités de soins.

Nous laisserons le mot de la fin à Christine, pour qui être volontaire était une évidence : « Ça pourrait être un de nos proches, c'est notre devoir, on est très très fiers d'accomplir nos tâches, et d'avoir participé à la crise. » ●

MORGANE DUPUIS



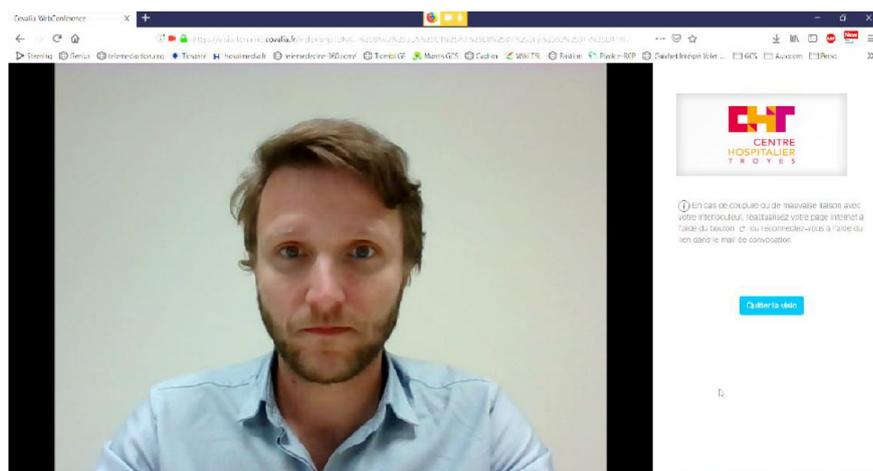
Aurélie Dumont, agent de services hospitaliers à Hospimouv



Christine Modesto, agent de services hospitaliers à Hospimouv

LES TÉLÉCONSULTATIONS

Tous les médecins des établissements membres des Hôpitaux Champagne Sud peuvent utiliser les téléconsultations, en identifiant parmi leurs patients ceux pour qui une téléconsultation est appropriée. Nos professionnels disposent également d'un accès au dossier patient/résident informatisé depuis le poste informatique de ces salles. Pendant la crise, les téléconsultations sont apparues comme une réponse appropriée pour limiter les flux de personnes sur nos établissements et ainsi protéger les patients et les professionnels.



Capture d'écran du logiciel Odys sur ordinateur



Capture d'écran du logiciel Odys sur smartphone

+4000
téléconsultations
réalisées pendant la crise sur les HCS

40
EHPAD
équipés
sur les 46 EHPAD du département

5
salles
équipées
sur le CH de Troyes

LES TÉLÉCONSULTATIONS

Docteur Benoit De L'Hamaide, médecin anesthésiste au CH de Troyes



Dr De L'Hamaide, médecin anesthésiste au CH de Troyes

En fonctionnement normal, le service d'anesthésie du CH de Troyes s'occupe des patients du bloc opératoire, avant et après opération. A partir du 16 mars, à l'annonce du plan blanc, l'activité du bloc opératoire s'est arrêtée et le flux des patients de l'établissement a été détourné vers les cliniques privées. Les consultations d'anesthésie ont été suspendues, à l'exception des consultations de maternité proposées en téléconsultation aux patientes.

Docteur, comment les téléconsultations de maternité se sont-elles mises en place ?

Nous avons étendu un système qui a été mis en place il y a 3 ou 4 ans par le Dr Megherbi en milieu carcéral. Notre

département a beaucoup de prison. Pour éviter un transfert coûteux et contraignant des patients, nous avons instauré un système de téléconsultations par ordinateur avec le médecin de la prison.

Forts de cette expérience, nous avons décidé d'étendre la téléconsultation aux consultations de maternité, qui ont lieu au début du 9^{ème} mois de grossesse, pour éviter que les patientes aient besoin de se déplacer sur l'hôpital pendant le plein covid-19, ce qui faisait peur à tout le monde. Neuf consultations sur dix se réalisaient ainsi. Aussi, certaines patientes ont préféré maintenir une consultation physique, ce que nous avons honoré.

Comment se sont-elles déroulées ?

Le système a bien fonctionné car c'est une consultation d'obstétrique qui est relativement simple. Nous sommes sur une forme minimale de la consultation qui a permis de maintenir un fonctionnement optimum pendant la covid-19. Mais il y a quand même une qualité de rapports humains qui est dégradée par rapport à un entretien physique. D'une part, il y a le médecin, de l'autre la patiente à son domicile sans interface médicale à ses côtés.

Autant avec la prison, c'est un bénéfice évident car il y a un médecin sur place. Autant là, nous sommes dans une forme dégradée due à la covid-19. Ça n'empêche pas de faire une consultation de qualité suffisante, ou nous ne l'aurions pas fait. Cela nous a permis de faire des péridurales convenablement à toutes les femmes qui sont venues accoucher en évitant des déplacements sur l'hôpital.

Mais, je pense sincèrement que dès que la situation sanitaire le permettra, il faudra qu'on revienne à des consultations normales. Si nous maintenons les téléconsultations, il doit y avoir un professionnel de santé aux côtés de la patiente.

Les patientes ont-elles bien accueilli les téléconsultations ?

Je crois que toutes les patientes étaient très contentes qu'on les appelle chez elle, parce qu'elles n'avaient pas envie de venir à l'hôpital. Je crois que tout le monde y a trouvé son compte.

Comment avez-vous vécu cette crise ?

La coopération avec la réanimation s'est très bien passée. Nous avons reçu Dr Thomas Aujoulat, ancien interne qui nous a aidé car la réa, ce n'est pas notre métier. C'était une période de grande difficulté et de grande coopération qui a quand même bien fonctionné.

Mi-avril, au moment où l'activité covid-19 commençait à décroître, j'ai été hospitalisé pour surmenage et j'ai dû démissionner de ma chefferie. Cela a été une expérience très difficile, car il a fallu se battre, il y a eu un moment d'épuisement total, et au bout de ça, un mauvais passage. Aujourd'hui, c'est le Dr Abdelkader Megherbi qui est le chef du service d'anesthésie. ● MORGANE DUPUIS

Quel outil les médecins ont-ils utilisé pour leurs téléconsultations ?

Pour réaliser ses téléconsultations, le Dr De L'Hamaide a utilisé Odys, une application web proposée gratuitement par la Région Grand Est pendant la crise pour sa facilité d'utilisation sur ordinateur, smartphone ou tablette. En effet, les patientes devaient être autonomes pour assister à leur téléconsultation avec le médecin.

Hors période de crise, les praticiens des Hôpitaux Champagne Sud utilisent aussi MyGHT Télémédecine, un outil développé par le groupement hospitalier, avec leurs patients des EHPAD. Les équipes paramédicales accompagnent le résident au poste informatique de téléconsultation installé dans l'établissement du résident, et font l'interface avec le médecin réalisant à distance la téléconsultation.

LE TÉLÉTRAVAIL

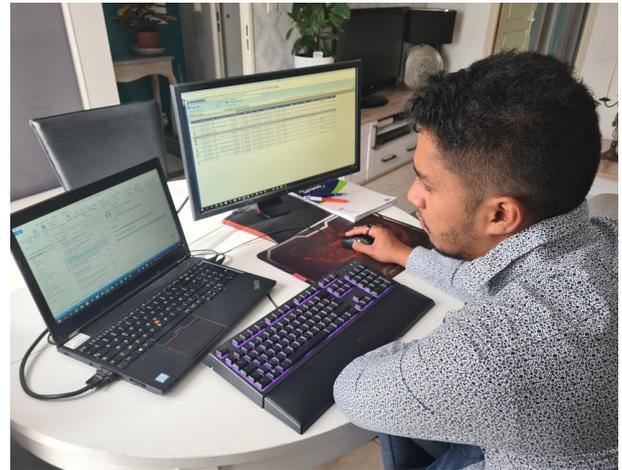
Le télétravail a été une façon de préserver une partie du personnel éligible à cette organisation de travail. Pour cela, il a fallu s'assurer de la sécurisation du système informatique, même au domicile des agents. Aussi, ces derniers ont dû adapter leurs missions à leur environnement pour continuer à être efficaces.



