



Valéry Trosini-Désert

Pneumologue

Praticien Hospitalier dans le Service de Pneumologie et Médecine Intensive Réanimation à l'Hôpital Pitié Salpêtrière, APHP.

Responsable de l'unité d'endoscopie bronchique.

En pneumologie, à la Pitié Salpêtrière, au temps du Covid-19

Quelle a été votre expérience pratique de la crise sur le plan professionnel ?

Je suis pneumologue – praticien hospitalier – à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et je suis responsable, en temps normal, de l'unité des endoscopies bronchiques. Mi-mars, face à l'afflux de malades porteurs de pneumopathies graves dues au Covid-19, le service s'est réorganisé. Je suis montée en renfort pour étoffer l'équipe de pneumologues de la salle de pneumologie. Mon rôle a donc été un peu modifié pendant cette crise : je me suis occupée des malades hospitalisés dans la salle de pneumologie, j'ai fait de la régulation téléphonique, je me suis mise à refaire des gardes, car nous avons dû mettre en place une liste de garde pour s'occuper 24h/24h des patients ayant des insuffisances respiratoires graves.

Tous les pneumologues de notre département ont travaillé ensemble pour s'occuper de ces 25 lits de pneumologie avec pour mission de prendre en charge les patients les plus sévères sur le plan respiratoire, avec un fort débit d'oxygène. Les patients les moins sévères étaient orientés vers d'autres services, comme le service des maladies infectieuses ou le service de médecine interne. La prise en charge des malades les plus

sévères sur le plan respiratoire consistait à administrer de l'oxygène à fort débit et à adjoindre des supports ventilatoires tels que les CPAP ou VNI (petits respirateurs portables avec un masque apposé sur le visage du patient). Comme il n'existait pas de traitement médicamenteux efficace démontré, les patients étaient inclus dans les essais de recherche cliniques de l'APHP. Nous étions par ailleurs en discussion permanente avec les réanimateurs, pour juger de l'état d'aggravation éventuel des patients.

Tout cela a duré près de 3 mois. Il faut désormais s'organiser pour prendre en charge les patients Covid-19 négatifs, qui ont été un peu mis de côté pendant la crise. Dans les prochaines semaines s'opérera progressivement le « glissement » vers une activité exclusivement Covid-19 négatif.

Comment s'est organisée, au sein de l'hôpital, la mobilisation face à la crise ?

Au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, la mobilisation s'est organisée autour des cellules de gestion de crise. Lorsque les responsables de ces cellules disaient « *Il faut ouvrir 10 lits de réanimation supplémentaires* », tout le monde se mettait en ordre de marche pour y parvenir. On s'est adapté à une vitesse remarquable, et il y a eu énormément de solidarité... Tous les corps de métier se sont mobilisés. Au sein de notre service, tous les pneumologues et médecins ont été mobilisés pour la prise en charge des patients Covid-19 hospitalisés, et des pneumologues de l'extérieur sont arrivés en renfort. Mais tous les autres corps de métier étaient également en permanence sur le front : les infirmières, les aides-soignantes, les cadres, les logisticiens, les personnels des travaux pour le montage et le démontage de cloisons par exemple (pour séparer les secteurs Covid-19 et non Covid-19), le service informatique, les directions (mise en place la téléconsultation pour permettre de répondre au besoin de certains patients ne pouvant se rendre à l'hôpital)... On peut dire qu'il y a eu une symbiose, tout le monde a travaillé de concert.

Pouvez-vous partager, sur le plan professionnel, une anecdote, un fait qui vous a marquée pendant la crise ?

J'en évoquerai deux.

Tout d'abord, je me rappellerai en particulier d'un patient que j'ai pris en charge, qui est assez emblématique des patients graves que j'ai eus pendant cette période, avec souvent le même profil et des pneumopathies hypoxémiantes graves.

C'était un homme de 51 ans, qui n'avait pas d'antécédent particulier. J'étais de garde ce soir-là ; tout de suite, j'ai été impressionnée par sa fréquence respiratoire très élevée, autour de 40 cycles par minute (en temps normal, elle est de 16 cycles par minute).

Malgré nos efforts, son état ne s'est pas amélioré. Lorsque je lui ai expliqué que son état respiratoire s'aggravait et qu'on allait devoir le mettre sous assistance respiratoire en réanimation, j'ai vu de la peur et de la détresse dans ses yeux. Je me souviens de son regard. Quelques minutes plus tard, on l'a descendu en réanimation ; quelques heures plus tard, il a été intubé, ventilé, sédaté. Ce patient est décédé 15 jours plus tard. On s'est senti souvent démuni face à la gravité des atteintes pulmonaires.

Le fait que ce patient n'ait pu voir aucun de ses proches, puisque toutes les visites étaient interdites, était également marquant et emblématique de cette période. En temps normal, on appelle la famille pour dire que le patient est dans un état d'aggravation et qu'elle peut venir le voir... Par la suite, pour répondre à ce genre de situation, nous avons mis en place un système d'interface avec des tablettes pour organiser des appels en visioconférence entre le patient et les membres de sa famille. C'était une solution dégradée, certes, mais qui a permis de pallier le manque de visites.

