

Ce document est fait pour aider ceux qui ouvrent une salle COVID. Il est basé sur notre petite expérience et est appelé à être amélioré au fur et à mesure.

- Tout d'abord, savoir que cela ne va pas être facile et que vous allez accueillir des patients qui ont, comme vous l'avez compris, une pathologie sévère qui peut décompenser très rapidement.
Il faut donc savoir, dès l'admission du patient, s'il sera à réanimer ou pas et que l'information soit facilement disponible aussi bien pour le personnel médical que paramédical.
De notre côté, nous indiquons sur tous les supports possibles (médical/orbis, prescriptions IDE/actipidos, transmissions écrites/garde)
 - 1) à réanimer,
 - 2) NTBR : ne pas réanimer mais soins à poursuivre (ATB, anticoagulation, biologie),
 - 3) LATA (limitation ou arrêt des soins actifs) : avec prescription hypnovel/morphine souvent d'emblée ou en tous cas prescriptions anticipées à expliquer au personnel soignant (éviter d'appeler l'interne/le médecin de garde la nuit). Ne surtout pas hésiter à solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs.
- Pour les patients pour qui la décision a été prise de réanimer, nous avons considéré avec nos réanimateurs, sur la base de nos premières expériences, que lorsque le patient nécessite une oxygénothérapie > 3 l/min pour maintenir une saturation à 93 ou 94%, les réanimateurs doivent être informés car le patient peut alors très vite s'aggraver (en quelques heures), en particulier vers J7-J10 des symptômes. Selon les organisations locales, l'autre option est de transférer le patient en pneumologie (si vous êtes un service non pneumologique et que vous avez accès à un tel service dans votre structure).
- Nous donnons le numéro de téléphone du poste de soin au cas où malgré l'appel sonnette, le personnel n'arrive pas assez rapidement (pour les patients « à réanimer » mais aussi au membre de la famille du patient LATA qui reste éventuellement dans la chambre)
- **Prescrire l'oxygène** et la surveillance de la fréquence respiratoire (FR), dans le logiciel de prescription, avec un objectif de saturation en O₂ entre 94-96% et la mention "*appel médecin si débit d'O₂ > 4 à 6L/min pour obtenir les objectifs de saturation ou si FR > 25 (à adapter à la situation)*" et former les IDE à être attentives à la FR et la saturation en O₂ +++.
- Globalement, **aucune visite n'est autorisée** mais nous faisons une exception tant que nous pouvons pour les fins de vie en autorisant une visite.
- Lors de l'admission du patient, les membres de la famille arrivent souvent en panique. Ils ne sont pas autorisés à entrer dans l'unité et restent sur le palier de l'unité. Il faut alors rapidement leur remettre un masque chirurgical, parler avec eux, prendre leurs coordonnées et leur demander de rentrer rapidement chez eux en leur expliquant les consignes à suivre. Bien se désinfecter les mains (FHA) après avoir récupéré le sac d'affaires à remettre au patient.
- Possibilité d'appeler la personne de confiance de chaque patient tous les jours à un horaire fixé par les médecins (14-15h, avant les entrants par exemple) pour donner des nouvelles.

ASPECTS ORGANISATIONNELS EN SALLE

- **Il faut prévoir un redimensionnement de l'équipe médicale et paramédicale.**
 - o En ce qui nous concerne, nous avons dû doubler le nombre d'internes, seniors en salle et le nombre d'infirmier(ère)s et aides-soignants (un pour 4 à 5 malades).
 - o Il faut très rapidement, que votre administration voit comment elle va pouvoir récupérer du personnel redistribué à partir d'autres services où l'activité a diminué, voire qu'ils utilisent la réserve sanitaire.
 - o Prévoir la mise en place rapide d'une garde par bâtiment
 - o Et savoir que la quantité de travail va être astronomique notamment le soir et les WE. Pour les internes voire seniors, nous essayons de dégager un jour off en semaine

- **Il faut également prévoir un redimensionnement du matériel** (récupérer les appareils à tension, thermomètres (qui dysfonctionnent à force d'être désinfectés, donc nous sommes passés aux thermomètres « jetables » individuels), appareils à dextro) des services dont l'activité diminue, des secteurs de consultation qui sont désertés. Le minimum nécessaire nous semble, pour une salle de 18 lits : 4 dynamaps, 4 thermomètres au moins, 4 appareils à dextro, 4 saturomètres portatifs et au moins 10 pousse seringues électriques (il en faut 2 pour une fin de vie et cela manque très rapidement). L'idéal est d'avoir un saturomètre portable et thermomètre individuel. Cela permet par exemple que les internes/seniors de CV fassent un dernier tour des patients avec un saturomètre portatif : très utile++

