

Covid-19

BILAN ET RETOUR D'EXPÉRIENCES

15 SEPTEMBRE 2020



Table des matières

Table des matières	2
1^{ère} partie - Bilan	
Introduction	6
1. Dates et chiffres clés	8
Etapes marquantes et pics d'activité	8
Ambulatoire	8
Hospitalisation	8
Collaboration avec les cliniques privées	8
Centre des maladies virales émergentes et laboratoires	8
Matériel consommé	8
Ressources humaines	8
Médias et réseaux sociaux	9
Télécontacts, télémedecine	9
Soutien aux collaborateur-trices	9
Centrale 144	9
Recherche	9
2. Transformation de l'hôpital en un dispositif dédié	10
2.1. Mise en place d'une cellule de crise	10
2.2. Anticipation et rôle du CRIVE	11
2.3. Création de lieux de dépistage pour la population	11
2.4. Aménagement des infrastructures existantes	12
3. Adaptation des services d'appui et de logistique	14
3.1. L'approvisionnement en équipements médicaux : un enjeu majeur	14
3.2. Des collaborations indispensables	15
3.3. Transport et distribution de marchandises	15
3.4. Organisation du télétravail	16
3.5. Adaptation des systèmes d'information	16
3.6. Gestion des déchets	17
3.7. Traitement du linge	17
3.8. Nettoyage des locaux	18
3.9. Fermeture des restaurants HUG au public	18
3.10. Annulation des événements publics et des formations en présentiel	18
4. Réorganisation des activités	19
4.1. Une collaboration exceptionnelle avec les cliniques privées	19
4.2. Dispositif du canton de Genève	19
4.3. Maternité : répartition des parturientes	20
4.4. Télémedecine	20
4.5. Restriction des visites et déploiement d'Harmonie	21
5. Prise en charge des patient-es	22
Prévention des infections	22
Critères de dépistage	22
Renforcement de la centrale Urgences-Santé 144	23
5.1. Patient-es Covid-19	23
5.1.1. Trajectoires des patient-es	23
5.1.2. Standardisation des processus de prise en charge	28
5.1.3. Protocoles thérapeutiques appliqués	28
5.1.4. Développement d'outils de prescription et simplification de la documentation	29
5.1.5. Maternité	29
5.1.6. Pédiatrie	30
5.1.7. Radiologie	30
5.1.8. Psychiatrie	31

5.1.9.	Soutien psychologique aux patient-es et aux proches	31
5.1.10.	Gestion des décès	31
5.2.	Patient-es non-Covid-19	32
5.2.1.	Téléconsultations	32
5.2.2.	Cancer	32
5.2.3.	Transplantation d'organes	33
5.2.4.	Grossesse	33
5.2.5.	Violences domestiques	33
5.2.6.	Addictions	34
5.2.7.	Psychiatrie	34
5.2.8.	Prévention	35
-	Santé mentale	35
-	Santé sexuelle	35
-	Activité physique	35
6.	Recherche et enseignement	36
6.1.	Recherche d'un vaccin	36
6.2.	Evaluation de l'immunité	37
6.3.	Covid-19 et précarité à Genève	37
6.4.	Autres programmes de recherche médicale	38
6.5.	Enseignement	38
7.	Ressources humaines	39
7.1.	Recrutement	40
7.2.	Formation	40
7.3.	Santé du personnel	40
7.4.	Prévention des infections	41
7.5.	Dépistage	41
7.6.	Protection du personnel vulnérable	41
7.7.	Consultation en dermatologie	42
7.8.	Soutien psychologique	42
7.9.	Récupération du personnel surchargé	42
7.10.	Hypno-pauses	43
7.11.	Autres prestations	43
7.12.	Services et facilités mis à la disposition du personnel	43
8.	Information et communication	45
8.1.	Recommandations aux professionnels	45
8.2.	Gestion des données	45
8.3.	Communication interne	45
8.4.	Communication externe	46
8.5.	Relations médias	47
9.	Retour à une nouvelle normalité	48
9.1.	Reprise progressive des activités	48
9.2.	Maintien d'un dispositif minimal en cas de nouvelle vague	48
9.3.	Renforcement des effectifs	49
10.	Impact sur les finances	50
10.1.	Coût de la pandémie dans les hôpitaux universitaires de Suisse	50
10.2.	Dépenses de santé publique engagées aux HUG	50
10.3.	Dépenses de santé publique engagées pour le canton	51
10.4.	Déficit de facturation	51
10.5.	Dispositif Covid à maintenir	52

2^{ème} partie - Retour d'expériences

11.	Retour d'expériences	54
11.1.	Dispositif de gestion de crise	54
11.1.1.	Organisation de la cellule de crise	54
11.1.2.	Principales leçons apprises	55

11.2.	Thématiques et axes de réflexion.....	56
11.2.1.	La résilience institutionnelle	56
11.2.2.	La mobilisation des collaborateurs·trices et des différents acteurs	57
11.2.3.	Travailler autrement.....	58
11.2.4.	La communication et la coordination.....	59
11.2.5.	La gestion des flux.....	60
11.2.6.	Apprendre d'une crise particulière et généraliser.....	60
11.3.	Utilisation du retour d'expérience pour l'élaboration du plan stratégique 2021-2025	61
Conclusion		62
Annexes		63
	Annexe 1 – Organisation mise en place	64
	Annexe 2 – Communiqués de presse Covid-19	65
	Annexe 3 – Actualités publiées sur le site Internet.....	66
	Annexe 4 – Faits et chiffres	68
	Annexe 5 – Retours d'expérience de la crise sanitaire	69
	Annexe 6 - HUG MAG.....	94

1^{ère} partie

Bilan

Introduction

Un défi mondial

La pandémie de Covid-19 a commencé en Chine, en décembre 2019 avant de s'étendre au reste du monde au début de l'année 2020. Le virus SARS-CoV-2 provoque la maladie à coronavirus 2019, abrégée en Covid-19. Le premier cas de Covid-19 a été détecté à Wuhan le 1er décembre 2019.

Des médecins chinois donnent l'alerte sur un nouveau virus inconnu qu'ils nomment 2019n-CoV et qui serait apparu chez des personnes travaillant sur un marché de Wuhan dans la province de Hubei en Chine centrale.

Le virus se propage rapidement sur tout le territoire chinois durant les deux mois suivants et le 11 janvier la Chine enregistre un premier décès lié au virus.

Dès la fin du mois de janvier, les Etats-Unis annoncent un premier cas sur leur sol. Le virus se propage rapidement et gagne l'Europe au même moment. La France, l'Italie et l'Allemagne déclarent leurs premiers cas d'individus infectés la même semaine. L'OMS se résout à déclarer l'état d'urgence de santé publique de portée internationale.

Dès le 25 janvier et afin d'endiguer la propagation du virus, la ville de Wuhan et pratiquement toute la province du Hubei, sont coupées du monde, portant le nombre total des habitants confinés à plus de 56 millions.

A la fin du mois de février, l'épidémie a atteint un plateau en Chine mais continue de se propager largement dans le reste du monde.

Un défi suisse

La Suisse a dû faire face, comme le reste du monde, à l'arrivée et à la propagation de ce nouveau Coronavirus, jusqu'alors inconnu. Le 25 février, un premier cas est confirmé au Tessin. Le patient s'est infecté dans la région de Milan lors d'une manifestation le 15 février. Les premiers symptômes sont apparus deux jours plus tard.

Dès le 28 février, le Conseil fédéral interdit toute manifestation de plus de 1 000 personnes. A ce stade, la Suisse compte 15 personnes testées positives dans neuf cantons : le Tessin, Genève, Vaud, Zurich, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie, les Grisons et Obwald. Plus de 100 autres personnes sont en quarantaine.

Le 5 mars, la Suisse enregistre le premier décès lié au virus : il s'agit d'une femme de 72 ans qui décède au CHUV à Lausanne.

Le 16 mars, le Conseil fédéral, considérant la situation comme extraordinaire, annonce des mesures de confinement à l'échelle du pays qui compte désormais plus de 2 300 cas d'infection. Par la suite, ce confinement sera prolongé jusqu'au 26 avril.

Les cantons suisses ont été impactés de manière très différente et Genève a été le canton le plus touché. Sur le plan de l'organisation sanitaire, cette différence s'est accentuée : Genève a relevé un défi immense alors que les hôpitaux d'autres cantons ont été touchés de manière marginale.

Une comparaison entre les cinq hôpitaux universitaires de Suisse l'illustre bien : tandis que les HUG ont soigné 1'108 patients COVID-19 (au 27 juin 2020), le CHUV en a reçu 538, l'USB (Bâle) 213, Inselgruppe (BE) 167 et l'USZ (ZH) 149.

Un défi pour Genève

La particularité genevoise d'avoir un seul hôpital public est venue renforcer le défi organisationnel à relever par l'institution. En effet, dès le début de la crise sanitaire, les HUG ont pris de nombreuses mesures pour assurer la prise en charge des patient·es, la sécurité et le bien-être des professionnel·les mobilisé·es.

Dès les premiers signaux en Chine, le Centre des maladies virales émergentes a mis en place une cellule prospective chargée d'évaluer l'impact sur les HUG, de suivre l'évolution de la pandémie en Chine et en Europe et de préparer l'hôpital pour y faire face.

Ainsi et dès le 27 janvier, les laboratoires sont mobilisés et mettent en place un test de dépistage.

Au plus fort de la pandémie, Genève (et les HUG) ont maîtrisé la réponse sanitaire grâce à la forte augmentation de la capacité hospitalière (soins intensifs adultes et soins intermédiaires), la transformation des unités de médecine et de chirurgie en unités COVID, l'accueil de patient·es COVID à l'hôpital des Trois-Chêne, et à la répartition des tâches entre les acteurs privés, publics et l'Association des médecins de Genève (AMGe).

Du 27 janvier au 27 avril, les HUG ont adapté leur dispositif à la crise, puis à une reprise progressive de l'activité, notamment les consultations ambulatoires et les opérations chirurgicales électives.

Le 24 mars, le Conseiller fédéral Alain Berset, accompagné du Dr Daniel Koch, chef de la division « Maladies transmissibles » de l'Office fédéral de la santé publique, a effectué une visite du dispositif Covid-19 des HUG. Accueilli par Antonio Hodgers, Président du Conseil d'Etat, et Mauro Poggia, Conseiller d'Etat, il a ensuite donné une conférence de presse à huis-clos, en présence de Mauro Poggia et de Bertrand Levrat, directeur général des HUG.

Entre le début de la pandémie et le 27 juin 2020, 893 patient·es admis·es pour le Covid-19 ont quitté l'hôpital. Au plus fort de la crise, les HUG ont accueilli 552 patient·es Covid dont 67 hospitalisé·es aux soins intensifs.

Un élan de solidarité incroyable

Les HUG ont bénéficié d'un magnifique élan de solidarité et de soutien de la part de la population genevoise qui, tous les soirs, aux balcons, a applaudi les équipes et aussi de la part de particuliers, d'entreprises, de fondations et d'associations qui ont généreusement contribué au soutien de la recherche, de la qualité des soins et du bien-être du personnel des HUG.

La Fondation privée des HUG a géré ces dons et été le témoin d'un attachement et d'un soutien remarquable durant toute la durée de la pandémie.

L'argent reçu et redistribué a servi à lancer 11 recherches et études médicales, développer cinq programmes en faveur de la qualité des soins et de suivi des patient·es et à mettre sur pied 3 grandes actions pour le bien-être des équipes.

1. Dates et chiffres-clés

Étapes marquantes et pics d'activité

- 27 février : 1^{er} cas d'un patient atteint par le Covid-19 à Genève dépisté et hospitalisé
- 28 mars : hospitalisation de 53 personnes en 24h
- 31 mars : 67 patient·es intubés (max)
- 4 avril : 67 patient·es aux soins intensifs (max)
- 8 avril : 552 personnes hospitalisées (max)
- 20 mai : 0 patient Covid-19 intubé
- 29 mai : 0 patient Covid-19 aux soins intensifs

Ambulatoire

- 19'439 consultations au Secteur E (27 février au 27 juillet), dont 17'350 personnes testées et 1'772 tests positifs (soit 10%)
- Fréquentation du Secteur E : 200 à 300 par jour

Hospitalisation

- Capacité triplée en soins intensifs et intermédiaires
- Capacité quadruplée des lits en médecine interne (de 130 à 400 lits)
- Moitié des lits à l'Hôpital des Trois-Chêne dédiée à la prise en charge de malades du Covid (111 lits)
- Mise à disposition de 28 lits dédiés à la réadaptation post-Covid à l'Hôpital de Loëx

Patient·es Covid :

- 1'108 personnes hospitalisées
 - o dont 140 hospitalisées en soins intensifs
 - o dont 235 personnes âgées à l'Hôpital des Trois-Chêne
 - o dont 17 enfants hospitalisés à l'Hôpital des enfants (dont 5 aux soins intensifs)
 - o dont une petite vingtaine de femmes hospitalisées à la Maternité
- Au pic de la pandémie : 67 patient·es aux soins intensifs et 110 lits disponibles
- 893 patient·es sorti·es de l'hôpital au 27 juin
- 66 ans : âge moyen des personnes hospitalisées (64 ans aux soins intensifs)
- 86% : taux de survie des patient·es Covid-19 hospitalisés (81% aux soins intensifs)

Collaboration avec les cliniques privées

- 102 patient·es hospitalisé·es aux HUG transféré·es vers les cliniques
- 1'221 interventions réalisées par des chirurgien·nes des HUG dans les cliniques

Centre des maladies virales émergentes et laboratoires

- 37'547 tests de dépistage effectués au 27 juin 2020
- 23'988 tests de sérologie effectués au 27 juin 2020

Matériel consommé

- 8'000'000 de masques IIR commandés
- 500'000 masques FFP2 commandés
- 45'000 blouses par semaine (contre 32'000 habituellement)
- 30'000 flacons de lotion hydro-alcoolique produits

Ressources humaines

- 445 personnes engagées en CDD dont 168 bénévoles
- 554 collaborateur·trices ont augmenté leur taux d'activité (équivalent 115 ETP)
- 91 médecins des HUG, issus de diverses spécialités, réorientés vers les unités du Service de médecine interne générale

- 80 militaires affectés comme renfort sanitaire
- 200 milicien-nes de la PC pour un total de 3'988 jours de service.

Médias et réseaux sociaux

- Médias (entre le 20 janvier et le 30 juin):
 - 3'528 articles et émissions citant les HUG
 - 90 reportages photos, radios et TV
 - 1'159 demandes médias
- Réseaux sociaux :
 - 300 vidéos, 6 millions de vues
 - 13 millions de vues (+ 750%) sur Facebook, Twitter, Instagram
 - 100'000 abonné-es sur YouTube, +50% en 1 an
 - 14'200 messages reçus et modérés

Télécontacts, télémedecine

- 3'745 consultations organisées via la plateforme HUG@home
- App Harmonie : 98 tablettes fournies aux patient-es, 1'300 contacts patient-e-proche par vidéo

Soutien aux collaborateurs-trices

- Repas collaborateurs-trices : 202'000 repas offerts du 26 mars au 10 mai
- Hébergement collaborateurs-trices : 2'944 nuitées offertes (plus de 600 bénéficiaires)

Centrale 144

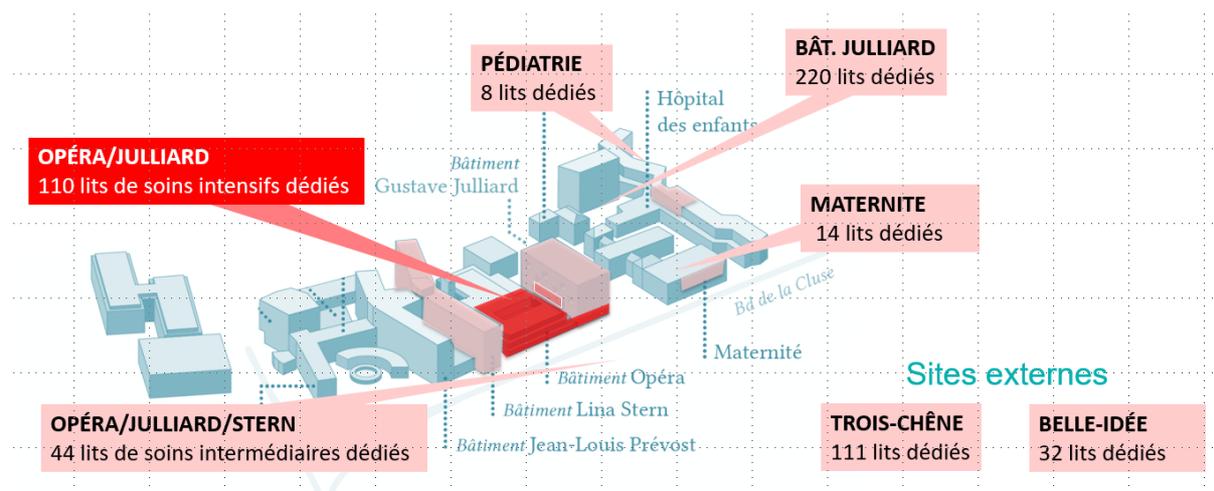
- Centrale 144 : 1'500 à 2'000 appels par jour (300 en temps normal)

Recherche

- Recherche : 54 protocoles soumis

2. Transformation de l'hôpital en un dispositif dédié

Dès les premiers signaux reçus de la Chine, la cellule prospective a effectué une veille constante permettant d'anticiper les besoins et les risques de l'hôpital et de préparer l'institution à y faire face. Pour répondre à ces nouveaux défis, une cellule de crise a été mise en place dès la fin du mois de janvier et les laboratoires ont rapidement mis en place un test de dépistage. L'objectif premier était alors de pouvoir organiser le dépistage, séparer les flux patient·es Covid et non Covid à l'entrée (urgences) et tout au long du séjour (unités de soins dédiées sur différents sites, voir schéma ci-dessous) et accroître la capacité d'accueil aux soins intermédiaires et aux soins intensifs.



2.1. Mise en place d'une cellule de crise

Le 27 janvier 2020, s'est constituée une cellule de coordination et de suivi de l'épidémie.

Dès le 18 mars 2020, elle est devenue une cellule de crise et a réuni 7j/7 une cinquantaine de cadres de tous les services médicaux, logistiques et administratifs impliqués dans la gestion de crise. La cellule a géré l'organisation de l'hôpital pour faire face à l'afflux de patient·es puis la reprise progressive d'activité.

Parallèlement, afin de coordonner l'ensemble des actions menées au niveau cantonal, un point était organisé chaque soir entre la Direction générale et une délégation du Conseil d'Etat. Sous l'égide du médecin cantonal, une cellule de coordination s'est par ailleurs réunie deux fois par semaine avec les représentants des cliniques privées, des médecins de ville et des HUG.

Aux HUG, la dernière séance de la cellule de crise a eu lieu le 29 mai 2020. Au total, elle se sera réunie 53 fois.

Dans la perspective d'une seconde vague, d'une nouvelle hausse des contaminations, une cellule de veille restreinte a poursuivi ses travaux une fois par semaine afin de suivre l'évolution de la situation épidémiologique et d'être en capacité de réactiver une partie du dispositif si nécessaire.

2.2. Anticipation et rôle du CRIVE

Le Centre national de référence pour les infections virales émergentes (CRIVE) a validé début janvier le test diagnostique du nouveau Coronavirus. Au début de l'épidémie, compte tenu de son statut national, il a été chargé de valider tous les tests positifs réalisés dans quelque centre que ce soit en Suisse.

Une collaboration avec les laboratoires de ville a été mise en place. 500 tubes par jour ont été produits par les laboratoires externes dès le 19 mars. Dès le 17 mars, l'installation de deux nouvelles machines capables de réaliser des analyses à large échelle a fortement augmenté la capacité des HUG à rendre des résultats rapidement, jusqu'à trois fois par jour.