L'équipe support de la Direction de l'information numérique des HCS



Ordinateurs préparés pour le télétravail



Un agent de la direction de l'information numérique en télétravail



LE TÉLÉTRAVAIL

Laurent Dorigo, Directeur de l'information numérique des Hôpitaux Champagne Sud



Laurent Dorigo, Directeur de l'information numérique des Hôpitaux Champagne Sud

Pourquoi avoir proposé le télétravail ?

C'est une décision du comité stratégique covid-19, avec l'objectif de limiter l'impact de la crise sanitaire sur nos agents, et ainsi éviter que l'hôpital soit complètement paralysé. Le télétravail permettait d'isoler les gens et donc de casser la chaîne de contamination du virus.

Quel a été le rôle de la Direction de l'information numérique dans la mise en place du télétravail ?

En temps normal, l'utilisation des ordinateurs personnels pour un usage professionnel est proscrite, car on ne les maîtrise pas sur le plan sécuritaire. Le choix qui a été fait, c'est de délivrer un poste de travail professionnel aux utilisateurs, préparé avec l'ensemble des équipements de sécurité, pour ne pas mettre en péril la sécurité globale du système d'information.

On avait une problématique : nos infrastructures avaient une limite maximale de 100 utilisateurs distants. On venait de mettre en service de nouvelles infrastructures de sécurité dans le cadre d'un renouvellement. On n'a fait qu'accélérer la mise en place du client VPN, soit la capacité qu'on a à offrir une connexion sécurisée à un point distant. On a eu de la chance, et c'est dans ce sens qu'on a pu absorber la charge de bande passante nécessaire pour accueillir l'ensemble des télétravailleurs sur le système d'information hospitalier.

La mise en place du télétravail s'est donc déroulée en plusieurs étapes : activer les sécurités paramétriques, préparer les postes de travail et les mettre à disposition et accompagner les usagers éligibles au télétravail. Enfin, il a fallu paramétrer l'accès des usagers pour qu'ils retrouvent un environnement de travail confortable et qu'ils soient aussi productifs que s'ils étaient au bureau.

Selon vous, comment le télétravail pourrait être intégré dans le quotidien des agents hospitaliers ?

Le schéma de fonctionnement du télétravail va être amené à perdurer dans le temps. Un temps plein en télétravail n'est pas envisageable, car on perd nos repères et les réflexes de travail en équipe. L'enjeu principal est de rationaliser le parc : un télétravailleur doit avoir le même poste de travail à domicile qu'au bureau, pour ne pas multiplier le matériel. ● MORGANE DUPUIS

L'INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET D'AIDES-SOIGNANTS

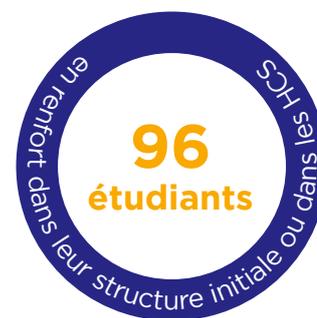
Le confinement a nécessité une adaptation en urgence de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-Soignants (IFSI-IFAS) de Troyes, pour permettre la continuité de la formation en faisant preuve de créativité et d'adaptabilité.



Margaux Manigaut, étudiante en 3^{ème} année à l'IFSI, en renfort sur le pôle urgence du CHT puis en réanimation polyvalente pendant la crise



Céline Doudeau, élève à l'IFAS, en renfort sur le pôle urgence du CHT



L'IFSI-IFAS DE TROYES

Emmanuelle Pouillot-Yung et Carole Mercadier, cadres de santé formateurs à l'IFAS et l'IFSI de Troyes

Quels changements ont été mis en place ?

Nous avons complètement restructuré la formation pour nos apprenants. Le challenge était double. D'une part ils étaient sollicités pour aider dans les services, de l'autre il ne fallait pas qu'ils soient pénalisés dans leurs apprentissages car nous devons rendre possible leur diplomation en juillet 2020.

Différentes actions ont été menées :

- Mise en place d'une cellule pour la continuité pédagogique dès le 16 mars
- Recensement des unités d'enseignement et modules concernés, et des formateurs disponibles pour assurer la pérennité de la formation et la préparation de l'évaluation à distance
- Centralisation des informations et traçabilité du réajustement des enseignements
- Evaluation de la participation des apprenants aux activités pédagogiques (estimation de la participation aux travaux dirigés)

Les stages ont-ils été maintenus ?

Il y a eu des variables en fonction de leur situation. Les apprenants financés par la formation professionnelle ont été rappelés dans leur structure sur leur poste initial. Ceux, dont les lieux de stage ont fermé, ont intégré la cellule renfort pour les GHT. Les apprenants dits en situation de vulnérabilité ont rapidement été identifiés pour être confinés à domicile. Suite aux recommandations ministérielles, nous leur avons proposés des travaux d'analyse et de recherche leur permettant de valider leur stage.

Contrairement aux élèves aides-soignants qui ont dû enchaîner leurs 3 derniers stages à la suite, parfois dans la même structure afin de limiter les risques de propagation du virus, les étudiants infirmiers ont pu conserver leurs périodes de stage. Au regard de la situation, notre priorité était de faire au mieux afin de permettre aux apprenants de continuer à potentialiser leurs compétences.



Emmanuelle Pouillot-Yung et Carole Mercadier, cadres de santé formateurs à l'IFAS et l'IFSI de Troyes

Qu'avez-vous mis en place pour accompagner les étudiants ?

Les cadres formateurs présents ont redoublé d'ingéniosité en adaptant des supports pédagogiques afin de permettre une compréhension optimale. Les enseignements ont été rajustés afin de permettre leur transférabilité à domicile. Nous avons utilisé différents outils numériques : téléphone, messagerie, appels visio, mais aussi WhatsApp, Zoom...

Ces interactions nous paraissaient nécessaires et très rapidement ce sont avérées indispensables pour les apprenants, comme un fil de vie...

Ainsi, nous avons assuré une continuité pédagogique personnalisée et constante. Nous étions amenés à répondre à des questions à tout moment, y compris le week-end, le soir, ou pendant les vacances des apprenants.

Sur quels points avez-vous été particulièrement attentifs ?

- Ne banaliser aucune émotion, problématique et difficulté d'un apprenant : toutes les demandes devaient être entendues et les réponses se devaient rapides pour limiter les situations anxiogènes.
- Faire verbaliser et être à l'écoute des apprenants en formation professionnalisante

qui vivaient une situation inédite, exceptionnelle et inattendue.

- « Perdre » le moins d'apprenants pendant cette période : Il est clair que la formation à distance surtout quand elle est subie peut conduire à un relâchement et un manque d'assiduité.
- Repérer l'isolement social : certains se sont retrouvés confinés loin de leur famille. Dans ces circonstances, l'accompagnement pédagogique prenait tout son sens et restait indispensable au maintien du lien social.
- S'assurer de l'égalité des chances pour les apprenants quant à la poursuite de formation dans ces conditions : certains n'avaient pas d'ordinateur, d'imprimante, de réseaux...

Cette expérience covid-19 fut intense pour chacun d'entre nous, elle nous a forcés à repenser l'enseignement et développer des compétences dans la transférabilité à domicile. Toutefois dans notre métier, les interactions sont nécessaires voire essentielles et nous auront à cœur de retrouver nos apprenants à la rentrée dès septembre. ● AUDREY MENNILLO

LA PSYCHIATRIE

Comme tous les membres des Hôpitaux Champagne Sud, l'Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube (EPSMA) s'est préparé à accueillir des patients covid-19 dans ses structures. Bien qu'il ait été très peu touché, ses équipes ont revu avec un total professionnalisme les modalités de prise en charge des patients en psychiatrie face à la pandémie.