- L'utilisation des stéthoscopes ne fait pas consensus et nous avons 2 options :
 - o Utiliser des stéthoscopes jetables qui restent dans les chambres : la qualité de l'auscultation est très médiocre ce qui est problématique dans cette pathologie et surtout, cela implique de mettre les embouts possiblement pleins de virus dans les oreilles. Nous les frottons donc avec de la solution hydro-alcoolique
 - o Utiliser votre stéthoscope et le nettoyer ensuite avec des lingettes désinfectantes (voire à l'eau et au savon).

- **Habillage, déshabillage** : Nous avons une vidéo de 30 mn disponible sur l'habillage et le déshabillage car cela n'est pas très facile surtout dans une situation un peu stressante, et l'équipe d'hygiène est très sollicitée et ne peut pas former tout le personnel. Il y a des tutos sur youtube : https://youtu.be/UHEATN2pN_8 ou <https://youtu.be/QFrVBgg82LY>
 - o Nous mettons des pyjamas jetables, un masque chirurgical (sous réserve d'évolution des recommandations) toute la journée, à changer toutes les 4 heures.
 - o Lors des tours de constantes ou de la visite, en l'absence de souillure, nous ne changeons plus la surblouse, la charlotte, les lunettes et le masque chirurgical. Cela permet d'aller plus rapidement (ou moins lentement !), de consommer moins de matériels et évite surtout les erreurs.
 - o **Concernant les gants** : ils ne sont recommandés qu'en cas de contact avec les liquides biologiques. Il faut alors les enlever dès la fin du geste et faire une friction hydro-alcoolique (mettre des gants tout le temps est un facteur de contamination de l'environnement, on ne peut pas les désinfecter contrairement aux mains). Si les gants sont utilisés, nous les changeons avec usage de solution hydro-alcoolique dès leur retrait.
 - o Pour les soins invasifs (prélèvements nasopharyngés, aérosols), un masque FFP2 est nécessaire. Il est alors nécessaire de retirer la surblouse, la charlotte, les lunettes et le masque en sortant de la chambre

Petit truc pour les lunettes (en tout cas celles de l'AP-HP) : les branches sont réglables (si elles tombent, il faut raccourcir les branches). Elles ne sont pas à usage unique et doivent être désinfectées (trempées 10 minutes dans une solution désinfectante ou lingettes).

Les procédures habillage et déshabillage plastifiées doivent être affichées sur la porte et à l'intérieur de la chambre pour faire la procédure en auto-contrôle.

Considérer à tout instant que les mains sont le PRINCIPAL (si ce n'est unique) vecteur de la maladie et qu'il faut **absolument veiller à une hygiène des mains irréprochable**, et ne JAMAIS porter ses mains au visage sans friction hydroalcoolique, ce qu'on fait inconsciemment des dizaines de fois par heure.

- Pour les **masques chirurgicaux aux patients** : privilégier les masques à élastique à ceux à lien (beaucoup plus faciles et rapides à mettre à un patient surtout sous O2). Pour le personnel, les avis divergent.

- **Visite médicales** : ce que nous proposons (à adapter)
 - o Transmissions médecins-IDE du matin : nous avons proposé que chaque binôme IDE fasse les transmissions à tour de rôle aux médecins pour éviter d'être trop nombreux dans les secteurs.
 - o Nous nous partageons la visite tous les matins : chaque patient est vu par un seul médecin (interne ou senior). Seuls pour les entrants de la veille ou les cas les plus difficiles, nous doublons (interne + sénior). En fin de matinée vers 12H30 nous faisons un débrief de tous les patients pour valider certaines prises en charge et traitements.
 - o Les internes ont pour l'instant tendance à garder leur patient d'un jour à l'autre, mais les séniors « échangent », afin que tous les patients soient tous vus par les séniors en 48-72 heures max (point à discuter au cas par cas sûrement).
 - o Avant sa visite, chaque médecin relit tous ses dossiers d'un coup, puis va voir les patients un à un sans changer sa tenue (évidemment aucun document écrit ou informatique ne rentre dans les chambres). Il faut s'astreindre ensuite à faire les modifications de prescriptions rapidement après la visite afin de ne rien oublier. Possibilité d'avoir un binôme (y compris externe) à l'extérieur qui fait les modifications.
 - o Certaines équipes proposent que le patient porte un masque chirurgical (sauf impossibilité) lorsqu'un membre du personnel rentre dans sa chambre.
 - o Enfin, gardez le bon sens clinique en toute circonstance (ne pas passer à côté des diagnostics différentiels (embolie pulmonaire, patient transféré en réa s'améliorant après traitement d'un OAP etc).

