

La question posée est « comment continuer à soigner alors que mes capacités de soins sont saturées voir dépassées ? ».

En toute humilité, trouvez ici la déclinaison des principes d'anesthésie-réanimation militaire pour des événements auxquels on n'est jamais assez préparé.

Les idées forces à partager avec tous les soignants :

- Soigner différemment
- Faire des choix pour faire le mieux pour le plus grand nombre

Les caractéristiques communes aux afflux :

- Il y a toujours un problème de place (traumato : salle d'opération ; COVID : réanimation)
- Il y a toujours des soignants inoccupés parce que l'événement fige le quotidien

Objectifs de COVID REA

- Ventiler longtemps ; le retex montre les difficultés de sevrage +++
- Libérer des places de réanimation pour COVID grave et réanimation non COVID

L'effet à obtenir est de faire sortir des patients de la réanimation, donc :

- 1- Choix pour faire le mieux pour le plus grand nombre
- 2- réanimation « hors les murs »
- 3- création rapide d'unités de sevrage de la VM sur trachéotomie (sevrage difficile +++) et VM sur respirateur de domicile pour les patients à pronostic favorable non séparable de leur respirateur, dans des unités armées par des équipes mixtes comprenant des personnels qui ne travaillent pas en réanimation.

Ces idées sont à décliner dans des plans personnalisés pour chaque hôpital et en fonction de la situation de son hôpital vis à vis de la cinétique de l'épidémie.

1. Réanimation « hors les murs »

- Ventiler des patients en détresse respiratoire dans des zones inhabituelles de l'hôpital en particulier les SSPI, les USC, possiblement en UHCD
- Matériel de ventilation supplémentaire
- **Rappel de personnels compétents** pour les prendre en charge :
 - . Médicaux : MAR travaillant en anesthésie habituellement, Candidatures de médecins spontanée Internes « hors filières AR, MIR et MU » passées ses dernières années en stage dans nos services (médecine générale, néphrologue, neurologue, internistes....)
 - . Paramédicaux : IDE et AS ayant quitté le service de réanimation dans les 2-3 ans pour un secteur conventionnel, intérim rea, IADE, école d'IADE, stagiaires récents pre pro passés récemment dans nos services, ...
 - . Envisager d'intégrer des médecins et des paramédicaux à former « sur le tas » dans des secteurs pour des patients non COVID (enlève la pression virale). Compagnonage, formation à l'imitation puisque l'événement va durer. Les médecins ou les paramédicaux déjà diplômés

(que la non activité de leur service d'origine permet) intègrent les places de stagiaires des services de réanimation et d'USC.

. Dédier une cellule qui trouve ces personnels, crée et établit de nouveaux planning

. De nouveaux plannings adaptés aux scénarios décidés doivent être prêts avant la mise en route de chacune des zones : nouvelle lignes, nouveaux personnels.

Par ex : dédoubler la présence médicale en secteur COVID dans le planning de travail

Par ex : L'USC de 12 lits qui fonctionne habituellement avec 3 IDE. J'ouvre 6 lits de ventilation invasive, il me faut 3 IDE coté ventilation invasive et 2 IDE coté USC standard. Mon planning avait 3 lignes IDE, il en a maintenant 5.

Par ex en SSPI que je transforme en réa : planning préparé avant la décision d'ouverture de la SSPI en mode réanimation

- Penser régénération des individus. Se préparer à un temps long et à l'attrition.

2. Unité de sevrage de la ventilation mécanique

Débuter rapidement la formation de ces équipes qui ne sont pas formées au soins de réanimation tant que la vague n'est pas là : soins de trachéotomie, utilisation et réglage d'un respirateur de domicile. Y intégrer autant que possible une « dose » de soignants expérimentée réa.

- trachéotomie dès que monodéfaillant respiratoire et moindre oxygène-dépendance

- trachéotomie : sans doute pas trop précoce du fait des réaggravations que décrivent les italiens, et limite l'utilisation du DV

- trachéotomie : qui impose une apnée pendant la trachéotomie pour éviter l'aérosolisation des virus : donc technique percutanée (former les ORL, pas de trach chirurgicale)

- matériels : respirateur de domicile +++ ; choisir les plus simples, les plus conviviaux ; privilégier circuit monobranche à valve (et non à fuite, à discuter en service avec les prestataires) ; implication des prestataires pour la formation ; fiche à rédiger sur les fondamentaux (pas d'Aquapack, position des filtres, déverrouillage des respi pour les modifier les paramètres, ...)

- personnels « non réanimation » médicaux : pneumologues, jeunes spécialistes médicaux étant passés en réanimation (nephro, neuro, médecin généraliste, ...)

- personnels paramédical « non réanimation » : pneumologie, chirurgie thoracique, viscérale, neurologie, ...Privilégier les secteurs habitués à une certaine intensité de soins

- 2 unités de sevrage : colonisation COVID pos et COVID neg au moment de la sortie

- lieux : USC, secteurs conventionnels (pneumologie et chirurgie thoracique), SRPR, SSR respi

- éthique : identification tracée des patients qui peuvent retourner en réanimation si dégradation et ceux pour qui la discussion éthique conduira à une limitation thérapeutique sans retour en réanimation.