Réunion d'équipe dans l'unité d'hospitalisation pour adultes Petit Prince à Brienne-Le-Château, tout en respectant la distanciation sociale



Préparation des médicaments



Remerciements par l'équipe de l'hôpital de jour pour enfants Prémices à Romilly-sur-Seine

entre le 17 mars et le 10 mai à l'EPSMA
10556
jours
d'hospit.

x2
doses de
lessive

+150kg
de linge par jour

LA PSYCHIATRIE

Dr Olivier Tabutiaux, psychiatre et psychothérapeute à l'Unité psychiatrique 72h « UP72 » de l'EPSM Aube

Au cœur de la Clinique psychiatrique de l'Aube (CPA), l'Unité Psychiatrique de 72h « UP72 » est pilotée par le Dr Olivier Tabutiaux. Elle reçoit des patients, pour la plupart envoyés par les urgences une fois éliminé un problème somatique, mais aussi des patients pris en charge en ambulatoire qui font une décompensation, à la suite d'un arrêt de traitement par exemple. Crises environnementales, ruptures sentimentales, problèmes d'alcoolisation, perte de travail, burn-out mais aussi des dépressions qui couvent depuis plus ou moins longtemps.

L'UP72 a été réquisitionnée en totalité comme unité covid-19 de l'EPSMA. Aucun cas n'ayant été recensé, trois semaines plus tard, l'unité rouvrait ses portes à ses patients afin de reprendre son activité. Protocole sanitaire à respecter en prime.

À la réouverture le calme a fait place à des hospitalisations plus fréquentes. Selon le Docteur Tabutiaux, ces nouveaux patients ne sont pas venus spécifiquement à cause du confinement. Même si cela a parfois intensifié leur souffrance ou exacerbé les problèmes d'environnement chez des patients souffrants déjà d'isolement. Certes, la plupart ont eu un « petit quelque chose » de la covid-19. Mais ces patients auraient nécessité des soins dans un délai plus ou moins raccourci par la crise sanitaire.

La quatorzaine, nécessaire pour limiter les risques de contamination, n'a pas été sans poser de problèmes organisationnels et relationnels avec les patients d'après-confinement. Isolés par nécessité, le temps pouvait paraître plus long, d'autant qu'en psychiatrie les chambres ne disposent généralement pas de télévision par exemple. Formés aux gestes barrières et au port du masque, soignants et patients ont dû réapprendre à communiquer sans contact et avec des expressions faciales masquées. Bien que certaines pathologies compliquent la mise en place de ces gestes, la plupart des patients s'y sont conformés avec bienveillance. Plus dur était à gérer la distanciation sociale dans le cadre de troubles qui isolent déjà de par l'image qu'ils véhiculent et les souffrances qu'ils induisent. En service, les activités se faisaient en duo avec un soignant uniquement, masque sur le visage. Difficile pour les soignants de travailler avec la même sensibilité qu'habituellement.

Cette lourdeur dans la prise en charge du patient n'a cependant pas empêché les équipes de rester solidaires et mobilisées. Déjà soudés avant la crise, cette période a renforcé la solidarité au sein des équipes mais pas seulement. Certains sont venus en renfort depuis d'autres unités pour assurer la présence soignante. Chacun a pu constater que ce moment difficile a prouvé une fois de plus qu'ils pouvaient compter les uns sur les autres. Comme aime le dire le Docteur Tabutiaux « ils sont restés debout même après la crise ». ● ÉMILIE SIBOIS

L'ACTIVITÉ NON-COVID-19

L'activité non-covid-19 durant la période de pandémie

Dès le début de la pandémie, et alors que les Hôpitaux Champagne Sud mettaient en place leur dispositif d'offre de soins en réponse aux besoins de santé liés à la covid-19, les hôpitaux publics ont veillé à maintenir un accès aux soins pour la population, pour l'ensemble des autres besoins de santé que ceux liés à la covid-19.

Sous l'égide en particulier du comité médical covid-19 des Hôpitaux Champagne Sud, chacune des filières de prise en charge a été identifiée, et inscrite dans le dispositif de prise en charge lié à la covid-19. En effet, conformément aux consignes nationales, et afin de pouvoir consacrer des équipes médicales et paramédicales à la prise en charge des patients covid-19, les Hôpitaux Champagne Sud ont reporté l'ensemble des prises en charge (consultations, hospitalisations, séances, examens etc), qui pouvaient être décalées sans perte de chance pour le patient.

Dans ce cadre, des parcours patients et des unités dédiées ont été identifiées : circuits identifiés covid-19 et non-covid-19 aux urgences, unités dédiées covid-19 et non-covid-19 en réanimation, services de médecine covid-19 et non-covid-19 etc.

L'analyse de l'activité hospitalière pendant la période fait apparaître une hausse des prises en charge pour affections respiratoires, en particulier liées à la covid-19, et une baisse de l'ensemble des autres prises en charge. Les domaines d'activité les plus touchés par la baisse en question sont

l'orthopédie-traumatologie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'endocrinologie-diabétologie, l'addictologie et la psychiatrie.

L'offre de soins en chirurgie a fait l'objet d'une organisation territoriale exceptionnelle définie par les responsables médicaux des Hôpitaux Champagne Sud, du Groupement de Coopération Sanitaire Clinique de Champagne, et de la Clinique de Montier la Celle. Cette organisation a permis pendant la période de pandémie d'orienter vers les deux cliniques de l'agglomération troyenne la prise en charge des urgences chirurgicales des patients non-covid-19, tout en conservant au Centre Hospitalier de Troyes une capacité de prise en charge avec des circuits distincts pour les patients non-covid-19 et non transférables, ainsi que pour les patients identifiés covid-19.

L'activité du Pôle Femme Enfant a également été assurée pendant toute la période de la pandémie, en opérant les réorganisations nécessaires, permettant notamment le bon fonctionnement des trois maternités du territoire (Centre Hospitalier de Troyes, Groupe Hospitalier Aube-Marne et GCS Clinique de Champagne), de la pédiatrie et de la néonatalogie.

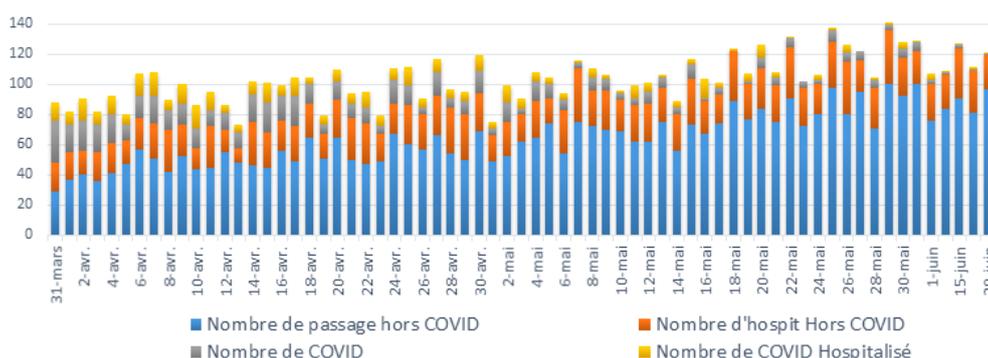
L'activité des deux Services d'Accueil des Urgences, à Troyes et Romilly-sur-Seine, a été fortement impactée pendant la pandémie. Le confinement a en effet conduit à très fortement réduire l'activité non-covid-19 au début de la pandémie. ●

GUILLAUME PRADALIÉ

Évolution mensuelle du nombre de séjours en Hospitalisation Complète aux Hôpitaux Champagne Sud



Évolution des passages aux urgences du Centre Hospitalier de Troyes



CHIRURGIE**Dr Frédéric Grolier, responsable du service de chirurgie gynécologique et mammaire du CH de Troyes****Docteur, comment avez-vous vécu la crise covid-19 ?**

C'est d'abord et avant tout le vécu d'un chirurgien ayant exercé en secteur non covid-19.