L'objectif de 1'000 tests par jour a été atteint fin avril, avec un temps moyen nécessaire pour disposer du résultat de 5h30.

En date du 27 juin 2020, 37'547 tests de dépistage avaient été réalisés aux HUG dont la moitié (18'205) sur mandat d'autres hôpitaux et prestataires. S'y ajoutent 23'988 tests sérologiques destinés à évaluer l'immunité de la population.

Tout au long de la crise, le CRIVE a collaboré avec le Laboratoire de virologie et le Centre national de référence de l'influenza, également abrité aux HUG. Sur le plan mondial, il a contribué à définir les programmes de recherche prioritaires sur le nouveau coronavirus et a été l'un des 26 centres de référence de l'OMS.

2.3. Création de lieux de dépistage pour la population

Le défi lié au nouveau Coronavirus a été de séparer les flux de personnes arrivant à l'hôpital, notamment aux urgences, pour éviter que celles qui présentaient des symptômes respiratoires aigus soient en contact avec des personnes accidentées ou souffrant d'autres affections sans lien avec le Coronavirus.

Dans un premier temps, le tri s'est fait aux urgences dans des boxes dédiés avant qu'un lieu de dépistage pour les patient-es ambulatoires suspect-es de Covid-19 soit aménagé : le Secteur E, accessible directement par l'extérieur. Une vaste salle inoccupée sous l'ancien auditoire des policliniques, idéalement située entre le parking réservé aux donneurs de sang (rue Lombard) et le Bâtiment des laboratoires, a été transformée en l'espace de 10 jours. Grâce à ces travaux réalisés en urgence et par anticipation, le Secteur E était prêt à partir de la mi-février.

Dès le 27 février, après que le premier cas ait été identifié à Genève, ce Secteur E a été ouvert pour recevoir les patient-es venant se faire dépister. Sa superficie a été élargie dès le 17 mars par l'installation d'une tente de 200m² sur le parking susmentionné pour faire face au flux croissant de personnes (affluence record le 16 mars avec 450 personnes en 24 heures). Le 20 juin, la tente a été réduite en taille mais maintenue pour faire face à la forte augmentation du nombre de tests consécutive à l'annonce de leur gratuité et à l'évolution de l'épidémie.

Côté urgences aiguës, dès la mi-mars, suite au déménagement de l'Unité d'urgences ambulatoires, six boxes isolés du reste des urgences ont été dédiés aux malades du Covid-19. Puis, le 20 mars, le Snack « Les Bonnes Choses » a fermé ses portes et été réaménagé pour agrandir la zone de tri. A partir du 27 mars, il a accueilli les personnes venant consulter aux urgences adultes et a facilité l'orientation des patient-es en deux filières distinctes et séparées.

Le Secteur E et la tente ont permis de réaliser entre 300 et 400 prélèvements par jour (pic à 1'000). Le dépistage a été assuré tous les jours de 8h à 22h (horaires variables en fonction de l'affluence). En dehors de ces heures, il était effectué au sein des urgences aiguës.

Les hospitalisations de patient-es Covid-19 ont été réalisées directement dans les unités du bâtiment Julliard en utilisant une entrée, un couloir et deux ascenseurs dédiés. En mars, une autre tente a été dressée à proximité du bâtiment pour offrir davantage d'efficacité aux arrivées des ambulances pour le transfert des malades dans les unités.

A l'Hôpital des enfants, un lieu de dépistage, isolé, séparé du reste des urgences pédiatriques, a également été mis en place tout comme à l'Hôpital des Trois-Chêne, au sein des urgences gériatriques non vitales. Le Bus Santé s'est également déplacé à l'Hôpital de Loëx et à la Clinique de Joli-Mont pour effectuer des dépistages auprès du personnel.

En parallèle et dès le début du mois de mai, la Consultation ambulatoire de soins communautaires (CAMSCO) s'est associée à Médecins Sans Frontières (MSF) et a réalisé des examens cliniques, donné des conseils médicaux et effectué des tests de dépistage Covid et VIH auprès des populations vulnérables réunies à la patinoire des Vernets lors de distributions de nourriture.

2.4. Aménagement des infrastructures existantes

Une transformation des unités de soins et des sites hospitaliers a été opérée afin de pouvoir répondre aux besoins de manière rapide, efficace et durable. Cela a également permis de réaménager les flux des patient-es afin de séparer les cas Covid et non Covid.

- Le principe qui a prévalu a été de séparer les unités Covid-19 des non-Covid-19. Ainsi, dans le bâtiment Gustave Julliard, une unité, puis deux, puis la totalité du bâtiment ont été affectés aux patients Covid.
- En tout, 33 unités spécialisées ont été dédiées à la prise en charge de malades du Covid-19 sur plusieurs sites des HUG : Cluse-Roseraie, Belle-Idée, Trois-Chêne et Loëx.
- Dès le 17 mars, et pendant la durée de la pandémie, 13 des 16 blocs opératoires ont été transformés en salles de soins intensifs. Six d'entre eux (Julliard) ont été réquisitionnés jusqu'à fin avril.
- Le 20 mars, un secteur Covid-19 a été ouvert en médecine pénitentiaire.
- Le 23 mars, les Soins INtermédiaires Péri-Interventionnels (SINPI) et la Salle de Soins Post-Interventionnels (SSPI) ont été transformés pour accueillir des lits de soins intensifs Covid-19 (30 lits).
- Dès le 26 mars, le Département de réhabilitation et gériatrie a adapté son dispositif pour créer deux filières distinctes Covid-19 et non-Covid-19 sur ses différents sites. Ainsi, l'Hôpital des Trois-Chêne a dédié 50% de sa capacité d'accueil (142 lits) aux soins aigus Covid-19 (deux unités, à savoir 62 lits, étant restée en réserve). Puis, avec l'évolution des besoins des patient-es, l'Hôpital de Loëx a dédié plusieurs unités aux soins de réadaptation post Covid avec 28 lits.
- Au cours de l'épidémie, les soins intermédiaires de médecine ont joué un rôle prépondérant permettant, entre autres, d'éviter à certains patient-es une intubation et une admission aux soins intensifs. Mi-mars, le 6^e étage du bâtiment Stern a été entièrement vidé des bureaux qui l'occupaient et transformé à nouveau, dès le 1^{er} avril, en unités de soins. La capacité a

été de 107 lits dont 30 de soins intermédiaires pouvant être transformés en lits de soins intensifs. Ces unités ont été maintenues dans le dispositif post-crise.

- La circulation devant l'hôpital et le dépose-minute ont été modifiés : la rue Gabrielle-Perret Gentil est passée en sens unique (dans le sens de la descente) de 6h à 22h pour faciliter l'accès aux HUG des véhicules de secours. Une zone dépose-minute a été mise en place dans la rue.

3. Adaptation des services d'appui et de logistique

Les services d'appui et de logistique ont dû adapter leurs prestations, modifier leurs priorités et répondre à des besoins nouveaux rapidement. Ces fonctions supports ont su faire preuve d'une efficacité et d'une adaptabilité remarquables afin de soutenir les services de soins. L'approvisionnement en matériel médical et la gestion des stocks se sont avérés être un enjeu stratégique majeur. La gestion des ressources humaines et l'adaptation des systèmes d'information ont également constitué un élément clé dans la gestion de cette crise.

3.1. L'approvisionnement en équipements médicaux : un enjeu majeur

Masques, surblouses, solution hydro-alcoolique, kits de dépistage, pousse-seringues, respirateurs et anesthésiants ont été subitement consommés en quantité inhabituelle et ont nécessité de trouver des solutions de consommation raisonnée, de même que d'approvisionnement.

D'une manière générale, une coordination efficace entre les HUG et le CHUV, le rôle de la CAIB et la plateforme PLEXUS Santé, la gestion prudente de la pharmacie des HUG et une gestion des stocks optimisée au sein de l'institution ont permis de gérer les approvisionnements nécessaires et de ne pas manquer de médicaments ni de matériel médical.

Dès le 17 mars, une cellule logistique a été mise en place (equipements.covid19@hcuge.ch) pour coordonner les approvisionnements, prioritairement les matériels de tests de dépistage et les réactifs.

- Les stocks de masques au début de la crise se sont avérés insuffisants pour faire face à un besoin important et soudain. Pour répondre à ce besoin, l'approvisionnement en masques n'a pu respecter les mesures habituelles en vigueur, notamment d'appel d'offres, mais des solutions plus rapides ont été mises en place, comme par exemple la recherche de fournisseurs à travers le monde, comme en Asie ou aux Etats-Unis.
- Dès le 17 mars, le recyclage des flacons de Hopirub pour re-remplissage a été mis en place. Début mars, la consommation était de 2'400 litres par semaine. Le 20 mars, la Pharmacie des HUG a lancé une production interne de 10'000 litres qui s'est poursuivie par 1'000 litres hebdomadaires ; de quoi couvrir la moitié des besoins de l'hôpital.
- La consommation de vêtements (surblouses) est passée de 32'000 à 45'000 pièces par semaine. Des critères de remplacement ont été mis en place pour en limiter l'usage au strict nécessaire.
- Le stock de kits de dépistage a été limité durant la première partie du mois de mars (reconditionnement de tubes). La situation s'est détendue à partir du 21 mars mais, pour éviter tout test inutile, les critères de dépistage ont continué à être appliqués strictement, en particulier en ambulatoire.
- L'oxygène est essentiel pour soulager les patient-es souffrant de problèmes respiratoires aigus. Le 20 mars, le débit d'oxygène était de 80'000 m³/heure alors qu'avec l'augmentation rapide du nombre d'hospitalisations, les besoins ont été évalués à 200'000. En réalisant une véritable prouesse technique, des travaux ont été exécutés pour remplacer les canalisations et l'apport d'oxygène a considérablement augmenté dès le 26 mars. Installée en trois jours, une deuxième citerne d'oxygène de 24'000 litres, pesant 46 tonnes, a permis de doubler, dès le 1er avril, la capacité d'oxygène des HUG.

3.2. Des collaborations indispensables

- Firmenich a collaboré avec les HUG en produisant 20'000 litres de solution hydro-alcoolique. Dès le 8 avril, Givaudan a alimenté les pharmacies du canton avec sa production locale.
- La disponibilité d'un médicament essentiel, le Propofol utilisé pour l'anesthésie des malades aux soins intensifs, est devenue plus délicate à la fin du mois de mars (moins de deux jours de réserve). Grâce aux démarches de la Pharmacie des HUG, à l'aide de médecins de ville et d'acteurs privés, un approvisionnement a pu être mis en place.
- Au début de la crise, le Service des soins intensifs comptait 50 respirateurs de réanimation pour adultes et celui des soins intensifs pédiatriques 20 dédiés à la prise en charge des enfants. Les HUG ont réussi à acheter plusieurs appareils supplémentaires auprès d'un fabricant suisse. Au moment du pic de l'épidémie, la Confédération et l'Armée ont réussi à mettre à la disposition des HUG, sous la forme d'un prêt, 120 respirateurs supplémentaires. Des discussions sont en cours pour en acquérir 70 répondant aux besoins du dispositif pérenne des HUG et garder en stock les 50 autres en effectuant la maintenance nécessaire afin d'être en mesure, à tout moment, sur réquisition des autorités fédérales, de les mettre à disposition d'autres cantons ou d'établissements de soins genevois.
- Par ailleurs, 51 respirateurs de pneumologie étaient à la disposition des équipes. Ces derniers ne servent pas à intuber le/la patient·e mais à mieux l'oxygéner. Ils sont utilisés en pré ou post soins intensifs.
- Les HUG et le Canton ont pu compter sur l'engagement d'un groupe d'entrepreneurs privés désireux de renforcer les capacités d'approvisionnement en matériel sanitaire et réunis en une « Task force Covid ». Officiellement constituée par le Conseil d'Etat et les HUG le 26 mars 2020, sous la présidence de Patrick Odier et avec le conseil médical du Pr Didier Pittet, et opérant en étroite coordination avec la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale Vaud-Genève, la Task force a acheminé de Chine vers Genève des centaines de tonnes de matériel médical, des millions de masques et 400 pousse-seringues. Plusieurs avions ont été affrétés dans ce but, notamment les 12 et 22 avril.
- La Task force a également facilité la production de solution hydro-alcoolique grâce à la contribution précieuse de sociétés privées genevoises et suisses.
- Le Centre d'impression 3D des HUG a su réunir autour de lui un réseau de professionnels et de particuliers qui, grâce au soutien de la Fondation privée des HUG, ont fabriqué des milliers de pièces, notamment des visières de protection et des clips pour un meilleur confort du port du masque.
- Durant tout le mois de juin, une collaboration entre les HUG, la Task Force et Terre des Hommes a permis une distribution de solution hydro-alcoolique à la population genevoise.
- Il convient de souligner que, tout au long de la crise, le CHUV et les HUG et leurs directions sont restés en contact permanent afin de gérer ensemble les stocks

3.3. Transport et distribution de marchandises

Le Service Transport Distribution et Magasin a assuré un support logistique 7/7 afin de garantir les prestations suivantes :

- Doublement des transports repas IMAD
- Transport de matériel vers les cliniques privées
- Gestion collective, arrivage et distribution des dons

- Reconditionnement, stockage pour la pharmacie et le Batlab
- Gestion logistique du flux de matériel biomédical supplémentaire (Armée suisse, importation)
- Formation à la mesure « Gouttelette » (programme VigiGerme de prévention des infections) pour assurer le transport de patients Covid en toute sécurité
- Prestation logistique à l'Etat de Genève.

3.4. Organisation du télétravail

Vu les directives du Conseil fédéral, le télétravail a été encouragé pour toute personne dont le travail n'exigeait pas une présence physique à l'hôpital et dans le cadre d'objectifs fixés par la hiérarchie.

Cela a entraîné une forte augmentation des besoins en télétravail et engendré un surcroît de travail pour les équipes de la Direction des systèmes d'information. En particulier, 2'000 licences de téléconférence Zoom ont été déployées dès le 19 mars.

De nombreuses séances, habituellement organisées en présentiel, se sont déroulées via cette plateforme, telles que certaines séances de service, du Conseil d'administration ou encore avec les partenaires sociaux.

3.5. Adaptation des systèmes d'information

La Direction des systèmes d'Information a fait preuve d'agilité pour répondre aux nouveaux besoins, notamment en adaptant les applications et les services requis pour soutenir et faciliter la prise en charge des patient-es. Les équipes ont relevé trois défis :

- faire évoluer des outils (DPI, Synopsis)
- renforcer les installations et les équipements
- contribuer à la gestion des accès et des visites (SMS).

Les différents projets réalisés concernent à la fois le Service des applications et le Service des opérations. Il s'agit principalement :

Côté applications :

- Dashboards dynamiques
- Extraction datalake pour alimentation rapports cellules de crise
- Application ExpectingU pour l'envoi de SMS de rendez-vous et la sécurité aux entrées
- Alimentation des bases de données DGS et OFSP
- Prise en charge COVID-19 dans Synopsis
- Modification journalière de POS, le référentiel des grandes caractéristiques organisationnelles et fonctionnelles de l'institution
- HUG@home
- Coronapp-HUG
- Harmonie
- Rapport BO pharmacie
- Application mobile picking pharmacie
- Rapport BO suivi des stocks Plexus
- Tableau de bord DRH
- Contrat changement de taux d'activité
- Gestion COVID dans vRH

Coté infrastructure :

- Adaptations d'infrastructure sur les diverses plateformes myDesk (Citrix pour le télétravail) ou Direct access, extension bande passante internet, mise en place de nouveaux services (Zoom et bridges audio)
- Actions de sécurité
- Mises à disposition de PC ou autres outils pour faciliter le télétravail

3.6. Gestion des déchets

Sur tous les sites des HUG, le volume de déchets a été très important les premiers jours de l'épidémie. Les collectes ont ainsi été multipliées par 2 à 4 suivant les services.

Toutefois en parallèle, les déchets médicaux (filière jaune) ont fortement diminué avec l'arrêt des activités médicales et notamment des blocs opératoires. Le volume des déchets médicaux a de ce fait très nettement diminué au bout de quelques jours pour retrouver un niveau quasi normal. A noter que les déchets Covid-19 sont légers et peu volumineux (masques, blouses, charlottes, tiges de prélèvement...).

Par ailleurs, le télétravail a eu pour effet une forte diminution du volume des ordures ménagères en mars et avril 2020.

Durant le mois de mars, des masques FFP2 usagés ont été stockés afin d'essayer de les stériliser et de les reconditionner pour les réutiliser dans le cas où l'hôpital aurait dû faire face à une éventuelle pénurie.

A fin avril, 155 tonnes de déchets issus de la filière jaune et 660 tonnes provenant de la filière grise avaient été prises en charge contre respectivement 169 tonnes et 716 tonnes pour la même période en 2019.

3.7. Traitement du linge

Le Service traitement et distribution du linge a dû adapter ses pratiques afin de répondre aux changements des besoins de l'institution.

Les draps, alèses, serviettes éponges, etc. représentent habituellement plus de 67% du type de linge nettoyé et plié. Cette proportion est descendue à 59% pendant la crise, compte tenu de la baisse de l'activité chirurgicale.

En parallèle, la proportion du traitement des textiles (vêtements professionnels, blouses malades) a subi une augmentation importante et a représenté durant cette période 32% des linges lavés contre 24.2% habituellement.

Au total, ce sont 14 000 tenues supplémentaires de soignant-es qui ont été lavées.

Par précaution, pour répondre à l'inquiétude légitime de collaborateurs et collaboratrices de ce secteur concernant une éventuelle transmission du Coronavirus par le linge souillé et dans l'état incertain des connaissances à ce sujet, il a été souhaité que le linge soit désinfecté avant d'être trié. Un tunnel de désinfection a été mis en place à cet effet en moins de 48h.

3.8. Nettoyage des locaux

La situation particulière a induit un renforcement des besoins au Service Propreté et Hygiène. Au total, 62 personnes supplémentaires ont renforcé le service et 9 équivalents temps plein ont été dédiés aux soins intensifs.

3.9. Fermeture des restaurants HUG au public

Dès le 17 mars, le Café-Brasserie Chez Gustave (bâtiment Julliard) et Opéra Food ont été fermés. Dès le 20 mars, le Snack « Les Bonnes Choses » est fermé puis réquisitionné dès le 27 mars pour le tri des urgences adultes.

Le 2 juin 2020, Opéra Food et le Café Chez Gustave ont rouvert leurs portes. La Brasserie Chez Gustave rouvrira en septembre et le Snack Les Bonnes Choses début octobre. Une adaptation des espaces et des flux de circulation pour respecter les règles d'hygiène sera opérée.

3.10. Annulation des événements publics et des formations en présentiel

Dès le 13 mars, les HUG ont pris la décision d'annuler tous les événements publics et toutes les formations en présentiel organisés aux HUG.

4. Réorganisation des activités

La particularité genevoise de n'avoir qu'un seul hôpital public et la mission qui lui a été confiée de prendre en charge l'ensemble des patient·es Covid a engendré une réorganisation totale des activités des HUG mais également de manière plus large des cliniques privées du Canton et du Réseau d'Urgences genevois. Une collaboration inédite s'est mise en place entre ces acteurs afin de pouvoir maintenir une capacité d'accueil et de prise en charge suffisante aux soins intensifs des HUG. La télémédecine a également joué un rôle majeur pour continuer d'assurer le suivi des patient·es ou encore le lien entre les personnes hospitalisées et leurs proches. Alors que les visites ont été totalement réorganisées voire supprimées, ce lien virtuel était devenu essentiel durant ces quelques mois.

4.1. Une collaboration exceptionnelle avec les cliniques privées

Dès le 20 mars, les HUG, l'association des Cliniques privées de Genève (Genève-Cliniques) et le Réseau d'Urgence Genevois (RUG) ont uni leurs forces pour permettre au canton d'adapter l'offre en soins aigus en fonction du développement de l'épidémie.

