



L'Hôpital du futur, pour quel(s) anesthésiste-réanimateur(s) ?

Conversation #5, avec Jeanne Chatelon

Jeanne Chatelon est médecin anesthésiste-réanimatrice à l'Hôpital Nord de Marseille (AP-HM). Exerçant depuis 3 ans à Marseille, elle a d'abord fait ses études en région parisienne et travaillé dans différents hôpitaux (Argenteuil, Hôpital Européen Georges Pompidou et Lariboisière). Elle revient sur son expérience et notamment le contexte de la première vague de la pandémie COVID à l'hôpital en 2020 !

#hopitaldufutur : Pendant la crise sanitaire, à Marseille, comment l'Hôpital Nord a-t-il pu faire face au problème de capacité en réanimation ?

Jeanne Chatelon : On a eu la chance d'avoir 2-3 semaines pour se préparer. Les choses ont rapidement été mises en place avec les moyens et la structure hospitalière qu'on avait. La préparation s'est faite par paliers, définis en fonction des patients qui étaient déjà là et qu'il fallait évacuer, et des capacités des espaces qu'on a aménagés pour accueillir les patients Covid. Il y avait 6 paliers, afin de pouvoir accueillir jusqu'à 90 patients de réanimation, Covid et non covid. Il y avait au départ 40 lits de réanimation et 15 lits de soins intensifs. Tous ont été convertis en réanimation Covid. Ensuite, pour accueillir les patients, nous avons étendu les réanimations dans des lieux non utilisés. Nous avons la chance d'avoir une ancienne unité vide qui a été investie de suite. Puis nous nous sommes étendues sur les salles de réveil. Nous sommes allés jusqu'au palier 5. Le dernier palier était les blocs, nous n'en avons pas eu besoin. Sachant que le bloc était réparti sur 2 niveaux, nous pouvions le scinder. Au plus fort de la crise, nous avons dû recevoir environ 70 patients, tous hébergés dans le même bâtiment, tout en conservant une quinzaine de patients non-Covid. Le plus difficile a été de séparer un circuit infecté

« Nous avons la chance d'avoir une ancienne unité vide qui a été investie de suite. Puis nous nous sommes étendues sur les salles de réveil. Nous sommes allés jusqu'au palier 5. Le dernier palier était les blocs, nous n'en avons pas eu besoin »

d'un circuit non infecté : on a essayé de faire au mieux, mais au moment de la montée en charge il y a eu des croisements. On bâchait les trajets en affichant l'horaire de passage des patients Covid et en restreignant l'accès. Enfin, on n'a pas eu le choix parfois que de faire des salles communes pour des patients Covid (ou non Covid) de niveaux de gravité différents, parfois avec des arrêts cardiaques à réanimer, ou intuber en urgence : cela a pu en traumatiser certains de voir cela à côté d'eux.

La géométrie des espaces est importante. Les nouvelles unités de réanimation étant en longueur, et non circulaires, c'est moins facile pour y apporter le matériel. On a également moins de visibilité à l'intérieur des chambres, il faut y entrer pour voir le patient.

Pour la prise en charge du Covid, il faut aussi beaucoup matériel, et pouvoir le stocker. La place, il faut la trouver, soit dans la chambre, mais ce n'est pas évident, soit en partageant le matériel sur des chariots devant plusieurs chambres. On a essayé de prendre le moins d'espace possible en restant le plus pratique. Le plus efficace, c'était un stockage au cœur de notre réanimation circulaire, au niveau du panneau central, et avec des rappels devant les chambres.

Le volume de matériel est important. L'accélération entre les paliers est très rapide, on est ainsi passé directement du palier 1 au 3, par des entrées journalières en réanimation de 1, puis 5, puis 10 personnes. Dans les services classiques, on a eu des jours à 40 ou 50 entrées ! Il fallait donc pouvoir stocker le matériel pour anticiper et alimenter les services en flux tendus. On a aussi dû répartir le matériel car on n'avait pas toujours suffisamment de stocks.

Un autre souci était la taille des chambres. Parfois il a fallu faire entrer une machine de dialyse ou un cœur artificiel dans la chambre. On a alors été obligé de déplacer des patients graves, difficilement transportables du fait de leur fragilité.