Personne n'était complètement préparé à cette situation d'une ampleur totalement inédite. Rapidement la chirurgie s'est réorganisée avec le plan blanc. L'arrêt des activités de chirurgie programmée faisait craindre, en cancérologie notamment, des retards de prise en charge, des pertes de chance. C'était pour moi le plus gros stress à gérer.

L'augmentation du nombre de lits de réanimation a entraîné la fermeture du bloc opératoire le 24 mars. Seuls les patients covid-19 ou les urgences non transférables étaient opérés à l'hôpital. Les autres patients étaient transférés dans d'autres établissements (Clinique de Champagne, Clinique Montier la Celle, Institut Godinot). Il fallait alors pour les chirurgiens de l'hôpital, découvrir d'autres équipes, d'autres plateaux techniques que ceux qu'ils côtoient chaque jour.

Ayant gardé des liens avec l'Institut Godinot, j'y suis allé opérer mes patientes pour la cancérologie. Je n'avais alors pas le stress d'un établissement et d'une équipe à découvrir dans l'urgence, seulement à me concentrer sur ma prise en charge. Je remercie chaleureusement le Dr Ceccato, son équipe, et le Pr Merrouche de m'avoir accueilli avec le Dr Vannieuwenhuysse durant cette période.

Est-ce que cela a modifié votre contact avec les patients ?

Je ne crois pas. Ce qui change, ce sont les gestes barrières, le rythme des consultations. Les patients sont très à l'écoute, compréhensifs. Ne plus pouvoir venir accompagné lors d'une consultation d'annonce pour cancer, affronter seul cette épreuve, ne pas avoir de visite lors d'un séjour en chirurgie, etc... La situation est difficile pour eux aussi.

En cas de nouvelle crise, comment allez-vous vous organiser ?

Différemment, je pense. Un retour d'expérience est indispensable. Certaines organisations mises en place durant la crise sont à garder, d'autres pas.

La reprise est progressive. Il a été beaucoup plus facile de fermer le bloc que de l'ouvrir à nouveau. L'hôpital doit trouver le moyen d'augmenter son nombre de lits de réanimation sans fermer le bloc. Je pense que c'est possible.

Une activité opératoire réduite aux urgences, à la cancérologie, à l'obstétrique et l'orthogénie en cas de deuxième vague aurait du sens dans un établissement public comme le nôtre.

Quels sont les points positifs et négatifs ?

En tant que chirurgien, le principal point négatif de cette crise aura été l'arrêt brutal et complet des chirurgies programmées. Il est très difficile de reprogrammer les patients. Les nouvelles organisations parfois changeantes, étaient difficiles à vivre également, par crainte de mal faire, d'oublier quelque chose...

Il y a plusieurs points positifs que je retiendrai de cette crise. Un formidable élan de solidarité s'est senti dans l'établissement, et au-delà à travers toute la société. Il faut encore une fois, très sincèrement remercier, toutes celles et ceux, à l'hôpital ou en dehors, qui se sont mobilisés sans compter, faisant que la digue a plié mais n'a pas rompu.

Les patients que j'ai pris en charge durant cette période ont été extraordinaires, laissant rarement transparaître leur angoisse face à la maladie malgré un contexte difficile. Ils m'ont aidé à apaiser mes angoisses durant cette période. J'espère leur avoir rendu la pareille.

Le dialogue avec la direction m'a semblé tout particulièrement intense et réactif durant cette période. Nous avons tous



Dr Frédéric Grolier, responsable du service de chirurgie gynécologique et mammaire

su, encore plus que d'habitude, se parler, s'écouter, se comprendre.

Un dernier mot ?

Je dirais : « Un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Aujourd'hui, on voit que les nuages se dissipent dans notre département, lentement. Une reprise de l'épidémie reste possible à tout moment cependant. Restons vigilants. ●

PATRICIA ALBAREL

Dr Ali-Nua Mambu Matondo, médecin anesthésiste et directeur médical du GCS Clinique de Champagne



Dr Ali-Nua Mambu Matondo, anesthésiste et directeur médical de la Clinique de Champagne

Le GCS Clinique de Champagne a une activité principalement chirurgicale : urologie, chirurgie viscérale, gynécologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, chirurgie esthétique et cancérologie. L'établissement bénéficie aussi d'une maternité de niveau 1 et d'une unité de soins continus pour la prise en charge des patients sévères. Dr Matondo, pouvez-vous nous présenter votre service ?

L'équipe d'anesthésie est composée de 4 médecins anesthésistes, et d'infirmières anesthésistes (IADE). Notre spécialité a un rôle central au sein de la clinique, car qui dit chirurgie, dit anesthésie : 90% de nos patients sont endormis d'une façon où d'une autre.

Comment s'est organisée la prise en charge des patients au GCS Clinique de Champagne ?

La crise a énormément impacté notre organisation. Dès le départ, on a mis en place une organisation territoriale entre les praticiens de la Clinique Montier la Celle, de la Clinique de Champagne, et des hôpitaux, afin que la prise en charge des patients soit la mieux coordonnée. On a donc décidé de garder les patients

covid-19 à l'hôpital, et de réaliser les opérations de chirurgie en clinique. Les spécialités ont été réparties : la Clinique de Champagne était chargée de l'urologie et de la traumatologie, tandis que la Clinique Montier La Celle s'occupait de la chirurgie de la main, la gynécologie, l'ORL, et la chirurgie digestive. Pendant cette période, on a vu aussi les praticiens de l'hôpital et de Montier la Celle venir opérer chez nous.

Cette organisation était très différente de notre activité habituelle : nous sommes passés d'une activité principalement programmée, à des journées cadencées par l'arrivée des urgences. Nous avons aussi dû travailler de nuit pour gérer ces urgences, ce qui a entraîné une suractivité.

Le patient arrivait soit des urgences de l'hôpital de Troyes ou de Romilly-sur-Seine, soit de l'EASI - le service d'urgence de la clinique. Si un patient covid-19 passait entre les mailles du filet, un circuit fléché permettait de les isoler des autres patients.

La typologie de patients a également évoluée : nous avons eu beaucoup de fractures du col du fémur, des appendicites, des vésicules biliaires, des fractures. Ces opérations qui représentent 20% de nos opérations régulières, sont devenues notre quotidien à 80%. Il fallait tout le temps se réadapter.

En quoi les consultations d'anesthésie ont-elles été impactées ?

Comme il s'agissait d'urgences, nous allions voir les patients directement en chambre. Certaines opérations prévues avant la crise ont été maintenues lorsqu'il y avait un risque pour le patient. Par exemple, les patients cancéreux ont été opérés pendant la période covid-19. Dans ces circonstances, on avait maintenu une petite activité de consultations.

Quel est votre bilan de cette crise ?

C'était un moment quand même difficile car il fallait éviter la contamination, continuer à prodiguer des soins même si on avait

peur. La difficulté principale ? Nous avons été confrontés à un souci d'approvisionnement de masques et de médicaments au début de la crise, et nous dépendions de l'Etat pour les dotations.

Nous sommes tout de même satisfaits de l'organisation mise en place, qui a rapproché les différents praticiens du territoire. Nous avons tous pu travailler ensemble de façon conviviale. Maintenant, on aimerait pouvoir reprendre notre activité normale, pour pouvoir travailler plus sereinement.

● MORGANE DUPUIS

NEUROLOGIE

Dr Anne Aubertin, neurologue et chef du service de neurologie du CH de Troyes

Le service de neurologie a-t-il été impacté par la crise sanitaire ?