Les HUG ont été désignés par le Service du Médecin cantonal pour accueillir l'ensemble des patient·es Covid-19 et se préparer à disposer de 900 lits répartis entre 180 lits de soins intensifs et 720 lits de médecine. Afin d'augmenter leur capacité d'hospitalisation en soins aigus et intensifs, le programme de chirurgie a été réduit au minimum. Le Conseil Fédéral a par ailleurs décidé de suspendre toute intervention élective. Les cliniques privées partenaires ont également diminué leur programme opératoire. Un comité paritaire de médecins et chirurgiens a coordonné la mise en place et le pilotage de ce dispositif. A partir du 23 mars, des chirurgiens des HUG ont opéré dans les cliniques privées. Dès le 25 mars, la liste des pathologies de malades à orienter vers les cliniques privées a été établie. Il fut convenu que les urgences vitales et les patient·es non-transférables resteraient aux HUG.

Toutes les interventions chirurgicales ne pouvant pas être repoussées de plus de trois mois ont été effectuées dans le cadre de cette coopération entre hôpitaux publics et cliniques privées. Toutes les autres interventions ont été reprogrammées à des dates ultérieures. Les chirurgiens autorisés à pratiquer dans le canton sont intervenus dans l'ensemble des blocs opératoires de cette fédération. Les soignant·es et les médecins, de même que les lits, ainsi libérés ont été réaffectés en fonction des admissions dans les unités Covid-19 et des besoins.

La prise en soin des cas lourds nécessitant une infrastructure particulière, ainsi que les urgences, ont été assurées par les HUG.

Au total, les cliniques privées ont mis 431 lits à la disposition des HUG dès le 3 avril. 102 patient·es ont été transféré·es des HUG vers les cliniques privées.

4.2. Dispositif du canton de Genève

Le canton de Genève, en collaboration avec les HUG, a géré un dispositif de contact et de suivi des patient·es Covid-19 qui s'articulait autour de trois systèmes:

- CoviCall : évaluation à domicile par téléconsultation et organisation des prélèvements si nécessaire.
- CoviCheck : contact et orientation des personnes suspectes vers un lieu de prélèvement. Suivi des personnes positives par téléphone.

- CoviCare : réseau de suivi ambulatoire des cas suspects et confirmés.

Dans ce cadre, la plateforme en ligne sécurisée PRO HUG-COVID permettait aux patient·es avec diagnostic ou suspicion de Covid d'être suivi·es à domicile et de bénéficier d'une prise en charge à distance renforcée.

Par ailleurs et dès le début du mois de mai, l'équipe de la CAMSCO était présente à la patinoire des Vernets avec Médecins Sans Frontières (MSF) lors des distributions de nourriture pour faire de la prévention et du dépistage auprès des populations vulnérables.

Un travail très important des équipes de la Direction générale de la santé, soutenues notamment par des ressources des HUG, se poursuit aujourd'hui afin d'effectuer le traçage des contacts et d'ordonner des quarantaines ou des isolements dans le but de surveiller l'évolution de la propagation du virus, de maintenir les cas sous contrôle et d'éviter de nouvelles hospitalisations massives.

4.3. Maternité : répartition des parturientes

Dans le cadre de la collaboration avec les partenaires privés et les médecins de ville, il a été prévu que :

- les accouchements spontanés par voie basse se dérouleraient à la Maternité
- les femmes, à bas risque, dont l'accouchement était prévu par césarienne programmée seraient transférées dans les cliniques privées
- les femmes, à haut et moyen risques, dont l'accouchement était prévu par césarienne programmée resteraient prises en charge à la Maternité
- les interventions chirurgicales de gynécologie seraient diminuées pour libérer les équipes de gynécologues, de médecins anesthésistes et d'infirmier·es anesthésistes

A partir du 27 mars, la collaboration s'est développée :

- avec les centres d'échographie (EchoFemme et Dianecho) pour le suivi échographique des grossesses physiologiques (dites à bas risque)
- avec les gynécologues privé·es qui reprenaient certains suivis de grossesses physiologiques à bas risque
- avec l'Arcade sages-femmes et les sages-femmes indépendantes pour favoriser le retour rapide à domicile (parfois sous 24 ou 48 heures) des mamans et nouveau-nés en bonne santé
- avec les pédiatres pour qu'ils voient rapidement les nouveau-nés en bonne santé et qu'ils puissent sortir sans tarder de la Maternité

La Maternité est devenue le pôle Covid-19 cantonal, c'est-à-dire qu'il a été demandé aux gynécologues de ville et aux cliniques privées d'orienter toutes les femmes enceintes positives au Covid-19 vers la Maternité. Entre le mois de mars et le mois de juin, entre 15 et 20 femmes ont été hospitalisées dans cette unité.

Entre le 27 février et le 20 avril 2020, 544 bébés ont vu le jour à la Maternité, parmi lesquels des triplés le 26 mars. Le 27 avril, dans le cadre de la collaboration susmentionnée, 53 accouchements, dont 28 césariennes, avaient été pris en charge dans les cliniques privées.

4.4. Télémédecine

- Dès le 19 mars, l'application HUG@home, en phase finale de test avec les soignant·es de l'imad, a été rapidement déployée. Le 21 mars, elle fut mise à la disposition des médecins

de l'AMGe sous la dénomination de Docteur@home. Cinq jours plus tard, 300 médecins de ville l'utilisaient.

Au 3 juillet, 3'630 consultations ont été organisées via cette application et 964 professionnel·les de santé en ont demandé les accès.

- La télémédecine a été très utilisée pour les consultations à distance dans toutes les spécialités médicales.

4.5. Restriction des visites et déploiement d'Harmonie

Dès le 13 mars, les visites furent limitées à une personne par malade, durant une heure.

Le 18 mars, le Conseil d'Etat a interdit les visites dans les hôpitaux et les EMS. Les HUG les ont autorisées uniquement dans quelques secteurs et de manière limitée: à la Maternité pour permettre aux partenaires d'assister à la naissance de leur enfant, à l'Hôpital des enfants uniquement pour les parents et dans certains services pour des personnes en fin de vie.

Conscients que des malades ne disposaient pas tous de moyens pour communiquer avec leurs proches et que cet isolement était pesant pour eux et les leurs, des tablettes ont été mises à leur disposition, dès le 7 avril, pour rester en contact avec leurs familles grâce à l'application Harmonie (financement par la Fondation privée des HUG). Des auxiliaires de soins provenant de services administratifs se sont portés volontaires pour aller dans les unités et aider les malades à utiliser cet outil. Au total, 98 tablettes ont été déployées pour fournir un lien de visiophonie pour les patient·es hospitalisé·es et quelque 1300 contacts établis avec les proches.

Dès le 19 mars, tous les accès à l'hôpital équipés de lecteurs de badges ont été activés. A partir de cette date et jusqu'au 9 juin 2020, la Protection civile s'est chargée de contrôler les accès à l'hôpital 7/7 de 6h à 22h. Elle s'est également occupée de désinfecter des ambulances et du matériel médical et faire respecter la distance interpersonnelle. Avec 200 hommes et femmes, la PC a assuré un total de 3'988 jours de service à Cluse-Roseraie (2016), Trois-Chêne (336), Beau-Séjour (336), Bellerive (336), Joli-Mont (240), ainsi que 484 jours de désinfection d'ambulances.

Le 31 mars, les visites aux hospitalisations prénatales ont été supprimées.

Le 20 avril, le Conseil d'Etat a prolongé l'interdiction des visites.

Le 15 mai, les visites aux personnes hospitalisées aux soins intensifs, aux soins intermédiaires et dans les unités de soins ont été assouplies : deux visites par jour, une personne à la fois, 1h maximum.

Les visites aux patient·es ayant été supprimées, plusieurs conciergeries ont été mises en place afin de permettre aux proches de patient·es de récupérer des effets personnels ou d'en déposer dans les entrées de plusieurs hôpitaux, 7j/7 de 12h à 20h.

5. Prise en charge des patient-es

La séparation des flux patient-es a nécessité la mise en place d'une organisation spécifique au sein des différents services et départements afin de prévenir la transmission du virus.

Les critères de dépistage et les mesures de prévention ont été actualisés constamment en fonction de l'état des connaissances sur le virus. La centrale Urgences-Santé 144 a par ailleurs joué un rôle clé et a dû répondre à près de 2 000 appels par jour au plus fort de la crise.

Rapidement, les unités de soins se sont adaptées afin de gagner en efficacité. Les protocoles de prise en charge ont été standardisés et les outils de prescription simplifiés. Un lien constant a été établi avec les médecins de ville, notamment grâce à la diffusion des « colloques du mardi » en ligne, afin de les tenir informés de l'évolution des cas, des recommandations en vigueur sur les protocoles ou sur les prises en charges ambulatoires.

La télémédecine a également constitué un outil précieux pour maintenir les consultations non urgentes à distance afin d'éviter le déplacement des patient-es à l'hôpital. Certains services, notamment le service d'oncologie, ont pu ainsi maintenir une activité quasi normale.

Prévention des infections

Le principal défi consistait en la protection des patient-es et du personnel. Pour ce faire et afin de prévenir les infections au sein de l'hôpital, des mesures particulières ont été prises au fil des jours en fonction de l'état des connaissances sur la transmission du virus.

Dès le 1^{er} février, le port du masque a été obligatoire pour tous et toutes (patient-es, accompagnant-es, personnel) dans l'ensemble des services d'urgences des HUG. Les filières de soins ont été séparées, des urgences jusqu'à la réadaptation, y inclus les plateaux d'imagerie médicale

Critères de dépistage

Dès le 31 janvier, les tests de dépistage ont été proposés aux personnes :

- présentant des symptômes aigus d'infection des voies respiratoires
 - et/ou présentant une fièvre supérieure à 38° C
 - et présentant l'un des critères suivants : symptômes sévères ou pneumonie bilatérale ;
 - et/ou revenant de pays et zones sensibles (Chine, Singapour, Hong Kong, puis Italie du Nord - liste évolutive avec le temps)
- aux personnes particulièrement vulnérables : âgées de plus de 65 ans, atteintes de diabète, maladie cardiovasculaire, maladie respiratoire chronique, immunosuppression, cancer ;
- aux professionnel-les de santé en contact avec des patient-es ou des résidents d'EMS.

Dès le 25 mars, les tests de dépistage ont été réservés aux personnes:

- souffrant de symptômes respiratoires aigus d'apparition récente
 - et/ou de fièvre supérieure à 38°C ou de pneumonie d'origine indéterminée
 - ou qui ont été en contact avec une personne infectée.

Dès le 28 mars, suivant les recommandations de l'OMS, l'OFSP et la DGS et vu la sécurité d'approvisionnement en matériel de tests et l'installation de nouveaux automates au Laboratoire de virologie, le dépistage a été élargi même en l'absence de critères de vulnérabilité, à toute personne présentant des symptômes respiratoires aigus et/ou de la fièvre.

En cas de chirurgie électorive, tous les patient-es ont été testé-es 24h avant leur opération pour éviter les risques de contamination. En situation de chirurgie d'urgence (donc sans dépistage), le risque de contamination a été considéré comme inexistant du fait de l'air filtré, des flux laminaires, de la désinfection et des mesures de protection mises en place.

Renforcement de la centrale Urgences-Santé 144

Dans le contexte de saturation de la hotline de l'OFSP et avant que le Canton n'ouvre sa ligne téléphonique, les HUG ont ouvert, le 28 février 2020, une ligne téléphonique dédiée aux questions liées au Covid-19 afin de répondre aux innombrables sollicitations du central téléphonique.

Cette ligne a été mise en place, sous la supervision de la Direction de la communication puis du Service de santé du personnel. Plusieurs dizaines d'étudiant-es en médecine ont été engagé-es dans ce but.

Malgré la mise en place d'une ligne téléphonique par le Canton, le nombre d'appels a continué à augmenter au fil des jours et la centrale de régulation Urgences-santé 144 a alors repris la gestion des différents types d'appels. Au plus fort de la crise, cette dernière a traité 1'500 à 2'000 appels par jour, contre 300 en temps normal.

Au pic de la pandémie, la moitié des sorties quotidiennes du Service mobile d'urgence réanimation (SMUR) a concerné des malades du Covid-19. Concernant les autres situations, le 144 n'a pas noté de différence particulière concernant le recours aux soins, en particulier concernant les AVC ou les infarctus. Seul le nombre de personnes accidentées ou traumatisées a baissé d'environ 15% par rapport à l'année d'avant, probablement en lien avec le confinement. Si l'on enlève les ambulances envoyées pour des patient-es Covid, le nombre d'ambulances déléguées par le 144 a été relativement stable en mars 2020 (1'078) par rapport à 2019 (979).

5.1. Patient-es Covid-19

Désigné comme le seul hôpital du canton à recevoir des malades Covid, les HUG ont hospitalisé au total 1'108 personnes.

Grâce à leur disponibilité de lits en soins intensifs et intermédiaires tout au long de la crise, ils ont également joué un rôle d'hôpital de recours pour la France voisine (49 personnes, dont 2 hélicoptérées de l'hôpital de Mulhouse) et pour les organisations internationales (rapatriement de professionnel-les de santé en provenance du Yémen par exemple).

5.1.1. Trajectoires des patient-es

Il n'existe pas une trajectoire unique des malades du Covid, mais plusieurs trajectoires en fonction de l'âge et de la gravité de la maladie. Ces trajectoires qui intègrent notamment l'arrivée aux urgences, les soins intensifs, les soins intermédiaires, la médecine interne

générale, la médecine interne de l'âgé, les soins palliatifs, la neuro-rééducation, la réadaptation et le retour à domicile, ont évolué au gré des connaissances. Avant d'aborder la thématique des soins qui se trouve au cœur de la gestion des patient-es atteint-es du Covid, il paraît utile d'apporter quelques éléments de contexte.

Apprendre en soignant, soigner en apprenant

Un des défis majeurs de la gestion hospitalière de l'épidémie de Covid a été la gestion de l'information et l'incorporation des données nouvelles issues de l'expérience d'autres pays et d'autres centres sans retard, ni précipitation. En effet, la production d'articles scientifiques (parfois pseudo-scientifiques) a été incroyablement abondante, mais elle ne passait plus par les filtres habituels de la revue par les pairs et la publication dans des journaux de qualité. La prépublication sur des sites dédiés est devenue la règle et nombre de conclusions basées sur ces données se sont révélées insuffisamment fondées. Le tri dans cette masse d'informations et sa mise à disposition des soignant-es a représenté un enjeu en soi durant toute la crise.

L'apport du groupe chargé d'élaborer des guidelines, un groupe d'experts multidisciplinaires mandaté par la direction médicale, a été déterminant pour identifier les nombreux domaines d'incertitudes, établir une veille de la littérature scientifique, y compris sur les sites de prépublication, évaluer la qualité de ces données (établissement du niveau de preuve scientifique) et édicter des recommandations dans les domaines les plus divers, de la protection des collaborateurs-trices contre le risque d'infection au traitement des patient-es. Il a fallu apprendre tout en soignant et soigner tout en apprenant.

« Protéger l'hôpital »

Cette expression a beaucoup été employée et déclinée sous différentes formes : protéger l'hôpital, protéger le système de santé. C'est au mieux une ellipse, au pire une représentation erronée de l'objectif des mesures prises par les autorités. En effet, c'est bien la mission de l'hôpital qu'il s'agissait de protéger, et non l'hôpital lui-même. La plus grande crainte de tous les professionnel-les des HUG, partagée par le Comité de direction, était de ne pas arriver à faire face à l'afflux simultané de patient-es Covid et de ne pas pouvoir toutes et tous les soigner. Les images des pays voisins, en particulier de l'Italie du Nord, étaient dans tous les esprits.

L'image de la vague était parfaitement appropriée. L'augmentation massive des capacités d'accueil des patient-es Covid et l'adaptation de la prise en charge des patient-es non Covid (partage d'activité avec les cliniques, prise en charge à distance et protection des patient-es chroniques suivis par les HUG, notamment les patient-es avec cancer) ont eu comme objectif unique de construire une digue qui a permis d'affronter une vague d'hospitalisations dont l'ampleur n'était pas prévisible. C'est grâce aux mesures destinées à contenir l'épidémie, notamment le confinement, que les HUG ont réussi à mener à bien leur mission et à soigner tous les patient-es, sans jamais avoir à appliquer les critères de rationnement établis par l'Académie suisse des sciences médicales en cas de surcharge des soins intensifs (Pandémie Covid-19: Triage des traitements de soins intensifs en cas de pénurie des ressources, <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive.html>).

Gérer l'incertitude, gérer le risque

La gestion de l'incertitude fait partie de la formation et du quotidien de l'activité médicale. La médecine est, selon la citation de Sir William Osler, un des fondateurs de la médecine moderne, « a science of uncertainty and an art of probability. » On pourrait en dire autant de la gestion de crise. Il n'empêche que le degré d'incertitude qu'il a fallu gérer au cours de la première vague de la crise Covid a été majeur.

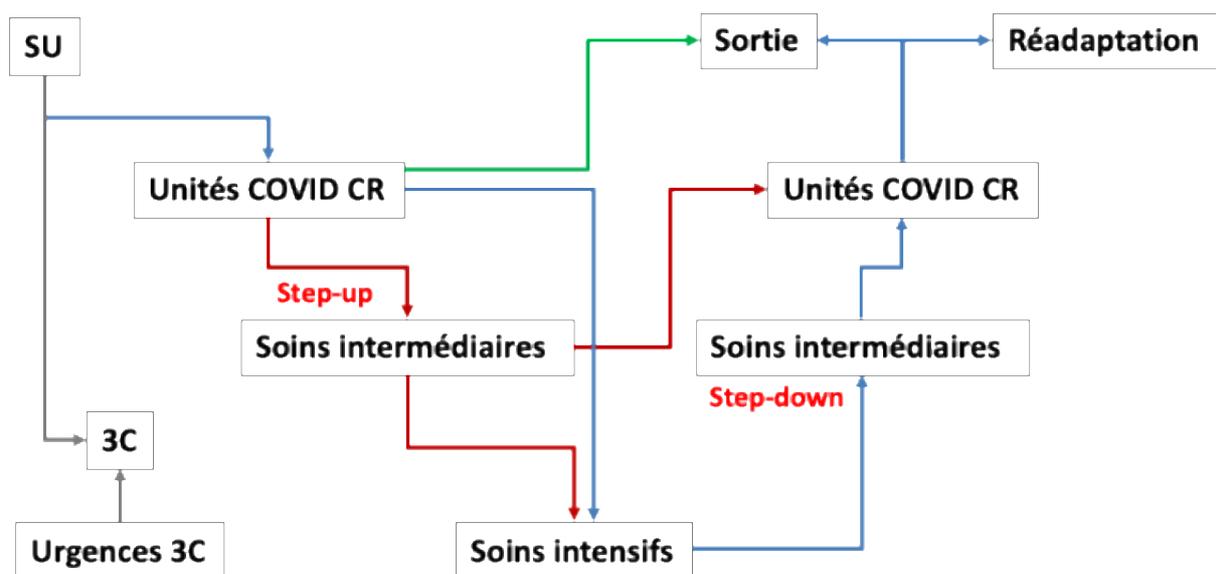
La règle d'or dans la gestion de l'incertitude est de la reconnaître et de formuler de manière explicite la manière dont elle est intégrée dans les décisions. La Direction générale, la Direction médicale et la Direction des soins ont pris un soin particulier, avec l'appui de la

Direction de la communication, à suivre cette règle et à éviter tant la fausse réassurance que l'alarmisme exagéré.

Par ailleurs, Il a fallu être attentif aux recommandations et directives qui ont évolué au cours du temps et qui ont amené des ajustements nécessaires. Cela a été particulièrement vrai pour l'usage du matériel de protection des collaborateurs-trices contre l'infection et notamment pour le choix du type de masque de protection à faire en trouvant un équilibre délicat entre la réduction du risque et la proportionnalité des mesures.