3. Organisation : Accepter une dose de perte de chance relative et faire le mieux pour le plus grand nombre

- La notion de choix est une notion dynamique. Elle regarde constamment sa capacité de soins et les patients qu'il faut prendre en charge. On n'écrit pas à l'avance les règles des choix. Les choses peuvent changer d'un jour à l'autre : parce que des lits se sont libérés, je peux prendre ce qu'hier je refusais et inversement.

- Ne pas réduire la qualité des soins pour les patients rea non COVID

- En réanimation : cela dépend de l'infrastructure et des zones de réanimation « hors les murs »
 - . Unicité de la zone COVID qui s'étend en tâche d'huile dans la réanimation, elle pourra s'étendre « réa hors les murs »
 - . La réanimation « hors les murs » accueille les autres pathologies

- Deux postes importants de médecins :

- qui ne sont pas directement impliqués dans la conduite des soins, ni dans l'information aux familles, ni dans les réunions
- plusieurs jours de suite pour connaître les patients et gagner en efficacité dès le matin
- plutôt un médecin un peu ancien qui connaît bien ces correspondants des secteurs conventionnels ou de SSR pour faciliter la discussion « doc to doc ». Traiter entre séniors directement avec le médecin décideur-receveur.

a. **Un médecin pour le « OUT »** (le plus important des deux postes) : pour faire sortir des patients de la réanimation. Si possible un médecin par grande zone de traitement.
. Il assiste à la relève le matin, il ne s'occupe que de la sortie des patients « potentiellement sortants » souvent identifiés depuis la veille : vers les secteurs conventionnels, vers l'USC, en dehors de l'hôpital (USC de clinique, HAD, SSR, ...) . L'aspect « dossier » doit être anticipé par ceux qui soignent pour que le CRH soit facile à faire. Dès que la relève du matin est finie, il cherche à faire sortir les patients sans prendre de retard. Il est également utile pour activer l'imagerie ou la prise en charge au bloc.

b. **Un médecin pour le « IN » :**

. Si les moyens humains et infra le permettent, un espace de mise en sécurité des détresses respiratoires peut être utile pour attendre le diagnostic PCR et orienter le patient vers la bonne zone de soins (COVID pos ou neg)

Principes des choix :

- Pas de saturation : soins normaux qui intègrent la non admission en réanimation, une limitation ou un retrait thérapeutique précoce
- la charge mentale du IN doit être diminuée autant que possible
- En cours de saturation : adaptation, mise en rapport de l'intensité des soins et des caractéristiques des patients. Intérêt probable de créer des zones d'intensité thérapeutique différentes en fonction des chances de survie ; exemple sur les « ex lits d'USC » avec respirateur : pas de CVVHF et un IDE pour 3 patients alors que sur la réanimation : un IDE pour deux et thérapeutique maximale
- Saturation : en conduite, discuter d'une zone sans intubation et sans ventilation mécanique. Cela peut s'approcher parfois de la notion de triage militaire. En fait on continue à regarder si les soins sont raisonnables par rapport à l'état du patient, à son évolution, à son terrain, à l'environnement. Le critère de l'âge n'est pas un critère à prendre isolément.

c. Ethique : rester collégiale ; équipe réduite (médecins + paraméd) ; ne pas laisser croire aux médecins que la crise SSE permet de s'affranchir de l'éthique (et des demandes de compte après). Intérêt d'une grille qui liste les « circonstances du moment » (patient, environnement logistique) qui conduisent à une limitation ou à un retrait thérapeutique et l'information donnée à la famille (vue, pas vue, pas de réponse au tel).

d. Pour répartir la charge mentale, le IN a à sa disposition des équipes en ayant une approche avec taylorisation du travail (sécurisation du travail mono tâche mentale)(expérience chinoise) : une équipe dédiée aux intubations, une équipe dédiée aux trachéotomie, une équipe transport

4. Autres points

- Chirurgie : décider de ce qu'on continue à faire, en particulier lié à sa place sur le territoire de santé pour les chirurgies urgentes et/ou celles pour laquelle l'établissement est recours. Une commission médicale de déprogrammation est utile pour décider médicalement de ce que l'établissement continue à faire en dehors des urgences. Les chirurgiens connaissent leurs patients et savent ceux qui doivent être opérés rapidement. Elle se réunit quotidiennement.
- Intérêt de mettre en place un « mentoring » de la procédure « habillage déshabillage » qui corrige en temps réel les « fautes » de protection.
- Personnels soignant qui présente une pathologie chronique à risque : secteur non COVID
- Personnels soignants malades (covid ou non) : check mise en maladie, suivi tel, check reprise.
- Communication
 - Hygiène : téléphone sur haut parleur, on ne se passe pas les téléphones, on les désinfecte très régulièrement avec une lingette
 - Il faut avoir conscience que les opinions des « règles d'engagement » et de choix varient entre les praticiens. Il faut demander aux équipes de se discipliner pour ne pas parasiter les décisions des chefs de services quant aux règles d'admission ou de la poursuite d'une certaine activité chirurgicale programmée par exemple. Eviter le parasitage des esprits et des décisions et la pollution du groupe Whatzapp par des messages inutiles.