Tout d'abord, nous avons eu un impact sur le nombre de lits puisque nous avons accueilli une partie du service de rhumatologie dans nos locaux. Nous avons collaboré ensemble pour faire vivre les deux services en même temps. Sinon, le service a continué de tourner normalement avec une petite baisse d'activité au début qui est repartie de plus belle ensuite. Nous avons continué à assurer nos astreintes de neuro vasculaire en prenant en charge les patients présentant des AVC aigus comme à notre habitude, seuls les circuits patients au sein de l'hôpital étaient modifiés. Nous devons juste être vigilants avec les nouveaux patients provenant des urgences ou du domicile, potentiellement infectés, en réévaluant leur dossier. Dans certains cas, nous avons réorienté des patients dans l'unité covid-19. C'était assez stressant. C'est surtout l'activité de consultations externes qui a été touchée. Avec le confinement, les consultations étaient interdites. Nous avons pu faire les suivis par téléphone pour les patients connus. Pour les autres, c'était plus compliqué. Nous avons dû attendre la fin du confinement pour revoir tout le monde.

Comment se sont passés les rendez-vous par téléconsultation ?

Nous avons assumé toutes nos consultations programmées par téléphone. Les patients étaient très contents de voir que nous pensions à eux et qu'on ne les laissait pas tomber. Pour certain, on pensait que la consultation allait être rapide mais les appels étaient prolongés. Nous sentions qu'ils avaient besoin de parler, d'être rassurés, Ils nous racontaient leur quotidien de confinés. Nous avons également ressenti beaucoup de bienveillance de leur part ; en effet, Ils nous demandaient de nos nouvelles et nous donnaient des recommandations pour prendre soin de nous.

Avez-vous constaté des pathologies neurologiques liées à la covid-19 ?

Il y a eu quelques AVC, me semble-t-il, mais nous n'avons pas eu l'impression qu'il y ait énormément d'atteintes neurologiques par le biais de la covid-19. Les réanimateurs me corrigeraient sans doute mais les patients de réanimation présentent des atteintes neurologiques liées au milieu réanimatoire, à la défaillance multi-organes et aux drogues utilisées, les patients covid-19 ont bénéficié de prise en charge souvent longue.

Il est possible que les patients qui ont eu une longue période de réanimation et de ventilation gardent des séquelles cognitives et sensitivomotrices. Une réanimation longue repose sur des drogues pour faire dormir et le cerveau n'aime pas beaucoup cela. Dans le cas de patients intubés et ventilés, il peut y avoir des lésions au cerveau responsables de troubles cognitifs en post épisode de covid-19. D'autre part, certaines drogues de réanimation chez des patients ventilés pendant très longtemps peuvent avoir des effets toxiques sur les nerfs périphériques. Ils peuvent alors développer des neuropathies de réanimation responsables de troubles de la marche.

Les patients avaient-ils peur de venir à l'hôpital ?

Nous avons effectivement eu cette impression au début du confinement, car nous avons eu très peu d'AVC, beaucoup moins que la normale. On a craint de voir les patients dans un second temps avec des séquelles. En fait, nous avons eu seulement quelques cas de personnes qui ont attendu à la maison. Nous avons surtout constaté beaucoup d'hospitalisation pour des maintiens à domicile impossibles de patients âgés en perte d'autonomie. Je pense que cette période d'isolement les a beaucoup fragilisés. ● SOPHIE NOCUS



Dr Anne Aubertin, neurologue et chef du service de neurologie du CH de Troyes

Dr Laurent Chapoutot, chef du pôle vasculaire du CH de Troyes

Le service de cardiologie du CH de Troyes est intégré au sein du pôle vasculaire, aux côtés de la neurologie, la diabétologie et la néphrologie. Il est composé de 4 unités : soins intensifs (USIC), hospitalisation traditionnelle, hospitalisation de semaine (et de jour) dédiée préférentiellement à la cardiologie interventionnelle non urgente (coronarographies, angioplasties, pacemakers, défibrillateurs, rythmologie) au sein du plateau technique, qui permet aussi la réalisation d'explorations non invasives (échographies et épreuves d'effort).

Dr Chapoutot, à quelles problématiques majeures avez-vous été confronté pendant cette crise sanitaire ?

Il y a d'abord eu le problème des effectifs : 20 soignants, 2 internes et 2 médecins (en fait, un quart du personnel de l'USIC) ont été atteints par la covid-19. Fort heureusement, personne n'a été hospitalisé en réanimation.

Nous avons recouru à des intérimaires pour assurer le fonctionnement de l'USIC ; ainsi, plusieurs anciens infirmiers du service sont venus spontanément en renfort.

Il a fallu créer ex-nihilo une organisation des soins pour faire face à cette affection dont on ne connaissait pas la prise en charge. J'ai pour ma part demandé conseil aux services de soins intensifs de cardiologie de Mulhouse et Haguenau. Le second problème était d'assurer l'interface avec les services de réanimation et de médecine interne et maladies infectieuses, qui ont joué un rôle clé dans la prise en charge thérapeutique des patients. Ce dernier a intégré une dizaine de lits dans le secteur d'hospitalisation traditionnelle de cardiologie et la moitié de l'USIC (7 lits sur 14) a été transformée en annexe du service de réanimation, durant plusieurs semaines. Trois structures, situées dans trois pôles différents, ont en quelques sortes dû fusionner brutalement ; il a fallu s'adapter aux méthodes de travail des équipes



Dr Laurent Chapoutot, cardiologue et chef du pôle vasculaire du CH de Troyes

de réanimation et médecine interne, qui géraient au plus près cette affection qu'elles découvraient... L'entente a finalement été excellente...

Il y a eu en outre des enjeux cardiologiques. Cette affection virale nouvelle est susceptible d'entraîner des complications cardiovasculaires, initialement non répertoriées. Nous avons échangé sur cette question notamment avec les autres équipes du pôle vasculaire. De plus, nous recevions quotidiennement par mail des informations de la société française de cardiologie sur les complications cardiovasculaires de la covid-19 et leurs traitements, et aussi sur la gestion des patients cardiaques atteints du virus. Enfin, nous avons été, et nous sommes encore, préoccupés par la désorganisation de la filière de soins classiques, avec le report parfois tardif de consultations, d'explorations non-invasives et d'actes interventionnels certes non urgents, conformément aux recommandations des autorités sanitaires et des sociétés savantes. Cela représente un stress supplémentaire pour l'équipe, dont l'objectif est de rattraper le plus rapidement possible le retard de prise en charge, afin d'éviter au maximum une perte de chance pour ces patients.

Quel peut être l'impact du virus sur les patients cardiaques ?

La covid-19 peut être seule en cause dans la survenue d'urgences cardiologiques, ou décompenser une cardiopathie connue, ou (indirectement) retarder la prise en charge d'une cardiopathie, ainsi que nous l'avons constaté ; y aura-t-il un impact en terme de santé publique ?

Un dernier mot pour votre équipe ?

Les médecins, internes, infirmier(e)s et aides-soignant(e)s qui ont été touchés par la covid-19, sont revenus dès que possible : leur démarche a été exemplaire. J'ai pu admirer la solidarité entre les équipes médicales et paramédicales du service durant cette épreuve. Enfin, nos liens ont été renforcés avec les services de réanimation et médecine interne. ●

MORGANE DUPUIS

PNEUMOLOGIE

Dr Damien Jorge, pneumologue au CH de Romilly-sur-Seine du GHAM

Docteur, vous prenez en charge les patients atteints de pathologies respiratoires telles que l'asthme, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) ou encore les apnées du sommeil. Comment la crise a impacté votre travail ?