Les données objectives concernant l'efficacité de filtration des masques sont connues : un masque dit « chirurgical » filtre 95% des particules virales ; ce chiffre monte à environ 98% avec un masque ultrafiltrant de type FFP2. Mais les masques FFP2 sont très inconfortables à porter de manière prolongée et peuvent induire des escarres du visage chez les soignant-es. Ils sont également 10 fois plus coûteux que les masques chirurgicaux. La décision prise, qui a parfois été difficile à comprendre dans les équipes, de ne pas munir tous les collaborateurs-trices des HUG de masques FFP2, quel que soit le niveau de risque lié à leur environnement de soins (différent selon qu'on travaille aux soins intensifs, dans une unité à l'étage ou en gériatrie) et l'intensité de leur exposition au Covid, n'était pas liée à l'incertitude, mais bien à la gestion du risque dans le respect de la proportionnalité.

Ce préambule fait, voici une figure qui décrit ci-dessous schématiquement les itinéraires de soins des patient-es Covid au sein des HUG :



La porte d'entrée des patient-es a été pour la plupart d'entre elles et eux les urgences du site Cluse-Roseraie et pour la majorité des patient-es âgé-es les urgences de l'Hôpital des Trois-Chêne (U3C).

Cluse-Roseraie (CR)

Les patient-es avec une suspicion d'infection Covid, sans répercussion respiratoire, étaient pris en charge par l'Unité d'urgences ambulatoires (UUA) du Service de médecine de premier recours (SMPR). Si l'infection Covid était confirmée et qu'il n'y avait pas d'autre critère de gravité indiquant l'hospitalisation, la prise en charge de ces patient-es était alors ambulatoire. En raison de la fermeture de très nombreux cabinets de médecins traitants, le SMPR a dû également assurer le suivi de ces patient-es, notamment par son programme CoviCare.

Les patient-es qui avaient une atteinte respiratoire avec une diminution de l'oxygénation du sang (ou hypoxémie) et donc une indication à l'hospitalisation, étaient pris-es en charge par le Service des urgences (Département de médecine aiguë). Les plus gravement atteint-es étaient transféré-es directement dans le Service des soins intensifs adultes (SIA), après avoir été intubé-es aux urgences ou à l'arrivés au SIA. Les autres patient-es étaient admis-es dans le Service de médecine interne générale (SMIG) où ils ont pu bénéficier d'une prise en charge interdisciplinaire par les médecins internistes et de nombreuses spécialités, notamment les maladies infectieuses et la pneumologie, mais aussi l'angiologie, la cardiologie, la néphrologie, etc. Il faut souligner ici l'extraordinaire effort de ce service, dont la capacité est passée de 130 à 400 lits, soit l'intégralité des lits du bâtiment GustaveJulliard ainsi que, pour la partie soins intermédiaires, l'aile Jura du bâtiment Lina Stern (ancien bâtiment des lits).

Il est apparu rapidement que la surveillance des patient-es hospitalisé-es dans les unités de médecine devait être très rapprochée, en particulier lorsque l'apport d'oxygène nécessaire pour corriger leur hypoxémie augmentait. En effet, l'aggravation de leur état de santé et la nécessité d'un transfert rapide aux soins intensifs pour intubation et respiration artificielle (ventilation mécanique) pouvaient être extrêmement rapides, ce qui a nécessité un renforcement des équipes tant médicales que soignantes.

Ainsi, au début de l'épidémie, les soins intermédiaires étaient concernés après que les patient-es avaient pu être sevré-es de la ventilation mécanique et extubé-es, soit à la fin de leur séjour aux soins intensifs (stratégie de désintensification des soins ou « step down »). Mais l'expérience acquise dans la prise en charge de ces patient-es a permis d'identifier un sous-groupe de patient-es qui supportaient cliniquement bien une hypoxémie pourtant sévère, avec peu de sensation d'essoufflement (dyspnée) et sans épuisement respiratoire. Dès lors, ces patient-es ont pu bénéficier d'une oxygénation intensive et d'une assistance respiratoire sans intubation (CPAP) aux soins intermédiaires. Si certain-es ont dû tout de même être transféré-es aux soins intensifs et intubé-es (stratégie d'intensification des soins ou « step up »), la majorité ont passé ce cap difficile et sont retourné-es dans l'unité de soins à l'étage sans passer par les soins intensifs.

La majorité des malades n'a eu besoin ni des soins intermédiaires ni des soins intensifs et a pu rentrer à domicile directement depuis les unités de soins Covid. D'autres ont effectué un séjour en réadaptation, à Loëx ou à Bellerive. Enfin, certain-es patient-es, en particulier celles et ceux qui avaient séjourné aux soins intensifs, avaient des séquelles neurologiques diverses, allant d'états confusionnels et troubles de la vigilance prolongés, à des atteintes motrices sévères (neuromyopathie des soins intensifs) et ont dû bénéficier d'une neuroéducation à l'Hôpital Beau-Séjour.

Hôpital des Trois-Chêne

Peu après le début de l'épidémie, il est devenu évident que l'Hôpital des Trois-Chêne était l'environnement le mieux adapté à la prise en charge des sujets âgés avec une pneumonie Covid qui ne souhaitent pas de traitement intensif, et/ou dont la réserve physiologique était insuffisante pour leur permettre d'y survivre et d'en tirer un bénéfice.

La porte d'entrée était le plus souvent les Urgences de l'Hôpital des Trois-Chêne (U3C), mais ils pouvaient aussi être transférés depuis le SU. Ainsi, le Service de médecine interne de l'âgé (SMIA) a transformé progressivement ses unités de soins de non-Covid en Covid. Ce service a soigné 235 patient-es d'un âge moyen de 86 ans, dont 76 (32%) sont décédés.

Une étude dont le manuscrit est soumis pour publication dans une revue scientifique confirme que la fragilité et un mauvais statut fonctionnel (dépendance dans les activités de la vie quotidienne, baisse de mobilité), étaient des facteurs indépendants de mauvais pronostic. Si ces chiffres confirment le prix élevé payé par nos aînés dans les décès dus au Covid, ils soulignent que deux tiers des patient-es hospitalisé-es ont survécu grâce aux soins qu'ils ont

reçus et ont pu en majorité retourner à domicile. L'Hôpital des Trois-Chêne a ainsi joué un rôle majeur dans cette crise.

Prise en charge aux soins intensifs et aux intermédiaires

Les soins intensifs adultes ont soigné 129 patient-es avec une infection Covid confirmée, dont 96% ont nécessité une intubation et une ventilation mécanique. La mortalité a été de 19%, soit environ un patient-e sur cinq. L'âge médian des patient-es admis-es était de 64 ans et les SIA ont admis des patient-es de tous les âges : 10% des patient-es avaient moins de 50 ans et 8% plus de 80 ans, la répartition étant harmonieuse entre ces deux extrêmes. Il est à souligner que la probabilité de survie n'était pas liée à l'âge dans cette cohorte de malades et que 6 des 10 patient-es octogénaires ont survécu. Il n'y a pas eu de discrimination à l'admission aux soins intensifs en fonction de l'âge.

D'autre part, ce taux de mortalité parmi les patient-es les plus sévèrement touché-es est bien inférieur à celui enregistré par de nombreuses unités de soins intensifs de pays voisins, alors même que nombre de ces unités mélangeaient des patient-es non intubé-es et intubé-es, donc des patient-es en moyenne moins gravement atteint-es.

Aux HUG, les soins intermédiaires ont joué un rôle clé pour éviter des hospitalisations en soins intensifs. Ils ont assuré la prise en charge de cas lourds par du personnel qui a dû se former rapidement à utiliser du nouveau matériel pour ventiler les malades.

Cela souligne l'excellence des soins prodigués grâce, en particulier, à la collaboration entre médecins et soignant-es intensivistes et anesthésistes. Le recours aux collaborateurs-trices du Service d'anesthésiologie était doublement logique : ils/elles étaient disponibles en raison de la réduction drastique de l'activité chirurgicale et ce sont des professionnel-les familier-es avec les appareils de réanimation, notamment les respirateurs. Là encore, la standardisation des prises en charge et la création de binômes de médecins-cadres des Services des soins intensifs et d'anesthésie ont permis d'assurer les meilleurs soins possibles. Cela a été au prix d'une charge émotionnelle lourde pour les équipes. En particulier, le retrait thérapeutique et l'accompagnement au décès, qui font partie du quotidien des équipes de soins intensifs, étaient une situation nouvelle et difficile à vivre pour les équipes d'anesthésie qui ont été dûment accompagnées et soutenues sur le plan psychologique. La gestion simultanée de plusieurs dizaines de patient-es intubé-es et ventilé-es a également constitué une situation inhabituelle et extrême.

Réadaptation

Une proportion variable des patient-es guéri-es de la phase aiguë de l'infection ont eu besoin de soins de réadaptation spécialisée. La raison la plus fréquente en était la diminution du statut fonctionnel (perte de force et de mobilité, augmentation de la dépendance) qui accompagne souvent la maladie aiguë. Ces patient-es ont été pris-es en charge à l'Hôpital de Loëx pour une réadaptation locomotrice dans des unités spécifiquement choisies à cet effet.

Certains patient-es qui ont séjourné aux soins intensifs puis aux soins intermédiaires ont eu des séquelles neurologiques diverses, touchant notamment la mémoire, la vigilance et la concentration, associée généralement à une atteinte motrice plus ou moins importante. La réadaptation de ce type de troubles relève de la mission du Service de neurorééducation de l'Hôpital Beau-Séjour (Département des neurosciences cliniques).

Le 20 avril, l'Hôpital Beau-Séjour a transformé 20 lits du Service de médecine interne et de réadaptation SMIR - Beau-Séjour en une unité de neurorééducation post Covid, co-gérée par le SMIR-BS et le Service de neurorééducation. Les résultats cliniques ont été dans la majorité des cas excellents, bien que certains patient-es aient conservé des séquelles plus ou moins importantes.

5.1.2. Standardisation des processus de prise en charge

Adaptation et réactivité des équipes

Durant cette première vague, les équipes interprofessionnelles soignantes ont démontré une capacité d'adaptation sans précédent. Autour de l'objectif unique « répondre à la prise en charge de chaque patient », il a été noté une réactivité et une agilité hors norme, alliant une solidarité exceptionnelle entre les différents métiers dans le chamboulement des organisations, quelle que soit la strate hiérarchique.

Si des processus existants ont pu s'avérer être peu ou pas adaptés à une situation de crise majeure, la mise à plat des fonctionnements réels et des potentiels cloisonnements a pu fédérer, autour du sens et des valeurs de l'hôpital, une nouvelle forme de leadership, appuyée par l'innovation et la simplification des modes de communication (communication « au plus près », visioconférences, télétravail).

De ce fait, la création de formations adaptées intégrant ateliers et immersions sur le terrain couvertes par des pairs a permis une réponse optimale dans la prise en charge des patient-es. Durant cette crise, l'adaptabilité des compétences a pu bénéficier de l'évolution des connaissances médicales et soignantes au fil du temps. La délégation de spécificités entre métiers et la flexibilité des différents professionnels libérés des activités usuelles ont très largement contribué au bon fonctionnement et favorisé les facultés de prise en charge quel que soit le secteur de soins.

Coordination et supervision médico-soignante

En médecine interne, le nombre de lits est passé de 130 à 400. Ce quasi quadruplement rapide du nombre de lits a nécessité le recrutement de praticiens (médecins internes/assistant-es, chef-fes de clinique, médecins adjoint-es) venant d'horizons variés avec des niveaux de formation hétérogènes.

Leur coordination et supervision a requis une standardisation des processus de prise en charge, d'autant que les patient-es atteint-es de COVID-19 se sont avéré-es très instables, justifiant une surveillance constante et rapprochée de la part de l'équipe soignante. Une réunion d'équipe opérationnelle biquotidienne, initialement dédiée à l'amélioration de la collaboration médico-soignante, a rapidement été dévolue à l'évaluation de l'état de santé des malades hospitalisé-es ou nouvellement admis-es, selon un processus standardisé centré sur des paramètres simples, tels que la fréquence respiratoire ou la saturation en oxygène.

Toutes ces informations étaient automatiquement affichées sur un écran centralisé dans le bureau infirmier de chaque unité, mais aussi en temps réel, au sein des unités de soins intermédiaires et intensifs. Le partage simultané de l'information permettait de déterminer en un coup d'œil quel-es patient-es étaient susceptibles d'être admis-es dans ces unités, ce qui a considérablement facilité les flux et la collaboration entre les différents partenaires.¹

5.1.3. Protocoles thérapeutiques appliqués

Les protocoles thérapeutiques appliqués aux patient-es Covid ont été établis en fonction de leurs comorbidités, de leurs comédications et de l'existence de contre-indications au traitement.

Les traitements principaux ont été :

- Lopinavir/ritonavir
- Hydroxychloroquine (en prise unique)

¹ Extrait de la publication « COVID-19 : réorganisation sous toutes ses formes dans un hôpital universitaire » - Forum Médical Suisse

- Azothromycine
- Remdesivir
- Anakinra (seulement aux soins intensifs)

De nombreux patient-es ont reçu des associations diverses de ces traitements. En date du 11 mai, sur les 1'090 patient-es Covid traité-es aux HUG, 45% avaient reçu au moins un traitement (azothromycine, 108 ; lopinavir/ritonavir, 318; hydroxychloroquine, 393; anakinra, 15; remdesivir, 12).

5.1.4. Développement d'outils de prescription et simplification de la documentation

De nombreux outils informatiques dans le Dossier Patient Intégré institutionnel (DPI) ont pu être très rapidement améliorés et développés grâce à l'aide de la Direction des systèmes d'Information et à l'évaluation quotidienne de l'efficacité des solutions proposées. Ainsi ont été mis en place:

- une nouvelle documentation clinique facilitée et orientée sur la prise en charge des patient-es COVID
- des ordres à boutons pour standardiser et faciliter la prescription des examens complémentaires, des traitements et de la surveillance
- une vue synoptique de chaque unité, faisant apparaître pour chaque patient-e: un tag de couleur permettant d'identifier ceux à risque de décompenser, l'attitude générale (pour identifier les candidat-es aux soins intensifs ou non), le statut vis-à-vis du COVID (certain, probable, peu probable, guéri), les traitements spécifiques, les paramètres respiratoires de surveillance
- des tutoriels permettant une formation accélérée pour tous les médecins et les soignant-es
- les documents spécifiques liés au COVID (formulaire OFSP, formulaires d'isolement, etc.) étaient accessibles via les lettres de sortie, permettant une gestion rapide des courriers à destination des médecins extérieurs et des organes de surveillance.

L'intégration des recommandations institutionnelles pour aider à la décision et la mise en œuvre de ces outils et processus de prescription et documentation ont permis de diffuser une information actualisée au plus près des avancées de la littérature et une homogénéisation des pratiques.

Les équipes médico-soignantes ont également rapporté que ces efforts leur ont permis de travailler avec sérénité, et de pouvoir se consacrer à la sécurité, la prise en charge et l'accompagnement individuel des malades.

5.1.5. Maternité

La Maternité a libéré une unité pour accueillir dans un lieu unique et distinct des autres unités toutes les femmes malades du Covid qu'elles soient hospitalisées avant ou après l'accouchement. Cette unité comprenait 14 lits répartis dans 7 chambres. Cette capacité pouvait être augmentée en fonction des besoins.

A partir du 27 mars, un dépistage systématique a été effectué sur chaque papa, conjoint-e ou proche dès son arrivée en salle d'accouchement. Une prise de température et un questionnaire d'anamnèse (toux, maux de gorge, problèmes digestifs, anosmie (perte de

l'odorat, perte du goût) ont été réalisés. Si la personne présentait un risque, elle n'était pas admise en salle d'accouchement et ne pouvait rester à la Maternité.

Dès le 13 avril, un dépistage systématique du Covid-19 est réalisé sur toutes les femmes hospitalisées à la Maternité, y compris pour les accouchements.

Si la future maman était positive au Covid-19, et en cas de césarienne, le papa, le conjoint-e ou le proche ne pouvait pas entrer au bloc opératoire. Il attendait à l'extérieur mais, après la visite du pédiatre, il pouvait faire le peau-à-peau avec son bébé.

Entre le début de la pandémie et le 21 avril, 135 femmes enceintes ont été dépistées parmi lesquelles 13 se sont avérées positives au Covid-19 et 9 ont accouché.

5.1.6. Pédiatrie

Un espace de dépistage des enfants a été mis en place dans les locaux de la pédiatrie. Au total, 69 enfants ont été testés positifs. Parmi eux, 17 ont été hospitalisés, dont un pour raisons sociales et cinq aux soins intensifs.

La durée de séjour a été comprise entre 2 et 4 jours.

Six enfants ont été hospitalisés pour des syndromes post-Covid. Ces syndromes se sont traduits par des réactions inflammatoires sévères survenues après l'infection. La durée de leur séjour a oscillé entre 10 et 20 jours sauf pour l'un d'entre eux pour qui l'hospitalisation a duré 41 jours.

Par ailleurs, un enfant testé positif a également été hospitalisé pour des troubles psychiatriques.

5.1.7. Radiologie

Dans les secteurs centraux du Service de radiologie, des salles d'imagerie ont été dédiées aux patient-es atteint-es du Covid-19. Ce dispositif a été mis en place pour les principaux domaines d'activité, soit le scanner, l'IRM, l'échographie, la radiologie conventionnelle et la radiologie interventionnelle. Le flux des patient-es concerné-es a été adapté en conséquence par le choix de parcours spécifiques au sein du Service et le marquage d'emplacements d'attente dédiés, afin d'éviter tant que possible le croisement de patient-es Covid et non Covid.

Dans l'unité de radiologie des urgences, des salles de radiologie conventionnelle ont également été attribuées aux patient-es Covid. Un seul scanner étant disponible dans ce secteur, tous les patient-es ont été pris en charge indifféremment sur cette machine. Les règles d'hygiène institutionnelles ont été appliquées comme sur tous les autres équipements et cette manière de procéder a été contrôlée et validée par le Service prévention et contrôle de l'infection. De la même manière, les règles d'hygiène ont été scrupuleusement appliquées dans les unités de radiologie des sites périphériques.

Enfin dans le but d'éviter tant que possible une sortie de chambre des patient-es hospitalisé-es dans les unités de soins Covid, un grand nombre de radiographies pulmonaires a été réalisé à l'aide d'appareils mobiles au lit du patient-e, ce qui a nécessité un renfort de l'équipe des TRM 24h/24h au moment le plus fort de la crise. De même, un médecin radiologue a été détaché pour la réalisation en chambre des échographies.

5.1.8. Psychiatrie

La reconversion de deux unités et la création d'une unité entière réservées au Covid-19 font partie des mesures prises par le Département de psychiatrie, ce qui a permis de regrouper les personnes atteintes du virus et de les isoler des autres patient-es. Au total, la capacité d'accueil de ces trois unités (UPHA - Zéphyr - Doubs) a été de 37 lits.

Sur le site de Cluse-Roseraie, l'UPHA dont la mission est d'accueillir des patient-es nécessitant des soins hospitaliers psychiatriques et somatiques a été choisie pour l'accueil de patient-es diagnostiqué-es positif-ves au Covid. Trente personnes y ont été hospitalisées.

Sur le site de Belle-Idée, l'unité Zéphyr a été réservée pour l'accueil de patient-es Covid nécessitant des soins psychiatriques hospitaliers sans besoin de soins somatiques (ouverture en quatre jours, équipement d'une unité de médecine et recrutement sur la base du volontariat).

Toujours sur le site de Belle-Idée, à l'Unité psychiatrique du développement mental, l'unité Doubs a modifié sa mission initiale pour devenir une unité d'accueil en chambre individuelle pour patient-es souffrant de trouble autistique et/ou déficience intellectuelle et pour les personnes en attente de résultat du dépistage Covid.