Le dernier fait marquant est que, nous les soignants, n'avons pas été indemnes vis-à-vis du virus. Nous avons pris en charge des patients en sachant que nous pouvions nous aussi tomber malade à tout moment, ce qui est assez perturbant lorsqu'on est soignant, car on se sent habituellement comme invincible. Ainsi, beaucoup de mes collègues médecins sont tombés malades. On arrivait le matin, quelqu'un disait « J'ai de la fièvre, je vais aller me faire dépister » - et en général, on se doutait bien que le résultat serait positif. Six de mes collègues proches sont partis au dépistage et ont été mis en « quarantaine ». Forcément, on s'est inquiété aussi pour eux, sachant l'extrême gravité de certaines formes...

Qu'est-ce qui vous a le plus manqué pour accomplir vos missions pendant la crise ?

Ce qui a manqué, c'est le matériel de protection. Au tout début de l'épidémie, nous avions des masques, mais ils sont venus à manquer ensuite. On nous a dit : « *Les masques FFP2, c'est un ou deux par jour maximum, il faut que vous les gardiez plusieurs heures d'affilée* ». Ensuite, on a eu des masques FFP2 périmés avec des élastiques fragiles ou trop petits, laissant des traces sur le visage surtout après l'avoir porté plusieurs heures d'affilée. Et après, il y a eu un manque de surblouses. Nous manquons de surblouses encore aujourd'hui.

Au-delà de tout cela, ce qui a manqué le plus pour moi, c'est le médicament qui aurait permis de sauver tous les patients sans exception...

Quels sont les enjeux saillants pour demain dans les services de pneumologie/réanimation et à l'hôpital en général, tels que révélés ou amplifiés par la crise ?

Le premier enjeu exacerbé par la crise est celui du manque de lits de réanimation et de lits en général à l'hôpital, qui a eu pour conséquence de ne pouvoir prendre en charge, pendant cette crise, que les patients Covid-19 et de devoir délaissier les autres...

Le deuxième enjeu est d'ordre administratif : il faudrait profiter de la période post-crise pour alléger les « charges non médicales » des médecins. Pendant la crise, il y a eu un fort allègement de ces charges : on avait l'impression que lorsque l'on demandait quelque chose, on l'obtenait immédiatement, que ce soit sur le plan matériel, humain, logistique... On avait une charge médicale de travail intense, mais qui est restée supportable parce que de l'autre côté, tout était plus fluide. Au lieu d'être parasités par d'autres tâches, on a pu se concentrer uniquement sur notre « vrai travail » de médecin. On aimerait que cela puisse perdurer...

Le troisième enjeu exacerbé par la crise est celui de la gouvernance à l'hôpital : il a été très surprenant de voir que les instances élues n'ont pas du tout été mises dans la boucle de la gestion de crise. Sur le plan organisationnel, certains se sont positionnés comme des leaders dans la gestion de crise, de façon un peu opaque. Ils l'ont très bien fait, on ne se plaint pas de la façon dont cela a été géré. Mais cela a mis de côté les instances élues comme la CME (Commission médicale d'établissement – il y en a une locale, et une centrale à l'APHP), et les DMU (Départements médico-universitaires), qui ont été créés récemment et présentés comme un moyen de mieux faire fonctionner l'APHP. En temps de crise, ces instances n'ont eu aucun rôle. Cela démontre le problème de gouvernance, qui préexistait.

Quelles seraient les réformes à conduire ou les changements à opérer sans délais ?

Il me semble important de recentrer la gouvernance de l'hôpital vers les services et/ou les unités fonctionnelles, et éviter qu'elle ne s'appuie sur des millefeuilles hiérarchiques comme les pôles qui existaient antérieurement, ou les DMU aujourd'hui, qui ne répondent pas aux attentes des personnels ou des patients. Les DMU n'apportent qu'une réponse gestionnaire et se résument à un simple agrégat de services.

Il faudra aussi arriver à plus de « démocratie interne » dans la gouvernance d'un hôpital, avec une représentativité plus équitable des personnels soignants. Il faut probablement revoir les ordonnances Debré rédigées en 1958 afin de donner plus de voix et de responsabilités aux médecins de terrain quel que soit leur statut, mais aussi au personnel non médical et aux usagers.

La création des centres hospitaliers et universitaires (CH&U) par ordonnance, en 1958, était un acte politique fort qui a permis à la médecine française de s'inscrire dans la modernité. Par ce texte fondateur, Robert Debré a érigé en principe le regroupement de trois missions portées par les PU-PH[1] au sein de l'hôpital : le soin, la recherche et l'enseignement. Cette tâche paraissait déjà énorme... Ce système est probablement à bout de souffle 60 ans après.

Propos recueillis le 2 juin 2020 par Julie Jolivet.

[1] Professeur des universités – praticien hospitalier.