Lors du confinement, j'ai réduit mon activité de consultation, supprimé mes congés et je suis allé donner un coup de main aux collègues de l'unité covid-19. J'ai gardé les consultations urgentes et les nouveaux patients pour lesquels nous ne pouvions pas savoir s'il y avait un caractère urgent. Les patients connus et suivis régulièrement, je les ai consulté soit par téléphone, soit je les ai reporté. Sinon, j'ai été sollicité pour les avis interservices concernant les scanners et la prise en charge. Je me suis occupé de patients en hospitalisation alors que d'habitude je m'occupe uniquement de la consultation.

Vos patients ont-ils été perturbés par cette organisation ?

Nous les avons appelés à chaque fois, quelques jours avant leur rendez-vous, pour savoir s'ils avaient des problèmes ou pas, pour les rassurer en leur disant que nous faisons tout ce qu'il fallait pour les accueillir correctement.

Vous êtes allé en unité covid-19, quel était votre rôle ?

La prise en charge classique des malades hospitalisés, non seulement sur les fonctions respiratoires mais aussi pour leur prise en charge globale. Il y avait aussi d'autres collègues : le médecin du SSR, le médecin gériatre et des médecins remplaçants. Tous ont permis d'avoir une continuité des soins.

Dans l'unité, nous avons gardé les patients les moins sévères et les patients qui ne pouvaient pas être transférés en réanimation (compte tenu des comorbidités ou de l'âge). Certains ont évolué défavorablement, conduisant au décès ou au transfert en réanimation. D'autres se sont rapidement améliorés.

C'est la première fois que vous étiez confronté à ce type de situation ?

Oui, autant de détresses respiratoires en même temps et surtout un caractère très imprévisible de cette maladie. Les patients peuvent se dégrader en très peu de temps. J'ai vu des images scanographiques souvent très impressionnantes.

Comment avez-vous diagnostiqué le virus ?

Un diagnostic clinique et scanographique d'abord. Si les deux sont compatibles, le diagnostic est fait. Il y avait une PCR avec un écouvillon nasal réalisé dans la foulée mais bien souvent nous n'attendions pas les résultats pour agir. Nous avions quand même des scanners assez typiques. C'était dans les cas douteux où les patients étaient hospitalisés en unité pré-covid-19 en attendant les résultats. Si la PCR était négative avec un diagnostic présomptif élevé, soit on refaisait le test soit on les traitait comme tel.

Suivez-vous des patients post-covid-19 ?

Pour le moment, je n'en ai pas beaucoup parce que mon planning est déjà chargé. Ce sont des patients qui ont souvent des symptômes qui trainent. Ils sont essoufflés, fatigués pendant longtemps, plusieurs semaines voire plusieurs mois. Beaucoup de cas où l'essoufflement ne s'explique pas avec des explorations fonctionnelles respiratoires normales. Dans les cas plus sévères, où l'atteinte au scanner était plus importante, on a des perturbations bien décrites sur les tests respiratoires. Et là nous ne savons pas tellement dans combien de temps cela va rentrer dans l'ordre ou évoluer vers des lésions irréversibles. C'est là que le suivi se poursuit sur les mois suivants. ●

SOPHIE NOCUS



Dr Damien Jorge, pneumologue au CH de Romilly-sur-Seine

Dr Joseph Fabre, chef du service de radiothérapie du CH de Troyes



Dr Joseph Fabre, chef du service de radiothérapie du CH de Troyes

La radiothérapie, c'est le traitement des cancers par les rayonnements ionisants, qui a l'avantage de détruire les tumeurs sans avoir à opérer les patients. Cela permet d'éviter toutes les complications que peut avoir la chirurgie comme des infections, des saignements et diminue également les risques anesthésiques. Elle peut être utilisée seule ou en complément d'un autre traitement. Il y a certaines tumeurs que l'on peut guérir juste par de la radiothérapie. Elle est préconisée pour 2 patients sur 3 atteints d'un cancer, ce qui concerne à peu près 300 000 patients par an en France.

La machine est programmée avant chaque traitement. L'étape que l'on appelle le « contourage » est une étape clé : c'est le moment où le radiothérapeute va définir sur le scanner dosimétrique à quel endroit la machine va délivrer l'irradiation.

La dose d'irradiation et le nombre de séances sont protocolisés selon le type de tumeurs et l'état général du patient par la société française de radiothérapie (SFRO). Une séance standardisée dure en moyenne entre 10 et 40 minutes selon la complexité du traitement réalisé, du nombre de tumeurs à irradier.

Le service de radiothérapie

Le service est équipé de deux machines qui permettent de réaliser des traitements de haute technicité, notamment par modulation d'intensité que l'on appelle VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy = Irradiation avec Modulation d'intensité Volumétrique par ArcThérapie). L'appareil tourne autour du patient et délivre en même temps le traitement, ce qui permet de délivrer une dose maximale au centre de la tumeur et une dose minimale aux organes à risque.

L'activité est importante pour les radiothérapeutes, puisqu'ils participent également aux réunions pluridisciplinaires de différents services tels que la gynécologie, la pneumologie, mais aussi aux réunions de traitement de ligne d'oncologie, d'hématologie, de cancérologie digestive, d'urologie et de cancérologie ORL.

La présence des radiothérapeutes est requise en permanence sur le plateau technique pour aider les manipulateurs à valider certaines positions de traitement.

Ce qui a été mis en place durant la pandémie

La radiothérapie traite des patients fragiles qui sont atteints de cancer, qui ont, pour un grand nombre d'entre eux, reçu de la chimiothérapie, ce qui a pu affaiblir leurs défenses immunitaires. Il était donc indispensable de prendre toutes les précautions vis-à-vis de l'infection par la covid-19.

Dès le début de la pandémie, le service a été prioritaire pour l'usage des masques. Les patients suspects ont bénéficié de masques fournis par le service ainsi que les soignants. Le service n'a eu aucune interruption d'activité durant la pandémie: cela a évité une perte de chance pour de nombreux patients.

Le service a adapté son mode de consultations : toutes les consultations de surveillance qui étaient non urgentes ont été reportées quelques mois après la fin de la pandémie. Cela a permis de s'occuper vraiment des personnes dont la prise en charge était la plus urgente. Le service

a assuré non seulement les traitements qui étaient en cours, mais il a continué à prendre en charge les nouveaux patients et à juste titre. L'activité de chirurgie étant très réduite, le service a remplacé les gestes opératoires par des radiothérapies, par exemple pour des tumeurs ORL qui auraient pu être opérées. Elles ont été traitées par de la radiothérapie, ce qui a permis d'éviter une perte de chance pour les patients.

L'équipe était quasiment au complet, les personnes les plus fragiles de l'équipe ont exercé leurs droits de retrait. Le service est satisfait de la façon dont la pandémie a été surmontée avec un minimum de soignants et de patients atteints par la Covid-19. ● AUDREY MENNILLO

HÉMATOLOGIE

Dr Alberto Santagostino, hématologue et responsable de l'unité d'hématologie clinique, et Jean-Louis Pagenaud, cadre de santé

L'hématologie est une spécialité médicale s'intéressant aux éléments constituant le sang (globules rouges et blancs, plaquettes sanguines...), la lymphe et les organes les sécrétant (moelle osseuse, rate, amygdales) ainsi qu'aux maladies qui y sont liées (anémie, leucémie...).

Comment la covid-19 a impacté vos consultations ?

Les consultations ont été transformées en consultations téléphoniques et nous avons gardé les consultations physiques seulement dans les cas où l'évaluation du patient n'était pas possible par téléphone. La plupart des patients étaient plutôt satisfaits car, dans tous les cas, une évaluation médicale de l'état de santé était donnée. Cela a permis de ne pas avoir une liste d'attente de rendez-vous après le confinement. Nous avons poursuivi les consultations physiques pour les urgences.

Qu'en était-il de l'hôpital de jour ?