5.1.9. Soutien psychologique aux patient-es et aux proches

Un soutien psychologique renforcé a été proposé aux patient-es hospitalisé-es et leurs proches grâce à la collaboration du Département de psychiatrie. Cette hotline « soutien familles » a été créée et mise en fonction dès le 23 mars.

Pour les familles et proches de patient-es hospitalisé-es aux HUG, la Consultation psychothérapeutique pour familles et couples propose aux familles des patient-es un soutien par téléphone ou une prise en charge thérapeutique par vidéoconférence ou par entretien traditionnel si nécessaire.

Dans ce cadre, 36 appels ont été reçus entre le 23 mars et le 31 mai et 36 prises en charge ont été enregistrées pour les familles et les couples.

Par ailleurs, le Service de médecine palliative a élargi ses prestations pour accompagner les personnes gravement atteint-es du Covid-19, notamment à l'Hôpital des Trois-Chêne et au Service des urgences. Ces équipes ont également travaillé en étroite collaboration avec les médecins de ville afin d'assurer une continuité des consultations en soins palliatifs à domicile et dans les EMS.

5.1.10. Gestion des décès

La DGS a indiqué sur une directive datant du 31 mars que le risque de transmission par manipulation des corps était estimé très faible. Cependant, la présence de fluides corporels potentiellement infectés sur le corps ne peut être complètement exclue. C'est pourquoi les mesures de précaution habituelles ont dû être respectées lors de la manipulation de personnes décédées de la COVID-19, comme pour toute autre maladie infectieuse.

Des mesures spécifiques ont été mises en place afin de veiller à la sécurité du personnel soignant et des proches des défunts. La prise en charge du corps de patient-es COVID-19 confirmés ou suspects décédés aux HUG, prenait en considération les dispositions suivantes :

- Après le décès de patient-es suspecté-es ou confirmé-es pour une infection à SARS-CoV-2, les mesures de base et les mesures spécifiques « CONTACT » et « GOUTTELETTES » sont respectées jusqu'à la mise en bière.
- La famille et les proches présents lors du décès sont rendus attentifs à ne pas embrasser le défunt.
- La toilette mortuaire, le transport du corps, la prise en charge du corps à la morgue se déroulent selon la procédure habituelle.
- L'usage d'une housse pour envelopper le corps n'est pas imposé par des motifs épidémiologiques.

Par ailleurs, des chambres froides de réserves ont été ouvertes. Ainsi, 220 places ont été disponibles en permanence avec une capacité d'accueil pouvant aller jusqu'à 400 places en 48h.

5.2. Patient-es non-Covid-19

La majeure partie de l'activité ambulatoire, chirurgicale et interventionnelle a été suspendue à la mi-mars. Les activités ont repris progressivement dès le 27 avril, uniquement sur rendez-vous.

Certains services ont poursuivi une activité normale, comme le Service d'hématologie qui a réalisé 16 transplantations de cellules souches durant la pandémie. Des aménagements limités ont été apportés afin de maintenir un degré de sécurité élevé pour ces patient-es :

- test de dépistage Covid de chaque patient-e avant l'admission pour éviter les complications lors de la chimiothérapie
- développement de la télémedecine pour les consultations où la présence du ou de la patient-e n'est pas indispensable
- réorganisation des consultations ambulatoires post-greffe avec la mise en place d'un box spécial pour les patient-es suspecté-es d'être porteurs du Covid-19.

D'autres services ont adapté leur organisation en favorisant de manière large la télémedecine.

5.2.1. Téléconsultations

Dans le cadre de la lutte contre le virus Covid-19, la Direction générale de la santé et les HUG ont décidé de déployer largement les consultations à distance par téléphone ou vidéoconsultation via la plateforme hug@home, et ce dès le 17 mars.

Afin d'éviter le déplacement de patient-es à l'hôpital en cette période de pandémie, l'application a été mise à disposition du personnel médico-soignant des HUG afin de remplacer les consultations en présentiel pour les patient-es fragiles et atteint-es de co-morbidité. Le dispositif a été, par la suite, étendu à tous les patient-es, lorsque les cas permettent la téléconsultation.

5.2.2. Cancer

Durant l'épidémie, l'ensemble des prestations des Services d'oncologie, de radio-oncologie et d'hématologie ont été assurées pour éviter toute rupture dans les soins aux patient-es. Les traitements en hospitalier et en ambulatoire ont été maintenus, y compris les greffes de moelle osseuse. Avec la reprise progressive de toutes les activités, le Département d'oncologie a

adapté ses procédures pour accueillir les patient-es en toute sécurité. L'accès à des traitements innovants a été maintenu. Des dispositions particulières ont été mises en place :

- privilégier les consultations par visio-conférence, notamment grâce à HUG@home
- limiter le nombre de personnes présentes au même moment dans les services
- contrôler les entrées et séparer les flux des patient-es avec port du masque et désinfection des mains pour tous les patient-es dès l'arrivée aux HUG
- dépister systématiquement les patient-es avant traitement de chimiothérapie ou radiothérapie
- faciliter le dépistage de personnes présentant des symptômes même légers
- réaliser certaines opérations ne pouvant pas attendre trois mois dans des cliniques.

5.2.3. Transplantation d'organes

Durant la pandémie, les programmes de don d'organes et de transplantation ont été partiellement et, pour certains programmes, complètement, arrêtés. Malgré cela, un contact quotidien entre la présidente du Programme latin du don d'organes, qui travaille aux HUG, et Swisstransplant a permis d'éviter que l'activité en Suisse alémanique ne soit pas trop impactée par les effets de la crise sur les hôpitaux romands. Ceci a notamment permis de réaliser des prélèvements sur un donneur en mort cérébrale à Sion avec la participation de soignant-es et médecins du CHUV et des HUG.

La transplantation hépatique pour les hépatites fulminantes a été maintenue, bien qu'il n'y en ait pas eu pendant la période concernée. En revanche, deux transplantations hépatiques ont eu lieu pour des patient-es qui étaient en liste d'attente et dont l'état de santé le nécessitait.

5.2.4. Grossesse

Afin d'assurer la prise en charge des futures mamans et de leurs nouveau-nés, la Maternité des HUG a adapté son dispositif en proposant des téléconsultations, des visioconférences pour les cours de préparation à la naissance et en nouant des collaborations inédites avec le réseau de soins. Afin de limiter au maximum le déplacement des femmes enceintes, des webcams ont été installées dans les salles de consultations prénatales pour réaliser des téléconsultations grâce à l'application HUG@home. Seules les consultations qui ne nécessitaient pas d'examiner la future maman pouvaient se dérouler à distance.

Pour remplacer les cours de préparation à la naissance, annulés en raison de la pandémie, un cours en visioconférence a été imaginé. Ils se décomposaient en 40 minutes de cours donné par la sage-femme, suivies d'une pause, puis d'une nouvelle session de 40 minutes consacrées aux questions-réponses. Une visite virtuelle a été mise en ligne pour découvrir les différents lieux à la Maternité et se familiariser à l'environnement (salles d'accouchement, pouponnière, etc.)

5.2.5. Violences domestiques

Le confinement partiel a accru le risque de violences conjugales et de maltraitance au sein des familles. Aux HUG, le réseau d'accueil et de prise en charge s'est mobilisé pour apporter aide et soutien à toute victime, adulte ou enfant. Des équipes spécialisées ont établi des constats médicaux et proposé une hospitalisation ou une mise à l'abri.

5.2.6. Addictions

Le Service d'addictologie a fait preuve de réactivité et de flexibilité en s'adaptant rapidement au confinement pour continuer à assurer ses prestations auprès des patient-es.

L'outil d'évaluation Addictohug et des programmes de soins aménagés ont été mis à la disposition des patient-es.

Le Programme bien établi de prescriptions de stupéfiants (PEPS) pour certains patient-es dépendant-es aux opiacés a lui aussi été adapté pour se conformer aux recommandations face au Covid-19 :

- facilitation des démarches administratives auprès de l'OFSP pour les nouveaux patients et patientes
- réaménagement des jours de passage à la consultation afin d'éviter de réunir trop de personnes au même moment.
- le programme 4F (Feel, Fit, Food & Fun) des HUG, destiné aux personnes en surpoids, a proposé ses activités par vidéo-conférence. Sept participant-es sur dix demandaient à faire des séances en direct par écran interposé afin de réussir à se mobiliser, à rythmer leur temps et à avoir des échanges avec les autres membres du groupe.

5.2.7. Psychiatrie

De nombreuses actions ont dû être mises en place à différents niveaux afin de garantir la continuité des soins tant en intra hospitalier que dans les structures ambulatoires sur l'ensemble du canton de Genève. Le soin psychiatrique a dû être repensé avec de nouvelles conditions sanitaires et maintenir les risques de propagation du virus au niveau le plus bas possible.

Cette pandémie a suscité beaucoup d'émotions et est venue bousculer le fonctionnement des unités qui ont dû s'adapter rapidement. En même temps, les groupes thérapeutiques ont été suspendus, tant en intra hospitalier qu'en ambulatoire, de même que les visites aux patient-es. Des précautions sanitaires ont été prises pour faire en sorte que la distanciation recommandée soit respectée, et que les mesures-barrières prises soient appliquées.

Les procédures institutionnelles suivantes ont été adaptées au profil de patientèle :

- Procédure spécifique de la prise en charge en cas d'agressivité, protocole des mesures de protections pour les visites à domicile, distribution dans les centres ambulatoires de masques et gel désinfectant
- Enseignement thérapeutique à l'utilisation du gel et port du masque (patient-e avec trouble cognitif par exemple)
- Toutes ces modifications ont été accompagnées d'une information actualisée aux collaborateurs et collaboratrices sous forme de protocoles, procédures ou notes de service (bulletins départementaux régulièrement actualisés).
- Les ressources du Centre Nicolas Bouvier ont été sollicitées (éducatrices spécialisées) et déployées dans les unités notamment afin de faire des courses pour les patient-es, promenades sur le domaine, etc.

De manière générale, dans les structures ambulatoires le maintien de la qualité des soins a été possible grâce à un renforcement de la mobilité, orienté communauté pour éviter les hospitalisations (travail avec les foyers, les réseaux partenaires).

Tout le dispositif ambulatoire a renforcé de manière significative cette mobilité : l'objectif a été de garantir la continuité du lien avec les contraintes liées à la pandémie (augmentation de

visites à domicile, traitement et évaluation à domicile, adaptation des moyens en utilisant des visières par exemple).

5.2.8. Prévention

- Santé mentale

La plateforme Covidout a fourni des ressources concrètes et personnalisées pour maintenir un équilibre de vie dans cette situation exceptionnelle. Pensée par des professionnel·les de la santé, des chercheur·euses et des expert·es pour les personnes en souffrance psychique passagère ou chronique, cette plateforme propose des stratégies d'adaptation à moyen et long terme.

Des outils permettaient d'évaluer au quotidien l'humeur, le sommeil, l'alimentation et les émotions de chaque personne. Les résultats étaient accessibles sous forme de graphiques pour visualiser l'évolution. Selon les besoins, des vidéos et des conseils concrets étaient présentés autour de thèmes-clés : sommeil, nutrition, respiration, sexualité, gestion du stress et des conflits, psychologie, ergothérapie, gestes sanitaires, psychiatrie, etc.

Selon les choix, des programmes étaient suggérés : activité sportive, méditation, art-thérapie, etc.

- Santé sexuelle

Cette unité a adapté son fonctionnement durant cette période. Une personne qualifiée était en charge d'évaluer l'ensemble des demandes reçues par téléphone. Elle proposait ensuite une consultation soit par téléphone, visio-conférence grâce à HUG@home ou en présentiel si cela s'avérait nécessaire.

- Activité physique

L'équipe de la Consultation santé et mouvement des HUG a sélectionné et diffusé des sites Internet, des applications et des vidéos permettant de rester actif malgré le fait de devoir être à la maison. Les exercices proposés, à réaliser en famille, visaient à favoriser l'activité physique essentielle au maintien d'une bonne santé physique mais aussi psychique.

6. Recherche et enseignement

La recherche sur le COVID-19 a rapidement reçu d'importants financements institutionnels (FNS notamment). Les fondations genevoises et personnes privées ont également fait preuve d'une très grande générosité en soutenant, au travers de la Fondation privée des HUG, de nombreux projets menés par l'UNIGE et les HUG.

Un fonds spécial Covid a rapidement été mis en place par la Fondation privée des HUG. Les sommes récoltées pouvait être versées soit en faveur de la recherche et de la qualité des soins, soit pour le bien-être des équipes, selon le choix des donateurs et donatrices. Les sommes reçues ont été attribuées de cette façon :

- 67% pour la recherche contre le COVID et la qualité des soins des patient·es touché·es
- 33% pour le bien-être des collaborateur·trices

Profils des donateurs et donatrices :

- 450 particuliers/foyers, soit 20% des dons
- 41 entreprises, soit 10% des dons
- 25 fondations et associations, soit 70% des dons

Aux HUG, une commission d'évaluation des recherches cliniques sur le COVID-19 a été nommée, sous la présidence du professeur Henri Bounameaux, ancien doyen de la Faculté de médecine de l'UNIGE et ancien directeur de l'enseignement et de la recherche aux HUG. Son objectif principal était d'assurer la coordination institutionnelle et la pertinence des projets (pas de doublons, par exemple).

En collaboration avec l'UNIGE, les chercheur·ses des HUG ont très vite travaillé afin de mieux comprendre ce virus et d'améliorer les connaissances dans les domaines suivants :

- diagnostic
- épidémiologie
- immunologie et vaccin
- microbiologie médicale
- prophylaxie
- traitements.

Au total, 54 protocoles de recherche ont été lancés et les résultats de certaines études ont déjà été publiés. Un aperçu des projets en cours peut être consulté sur le site de l'UNIGE et sur celui des HUG.

L'un des aspects positifs de cette crise a, en outre, été le renforcement de certaines activités de recherche clinique, en particulier celles menées au sein du Centre recherche clinique, ainsi qu'une certaine stimulation et émulation entre les équipes.

6.1. Recherche d'un vaccin

Les HUG, la Faculté de Médecine de l'Université de Genève (UNIGE), le Centre de Recherche en Infectiologie de l'Université Laval de Québec (Canada) et MaxiVAX, société genevoise spécialisée dans les biotechnologies, ont collaboré à la mise au point d'un vaccin contre le SARS-CoV-2. L'objectif de ces travaux est de développer un vaccin combinant un immunostimulateur et une cible spécifique du coronavirus. La cible est la protéine de surface Spike, administrée par une injection intradermale avec l'immunostimulateur, dont le rôle est

de produire un adjuvant capable de stimuler le système immunitaire. Ce dernier est implanté sous la peau par encapsulation cellulaire. Les premiers tests pré-cliniques pour la mise au point de ce vaccin étaient prévus en juillet 2020 et un essai clinique en fin d'année.

6.2. Evaluation de l'immunité

- **Immunité individuelle et collective**

Dès le 30 mars, plusieurs études portant sur l'évaluation de l'immunité individuelle et collective par le biais d'analyses sérologiques ont été lancées. L'une d'entre elles a été réalisée avec des partenaires privés et associatifs (cliniques privées, Chambre de commerce, d'industrie et des services de Genève). Ainsi, des tests sérologiques ont été effectués auprès d'un échantillon représentatif de la population genevoise et de collaborateur-trices des HUG volontaires pour détecter la présence d'anticorps spécifiques contre le Covid-19.

Le 10 juin, les résultats d'une recherche des HUG et de l'UNIGE, publiés dans *The Lancet*, annonçaient une séroprévalence globale de 10.8%.

Dans ce contexte, au 27 juin, 11'000 tests sérologiques avaient été réalisés auprès de la population. S'y ajoutaient 10'269 tests pour les collaborateurs-trices (chacun-e se faisant tester à trois reprises). Enfin, 2'719 tests sérologiques ont été effectués pour des prestataires externes.

- **Prévalence chez les collaborateurs-trices**

Une étude menée auprès de 3'423 collaborateurs-trices volontaires des HUG a révélé que, au moment du déclin de la pandémie du Coronavirus, 8,5% du personnel des HUG avait été en contact avec le virus responsable du Covid-19. Cette étude, la première à prendre en compte autant de professionnel-les, soignant-es et non soignant-es d'un hôpital universitaire en Suisse, révèle le niveau d'infection d'une population non confinée et exposée à différents degrés à la maladie.

Les résultats de l'étude suggèrent que seule une minorité des soignant-es des HUG a été infectée pendant cette vague de la pandémie, malgré le nombre élevé de cas de Covid-19 hospitalisés (1'108 au 27 juin 2020). En revanche, elle confirme la survenue de plusieurs foyers épidémiques intra-hospitaliers (Joli-Mont, Trois-Chêne).

6.3. Covid-19 et précarité à Genève

Médecins sans frontières (MSF) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont conduit deux études sur les conséquences du Covid sur la précarité de la population.

La première a été menée le 2 mai auprès de 532 personnes pour évaluer les besoins en santé de la population précarisée à Genève. Les résultats ont montré que ces personnes étaient 3,5 à 4,5 fois plus exposées au virus que la population globale du fait notamment de la promiscuité, qu'elles accédaient difficilement au dépistage et qu'elles parvenaient péniblement à respecter les règles d'isolement et de protection sanitaire. Elles exprimaient une très vive inquiétude face à la pandémie et ses conséquences économiques, sur l'emploi, ainsi que sur l'accès au logement, à la nourriture et à la scolarisation des enfants. Elles étaient inquiètes de leur santé physique et psychique. L'étude soulignait les difficultés d'accès aux soins parmi ces personnes et la fréquente renonciation à se faire soigner pour raisons financières.

La deuxième étude a été menée le 6 juin. Les résultats ont montré que près de sept adultes sur dix (68.1%) et un enfant sur deux (51.1%) qui se sont présentés à la distribution alimentaire à la patinoire des Vernets le 6 juin 2020, ont dû renoncer à au moins un repas durant la période de pandémie. Tandis que plus d'un adulte sur vingt (6.2%) et un enfant sur cent (1%) ont passé au moins une journée entière sans manger. Les Suisses ou détenteurs et détentrices d'un permis de séjour durable semblent particulièrement affecté-es par l'insécurité alimentaire. Plus de la moitié des répondant-es vivaient dans des logements densément occupés et se trouvaient en situation d'insécurité de domicile avec une difficulté à payer leur loyer.

6.4. Autres programmes de recherche médicale

La fermeture des bâtiments universitaires a eu pour effet l'arrêt quasi-total des activités de recherche fondamentale à partir du 16 mars. Seuls les groupes travaillant sur le SARS-COV-2 ont pu poursuivre leurs travaux. La réouverture partielle, dès le 27 avril, puis plus large, à partir du 11 mai, a permis aux chercheuses et chercheurs de reprendre graduellement leurs travaux. Cependant, ces deux mois d'arrêt ont engendré d'importants retards. De même, la recherche clinique hors du Covid-19 a été largement stoppée.

6.5. Enseignement

Le Covid-19 a largement stoppé l'enseignement pré-gradué en présentiel, pour le déplacer sur des plateformes à distance (zoom et mediaserver) et sur l'immersion dans les activités de l'hôpital. L'implication et le dévouement des étudiant-es en médecine doivent être salués, tant pour celles et ceux directement engagé-es dans la clinique que les autres, chargé-es d'activités administratives ou de soutien.

L'épidémie a impacté la tenue des examens de la Faculté de médecine : le concours de 1^{ère} année a été déplacé en août et, cette année, l'examen de diplôme ne comprendra pas d'examen sur les compétences cliniques.

Au niveau post-gradué : de nombreux séminaires ont dû être supprimés ou dématérialisés, comme par exemple le colloque de médecine interne. Il est aussi possible que des participant-es venant de l'étranger aux formations post-graduées en médecine clinique n'aient pu arriver à Genève comme prévu. Par ailleurs, le programme de formation clinique a, pour certaines et certains, été bouleversé par la modification soudaine des prises en charge hors Covid-19.