- **Tour infirmiers** : les IDE/AS font leur tour en binômes notamment : un habillé dans la chambre, un dehors pour le top chrono de la FR (car pas de possibilité d'avoir une montre sur soi), noter les constantes, apporter les éléments manquants.

- **Installation matériel à l'extérieur de la chambre** :
 - o **Une potence à l'extérieur** pour le matériel propre : masques chirurgicaux/FFP2, lunettes propres, charlottes, gants, surblouses à manche longue, solution hydroalcoolique,

- **Un chariot à l'extérieur** pour le sale : bac désinfectant (voire lingettes) pour les lunettes, votre stéthoscope avec des lingettes pour la poignée de porte
 - Il faut aussi si possible une table ou équivalent dans l'entrée de la chambre (pour poser les plateaux etc. sans forcément s'habiller intégralement, quand le patient est valide.
- **Installation matériel à l'intérieur de la chambre :**
 - Poubelle jaune DASRI (éviter le système qui s'ouvre au pied car cela fait un mécanisme d'aérosols et préférer de simples bacs)
 - Une feuille A4 avec stylo accroché (un crayon de papier avec sparadrap autour et 30 cm déroulé en plus font parfaitement l'affaire) pour noter les constantes (zone sale mais cela permet de regarder sans s'habiller) : cette feuille est particulièrement importante lors de la visite des médecins ; comme à l'ancienne cela permet d'avoir un récapitulatif des constantes tous les jours sur un seul document dans la chambre
 - Masque(s) pour le patient (selon son état)
- Nous donnons le téléphone du poste de soins aux patients (affiche dans les chambres), ce qui les sécurise, permet de régler certains problèmes simples sans s'habiller etc. Ils peuvent aussi être appelés (psychothérapie de soutien par ex, question des assistantes sociales etc). Nous avons donc un répertoire des numéros de téléphone de chaque chambre affichée dans le bureau des médecins et celui des IDE.
 - Il est bien sûr préférable d'avoir surtout des chambres seules mais **il est possible de prendre en charge les patients infectés COVID en chambre à deux.**
 - **Nous mettons nos noms sur nos pyjamas et idéalement également sur la surblouse** (un sparadrap et un feutre noir suffisent). Les patients sont stressés et voient défiler en permanence des personnes en bleu ou vert, masquées qu'ils ne peuvent identifier comme homme/femme, docteur/IDE, déjà vue/jamais vue... Très perturbant, notamment pour les personnes âgées. Difficile même pour nous d'identifier les différents membres de nos équipes très recomposées.
 - Demander aux externes ou à qui est un peu disponible (?) de passer 15 minutes par jour avec chaque personne âgée/dépendante pour "faire la conversation" et maintenir un semblant de vie relationnelle. Nous essayons d'être vigilants car très rapidement, la prise en charge de ces patients devient sub-optimale (patients non mis au fauteuil, pas ou peu d'aides pour manger...) tant la charge de soins est lourde. Si cela est possible, aider le patient à appeler sa famille en Facetime/Skype/WhatsApp.
 - **Surtout, nettoyer/désinfecter +++ partout et tout le temps** (poignées de porte, téléphones, claviers, souris, interrupteurs etc). C'est le bon moment pour ranger le bureau des internes.
 - **Aérer les pièces** (chambres avec possibilité d'ouvrir les fenêtres sans les ouvrir en grand (prévention suicide), bureaux) pour diminuer la circulation du virus +++. Les recommandations (minimales) sont d'ouvrir les fenêtres 10 minutes toutes les heures. Attention, dans certains bâtiments (généralement récents), les recommandations peuvent être différentes : donc voir avec les services techniques.

Les **portes des chambres sont habituellement fermées mais peuvent en fait être laissées ouvertes si nécessaire** car il s'agit d'une transmission gouttelettes.