Par rapport à l'hôpital de jour, nous avons gardé 90% de l'activité. Au début de la pandémie, nous avons déplacé ce que nous appelons les traitements d'entretien, c'est-à-dire un traitement qui permet de réduire le risque de rechute et/ou de stabiliser une maladie. Mais, nous avons constaté que nous pouvions faire la programmation de tous les patients de toutes les chimiothérapies. Avec le parcours qui a été mis en place dans l'hôpital, le service a été plutôt épargné. Nous avons donc fait le choix de ne pas déplacer de chimiothérapie pour ne pas avoir de perte de chance des patients. Les seuls rendez-vous qui ont été déplacés ont été fait à la suite de la demande des patients.

Et l'hospitalisation ?

Concernant l'activité d'hospitalisation, celle-ci a continué de fonctionner normalement malgré la pandémie. Les hospitalisations pour les chimiothérapies ont été réalisées dans les bons délais.



Dr Alberto Santagostino, hématologue et responsable de l'unité d'hématologie clinique, et Jean-Louis Pagenaud, cadre de santé

Les hospitalisations pour les explorations pour diagnostic ont continué à être réalisées. S'est posée la question : quoi faire par rapport aux traitements plus intensifs c'est-à-dire soit les autogreffes, soit une leucémie aigüe. En fonction de l'urgence, ces hospitalisations ont bien évidemment été maintenues.

Concernant les autogreffes, nous avons attendu de voir comment la pandémie se passait et surtout en fonction de la possibilité d'avoir des places en réanimation. Après avoir rencontré quelques problèmes avec le déroulement de l'autogreffe, nous avons repris l'activité normalement après avoir mis en place un parcours de sécurité pour les patients. Ce qui a été le plus difficile à réaliser durant cette période, c'est la sortie du patient car la sortie à domicile a été parfois compliquée : avec le confinement, l'entourage du patient n'était pas disponible. Nous avons donc eu une surcharge des hospitalisations liées à ce problème de sortie. Nous avons donc prolongé ces hospitalisations non pas par nécessité médicale mais pour des problèmes sociaux.

Concernant le parcours diagnostic durant la pandémie, nous n'avons pas rencontré de gros problèmes en interne. Cependant,

c'était beaucoup plus difficile en externe car le parcours non-covid-19 était un peu limité. Nous avons donc privilégié l'hospitalisation pour pouvoir réaliser des explorations.

Jusqu'à début juin, nous avons réalisé 4 autogreffes. ● AUDREY MENNILLO

MÈRE ET ENFANT

Dr Zahya Kemkem, obstétricien-gynécologue, et Corinne Lemaire, sage-femme cadre supérieure du pôle Mère et Enfant du CH de Troyes



Corinne Lemaire, sage-femme cadre supérieure du pôle, et Dr Zahya Kemkem, obstétricien-gynécologue au CH de Troyes

Comment avez-vous vécu cette crise ?

Nous ne pouvions pas différer notre activité en attendant la fin de la crise : les femmes enceintes, quel que soit leur terme, devaient continuer à être suivies et prises en charge ainsi que les enfants et les prématurés. Cela nécessitait de faire face, de s'adapter et de se mettre à jour sans cesse.

Une belle énergie s'est mise en place sur tout le pôle afin de trouver la meilleure organisation. On s'est concentré à trouver la meilleure chose pour nos patientes en instaurant tous les matins une réunion accessible à tous, permettant d'échanger, d'informer sur les dernières recommandations, d'avoir la vision des gynécologues, pédiatres, cadres, chefs de service du pôle.

Pour la maternité, nous avons comparé ce qui se passait dans les autres maternités françaises : nous avons choisi de continuer à laisser sa place au deuxième parent en maternité et aux parents en néonatalogie et pédiatrie. L'esprit d'équipe nous a permis de tenir ce choix qui nous semblait le plus approprié.

La grande peur des couples était de ne pouvoir vivre ce moment de la naissance ensemble et aux parents de ne pas être présents auprès de leur enfant. Avec le

service communication, nous avons travaillé à assurer l'information des couples et des familles afin de les rassurer.

Tous les parcours patients ont été redéfinis : accueil des patients de gynécologie, prise en charge des urgences obstétricales, urgences pédiatriques. Et cela grâce à la chute d'activité liée à l'épidémie.

L'activité de chirurgie gynécologique et les urgences chirurgicales non vitales ont été prises en charge au sein de la Clinique de Champagne. Les urgences non transférables, les césariennes ont été réalisés dans la salle normalement dédiée à la césarienne urgente. La surveillance post-opératoire de ces patientes s'est faite en salle de naissance, au bloc opératoire, car et la salle SSPI était utilisée pour la réanimation traditionnelle ou covid-19.

Les grossesses simples ont continué à être suivies par nos collègues sages-femmes, les consultations d'anesthésie se sont faites par visioconférence, les grossesses pathologiques devaient par contre se déplacer. Une troisième liste de garde a été mise en place pour assurer la prise en charge d'une urgence chirurgicale sur la Clinique de Champagne. Tout cela en maintenant les staffs, les réunions et les points réguliers au sein du pôle.

Le service de néonatalogie a volontairement

été protégé afin d'éviter que le virus ne pénètre au sein de cette unité. Les enfants présentant cette pathologie ont été dirigés vers la pédiatrie.

Qu'est-ce qui vous a marqué le plus ?

De transgresser nos valeurs, notamment sur les décisions contradictoires de port du masque. Nous sommes aussi responsable de la santé des personnels avec lesquels nous travaillons. Nous aurions voulu donner des masques à tous mais on n'en avait pas. Nous avons suivi les recommandations institutionnelles.

C'est aussi ne pas pouvoir opérer les patientes qui s'étaient préparés psychologiquement et logistiquement, de continuer à assurer toutes les urgences, continuer les consultations dans un contexte particulier.

Nous nous apercevons que notre pôle disposait d'une certaine autonomie qui a permis aux autres de fonctionner pendant la crise.

Quel a été le point le plus positif ?

Un consensus et une prise de décision rapide : les circuits ont été validés très rapidement. Il existait une belle alchimie. Chaque acteur a joué son rôle à la perfection.

On peut saluer tout particulièrement les étudiants qui ont vu leurs cursus perturbés et qui se sont investis. On peut également remercier pour leur engagement tous les professionnels internes ou externes à l'établissement, les sages-femmes libérales de territoire.

La crise a permis de resserrer les liens au sein du pôle et de revenir à l'essentiel. Plus globalement, le confinement a entraîné une chute de la prématurité, moins de pathologie autour de la grossesse, une diminution des prises en charge pédiatriques mais ce côté positif a été contrebalancé par le déconfinement. A ce jour, les services de grossesses pathologiques et de réanimation néonatale sont pleins. ● PATRICIA ALBAREL

MÈRE ET ENFANT

Cyrielle Fessard, sage-femme au CH de Romilly-sur-Seine (GHAM)

En quoi la crise covid-19 vous a impacté dans votre travail quotidien ?

Le quotidien n'a pas été changé plus que cela. Par contre, on a dû mettre en place des astreintes spéciales coronavirus.

Cela s'organisait ainsi : une sage-femme et une auxiliaire de puériculture étaient d'astreinte jour et nuit au cas où une patiente covid-19+ ou suspecte arrivait en travail. Ce duo était exclusivement dédié à cette patiente. Ceci afin qu'aucun contact ne puisse être fait avec d'autres patientes présentes.

On a également effectué des changements organisationnels dans l'unité : on a déplacé les consultations et on a transformé le lieu en salle d'accouchement covid-19 avec tout le matériel spécifique à la prise en charge d'une patiente atteinte du coronavirus.

On a prévu aussi dans un secteur dédié, deux chambres pour l'accueil des parturientes atteintes par le virus.

Au final, on n'a pas eu de patiente hospitalisée pour cette pathologie.

Qu'est-ce que cela a entraîné de positif pour vous ?

Au niveau du travail, on était dans une hygiène hospitalière stricte mais de fait, dans la vie quotidienne, on est devenu aussi beaucoup plus vigilant.