7. Ressources humaines

Les HUG ont pu compter sur une mobilisation et un soutien sans faille de l'ensemble de ses équipes. Un élan d'entraide et de solidarité entre collègues s'est rapidement et naturellement mis en place. L'objectif premier était de protéger le personnel et de mettre en place les mesures nécessaires afin de pouvoir faire face à ce surcroît d'activité, tant en termes de ressources humaines que matérielles.

La population a pu témoigner sa reconnaissance à l'engagement de chacun et chacune, notamment lors des applaudissements qui ont eu lieu tous les soirs aux balcons des Genevois. Les particuliers, les entreprises, les associations ou les fondations ont apporté un soutien précieux, témoignage de leur gratitude envers le personnel des HUG.

De nombreuses mesures d'accompagnement, des services de soutien ou diverses facilités ont été mis en place et proposés afin de faciliter certains aspects logistiques, comme des solutions d'hébergement, des services de garde d'enfants, des repas livrés gratuitement et bien d'autres encore.

Pour les équipes de la Direction des ressources humaines, l'activité a été intense pour réaliser les engagements, mettre en place de nouveaux codes horaires pour gérer les absences et fournir des autorisations pour faciliter le passage des frontières. Grâce à un dialogue avec les autorités régionales et l'appui de la cellule ORCA Genève, le personnel des HUG a été autorisé à emprunter les voies prioritaires à certaines douanes.

Dès le 13 mars, des mesures ont été prises afin de disposer de suffisamment de ressources pour faire face à une augmentation massive de l'activité, notamment:

- suppression des vacances jusqu'à fin avril pour le personnel utile à la prise en charge des patient-es
- possibilité donnée aux soignant-es travaillant à temps partiel d'augmenter temporairement leur taux d'activité
- appel, sur une base volontaire, aux collaborateur-trices spécialisé-es en soins aigus qui ont fait valoir leurs droits à une retraite anticipée l'année dernière
- autorisation donnée aux services d'adapter les horaires de travail
- encouragement à faire du télétravail pour toutes les personnes dont la fonction n'exigeait pas une présence physique à l'hôpital.

Les HUG n'ont jamais manqué de personnel grâce à une capacité d'anticipation qui leur a permis de recruter 140 soignant-es, notamment des jeunes retraité-es, en contrat à durée déterminée et d'augmenter le temps de travail de personnel à temps partiel (au total l'équivalent de 40 équivalent temps plein).

A cela s'ajoute le renfort de 80 militaires (20 militaires en permanence à l'hôpital) qui sont venus en aide aux soignant-es et aides-soignant-es à partir du 25 mars. L'Armée a été engagée pour un appui sanitaire; dans le bâtiment principal des HUG et à l'Hôpital des Trois-Chêne. A la demande de l'Etat-Major Cantonal de Conduite genevois (EMCC-ORCA), elle est également intervenue dans le transport de patient-es avec 28 soldat-es et 6 ambulances.

Quelque 200 milicien-nes de la Protection civile se sont relayé-es, à raison de 36 à 58 personnes par jour, durant 84 jours, ce qui représente un total de 3'988 jours de service.

Plus de 70 employé-es de l'administration et de la logistique ont rejoint les équipes de soins afin d'apporter aux patient-es du lien social et de réaliser des tâches d'appui.

7.1. Recrutement

- Dès le 9 mars, 445 personnes ont été recruté·es, dont 255 médecins, 120 collaborateurs ou collaboratrices pour les soins infirmiers et 43 pour des postes médico-thérapeutiques ou médico-techniques
- Les augmentations de temps de travail ont permis de renforcer les effectifs soignants de 45 ETP. Au total ce sont 554 collaboratrices et collaborateurs qui ont augmenté leur temps de travail
- 179 stagiaires médicaux et 10 stagiaires en soins infirmiers ont été recruté·es depuis le 9 mars
- Certains collaborateurs ou collaboratrices ont été transféré·es dans des services ou unités différents de leur affectation habituelle. 1'269 missions ont été ainsi affectées durant cette période pour 614 collaborateurs
- Le 26 mai, une régularisation de la situation de quelque 200 intérimaires de longue durée, impliquées dans la crise, a été lancée pour leur proposer un contrat à durée indéterminée.

7.2. Formation

Pour accroître les compétences du personnel, plusieurs types de formations ont été mis en place

- Formation pratique et accélérée pour l'utilisation de nouveaux respirateurs dans les unités de soins intermédiaires
- Mise en ligne de tutoriels vidéo pour accompagner la création de nouvelles fonctionnalités dans la plateforme DPI
- Déploiement d'une formation digitale Covid-19 à l'intention du personnel engagé pour faciliter l'intégration et soutenir la collaboration entre les professionnel·es : cette formation développée par le Centre de formation et compétences a été réalisée en étroite collaboration avec des expert·es métiers des HUG ainsi qu'avec le soutien de l'école 3SHEDS et la HEdS-GE pour les nouveaux collaborateurs et collaboratrices des soins
- Elargissement de l'offre de cours en ligne pour pallier la suppression des formations en présentiel
- Formation sur la prévention et contrôle de l'infection VigiGerme® à destination des soignant·es et des physiothérapeutes.

7.3. Santé du personnel

Le Service de santé du personnel a été fortement sollicité pour répondre à toutes les problématiques liées à la prévention des infections, au dépistage et au suivi des collaborateurs·trices infecté·es, au soutien psychologique et aux diverses prestations mises en place pour faciliter le travail quotidien des équipes.

En date du 28 mai, le Service de santé du personnel a lancé un grand sondage pour connaître l'impact de la période de pandémie sur la vie des collaborateur·trices et adapter les prestations en conséquence. Tous les départements et les catégories socio-professionnelles ont été représentés dans cette enquête, y compris les collaborateurs et collaboratrices en télétravail durant la pandémie.

En date du 10 juillet, 4'637 questionnaires ont été remplis au moins partiellement dont 3'409 questionnaires complets. Les premières analyses montrent que malgré le sentiment de stress, à divers degrés, pour 80% des personnes interrogées, les indicateurs de pathologies sont très bas : tristesse, trouble de la concentration, agitation incontrôlable, avec un pourcentage inférieur à 10%.

Par ailleurs, pour 88% des personnes ayant répondu au sondage, le travail fait du sens et 87% pensent que leur travail a été important. Un suivi longitudinal sera important pour l'évolution de ces points.

7.4. Prévention des infections

Dès le 1^{er} février, le port du masque a été obligatoire pour toutes et tous (patient-es, accompagnant-es, personnel) dans l'ensemble des services d'urgences des HUG.

Les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ont été relayées en interne et en externe. Une fiche récapitulant les moyens de prévention à utiliser à l'hôpital en fonction des activités a été éditée par le Service de prévention et contrôle de l'infection et diffusée largement, notamment sous la forme d'une affiche dans tous les services.

L'équipe du Service de prévention et contrôle de l'infection a été très présente sur le terrain pour aider les équipes. Des formations pour l'habillage et le déshabillage des blouses ont été mises en place.

A partir du 29 juin 2020, le port systématique du masque à l'intérieur des HUG n'a plus été obligatoire, ni pour les patient-es, ni pour les visiteur-ses, ni pour le personnel à condition de respecter l'hygiène des mains et les distances sociales. Le site vigigerme.hug.ch renseigne les collaborateurs-trices sur les règles à appliquer en matière de prévention contre les infections.

7.5. Dépistage

Les collaborateurs et collaboratrices ont été fortement encouragé-es à se faire dépister en cas de symptôme compatible avec une infection Covid-19.

Plusieurs lieux de dépistage ont été mis en place pour faciliter l'accès aux tests pour l'ensemble du personnel

- secteur E pour le site Cluse-Roseraie
- annexe des urgences pédiatriques pour le personnel de la DFEA
- urgences gériatriques non vitales pour le personnel de Belle-Idée et Trois-Chêne
- antennes ponctuelles sur le site de Loëx et à la Clinique Joli-Mont.

L'Hôpital des Trois-Chêne a vu l'éclosion d'une épidémie nosocomiale lors de laquelle le personnel des unités concernées a été soumis à un dépistage systématique, même en l'absence de symptômes.

Au total, en date du 27 juin, 2'931 membres du personnel s'étaient fait dépister et 707 d'entre eux ont été testé-es positif-ves, dont 105 aides-soignant-es, 237 infirmier-es et 112 médecins. Ces personnes ont été suivies par le Service de santé du personnel.

7.6. Protection du personnel vulnérable

Conformément à l'Ordonnance du Conseil fédéral sur les mesures destinées à lutter contre le COVID-19, qui intègre une liste des catégories de personnes vulnérables, les HUG ont invité leur personnel faisant partie de ces populations à risque à s'annoncer spontanément à leur hiérarchie.

Sur présentation d'un certificat médical, le collaborateur ou la collaboratrice vulnérable ne travaillait pas dans les unités dédiées aux soins à des patient·es COVID-19 confirmé·es ou suspect·es. Si il ou elle souhaitait néanmoins travailler dans une unité COVID, il ou elle y était autorisé·e à la condition de respecter strictement toutes les consignes et d'utiliser le matériel de protection nécessaire.

Si la présence physique à l'hôpital de la personne était jugée indispensable, son environnement était organisé pour protéger sa santé et lui permettre de travailler en toute sécurité. Durant les heures de travail, quelle que soit son activité, elle était astreinte au port du masque, y compris lors des moments de pause et de convivialité.

Si sa présence physique à l'hôpital n'était pas jugée indispensable, la personne faisait du télétravail si sa fonction lui permettait.

7.7. Consultation en dermatologie

Avec l'utilisation importante de désinfectants, masques et surblouses, des problèmes de peau ont été constatés. Une consultation spécifique, gratuite pour les collaborateurs et collaboratrices des HUG, a été mise en place par le Service de dermatologie. Entre le 1^{er} avril et la fin du mois de mai, 94 consultations ont été organisées dans ce cadre.

7.8. Soutien psychologique

Dès le 20 mars, les HUG ont mis en place un dispositif intitulé *CovidPsy* pour assurer un soutien psychologique face au stress et à l'épuisement professionnel provoqués par la situation exceptionnelle de la pandémie COVID-19.

Le dispositif a été déployé de la manière suivante

- Hotline téléphonique et boîte de messagerie pour toutes les questions en lien avec le stress, l'épuisement professionnel, la gestion des situations difficiles et le soutien à un·e collaborateur·trice ou une équipe
- Présence auprès des équipes 7j/7 : 23 psychologues ont été détaché·es auprès des équipes confrontées aux malades du Covid-19. Ils/elles assurent une présence au quotidien sur le modèle de la psychologie de terrain appliquée en cas de catastrophes et s'adaptent au fonctionnement des équipes de soins. Ils/elles répondent aussi bien aux besoins individuels que collectifs
- Permanence CovidPsy (9h-18h, 7j/7) : sur rendez-vous, la permanence propose des entretiens individuels. Elle assure la prévention, le dépistage et la prise en charge précoce de la souffrance psychologique et, si nécessaire, un suivi.

Entre le 16 mars et le 10 juin, la hotline a enregistré 58 appels de la part de collaborateurs ou collaboratrices et 54 rendez-vous à la permanence ont eu lieu. Les psychologues de proximité ont réalisé 591 entretiens individuels et 499 partages en groupe entre le 23 mars et le 31 mai.

7.9. Récupération du personnel surchargé

Dès le 7 avril, des « congés Covid » ont été mis en place sur décision du Comité de direction.

Ainsi, les collaborateur·trices travaillant à des rythmes inhabituellement intenses en lien avec la situation de crise liée au Covid-19 ont pu bénéficier de jours de congé Covid leur permettant une période de récupération supplémentaire en sus des compensations habituelles. Ces jours ont été décidés et planifiés par les hiérarchies dans le but de préserver la santé des collaborateurs·trices qui en auraient besoin. Il s'agissait d'une possibilité et non d'un droit.

Quelque 950 collaborateurs·trices ont bénéficié de ce congé spécial. Cela a représenté 1'694 jours.

7.10. Hypno-pauses

Pour favoriser la récupération mentale des médecins et des soignant·es confronté·es à des situations difficiles, des « hypno-pauses » (hypnose thérapeutique) ont été proposées d'abord au sein du Département de médecine aiguë (urgences, soins intensifs), puis sur le site Cluse-Roseraie et à l'Hôpital des Trois-Chêne à tout membre du personnel en ressentant le besoin.

Entre le 27 mars et le 26 mai, 468 collaborateurs et collaboratrices ont pris un hypno-pause de 20 minutes avec des spécialistes de l'hypnose clinique. Cela a représenté 598 séances. 91% des bénéficiaires ont jugé cette prestation utile, au point qu'un programme pérenne est à l'étude avec le Service de santé du personnel pour contribuer à la gestion du stress.

7.11. Autres prestations

D'autres initiatives ont vu le jour pour apporter un soutien au personnel, par exemple :

- Ouverture 24/24 de l'Espace de ressourcement
- Mise à disposition gratuite de l'application de méditation de pleine conscience « Petit Bambou » pendant trois mois à compter du mois d'avril
- Ouverture d'une « bulle bien-être » destinée aux collaboratrices et collaborateurs des Trois-Chêne proposant diverses activités : mindfulness, arthérapie, Healing Touch ou yoga
- Une physiothérapeute du Département de réadaptation et gériatrie a proposé, sur Intranet, trois séquences d'auto-relaxation statique ou en mouvement.

7.12. Services et facilités mis à la disposition du personnel

Des prestations ont été mises en place par les HUG afin de faciliter les besoins quotidiens des collaboratrices et collaborateurs. La crise a également entraîné un formidable élan de solidarité et de générosité de la part de la population genevoise, d'entreprises extérieures et de donateurs et donatrices privé·es.

Hébergement

Plus de 600 collaboratrices et collaborateurs ont bénéficié d'une chambre d'hôtel ou d'un hébergement à proximité de leur lieu de travail pour éviter la pénibilité des trajets. Au total, près de 3'000 nuitées ont été offertes.

Restauration

Les restaurants d'entreprise sont restés ouverts et ont été réservés au personnel. Pour des raisons de respect des distances physiques nécessaires, des horaires différenciés entre 11h45 et 14h45 ont été imposés pour différentes catégories de personnel.

Grâce à des donateurs et donatrices privé·es, 202'000 repas ont été offerts au personnel dans les restaurants d'entreprise afin d'éviter les repas partagés dans des lieux petits et confinés (tisaneries) et de favoriser une vraie pause.

Une offre de repas à emporter et des horaires d'ouverture élargis ont également été proposés au sein des cafétérias. Les repas du personnel ont été offerts jusqu'au 11 mai.

Transport

Vu la limitation de l'offre en transports publics, la gratuité des parkings H-Lombard et H-Cluse a été accordée par la Fondation des Parkings au personnel pendant un mois et demi. H-Cluse est redevenu payant le 4 mai et les autres parkings le 11 mai.

Par ailleurs, les Autoroutes et Tunnel du Mont-Blanc (ATMB) ont remboursé les frais de péage du personnel et des bénévoles de santé à partir du 17 mars et jusqu'à la fin de la période d'urgence.

Plusieurs sociétés ont également mis à la disposition du personnel des HUG différents moyens de locomotion pour faciliter leurs déplacements domicile-hôpital : voitures, vélos, vélos électriques ou encore trottinettes électriques.

Enfin, la réparation des vélos a été facilitée : une liste des magasins de cycles offrant leurs services de réparation durant cette période a été communiquée et actualisée régulièrement.

Garde d'enfants

De façon assez exceptionnelle eu égard à la pratique cantonale, les crèches des HUG sont restées ouvertes. Les parents d'enfants recourant aux crèches et écoles fermées ont disposé de plusieurs solutions, dont la garde d'enfants en urgence de la Croix-Rouge genevoise (1'025 h de gardes à domicile par le Chaperon rouge entre le 16 mars et le 31 mai). Plusieurs crèches de la Ville de Genève ont assuré un service minimum et accueilli en priorité les enfants du personnel des HUG. La plateforme kidpooling.ch d'entraide entre collègues pour faire garder ses enfants a été ouverte au personnel des HUG.

Autres facilités mises en place

Dès le 26 mars, le personnel a pu se faire livrer ses courses de supermarché directement à l'hôpital, d'abord sur le site Cluse-Roseraie, puis à Belle-Idée et à Loëx.

Par ailleurs, au vu de la fermeture des salons de coiffure, des coupes par des professionnel·les ont été proposées sur sites, à des tarifs préférentiels. Entre le 9 avril et le 29 mai, 354 personnes, 216 collaboratrices et 138 collaborateurs, ont utilisé ce service disponible sur les sites de Trois-Chêne, Beau-Séjour, Belle-Idée, Bellerive, Cluse-Roseraie, Loëx et Joli-Mont.

Durant la fermeture de la Conciergerie HUG Sans Souci, des prestations de pressing ont été proposées dès le 14 avril par Urban Washers aux collaborateurs et collaboratrices de Cluse-Roseraie, Belle-Idée/Trois-Chêne et Loëx.

Cadeaux distribués dans les équipes

Des cadeaux et attentions particulières ont été reçus et distribués aux collaborateurs·trices. Au total, cela a représenté :

- plus d'une tonne de chocolat, distribuée lors de goûters dans le cadre des « chariots du bonheur »
- 6'000 tulipes, qui, grâce à une fondation genevoise, ont été offertes le 8 et le 22 avril aux collaborateurs et collaboratrices de Cluse-Roseraie, de Belle-Idée, Trois-Chêne et Loëx, à la sortie de leur journée de travail
- près de 7'000 cadeaux ont fait l'objet d'un tirage au sort parmi le personnel pour assurer une distribution équitable

A l'initiative du Service des affaires culturelles, plusieurs artistes ont envoyé des vidéos de soutien et de remerciements au personnel. En particulier, le violoniste Edward Elgar a enregistré un concert pour le personnel des HUG diffusé sur Intranet, tout comme le chanteur Cali depuis Paris.

8. Information et communication

Lors de la crise, l'information a joué un rôle-clé pour informer et rassurer le grand public à l'externe et également à l'interne. Tous les métiers de la communication ont été réquisitionnés dans ce but : communication digitale avec le web, les réseaux sociaux, la vidéo, l'Intranet ; relations médias, affichage, flyers, etc. Les HUG ont incontestablement joué un rôle de leader de l'information médicale.

8.1. Recommandations aux professionnels

Dès janvier 2020, les HUG ont joué un rôle important pour informer l'ensemble des professionnel·les de la santé principalement via :

- les « colloques du mardi » destinés aux médecins de ville
- les recommandations disponibles sur Intranet et sur Internet
- plusieurs applications dédiées

Dès le 17 mars 2020, les « colloques du mardi » ont été consacrés au Covid-19. Organisés à huit clos, ils ont été diffusés en direct sur Internet avec la possibilité de poser des questions par mail, puis mis en ligne sur Intranet et la chaîne YouTube. Le 1^{er} colloque consacré au Coronavirus a eu lieu le 28 janvier et a enregistré plus de 330'000 vues sur Youtube.

Dès début février, les premières recommandations pour la prise en soins des malades COVID-19 ont été rédigées. Très rapidement, un groupe *Guidelines* a été créé par la Direction médicale afin d'émettre et de coordonner des recommandations internes pour la prise en charge des patient·es dans le cadre de l'épidémie COVID-19.

