



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

## Première vague de COVID-19 : un retour d'expérience en clinique privée

### COVID-19 first wave: A private clinic experience

#### Mots clés

COVID-19  
Pandémie  
Gouvernance médico-administrative  
Crise  
Microsystème

#### Keywords

COVID-19  
Pandemic  
Medico-administrative governance  
Crisis  
Microsystem

Les leçons tirées de la gestion de la première vague de la pandémie de COVID-19 n'ont pas pris en compte les services d'aval et leur modalité d'organisation. Pourtant, la suspension de l'activité chirurgicale réglée a permis de créer des lits d'aval [1]. Le retour d'expérience du fonctionnement d'un service COVID-19 éphémère dans un établissement chirurgical privé de 106 lits et postes en illustre les possibilités.

Ce service de 20 lits de médecine et de soins continus (USC), autorisés par l'Agence régionale de santé, a été créé en 24 heures le 29 mars 2020. Il a fonctionné du 30 mars au 22 avril dans les locaux du service de chirurgie ambulatoire, l'établissement ne disposant ni d'USC ni de réanimation. Sa création et son fonctionnement ont bénéficié d'un double pilotage : cellule de crise et équipe des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). La cellule de crise associait directrice de l'établissement, cadres de soin, responsables techniques, ingénieur biomédical, pharmaciens, infirmière hygiéniste, président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, référent pour l'antibiothérapie, président et vice-présidente de la Conférence médicale d'établissement (CME). Elle a été élargie aux deux MAR coordonnateurs volontaires du service COVID-19. Toutes les



décisions stratégiques ont été prises par cette cellule élargie après concertation avec l'ensemble des MAR assurant l'activité médicale de l'unité. La chronologie est établie à partir du 17 mars, jour du début du confinement (J1).

À J13, compte tenu du profil des patients éligibles, la décision a été prise de n'ouvrir que 10 lits à J15. Un circuit spécifique a été créé pour les patients COVID+ et les professionnels travaillant dans le service. L'une des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI) a été armée en poste de réanimation d'attente de transfert secondaire. Les moyens matériels ont été adaptés aux besoins médicaux, en fonction des moyens financiers et de la disponibilité des dispositifs. Valves de Boussignac et masques nasaux adaptés pour délivrer une pression expiratoire positive n'ont été livrés qu'à J21. L'adaptation par l'ingénieur biomédical d'un masque de plongée s'est révélée peu efficace et mal tolérée. La pénurie en équipements de protection individuelle et la tension en gel hydroalcoolique rencontrées au niveau national ont pu être gérées en partie grâce à l'échange de ces produits contre des médicaments avec des établissements partenaires et des dons d'entreprises. Le mode dégradé préconisé par la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) [2] a permis de passer un cap en décontaminant, lavant et stérilisant des surblouses. Les ressources humaines volontaires ont été redéployées et adaptées à l'activité, intégrant des personnels des blocs opératoires et des SSPI, pour disposer par 12 heures de 3 personnels infirmiers et 3 personnels aides-soignants. Un kinésithérapeute libéral a intégré l'équipe. Six MAR assuraient la présence en journée et une astreinte opérationnelle la nuit. Cinq autres, contribuant au service de garde de services de réanimation extérieurs, étaient dispensés de l'astreinte. Un opérateur volontaire était présent par plage de 12 heures, dont la nuit sur place pour vingt d'entre eux.

Les décisions de stratégie médicale étaient consensuelles entre MAR, rediscutées avec la cellule de crise quand des moyens étaient nécessaires. L'éligibilité des patients a été révisée trois fois. Initialement limitée aux patients COVID+ (tPCR positive) sortant de réanimation, extubés et stables depuis 48 heures sur le plan respiratoire, n'ayant pas de besoins en oxygène supérieurs à 10 l/min. À J17, elle a été élargie aux patients COVID+ sans signe de gravité, indépendamment de la date des premiers signes cliniques à la demande de services extérieurs. À J30, suite au transfert secondaire en réanimation d'un patient, faute de moyens d'oxygénation adaptés, les patients susceptibles d'orage cytokinique n'ont plus été acceptés, au profit de patients pour lesquels une décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) pouvait devenir envisageable. Cette décision, envisagée après avis d'équipes compétentes aisément

joignables et validation d'un protocole de prise en charge, n'a jamais dû être prise. Les patients relevant de soins de suite ou de réadaptation n'étaient pas éligibles.