- **Il faut éviter au maximum les aérosols** et ne garder que les indications impératives (asthme décompensé notamment) : privilégier l'utilisation d'une chambre d'inhalation (4 bouffées de Ventoline dans chambre d'inhalation/4heures max) quand cela est possible.
- Petit problème pratique : que fait-on de notre téléphone ? Nos options :
 - o Garder sa blouse sur le pyjama (et la laisser dans le bureau des internes/médecins).
 - o Avoir une petite banane de voyage sous le pyjama et des airpods (?)
 - o Agrafer en haut de pyjama un "gant de toilette" en papier/coton
 - o Ne pas répondre en cours de soins. Penser FHA avant et après utilisation du téléphone.

ASPECTS ORGANISATIONNELS GENERAUX

- En plus des emails que nous échangeons (très nombreux), nous faisons des **réunions quotidiennes** (toutes par téléphone, car nous n'avons plus aucune réunion en présentiel, les cas de transmissions au sein des équipes étant très fréquents). Ceci permet d'être tenus informés très régulièrement de ce qui s'est dit aux réunions de crise du matin et du midi et d'informer les équipes. Il faut savoir que tout évolue très rapidement et que ce qui est vrai le matin, n'est plus vrai le soir et ainsi de suite.
- **Il faut également prévoir que les soignants puissent laisser leurs enfants à l'école ou qu'un mode de garde soit assuré**, notamment comme ce qui a été fait à l'Assistance Publique et plus largement au moins sur le secteur parisien et alentour. Certains font appel aux jeunes étudiants volontaires. C'est un point essentiel.
- **Pour les repas**, idéalement les prendre seul dans son bureau (donc s'amener un bon petit plat, écouter un peu de musique pour garder le moral). Pour les personnels paramédicaux, éviter qu'ils soient à plus de 5 dans l'office, et respecter une distance d'un mètre entre les personnes. Les personnels médicaux ou paramédicaux contacts de covid+ doivent manger seuls.
- **Gestion du stress**
 - o **Nous avons mis en place des séances d'hypnose et de consultations psychologiques** via des seniors de notre service et notre psychologue car le niveau de stress est important.
 - o Nous avons transformé notre salle de staff en salle de détente : tapis de yoga, tennis de table (avec masque chirurgical [attention les compétiteurs ont tendance à le retirer], 5 personnes au maximum).
 - o On se « doudoune » : chocolats, friandise, brioche certains matins.
 - o Ton et gestes calmes : on ne court pas, on ne crie pas...
 - o Nous sommes tous particulièrement à l'écoute les uns des autres car le stress est intense, avec une attention particulière pour les externes et les élèves infirmiers.
- **Pour les directions : mettre le Wifi, les télévisions en accès gratuit.** Cela facilite la possibilité pour le malade de faire du Facetime/Skype/WhatsApp avec sa famille.

GESTION DES PATIENTS EN FIN DE VIE

- Cela doit donc être prévu d'emblée (cf plus haut).
- Les coordonnées de la personne de confiance et de ceux à prévenir doivent être bien renseignées dans le dossier.
- Visites du/des proche(s) :
 - o Leur donner un masque avant d'entrée dans l'unité s'ils n'en ont pas.
 - o Nous avons eu un premier patient en fin de vie qui avait 3 filles et nous avons donc autorisé 3 visites que nous avons fait successivement, ce qui n'était pas une bonne idée car nécessite plus de temps soignant (il faut, à chaque fois, montrer comment s'habiller et se déshabiller en aidant la personne) et pendant ce temps, les personnes contacts attendent dans le couloir en contaminant potentiellement les surfaces ou du personnel qui passe. Enfin, il est probablement, moins anxiogène pour la famille d'être à plusieurs dans la chambre que seul.
- **Lorsque la sédation est efficace et le patient confortable, il faut diminuer** le débit d'O2 à maximum 4l car l'oxygénothérapie n'a plus d'intérêt pour le patient (elle est alors surtout mise pour la famille) et à forte dose elle augmente le risque de transmission (risque de mimer une aérosolisation)
- Enfin, avoir à disposition la procédure spécifique pour le décès (pace maker à enlever etc).

**Enfin, préservez-vous dans la mesure du possible,
Accordez-vous chaque jour un moment pour vous,
Vous le méritez bien !**



BON COURAGE A TOUS (cela va bien se passer).

**L'équipe de médecine interne, hôpital Cochin à Paris,
(notamment Nathalie Costedoat-Chalumeau, Luc Mouthon,
Tali-Anne Szwebel, Nathalie Morel, Nadjime Ismail)
Camille Taille (pneumologie, hôpital Bichat à Paris)
Les équipes d'hygiène AP-HP
Et d'autres qui ont donné leurs trucs et astuces**