Plus de 50 recommandations ont été émises et régulièrement actualisées à la fois sur le site Intranet et sur le site Internet dédié sur les sujets suivants :

- identification des cas
- stratégie d'orientation des patient·es
- prise en charge intra-hospitalière
- considérations liées aux médicaments
- prise en charge ambulatoire des patient·es suspect·es ou confirmé·es
- décès des patient·es

Les professionnel·les des HUG et de l'Université de Genève ont également eu accès à des applications dédiées

- HeadToToe : accès sur smartphone aux documents du groupe Guidelines
- Coronapp-HUG : accès sur smartphone au contenu du site Internet avec rubrique destinée aux professionnel·les
- Spectrum : accès aux recommandations des HUG

8.2. Gestion des données

Une cellule de gestion des données (data.covid@hcuge.ch) a été créée le 3 avril pour centraliser les demandes d'information, recenser les données, les consolider et transmettre les informations aux demandeurs.

8.3. Communication interne

Intranet

- Diffusion de 12 vidéos de Bertrand Levrat, Directeur général, pour encourager, remercier et informer les collaborateurs·trices sur l'évolution de la situation. S'y ajoutent une

déclaration de Mauro Poggia, Conseiller d'Etat, une de François Canonica, Président du Conseil d'administration et une de Sandra Merkli, directrice des soins, en compagnie d'Arnaud Perrier, directeur médical.

- Publication de 300 gros plans, actualités institutionnelles ou générales
- Dès le 30 mars, publication quotidienne des points de situation sur le nombre de patient-es infecté-es, soigné-es, etc.
- Groupe Intranet dédié au coronavirus, actualisé tous les jours, faisant état de la situation aux HUG, des mesures de prise en charge des cas suspects, des recommandations institutionnelles et permettant la diffusion d'informations générales ou destinées au personnel en particulier, de vidéos institutionnelles, médicales ou de soutien

ChatHUG

Afin de faciliter les échanges, la plateforme de messagerie interne sécurisée Chat HUG a été mise à la disposition de plusieurs services, dont celui de médecine de premier recours. Elle a notamment été utilisée pour la diffusion des recommandations de prises en charge des patient-es Covid.

Lettres d'information

Création et diffusion d'une lettre d'information « Covid-19 » du Département de médecine aiguë et du Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

HUG Mag spécial Covid-19

Une édition spéciale du journal interne des collaborateurs et collaboratrices a présenté un retour en images sur l'implication et la mobilisation de l'ensemble des équipes durant la crise (voir annexe 6). Exceptionnellement, elle a été envoyée au domicile de l'ensemble du personnel.

8.4. Communication externe

Création d'un site Internet dédié

Le site Internet <https://www.hug.ch/coronavirus/> a été créé et régulièrement mis à jour. Il regroupe l'ensemble des informations relatives au Covid-19. 591'400 visites y ont été enregistrées.

On y trouvait notamment 300 vidéos FAQ avec les expert-es postées sur Internet, un outil d'évaluation rapide du risque d'infection (Coronarisk), des recommandations pour savoir que faire en cas de symptômes respiratoires, des informations pratiques telles que les conditions de visites, comment se protéger, l'auto-isolément, les centres de prélèvement, les sites de référence ou la téléconsultation HUG@home. Des recommandations pour les professionnel·les de la santé y figuraient également, sur la base d'une analyse des données les plus récentes par le groupe d'expert-es interne.

Par ailleurs, le site Internet des HUG a publié de manière régulière les informations relatives à l'évolution des connaissances et prises en charge liées au virus. Entre le 23 janvier et le 3 juillet, 44 actualités ont été publiées.

Réseaux sociaux

Les réseaux sociaux ont été largement utilisés comme en témoignent les statistiques ci-dessous :

- 13 millions d'impressions (de vues) sur les réseaux sociaux
- 100 000 abonnés et 6 millions de vues sur la chaîne YouTube des HUG (300 vidéos publiées), soit 29% d'augmentation
- 83 800 abonné-es sur la page Facebook des HUG - soit 49% d'augmentation
- 29 400 abonné-es au compte Twitter des HUG - soit 56 % d'augmentation

- 14 200 messages postés sur les médias sociaux modérés par les HUG
- Hausse de plus de 750 % de l'audience des HUG sur Facebook et Twitter

Reportages photographiques

Réalisés dans les équipes, ils ont eu pour but de présenter le travail des équipes impliquées, notamment par le biais des réseaux sociaux.

Campagne d'affichage et d'information

Divers documents, panneaux de signalétique, dazibaos, autocollants, flyers, infos-patient-es ont été réalisés et disposés dans différents lieux de soins.

8.5. Relations médias

Compte tenu du rôle prescripteur et pionnier joué par le CRIVE puis par les HUG dans leur ensemble, l'attrait de l'institution pour les journalistes a été décuplé :

- 1'159 demandes médias entre le 20 janvier (première demande sur le sujet) et le 30 juin, soit 3 fois plus qu'une année normale
- Journée-record le 30 mars avec 35 demandes de journalistes
- Mise à disposition des médias d'images TV (B-rolls) et de photos
- Collaboration avec Heidi News (1 témoignage par semaine), L'Illustré, RTS dont Temps présent, Léman bleu
- 90 reportages photos, radios et TV durant la crise sanitaire
- 3'528 articles et émissions citant les HUG entre le 20 janvier et le 30 juin.

9. Retour à une nouvelle normalité

Dès le 14 avril, la préparation de la sortie de crise a débuté en prenant en compte les dispositions fédérales et cantonales, l'évolution de la pandémie et la disponibilité des ressources humaines, de l'infrastructure et du matériel. La priorité a été accordée aux besoins des patient-es, à leur sécurité ainsi que celle du personnel et à la progressivité de la reprise en fonction des ressources disponibles.

Une cellule reprise.covid19@hcuge a été créée pour coordonner les besoins liés à la reprise et permettre à la direction de prendre les décisions nécessaires au retour à la normale.

9.1. Reprise progressive des activités

Le 18 avril, la remise en fonction des blocs chirurgicaux d'Opéra a débuté. Elle fut finalisée le 4 mai. Un retour à la normale a été envisagé pour la fin de l'année et un rattrapage d'une partie de l'activité selon le planning suivant :

- 50% de l'activité rattrapée au mois de juin
- 75% de l'activité rattrapée à la fin du mois d'août
- 100% de l'activité rattrapée à la fin du mois de septembre

Dès le 24 avril, la reprise coordonnée de l'activité normale a été mise en place. 130 lits Covid-19 ont été conservés. Les flux de personnes Covid-19 et non-Covid-19 sont restés séparés.

Le 27 avril, la reprise des activités ambulatoires, chirurgicales et interventionnelles était estimée à 25%. Globalement, cette reprise a été moins rapide que prévu dans les premiers mois. A partir de juillet, le rattrapage s'est accéléré. Néanmoins il devrait s'étaler jusqu'à fin 2020.

Les contrôles d'accès aux principaux points d'entrée de l'hôpital ont été maintenus. Seules les personnes disposant d'une autorisation (visites, consultations) ont pu entrer à l'hôpital, avec masque et désinfection des mains. La mesure a été prévue pour durer jusqu'à fin septembre.

Des agent-es Pedi-Covid, chargé-es de sensibiliser le personnel, les patient-es et les visiteurs au respect des bonnes pratiques d'hygiène, ont été déployé-es dans les lieux de soins.

Dès le 4 mai, le rapatriement progressif de l'activité hospitalière délocalisée dans les cliniques privées a été organisé.

Dès le 15 mai, un assouplissement des exceptions des visites a été organisé : deux visites par jour (une seule personne à la fois, 1h maximum) ont autorisées pour les personnes hospitalisées aux soins intensifs, aux soins intermédiaires et dans les autres unités de soins.

9.2. Maintien d'un dispositif minimal en cas de nouvelle vague

Dans sa séance du 25 mai 2020, le Conseil d'administration a validé l'anticipation d'un dispositif ambulatoire et hospitalier pour répondre à tout nouvel épisode épidémique du Covid-19. L'objectif était de conserver un dispositif minimal et de disposer de ressources suffisantes, notamment en lits et en effectifs, pour prendre en charge ces patient-es. Le Conseil d'Etat a également validé cette orientation le xxxx.

Les structures de soins ont donc été adaptées comme suit :

- La création de 68 nouveaux lits dont :
 - 39 en soins aigus
 - 19 en soins intermédiaires
 - 10 aux soins intensifs ;
- Le maintien de filières séparées pour patient-es Covid et non-Covid

- La poursuite du contrôle des accès
- Le maintien de l'aménagement spécifique des urgences :
 - La moitié du 6^{ème} étage du bâtiment Stern (anciens bureaux) sera consacré à Covid : une unité de soins intermédiaires et deux de médecine. Les bureaux ne reviendront pas sur cet étage.
 - L'Hôpital des Trois-Chêne conservera une unité Covid aigu.
 - L'Hôpital de Loëx aura 27 lits de réadaptation post Covid.
 - Beau-Séjour disposera d'une unité pour réadaptation Covid pour troubles neurologiques, problèmes de déglutition et troubles cognitifs.
 - Tous ces lits diminueront progressivement si et quand cela sera envisageable.

9.3. Renforcement des effectifs

Plus de 380 postes sont nécessaires pour pérenniser ce dispositif et une demande de financement a été transmise au Conseil d'Etat et au Grand Conseil dans ce but. Ces postes sont en majorité des soignant-es, des médecins et des physiothérapeutes. Pour recruter ce personnel, les HUG ont prévu de collaborer avec les institutions de formation (UNIGE, HEdS), notamment en engageant les nouveaux diplômé-es de la HEdS, et avec l'Office cantonal de l'emploi.

Par ailleurs, des contrats à durée indéterminée ont été proposés à 200 soignant-es qui travaillent aux HUG sur des missions intérimaires de longue durée et le recrutement de 80 nouveaux diplômé-es de la Haute école de santé est prévu dès la fin de leur cursus d'étude.

10. Impact sur les finances

Les résultats financiers des HUG ont été lourdement affectés par le COVID-19, ainsi que par les décisions, fédérales et cantonales, prises pour lutter efficacement contre cette pandémie.

10.1. Coût de la pandémie dans les hôpitaux universitaires de Suisse

Le 1^{er} juillet 2020, les cinq hôpitaux universitaires de Suisse (HUS) ont présenté à la presse leur bilan de la crise Covid-19. En quelques jours, ils ont fortement augmenté leur capacité hospitalière, comme en témoigne la hausse du nombre de lits de soins intensifs de 240 à 395 lits (+67%). Grâce à la qualité des infrastructures et du personnel des hôpitaux universitaires, la première phase de la pandémie a pu être surmontée sans qu'aucun d'entre eux n'ait été dépassé.

La situation a certes été très différente d'un établissement à l'autre, comme en témoigne le nombre de patients hospitalisés :

HUG - Genève:	1108
CHUV - Vaud:	538
USB – Bâle :	213
Inselgruppe – Bern :	167
USZ – Zurich :	149

Pour les six premiers mois de l'année 2020, ces cinq hôpitaux ont évalué la perte de revenus nette cumulée de mars à juin 2020 à 290 millions de francs, auxquels il faut rajouter 66 millions de francs de charges. Ainsi, la première phase de la pandémie a coûté aux cinq hôpitaux universitaires 356 millions de francs.

Au niveau fédéral, la décision d'arrêter toute activité élective et ambulatoire, prise par ordonnance le 13 mars, a eu un impact majeur sur l'activité des HUG et, par voie de conséquence, sur le chiffre d'affaires. Au niveau cantonal, c'est la décision de centraliser aux HUG toutes les hospitalisations liées au COVID qui a mis le dispositif hospitalier sous haute tension.

L'effet de la pandémie sur les finances des HUG se décompose en :

1. dépenses de santé publique engagées aux HUG
2. dépenses de santé publique engagées par les HUG pour compte de l'Etat
3. déficit de facturation en lien avec les décisions fédérales
4. dispositif COVID à maintenir

10.2. Dépenses de santé publique engagées aux HUG

Dès le 19 mars, des CGR dédiés au Coronavirus ont été ouverts dans tous les départements afin de distinguer clairement les dépenses liées à la pandémie.

Les HUG ont engagé 16.8MCHF de dépenses liées au dispositif de santé publique mis en place. Elles contiennent notamment :

- les frais de personnel pour l'engagement de 280 CDD et l'augmentation des taux d'activité de collaborateurs·trices à temps partiel
- les travaux de réaffectation de locaux en unités de soins et en centre de dépistage, des travaux d'extension des urgences, la location de structures temporaires (tentes, abris, etc.)
- l'achat de matériel de protection (masques, gants, combinaisons, etc.) et de petit matériel médical (pousse-seringue, moniteur, ventilateur, lit, etc.)

- des charges informatiques liées à la mise en télétravail du personnel administratif, au renforcement des infrastructures réseau et au déploiement d'applications de télémédecine, des frais de sécurité et de sécurisation des accès
- des frais de signalétique et de communication

Détail des charges de fonctionnement	
Type de dépenses	Montant
Masques et équipements de protections	1 246 000
Location de matériel et de structures temporaires	834 187
Matériel médical	1 095 788
Travaux non activables	3 241 686
Frais informatiques	1 132 016
Frais de surveillance	210 863
Frais de communication	202 185
Frais d'hébergement	163 166
Frais de personnel	8 728 116
TOTAL	16 854 008

10.3. Dépenses de santé publique engagées pour le canton

A la demande du Canton, les HUG ont effectué des achats de matériel de protection, principalement des masques. La centrale 144 et l'équipe chargée du pré-hospitalier ont été renforcées afin de soutenir la politique de prévention et d'orientation des patient-es, définie en concertation avec le service du médecin cantonal.

Les charges de personnel qui font partie de cette demande de financement concernent uniquement du personnel engagé en plus des effectifs habituels du 144 et du SMUR pour les besoins de la crise sanitaire, les heures supplémentaires effectuées dans le cadre de la crise et le défraiement d'étudiants stagiaires de médecine.

Type de dépenses	Montant TTC
Achat de masques (2 lots de 5 millions et un lot de 10 millions)	8 323 333
Cluster pré-hospitalier (144 et SMUR)	1 038 094
dont matériel	409 004
dont RH	629 090
Informatique	96 900
TOTAL	9 458 327

10.4. Déficit de facturation

Le principal impact financier de la crise COVID pour les HUG est le déficit de facturation lié à l'arrêt d'une partie très importante de l'activité des HUG entre le 15 mars et le 31 mai 2020.

L'activité hospitalière a été 16% inférieure à ce qu'elle est normalement entre janvier et mai. La différence est de -15% pour l'activité ambulatoire. Ainsi, sur les 5 premiers mois de l'année 2020, les HUG auront admis 4'000 patient-es stationnaires de moins que les années précédentes et accueilli 76'000 cas ambulatoires de moins. Ces chiffres tiennent compte des patient-es Covid-19.

Un autre facteur de déficit est le sous-financement des patients COVID ne nécessitant ni soins intensifs, ni soins intermédiaires. En effet, pour ces derniers, la solution imposée par SwissDRG consiste à utiliser un remboursement prévu pour les patient-es atteint-es de bactéries multi-résistantes. Ce remboursement est inadapté aux cas de COVID pour plusieurs raisons.

Les protocoles de prise en charge sont différents et plus lourds pour les cas de COVID, les patient-es sont plus complexes et le remboursement n'intervient qu'au 7^{ème} jour d'hospitalisation alors que 50% des patient-es COVID restent moins de 7 jours. Ces différents éléments expliquent en partie le fait que la facturation des cas COVID ne permettra pas de compenser la perte de facturation liée à l'arrêt de l'activité non COVID.

Au total, les HUG estiment que la perte de facturation par rapport aux années antérieures et à leur budget 2020 s'élèvera à 85.9MCHF.

Zone de soins	Perte de facturation	Facturation COVID	Perte nette
Soins aigus	78 300 000	40 700 000	37 600 000
Réadaptation	18 800 000	5 000 000	13 800 000
Ambulatoire	42 100 000	7 600 000	34 500 000
TOTAL	139 200 000	53 300 000	85 900 000

10.5. Dispositif Covid à maintenir

Afin de pouvoir faire face à une recrudescence éventuelle du virus sans arrêter ni diminuer l'activité courante des HUG, un dispositif stationnaire (68 lits) et ambulatoire Covid-19 a été prévu pour un coût total de 33.1 millions de francs par an. Pour l'année 2020, les HUG estiment opportun de prévoir 80% de ce budget (pour tenir compte des délais d'engagement du personnel) sur 6 mois, soit 13.2 millions de francs.

En synthèse, le budget global de la première phase de la pandémie et du dispositif pour la fin de l'année 2020 pour les HUG se monte à 125,4 millions de francs comme on le voit sur le tableau ci-dessous. Ces montants ont fait l'objet de deux demandes de crédits supplémentaires urgents auprès du Canton de respectivement 15 et 110.4 millions de francs.

Dépenses HUG	16 854 007.70
Dépenses pour le Canton	9 458 327.30
Déficit de facturation	85 900 000.00
dispositif COVID à maintenir	13 200 000.00
TOTAL	125 412 335.00
Crédit obtenu mai 2020	15 000 000.00
Nouvelle demande de crédit	110 412 335.00

2^{ème} partie

Retour d'expériences

Cette partie qui synthétise le retour d'expériences, a été rédigée
par Antoine Geissbuhler et Alexandre Garrido.
Le document complet se trouve en annexe (annexe 5)

11. Retour d'expériences

11.1. Dispositif de gestion de crise

Un dispositif spécial de conduite et de coordination a été mis en place aux HUG pour gérer la situation liée à la pandémie. La base de ce dispositif a été donnée par le plan de sécurité et de continuité HUG (validé par les instances en 2018), ce qui a rapidement permis de définir les lignes directrices suivies dès le mois de janvier 2020.

Les HUG constituent une infrastructure critique de niveau national. Une incapacité à accomplir la mission de soins qui leur est dévolue peut avoir un impact négatif très fort sur la population du bassin genevois. Les HUG doivent ainsi garantir dans la mesure du possible que la capacité à soigner ne soit pas interrompue par des événements perturbateurs endogènes ou exogènes.

Le plan de sécurité et de continuité a donc été pensé et développé comme un système évolutif permettant de garantir cette continuité des soins.

L'un des principaux outils de ce système est la cellule de crise. Cette dernière a une double tâche :

- Elle doit assurer une veille situationnelle permettant d'identifier en amont les événements pouvant potentiellement perturber ou interrompre les soins. Sur cette base, elle doit ensuite définir les mesures correctives nécessaires afin de contrôler ou de réduire l'impact de ces événements.
- En cas d'événement perturbateur inattendu, elle doit au travers de ses décisions prendre le plus rapidement possible le contrôle de la situation, toujours avec l'objectif de garantir les soins.

La cellule de crise doit pouvoir être mobilisée en permanence. Elle est composée de manière générique des principales directions transversales des HUG. Selon la situation et les besoins, ses membres peuvent être spécifiquement définis.

Dans le cadre de la pandémie COVID-19, les premiers échanges de la cellule de crise ont débuté dès la mi-janvier, parallèlement à la mise en place d'un suivi de situation adapté. Un travail de planification prévisionnelle a également été réalisé durant cette période, ceci afin de préparer l'hôpital à pouvoir accueillir un grand nombre de patients contaminés.