Un autre circuit important est l'accès au scanner et à l'imagerie : dans notre hôpital, c'était heureusement dans le même pavillon, donc nous n'avons pas eu besoin de faire des kilomètres, mais seulement de descendre au -1. Chaque patient, Covid ou non-Covid, avait un circuit propre mais on n'avait pas assez d'ascenseurs pour en dédier un aux malades Covid.

Dans les services non-réanimatoires, les hospitalisations, les patients étaient un par chambre, au lieu de 2. Le matériel était stocké dans le poste de soin au milieu de l'unité avec des chariots de rappel d'habillage devant les chambres, donc je pense qu'il n'y pas eu trop de difficultés. Pour les Urgences, en revanche, je pense que cela a été plus compliqué, pour l'organisation du tri entre suspicion Covid et non Covid.

On a eu la chance de ne pas avoir à refuser des patients, on n'a jamais été débordés. A Marseille, il y a eu une régulation des réanimations et des urgences pour répartir progressivement les patients qui arrivaient aux urgences sur l'ensemble des hôpitaux publics et privés. En effet, un certain nombre d'hôpitaux privés ont pris en charge des patients non-Covid pour qu'aucun des hôpitaux publics ne soient surchargés, et un certain nombre de structures privées a également pris en charge des patients COVID. L'impact a été moins fort qu'à Paris ou à Strasbourg, mais rétrospectivement, nous n'avons pas été trop surchargés.

Le manque le plus marquant, cela a été le manque d'intimité de la salle de réa commune (salle de réveil reconvertie). Le manque de cloisons, même s'il facilite la surveillance, est dur pour les malades, sur du long terme. L'autre problème, c'est l'absence des familles. D'habitude, quand elles sont présentes, ce n'est pas toujours simple, mais devoir leur expliquer par téléphone l'état de leur proche est très difficile. La vision permet de comprendre l'état de santé, de

« La géométrie des espaces est importante. Les nouvelles unités de réanimation étant en longueur, et non circulaires, c'est moins facile pour y apporter le matériel. On a également moins de visibilité à l'intérieur des chambres, il faut y entrer pour voir le patient »

« Un autre circuit important est l'accès au scanner et à l'imagerie : dans notre hôpital, c'était heureusement dans le même pavillon, donc nous n'avons pas eu besoin de faire des kilomètres, mais seulement de descendre au -1. Chaque patient, Covid ou non-Covid, avait un circuit propre mais on n'avait pas assez d'ascenseurs pour en dédier un aux malades Covid »

« Le plus difficile a été de séparer un circuit infecté d'un circuit non infecté (...) L'autre problème, c'est l'absence des familles »

leur proche, intubé ou ventilé, ou par la vue des alarmes. Le discours seul ne suffit pas. Nous appelions tous les jours, et à chaque fois les familles pensaient qu'on appelait pour annoncer le décès du papa ou de la maman, c'était un peu difficile. Et lorsqu'on annonce le décès du proche à une personne qui n'a pas pu le voir, c'est compliqué. Pour permettre aux familles de venir, penser à des fenêtres et des couloirs de déambulation afin que les proches puissent voir les malades tout en étant isolés, ce serait peut-être bien.

#hopitaldufutur : Vous avez également été amenée à gérer d'autres types de crise, telles que l'attentat du 13 novembre à Paris. Comment s'adapte le service dans ce cas ?

Jeanne Chatelon : A Paris, lors des attentats du 13 novembre 2015, c'était complètement différent. C'était aussi vraiment l'inconnu, mais quelque chose d'aigu, très intense, mais qui ne dure pas dans le temps. Cet afflux massif a une temporalité, on en voit le bout. Il a fallu organiser le bloc opératoire en urgence. On a eu de la chance que ça se passe de nuit, car les salles de blocs ne tournaient pas et les équipes médicales se sont organisées de suite, pour pouvoir prendre tous les patients qui devaient être opérés d'urgence.

Aux Urgences, un collègue faisait le tri, et je n'ai pas le souvenir qu'ils aient été débordés. Nous accueillions les blessés du Bataclan. Mais les patients les plus graves, mourants ou agonisants, ont été laissés sur place, car les réanimateurs de la BRI ont d'abord évacués ceux qui pouvaient parler, et les tirs avaient eu lieu plus de 2 h avant. Donc ceux qui sont arrivés étaient ceux qu'on pouvait encore sauver, et en termes de quantité, Pompidou était complètement capable d'absorber.