Pour chaque patient, les décisions thérapeutiques étaient prises par les MAR, voire l'opérateur présents. Une discussion d'équipe pouvait s'imposer face à l'avalanche d'informations parfois contradictoires, de fiabilité aléatoire, évitant les décisions inappropriées prises sous la pression [3]. Le tri de l'information provenant des publications des principales revues internationales était facilité par l'analyse de la rubrique « Le Masque et la plume » sur le site internet de la SFAR ([www.sfar.org](http://www.sfar.org)), la confrontation à l'expérience d'autres services, ainsi que la contribution des MAR y travaillant (figure 1).

Les caractéristiques des patients et leurs conditions de sortie du service figurent dans les tableaux I et II. Les prises en charge des

patients sortant de réanimation différaient des autres, du fait notamment des séquelles post réanimation. Une rééducation motrice active a souvent été nécessaire.

La durée de séjour est corrélée à la gravité du patient. Les délais de retour à domicile dépendaient notamment des conditions sociales ou familiales. Les transferts en service de médecine étaient justifiés par des séquelles de compression nerveuse périphérique, la nécessité de réévaluer et d'adapter le traitement d'une insuffisance cardiaque ischémique antérieure à la COVID-19, et enfin d'une dénutrition majeure. Un patient a dû être transféré en réanimation à J30, quatre jours après son admission en provenance d'un service d'urgences, (J9 des signes cliniques), faute de maîtrise de son état respiratoire avec les moyens existants. La fermeture du service a été décidée par la cellule de crise face à la baisse de la pression sur les services de réanimation et à la

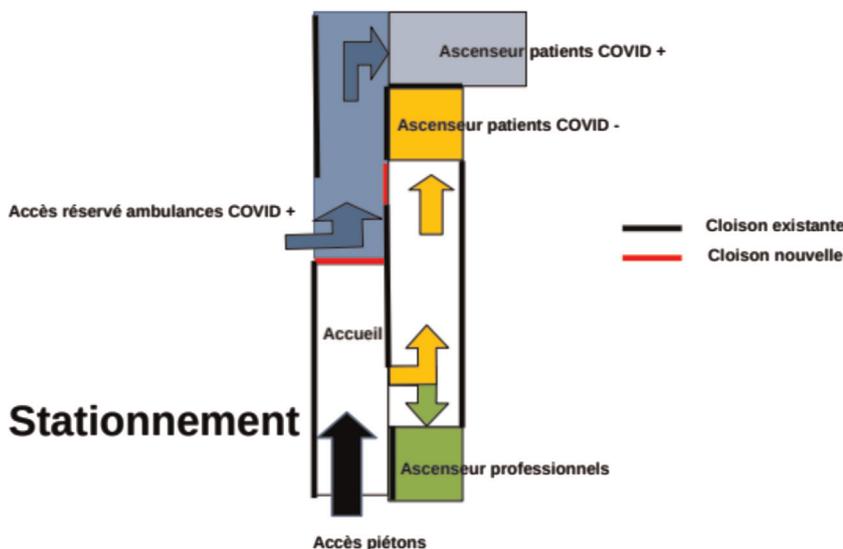


FIGURE 1

**Modifications de l'organisation de l'établissement**

Les seules modifications architecturales figurent sur le schéma du rez-de-chaussée de l'établissement avec l'ouverture de l'accès spécifique sur l'aire de stationnement et l'installation de cloisons temporaires en rouge sur le schéma.

TABLEAU I  
Caractéristiques des patients

Origine du patient	n (%)	Âge (ans)	IMC	Durée des symptômes depuis le début des signes (jours)*	HTA : n (%)	Diabète n (%)	SpO <sub>2</sub> (%)	O <sub>2</sub> (l/mn)	IGSII
Réanimation	10 (42)	60 (56-70)	25 (24-30)	22 (21-25)	6 (60)	2 (20)	96,5 (96-98)	3 (0,5-3,8)	24 (17-31)
Urgences	5 (11)	69 (59-71)	27 (21-28)	5 (5-6)**	4 (80)	2 (40)	94 (94-93,5)	3 (2-6)	28 (22-30)
Médecine	9 (47)	60 (53-71)	24 (24-27)	11 (8-16)+ §	5 (56)	4 (44)	96 (95-98)	2 (0-2)	21 (20-30)

Sauf mention contraire, les données correspondent à la valeur médiane et à la distance interquartile. Test de Kruskal-Wallis \*p = 4.10<sup>-4</sup>; test de Fisher : \*p < 0,05 vs réanimation ; + p < 0,001 vs réanimation ; §p < 0,01 vs urgences.