On porte le masque en permanence et on est plus protecteur au niveau des patients. Une prise de conscience du danger, notamment par le fait que l'on travaille avec de futures mamans.

On faisait déjà attention avant mais cela a maximisé notre soucis de respect des précautions en matière d'hygiène.

Ce qui a eu une conséquence positive, c'est le fait que les visites soient limitées à la maternité. Il n'y avait que le père qui avait le droit de venir et pas d'autres accompagnants. La conséquence a été que les mamans et les bébés étaient beaucoup plus calmes parce qu'ils pouvaient se reposer la journée.

Cependant, on comprend que les personnes aient envie de venir en visite mais

cela a été vraiment positif.

Qu'est-ce qui vous a gêné, que vous avez trouvé négatif ?

Je pense que les problématiques étaient générales au début : la difficulté d'obtenir des masques et des solutés hydro-alcooliques. Au début de la crise, on avait un flacon par chambre et certains patients partaient avec le flacon. On a donc été vite limité en solutés et on est arrivé à une distribution limitée. Cela nous a semblé juste mais on sait que cela a été identique pour tous.

Ces soucis d'approvisionnement ont été plus importants dans le secteur libéral, ici on n'a pas à se plaindre.

Les astreintes covid-19 étaient un peu difficiles, du fait de la nécessité d'une grande disponibilité en période de plan blanc, sans possibilité de récupérer. De plus, elles se cumulaient à nos gardes sur place et nos astreintes de bloc.

En parallèle, on avait arrêté les consultations de rééducation du périnée, plus de préparation à la naissance et moins de consultations gynécologiques.

Si vous deviez résumer la crise en quelques mots ?

Peut-être que l'on s'est inquiétés et qu'on a pris les choses en main trop tard. Mais après, tout s'est bien déroulé.

De plus, la situation était pesante : on pouvait aller travailler mais on ne sortait pas. ● PATRICIA ALBAREL



Cyrielle Fessard, sage-femme au CH de Romilly-sur-Seine

LES SOINS À DOMICILE

Le GHAM dispose depuis 2015 d'un service mutualisé tourné vers la prise en soin des patients à domicile, avec le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et l'HAD (Hospitalisation A Domicile). Ce service a été très sollicité durant la crise sanitaire de ces derniers mois tant par le nombre de patients pris en soins que par l'importance des soins réalisés. Cette augmentation d'activité s'explique par la nécessité de libérer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour des patients non-covid-19 et par la prise en soin de patient covid-19 à domicile et dans les établissements médico-sociaux.



Le secrétariat du service de soins à domicile du GHAM



Le parc automobile du service



Le sac des aides-soignantes et celui des infirmières

140
places
autorisées
en HAD et SSIAD

24
patients
covid-19
pris en charge par les équipes

200
journées
d'hospit
identifiées covid-19

LES SOINS À DOMICILE

Clothilde Bachot et Estelle Mahaut, infirmières au SSIAD/HAD du GHAM

Des soins infirmiers à la maison

Le SSIAD est un service d'aide à domicile pour des personnes âgées en perte d'autonomie ou de handicap, nécessitant de l'aide pour les soins de nursing et des soins infirmiers ponctuels (bilan sanguin, pansement simple, préparation de piluliers, etc.).

L'hôpital à la maison

Le service d'HAD permet de prendre en soins à leur domicile des patients nécessitant des soins infirmiers curatifs ou palliatifs plus fréquents et complexes ainsi que de l'éducation thérapeutique. Les patients sont admis sur des critères spécifiques tels que des traitements intraveineux, la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs ou encore les pansements complexes. Ces soins demandent beaucoup de temps, de matériels et de compétences techniques. « Les pansements complexes peuvent prendre $\frac{3}{4}$ d'heure voire 1h30 à faire dans certains cas » précise Estelle. L'accompagnement à la maladie et à la fin de vie des patients et de leur entourage occupe une place importante. Ils ont besoin d'être écouté et rassuré.

Faire face à la pandémie en toute sécurité

Clothilde et Estelle ont fait face au virus en s'occupant de patients infectés tout en continuant de prendre soin des patients non-covid-19.

Le premier impact de la crise fut de revêtir la tenue professionnelle blanche. Avant cette pandémie, l'équipe était en civile et s'équipait d'une surblouse en arrivant au domicile des patients afin de garantir la confidentialité de leurs prises en soins auprès du voisinage. L'ajout des équipements de protection individuelle (EPI), notamment le masque, a impacté la relation avec les patients, surtout en situation de fin de vie où l'accompagnement et les sourires sont essentiels pour créer un lien. Néanmoins, l'équipe soignante a fait de son mieux face à la situation afin de garantir une prise en soin bienveillante.

L'organisation des tournées fut adaptée pour ne jamais se rendre au domicile d'un patient infecté avant un patient sain. Au pic de la pandémie, des tournées exclusivement réservées aux patients covid-19 ont été mises en place. Estelle et Clothilde expliquent qu'elles devaient parfois « s'équiper pour 4 à 5 heures avec les EPI pour intervenir dans les zones cluster en EHPAD, sans pouvoir ni boire ni manger, dans une ambiance stressante et pesante, avec de fortes chaleurs ». Elles ont dû former les patients et leur famille afin de faire respecter l'isolement à domicile (circuit du linge, des médicaments, des déchets, etc.). Elles ont ainsi œuvré pour garantir la sécurité de tous. Le seul point positif durant cette période était la fluidité de la circulation. « On était les seules à circuler, là, j'ai adoré la route » exprime Clothilde. « D'habitude c'est très calme le dimanche et là c'était dimanche tous les jours ! » réplique Estelle.

Une situation riche d'apprentissage

Le début de la crise était très stressant puisque la maladie était inconnue et les cas se multipliaient. Peu à peu, chacun a fait preuve d'adaptabilité et de professionnalisme. L'équipe a fait le maximum pour apporter un soutien technique et relationnel à des équipes et des familles

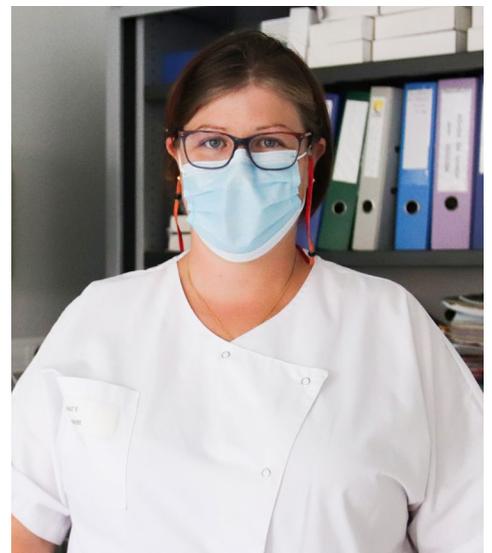
en difficulté et en souffrance. Cette situation de crise exceptionnelle a conforté les compétences et l'adaptabilité de chacune au sein d'une équipe pluridisciplinaire et solidaire. La réactivité et la disponibilité de l'équipe de coordination médicale et paramédicale a permis d'optimiser et de sécuriser les prises en soins.

Clothilde et Estelle pensent être « mieux armées en cas de nouvelle crise. Cependant, la vigilance reste accrue car la « guerre » n'est pas encore gagnée. ».

Au nom de toute l'équipe, Clothilde et Estelle tiennent à remercier toutes les personnes qui les ont soutenus par des dons ou leur bienveillance. ● SOPHIE NOCUS



Clothilde Bachot, infirmière référente SSIAD



Estelle Mahaut, infirmière HAD, référente de l'informatisation et de l'éducation thérapeutique



© Lempens photography

© Armée de l'air / EQPAA



© Armée de l'air / EQPAA

Passage de la patrouille de France le jeudi 16 juillet 2020 au-dessus de l'hôpital Simone Veil (Troyes) en hommage au monde de la santé mobilisé durant la crise covid-19.