La grosse différence avec la crise Covid, c'est qu'on en voit le bout. Avec le Covid, ce qui était très impressionnant, c'est qu'on ne savait pas jusqu'où ça pouvait aller, ni si ça allait s'arrêter. A chaque fois, il a fallu construire des lieux de soins avec du matériel, lui trouver de la place, créer des circuits spécifiques et les plus courts permettant les examens supplémentaires (scanner, échographie...), prévoir des salles de tri. Et pour cela, libérer des places de patients non-Covid.

#hopitaldufutur : C'était un flux massif, mais c'était le même circuit ?

Jeanne Chatelon : C'était le même circuit de blocs et d'imagerie (scanner), utilisant les mêmes locaux. Et c'était de nuit, donc il n'y a pas eu de rencontres avec d'autres patients de blocs opératoires ou de scanner. Et surtout, c'était un circuit propre, car avec les blessures balistiques, on peut passer des patients blessés au scanner et prévoir derrière un autre patient, ce qui n'est pas possible avec le Covid. C'est la complexité de la prise en charge des maladies infectieuses.

Cela m'évoque un autre épisode que j'avais vécu, ce sont les épidémies au sein des hôpitaux. A Argenteuil, nous avons eu une épidémie d'une bactérie hautement résistante et on a dû scinder la réanimation en deux. Cette épidémie était tellement grave qu'on a tout fait pour ne pas transporter les patients pour ne pas répandre l'épidémie. Ils n'étaient pas non plus suffisamment nombreux pour qu'on puisse dédier un circuit infecté. Les patients infectés sont des patients qu'on garde très longtemps, car il faut un certain nombre de prélèvements négatifs avant de conclure qu'ils sont guéris et peuvent retourner dans le circuit normal.

De même pour le Covid, où les tests étaient souvent changeants, on a gardé les patients très longtemps. C'est pour cela que, selon la durée de l'épidémie, il faut pouvoir étendre le curseur, quitte à ce que tout l'hôpital puisse passer en mode « infectieux », et transférer les autres patients dans

« Pour permettre aux familles de venir, penser à des fenêtres et des couloirs de déambulation afin que les proches puissent voir les malades tout en étant isolés, ce serait peut-être bien »

« A Paris, lors des attentats du 13 novembre 2015, c'était complètement différent. C'était aigu, très intense, mais cet afflux massif a une temporalité, on en voit le bout. C'est la grosse différence avec la crise Covid »

des structures adjacentes. Nos patients sortant de réanimation, selon leurs prélèvements nasaux, nous devions les déplacer soit en secteur post-Covid, soit en conventionnel. Certains patients ne pouvaient pas être accueillis par leurs familles qui avaient peur.

« Selon la durée de l'épidémie, il faut pouvoir étendre le curseur »

#hopitaldefutur : Et pour le personnel, y a-t-il eu de la peur ? Est-ce que vous vous sentez suffisamment protégés et préparés à cette gestion des pathogènes ?

Jeanne Chatelon : C'est variable selon les personnes. Notre responsable hygiène, qui travaille aussi à l'IHU, est chargé des précautions infectieuses de tous les services, réanimation comprise. Au début, il y a eu une peur immense, car dans le service normal, dans les couloirs, le masque chirurgical n'était pas préconisé, car sans contact proche du patient. Alors qu'en réanimation, milieu clos, le responsable avait préconisé de mettre un masque chirurgical. Mais il y a des croisements de personnes. Donc il y a eu des discordes sur le port du masque, et très vite on a conclu au port pour tous. Sur les habillements, des informations ont été données très vite, des vidéos pédagogiques ont été faites. Mais dans la pratique, vous ne pouvez pas vous habiller 10 fois par jour, surtout quand il faut aller vite car un patient ne va pas bien. Car nous, réanimateurs, nous nous déplaçons dans tous les services. Donc il y a eu des manquements, car quand on travaille 12 ou 24h dans ce rythme, on fait des erreurs. Les roulements n'ont pas été adaptés, par exemple. Il y a eu aussi des renforts d'infirmières venues aider, mais venant d'autres services donc peu habituées à tout l'ustensile et la machinerie de réanimation: cela à créer un stress énorme, surajouté à l'inconnu de cette maladie. Je salue leur courage. Tout le monde a été solidaire malgré le peur. Il y a eu suffisamment de personnes motivées pour faire tourner les choses, des infirmiers et médecins d'autres services sont venus et ont été exceptionnels, donc il y a de tout. Je n'ai pas entendu parler de chambres prêtées par l'hôpital ou à côté, pour le personnel, afin d'être appelé rapidement s'il y a une astreinte ou pour éviter aux personnels de rentrer chez eux, mais cela a été fait ailleurs.