TABLEAU II  
Devenir des patients

Origine du patient	Durée de séjour (jours)*	Retour à domicile (n)	Médecine (n)	Réanimation (n)
Réanimation	9 (5-7) <sup>§</sup>	7	3	0
Urgences	7 (6-14)	4	0	1
Médecine	6 (5-12)	9	0	0

Sauf mention contraire, les données correspondent à la valeur médiane et à la distance interquartile. Corrélation de Spearman : durée de séjour vs IGSII globale : \* $p = 0,03$  ; durée de séjour vs IGSII provenant de réanimation : <sup>§</sup>  $p = 0,003$ .

perspective de reprise d'une activité chirurgicale réglée. Le fonctionnement de ce service a bénéficié du double pilotage pour gérer l'incertitude avec des solutions créatives. La confiance au sein de l'établissement a favorisé ces solutions familières « détournées » de leur champ habituel [4]. Elle a favorisé la forte cohésion des équipes et leur libre expression, créant une compétence collective, enrichie des échanges avec des ressources partenaires [5].

La taille modeste de l'établissement et le pilotage médical par les MAR, familiers des situations complexes, a contribué à transposer à la crise des pratiques coopératives antérieures [6]. Répliquer cette organisation est envisageable à l'échelon de petites structures partageant une culture commune.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Giulio M, Mari GM, Crippa J, Casciaro F, Maggioni D. A 10-step guide to convert a surgical unit into a COVID-19 unit during the COVID-19 pandemic. *Int J Surg* 2020;78:113-4.
- [2] Société française d'Hygiène Hospitalière. Avis relatif à la réutilisation de sur-blouses pour la prise en charge de patients COVID-19 dans un contexte de pénurie nationale 05 avril 2020. <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/04/Avis-r%C3%A9vis%C3%A9-SF2H-Re-utilisation-surblouse-05.04.2020-.pdf>. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2020.
- [3] Kearsley R, Duffy CC. The COVID-19 information pandemic: how have we managed the surge? (Editorial). *Anaesthesia* 2020;75(8):993-6.
- [4] Sommer A, Pearson CM. Antecedents of creative decision making in organizational crisis: a team-based simulation. *Technol Forecast Soc Change* 2007;74:1234-51.
- [5] Dumez H, Minvielle É. Comment le système hospitalier français a-t-il géré la crise Covid 19 ? Une contribution des sciences de gestion. Palaiseau, École polytechnique (i3-CRG)-CNRS, 8 juillet; 2020. <https://i3.cnrs.fr/wp-content/uploads/2020/07/Flyer-rapport-Covid-19-1.pdf>. Consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2020.
- [6] Fioratou E, Flin R, Glavin R, Patey R. Beyond monitoring: distributed situation awareness in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2010;105(1):83-90.

Michel Sfez, Alexandre Derichard  
Clinique Saint-Jean de Dieu, 2, rue Rousselet, 75007 Paris, France  
**Correspondance :** Michel Sfez, 138, boulevard de Ménilmontant, 75020 Paris, France  
[sfez\\_michel@yahoo.fr](mailto:sfez_michel@yahoo.fr)

Disponible sur internet le : 5 février 2021

<https://doi.org/10.1016/j.anrea.2021.01.002>

© 2021 Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Situations de crise au bloc opératoire, en réanimation ou en zone de conflit militaire : apport des aides cognitives linéaires, digitales, séquentielles et personnalisables



### Crisis situations in the operating theater, intensive care unit or in a military conflict zone: Attribution of linear, digital, sequential and customisable cognitive aids

Nous avons lu avec grand intérêt l'article intitulé « Crise au bloc opératoire ou en réanimation : la place des aides cognitives » écrit pour le Comité analyse et maîtrise du risque (CAMR) de la SFAR [1]. Cette revue aborde l'utilisation clinique des aides cognitives en situation de soins critiques, utilisation largement inspirée par une littérature florissante soutenue par de