« Dans la pratique, vous ne pouvez pas vous habiller 10 fois par jour, surtout quand il faut aller vite car un patient ne va pas bien »

#hopitaldefutur : Dans la crise, on a privilégié la dimension sanitaire, mais à quel prix ? L'accompagnement du deuil des familles a-t-il été dégradé ?

Jeanne Chatelon : Cet accompagnement est nécessaire, c'est inhumain si on le fait pas. Lorsqu'un patient était mourant, on a eu l'accord de faire venir les familles avec plein de précautions, et j'allais les chercher en bas de l'hôpital pour les accompagner en réanimation. On a commencé à le faire systématiquement quand on a su que la famille ne pouvait pas voir le corps du défunt en chambre mortuaire et que les enterrements se faisaient à huis clos. Mais de nombreux deuils seront pathologiques malgré cela, car l'accompagnement a été insuffisant. Les conversations téléphoniques ne suffisent pas : il faut comprendre les familles, se faire comprendre, il y a parfois des barrières de langue, on ne peut se faire de signes ou on est obligé de faire appel aux enfants en traduction... Le plus difficile a été pour moi d'appeler des familles tous les jours. Les réactions sont parfois de la colère, de l'agressivité. D'autres étaient suspicieux, car l'information circulait dans les médias qu'on triait les patients. Mais il faut comprendre que le tri en réanimation, c'est tous les jours ! Quelqu'un de 90 ans, invalide, n'aurait aucun bénéfice à être placé en réanimation : on y fait mal, on pose des drains, des tuyaux. On a bien accueilli des gens de 85 ans en bon état général. Les réactions sont très diverses, certaines nous remercient, avec d'autres c'est plus compliqué.

« L'accompagnement du deuil des familles est nécessaire, c'est inhumain si on le fait pas »

#hopitaldefutur : Si on se projette dans une future crise, quel enseignement en tirer ?

Jeanne Chatelon : Ce que je trouve essentiel, pour le mode infectieux,

c'est la possibilité de créer des circuits séparés rapidement, et une capacité d'accueil graduée, avec un curseur déplaçable. Ensuite, il faut avoir un plan de répartition entre les différents hôpitaux, avec un ordre de grandeur pour chacun. En cas aigu, si on imagine une centaine de patients qui arrivent d'un coup, on saurait quelle répartition faire pour cet afflux massif.

Dédier des sites particuliers est probablement la meilleure solution, mais il faut avoir des circuits de tri efficaces et je ne suis pas sûre que cela soit possible. Il faut prévoir un triage à l'arrivée dans chaque hôpital. Dans une grande ville, c'est peut être faisable. L'inconvénient, c'est qu'en cas d'afflux massif, il faut créer un centre qui peut recevoir 500 patients par jour. Le Samu ne pourra pas aller toujours au même endroit. Et au sommet de l'épidémie, les patients vont avoir tendance à aller à côté de chez eux.

#hopitaldufutur : A l'Hôpital Nord, vous aviez une unité libérée récemment donc disponible, cela a permis de faire tampon, de faire un sas ?

Jeanne Chatelon : Il y a en effet une unité qui vient d'être construite, avec 10 lits de réanimation et 10 lits de soins continus, ouverte il y a 6 mois. Elle a été construite pour pouvoir fermer progressivement les autres pour des travaux, car il y a un projet de réhabilitation de tous les services de réanimation du premier étage.

#hopitaldufutur : Est-ce que vous avez souffert de manque de lits d'hospitalisation ?

Jeanne Chatelon : Grâce à l'entraide entre hôpitaux, non, maintenant on en souffre beaucoup plus par exemple. On a appelé les hôpitaux privés afin qu'ils prennent les patients non-Covid ou Covid, on ne gardait que les Covid. A l'échelle régionale, tous les patients étaient pris en charge.

Durant la crise sanitaire, on a aussi beaucoup développé la téléconsultation. L'ensemble des médecins s'y sont mis, chirurgiens, médecins et anesthésistes font des téléconsultations. Et je pense que cette accélération va se poursuivre, même si pour le moment on n'a pas les ordinateurs qui vont avec, pourvu d'une webcam, mais cela viendra.

#hopitaldufutur : Est-ce que les patients sont sensibles à leur environnement en réanimation ?

Jeanne Chatelon : Le patient Covid, une fois hospitalisé, il est là pour un mois et demi. Il est d'abord hospitalisé en soin classique, puis son état peut se dégrader à J7/J9, selon le schéma classique, puis en réanimation ils restent 3 semaines à 1 mois, puis quand ils sortent ils peinent à marcher et respirer et doivent rester en soins de suite pour encore un mois. Ils sont encore dépendants de ventilation en oxygène, et cela aussi est une source de stress pour les équipes, car si on le débranche, ils meurent. Il faut également des soins de suite adaptés, car leur réveil est pathologique. C'est une pathologie vraiment lourde, et il faut penser leur hospitalisation de façon adaptable, de l'hôpital jusqu'à la ville.

Quand le patient entre en réanimation et lorsqu'il se réveille, il est conscient. Mais il ne l'est plus lorsqu'il est sous ventilation mécanique dans un état grave. La durée de séjour en réanimation est très variable. Pour un patient habituel, cela peut être 7 à 8 jours, dans le cas du Covid, on est allé de 3 semaines jusqu'à 2 voire 3 mois ou plus. C'est bien ce qui a posé problème! Donc on essaie d'être attentifs aux conditions d'accueil. On récupère des photos des familles, pour les mettre sur les murs. Lorsqu'ils sont en coma artificiel en revanche, ils ont une perception de la temporalité très particulière, pas de nuit, pas de jour, aucun rythme, ils ne se rendent pas compte des choses, ni que leur famille est là, mais on peut penser qu'ils reconnaissent la voix de leur

« L'essentiel est la possibilité de créer des circuits séparés rapidement, et d'avoir une capacité d'accueil graduée, avec un curseur déplaçable »

« Durant la crise sanitaire, on a aussi beaucoup développé la téléconsultation, l'ensemble des médecins s'y sont mis »

« On essaie d'être attentifs aux conditions d'accueil, on récupère des photos des familles, pour les mettre sur les murs »

proche, peut-être les gestes. Avant de sortir de réanimation, il faut s'assurer qu'il n'y ait plus d'organe vital en jeu, ils doivent récupérer leur sens, être conscients, et plus ou moins orientés.

#hopitaldufutur : Et la spécificité de la réanimation, le cycle circadien, pour le personnel ?

Jeanne Chatelon : La réanimation, c'est tellement difficile que la durée de vie moyenne d'une infirmière y est de deux ans. Le rythme de travail de nuit, c'est horrible, et même de jour, c'est un véritable bunker. On n'a pas toujours de fenêtre.

Sur l'organisation d'un service de réanimation, il est important de voir avec les infirmières comment s'articulent la préparation des médicaments au poste de soin, le relais en chambre, la gestion des distances, car ce sont elles qui marchent le plus. Mais marcher fait évidemment partie du métier, on a toujours marché.

En cas de crise, les blocs peuvent être facilement transformés en salle de réanimation. C'est assez transparent, c'est facile, il faut juste pouvoir les mettre en pression négative, c'est une adaptation réalisable.

A l'Hôpital Nord, c'est toute la réanimation qui a été inversée, avec un petit sas à l'entrée. Pour d'autres pathologies, il faut pouvoir inverser en positif. Je ne sais pas si le sas est nécessaire par chambre, il me semble que c'est l'ensemble qui doit pouvoir passer en positif ou négatif ?

#hopitaldufutur : Et quelle est la qualité de vos espaces de détente ?

Jeanne Chatelon : Ils sont environ à 500 m, peu confortables, on n'a pas le temps d'y aller... Pour cela, il faudrait qu'ils soient plus près de la réanimation. Durant le Covid, nous avions un pyjama, une surblouse et des protections, on ne pouvait pas perdre de temps à se déshabiller pour y aller. Mais ce serait un vrai plus, ce serait important !

« Les espaces de détente sont environ à 500 m, peu confortables, on n'a pas le temps d'y aller...Mais ce serait un vrai plus ! »