11.1.1. Organisation de la cellule de crise

Comme précisé ci-dessus, la composition de la cellule de crise a été adaptée afin de réunir les entités HUG directement concernées par la gestion d'une crise épidémique. Le travail de la cellule a été marqué par deux périodes distinctes :

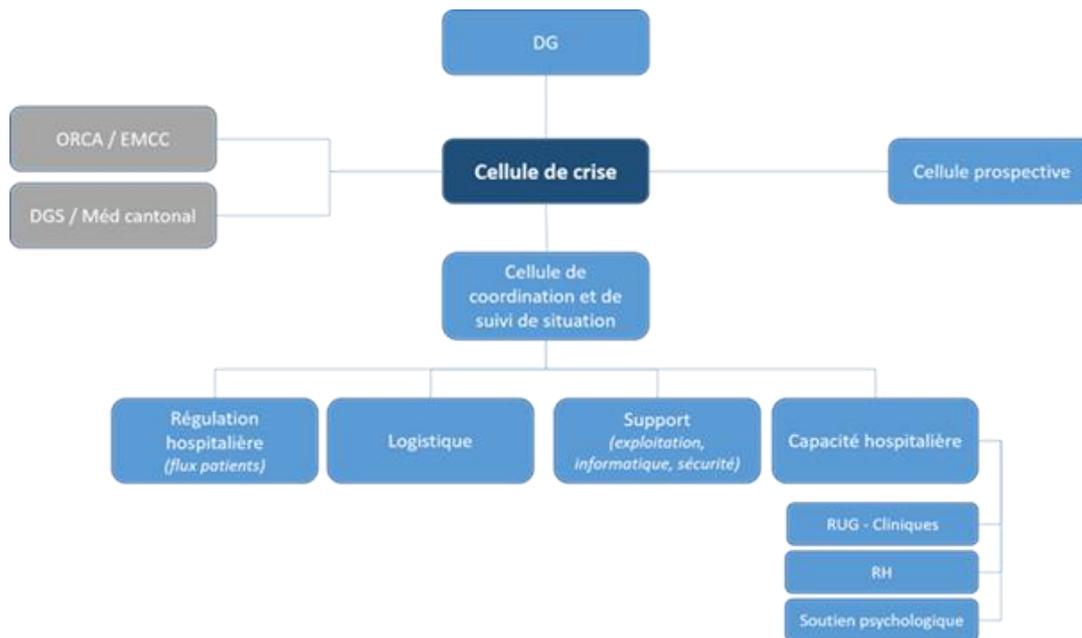
- Le suivi situationnel dès l'annonce de l'épidémie en Chine. La planification des mesures opérationnelles s'est faite en parallèle, ceci dans le cas où l'épidémie devait s'étendre à la Suisse et où les HUG devaient accueillir des patient-es contaminé-es.
- Dès qu'il a été clair que la situation épidémique en Suisse n'était plus sous contrôle, l'activation de la planification prévisionnelle et la conduite de la réponse hospitalière.

Au vu de l'évolution de la situation et des besoins opérationnels, la cellule de crise s'est dotée d'outils supplémentaires afin de faciliter son travail de coordination et de prise de décisions.

Une cellule de coordination et de suivi de situation a ainsi été mise en place afin de centraliser 7j/7 les informations pertinentes mises ensuite à disposition de la cellule de crise. Cette cellule a notamment eu pour tâche de transmettre en continu toute information relative à la situation au sein de l'hôpital : dans le domaine des flux patient-es, des personnels médico-soignant engagés et disponibles, des besoins ou problèmes remontés par le terrain.

Cet outil s'est révélé un atout central et a grandement facilité l'évaluation de la situation par la cellule de crise ainsi que la définition des actions nécessaires à la gestion de la pandémie.

Ci-dessous une représentation schématique de l'organisation de crise :



11.1.2. Principales leçons apprises

Il est rarement possible de prévoir le moment où surviendra une crise. Il est encore plus difficile d'être en mesure de prévoir l'impact de l'événement déclencheur sur l'institution.

L'expérience acquise ces derniers mois durant la gestion de crise COVID-19 (à noter que la pandémie est toujours une réalité au moment de la rédaction du présent bilan, une résurgence des chaînes de transmission en Suisse ne peut donc pas être exclue) fait apparaître deux leçons qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.

- 1) Quand bien même il est impossible de prévoir le moment où va survenir un événement déclencheur pouvant conduire à une crise, il est possible d'anticiper la situation et d'y préparer l'institution. Ceci passe notamment par la consolidation de la politique de gestion des risques et la définition de plans de continuité visant à garantir la continuité des soins. Le développement du plan de sécurité et de continuité, qui répond à ces deux besoins, doit être poursuivi.
- 2) La mise en place de l'organisation de gestion de crise autour de la cellule de crise et de la cellule de coordination a été d'une utilité et d'une efficacité significatives. Cette structure de conduite a permis aux HUG de pouvoir anticiper l'évolution de la situation

et de structurer la réponse médico-soignante de manière adaptée. Le contrôle de la situation à l'interne a toujours été assuré.

La cellule de coordination, structure créée spécialement pour la gestion de crise COVID, a démontré que son utilité pouvait être étendue à la gestion quotidienne de l'activité hospitalière. Elle a joué le rôle de centre de coordination institutionnel et transversal, permettant d'effacer les frontières entre départements et services : une sorte de tour de contrôle aérien où les avions sont remplacés par les patient-es.

Dans ce sens, il serait judicieux que les HUG envisagent de conserver et de développer cet outil.

11.2. Thématiques et axes de réflexion

Du 9 au 30 avril 2020, une équipe élargie associant les chef-fes de projets et membres des équipes des projets Vision 20/20 et l'équipe en charge de l'élaboration du plan stratégique 20+5 a recueilli les avis et idées de collaborateurs·trices des HUG et interviewé des patient-es et des proches. Les informations récoltées durant la première phase ont permis d'identifier six thématiques afin de faire émerger des propositions concrètes d'amélioration.

11.2.1. La résilience institutionnelle

Les HUG se sont mobilisés de manière massive pour faire face rapidement à la crise sanitaire. Pour faire face à cette situation sans précédent, différents mécanismes ont été mis en place ou ont émergé.

Conduite centralisée, initiatives locales

D'un côté, une conduite opérationnelle fortement centralisée, avec une cellule de crise et plusieurs autres cellules spécifiques (capacité hospitalière, logistique, coordination). D'un autre, de nombreuses initiatives décentralisées, locales, qui ont permis de trouver rapidement des solutions innovantes et ont été facilitées par les hiérarchies de proximité et ont pu être implémentées sans contrôle normatif fort, souvent avec la complicité du soutien administratif pour simplifier/contourner les procédures habituelles. Ces deux modes opérationnels semblent avoir bien cohabité et avoir été bien perçus tant par les collaborateurs·trices que par leurs hiérarchies.

Mutualisation des ressources humaines et matérielles

De nombreuses barrières territoriales sont tombées et ont permis une mutualisation des ressources, autant humaines que matérielles. Cette solidarité au sein de l'institution a été fortement appréciée et suscite des réflexions quant à la manière de maintenir cette dynamique hors d'une situation d'urgence. Elle ouvre aussi un certain appétit pour cette possibilité d'aller « voir ailleurs » dans l'institution.

Augmentation des effectifs

Des mesures fortes, telles que suppression des vacances, des formations continues, abrogation temporaire de la loi sur le travail, ont été prises afin d'être en capacité de mobiliser des ressources supplémentaires pour renforcer les unités les plus chargées.

Les collaborateurs·trices ont largement apprécié la possibilité de travailler avec des effectifs renforcés, ce qui a permis d'augmenter la qualité de la prise en charge des patient-es et pour les collaborateurs·trices de travailler en sécurité.

Présence renforcée de l'encadrement métier sur le terrain

La présence renforcée d'un encadrement métier expert sur le terrain (médecins adjoint-es dans les unités de soins, infirmier-ère superviseur de cellule aux soins intensifs et soins intermédiaires, IRES pour une planification plus agile) a accéléré les processus de décision et de prise en charge des patient-es.

Soutien psychologique

La présence proactive sur le terrain de psychologues a été appréciée et jugée plus utile que les mécanismes basés sur une demande de rendez-vous, par les collaborateurs-trices qui craignaient pour leur santé et celle de leurs proches. Les infirmières « spécialistes COVID » ont beaucoup aidé à répondre aux questions et inquiétudes des soignant-es.

Points d'amélioration

- Plan HOCA peu opérationnel dans le contexte COVID.
- Manque de stocks de consommables, de matériel informatique prêt à fonctionner (PC, imprimantes, chariots mobiles), de matériel médical (lits, respirateurs, pousse-seringues...), de matériel de protection.
- Difficultés d'approvisionnement depuis Plexus-Santé, besoin de mieux coordonner avec le magasin central. Vol de consommables et de matériel.

11.2.2. La mobilisation des collaborateurs-trices et des différents acteurs

Un élément important de la réponse à la crise a été cette « mobilisation générale » de tous les acteurs à l'intérieur et à l'extérieur des HUG (DGS, Médecin cantonal, Cliniques privées, médecins de ville, etc.) avec d'une part, le recrutement de collaborateurs-trices et de ressources externes aux HUG, et d'autre part, une mobilité accrue des collaborateurs-trices aussi bien géographique (dans d'autres services des HUG, à la DGS, dans des cliniques privées) que fonctionnelle (dans des activités différentes de celles du poste habituel).

Mobilité interne

Le fait d'avoir vécu cette expérience de mobilité interne, généralement très positive, suscite de nouvelles attentes, aussi bien pour les filières soignantes, médicales, de soutien, qu'administratives.

Cette mobilité donne plus de sens à l'engagement des collaborateurs-trices en les faisant participer à d'autres activités et en leur faisant découvrir d'autres professions aux HUG. Pour certains, cette mobilisation a été source de stress (mise à jour des compétences, collaborateur·trice déplacé·e au jour le jour...), mais elle pose aussi des défis d'organisation, de gestion des plannings et des compétences, de formation et d'encadrement, par exemple pour l'intégration des auxiliaires de soins.

Cette mobilisation interne démontre aussi la faisabilité de réaffecter des tâches à d'autres professions, et la possibilité concrète de former rapidement les professionnel·les à des tâches précises (mobilisation des patient-es, distribution des repas, aide pour la documentation médicale, etc.), rendant plus crédible le développement de nouveaux rôles ou de nouvelles compositions d'équipes. Elle ouvre la voie à plus de polyvalence, à l'augmentation du périmètre des activités confiées aux collaborateurs-trices. Quels mécanismes pourraient être mis en place pour développer cette mobilité interne, vraisemblablement sur un mode facultatif ?

Mobilité externe

La présence d'intervenant-es externes, étudiant-es, retraité-es, bénévoles, membres de la Protection civile, militaires, mais aussi de professionnel·les du secteur privé (physiothérapeutes, psychologues, médecins, etc.), a non seulement permis de renforcer les

effectifs, mais aussi de déployer de nouvelles activités (par exemple le projet de visiophonie Harmonie), et favorisé des échanges mutuellement enrichissants. Toutefois, la sélection et l'accueil de ces intervenant·es externes nécessitent une clarification des compétences, des missions et le respect de certains prérequis qu'il conviendrait d'explicitier et de contractualiser.

Les activités réalisées par les collaborateurs·trices des HUG à l'extérieur ont également été riches d'enseignements, par exemple pour les chirurgien·nes des HUG qui ont opéré dans les cliniques privées ou pour les professionnel·les qui ont renforcé les équipes de la Direction générale de la santé.

Encadrement, compagnonnage et mentorat

Cette mobilisation des différent·es collaborateurs et collaboratrices a donné lieu à un renforcement des collaborations interprofessionnelles. Elle a aussi nécessité un engagement particulier de l'encadrement métier, et valorisé la formation par compagnonnage et le mentorat.

Valorisation des collaborateurs·trices

Les efforts des collaborateurs·trices ont été valorisés de diverses manières : reconnaissance de la direction lors de visites sur le terrain et sur intranet, repas offerts et parkings gratuits, élargissement des horaires de restauration, facilité de passage aux douanes, reportages photographiques et filmés du travail des équipes, nombreux dons, distribution et remerciements sur le terrain (chariots du bonheur), présence des hiérarchies des départements sur le terrain.

Par ailleurs, des métiers ont montré à tous leur rôle essentiel de soutien (logisticien·nes, acheteurs et acheteuses, supports DEX et DSI).

11.2.3. Travailler autrement

Télétravail

Le développement rapide et forcé du télétravail dans des conditions difficiles pour certains et inhabituelles pour tous, a démontré les possibilités et les limites de cet outil : degré variable de préparation et de compétences numériques, prérequis pour les infrastructures techniques (bande passante, ordinateur professionnel, sécurité des informations, sécurité informatique) et aménagements nécessaires au domicile (non possibles pour tous), dématérialisation insuffisante de certains documents et processus (signature électronique), enjeux de management (gérer par objectifs, faire confiance, protéger les collaborateurs·trices en télétravail contre divers risques), isolement professionnel, perte du lien avec l'équipe.

Travail nomade

Néanmoins, la possibilité de travailler hors du cadre habituel a été démontrée et suscite de nouvelles attentes. Une réflexion sur le télétravail, le travail nomade (en mouvement, dans des lieux professionnels banalisés/adaptés, etc.) est nécessaire pour tenir compte des contraintes de distances physiques entre les collaborateurs·trices et des aménagements nécessaires.

Réunions et « cellulite »

La suppression de nombreuses réunions a suscité une réflexion quant à la pertinence et à la valeur ajoutée de ces réunions. Certaines ont été remplacées par des réunions virtuelles, particulièrement intéressantes pour les collaborateurs·trices travaillant sur des sites distants. Le temps libéré facilite aussi l'organisation de réunions *ad hoc*, et oblige à la prise de décision collective. A noter la mise en place spontanée ou plus structurée de réunions type « huddle » (unités Julliard, soins intermédiaires).

Par ailleurs, les besoins en communication et coordination ont augmenté durant la crise, créant une pléthore de réunions pour les différentes cellules à différents niveaux (institution, département, service, unité, filière professionnelle) donnant lieu à ce que certains ont qualifié de « cellulite ». Une réflexion sur l'articulation de ces différentes réunions s'impose.

Horaires continus et loi sur le travail

Dans certains services, les horaires de 12 heures sont plébiscités, alors même qu'ils ne sont pas compatibles avec la Loi sur le travail. Comment concilier la préférence exprimée par certain-es collaborateurs-trices, la gestion des plannings et les aspects légaux ?

11.2.4. La communication et la coordination

Les besoins en communication et coordination ont augmenté durant la crise. Différentes solutions ont été mises en place, formelles et informelles, centralisées ou distribuées.

Communication formelle et informelle

La communication formelle a été essentiellement véhiculée par l'intranet, l'internet et les réseaux sociaux. En parallèle, différentes initiatives ont vu le jour afin de répondre à des besoins locaux : newsletters quotidiennes résumant et localisant les informations au DFEA et au DMA. Le rôle des cadres dans la dissémination et la localisation des informations est apprécié, comme le sont les courtes réunions d'information (huddles) largement ouvertes aux collaborateurs et collaboratrices, y compris celles et ceux qui occupent des positions subalternes. D'autres canaux de communication et de coordination sont également utilisés, notamment Skype, Zoom et WhatsApp. La diversité des canaux de communication a été perçue comme un enjeu, notamment en cas d'informations contradictoires.

La communication autour des mesures de protection, faite par le Service de prévention et contrôle de l'infection, a été perçue par les collaborateurs-trices comme particulièrement sensible dans une situation anxiogène. Elle a fait face à la difficulté de véhiculer des messages institutionnels tout en tenant compte des spécificités locales, voire individuelles. Cette communication était particulièrement attendue et jugée parfois trop tardive ou peu précise, voire contradictoire, dans des services de soutien, mobilisés pendant la crise mais peu habitués à l'activité de soins, par exemple le Service de traitement du linge, les transports ou l'informatique.

En ce qui concerne la communication grand public, il est suggéré que la compréhension de certains aspects aurait pu être améliorée en impliquant des patient-es et proches aidants partenaires dans leur formulation.

Coordination centrale et distribuée

La coordination centralisée au niveau des cellules de crise institutionnelles a démontré la capacité de gérer des flux d'information complexes, de réaffecter rapidement des ressources et de communiquer de manière cohérente. L'idée d'un « command center informé en temps réel » a donc pu être testée, et sa pérennité hors d'une situation de crise est évoquée, en tenant compte des répercussions des décisions sur le terrain (ordres et contre-ordres) et de l'impact organisationnel.

Outil de coordination locale, le « huddle », popularisé dans les unités de soins par le projet « Plus de Temps pour les Patients » a été largement utilisé et déployé par ailleurs aux soins intermédiaires, intensifs, dans les unités chirurgicales de Julliard et au DEX. Un défi serait d'articuler les différents huddles qui ont lieu à différents niveaux professionnels et hiérarchiques.

11.2.5. La gestion des flux

Orientation des patient-es

L'orientation des patient-es dans le réseau a été facilitée par

- une clarification des critères d'admission et de sortie
- un dispatching incontesté en interne aux HUG (rôle prépondérant du service envoyeur)
- une disponibilité importante de lits (par l'ouverture d'unités spécifiques, soins intermédiaires 6ème, Loëx) et,
- au niveau cantonal, la gestion par une « IAG cantonale » et une collaboration hors normes avec le Réseau des urgences genevois et les cliniques privées du canton.

La nécessité de filtrer les patient-es ambulatoires a accéléré l'utilisation du logiciel GRECO.

L'organisation du retour au domicile avec encadrement des patient-es après réadaptation semblerait plus difficile qu'avant.

Séparation des flux, banalisation et réactivité

La crise a également démontré la réactivité pour la réorganisation des flux et des structures de soins, qu'il s'agisse du filtrage à l'entrée, de la séparation des flux COVID+ et COVID-, de la banalisation de certaines unités, de la réaffectation rapide des unités, de l'évolution de la signalétique et des aménagements physiques.

La déclinaison informatique de ces transformations (notamment le référentiel POS) a été un défi.

Télémédecine et liens vidéo

La mise en pratique de la télémédecine, notamment pour les téléconsultations, a été très rapidement développée, avec 100-200 téléconsultations quotidiennes via HUG@home et d'autres par téléphone ou WhatsApp.

D'autres applications de vidéoconférence ont été développées, notamment des liens vidéo permanents entre différentes structures de régulation (144 et SMUR par exemple).

L'application Harmonie qui permet d'établir des liens de visioconférence entre patient-es hospitalisé-es isolé-es et leurs proches, a été plébiscitée par les proches et les patient-es affaibli-es ou âgé-es, incapables d'utiliser leur smartphone ou sans moyen de communication. Plus de 900 visioconférences ont été réalisées en un mois avec 98 iPads déployés, grâce à l'aide d'étudiant-es en médecine et d'auxiliaires de soins.

Une formation des collaborateurs-trices à ces nouvelles pratiques sera nécessaire. De même, le remboursement équivalent des consultations de télémédecine et en présentiel représente un enjeu important et déterminant pour favoriser ce changement de pratique.

11.2.6. Apprendre d'une crise particulière et généraliser

Une partie des expériences positives vécues durant cette crise est attribuable au fait qu'il s'agit d'une pathologie unique, même si multiforme, permettant une focalisation de toute l'institution face à une menace commune. Un autre facteur favorisant a été l'absence de barrières comptables pour l'engagement de moyens financiers. Se pose donc la question d'une généralisation de ces expériences et de leur pérennisation, dans l'optique d'un retour à la (nouvelle) normalité.

Parmi ces expériences

- La simplification des démarches administratives, notamment pour les achats et les engagements de collaborateurs·trices, déploiements de matériel informatique.
- La réactivité des services de soutien, notamment pour les réaménagements des locaux et du matériel technique.
- La simplification de la documentation clinique.
- L'élaboration rapide de guidelines cliniques, leurs mises à jour fréquentes, les formations en ligne, leur accessibilité et visibilité sur l'intranet et sur l'internet.
- L'implémentation rapide de solutions informatiques, certaines attendues de longue date (itinéraires, ordres à bouton, journal de bord des patient·es aux SI).
- La capacité de disposer de tableaux de bord en temps réel (occupation des unités) et de tableaux synoptiques spécialisés (Synopsis pour les patient·es COVID).
- La capacité de mobiliser des compétences non expertes pour aider à des prises en soins standardisées.
- Un rôle d'exemplarité et de soutien de l'encadrement et de la direction, par leur présence régulière sur le terrain.
- L'arrêt de projets (informatiques, aménagements) permet de se focaliser sur quelques priorités et d'avancer très vite.

A noter aussi le foisonnement de projets de recherche (>30) et une demande très importante d'avoir une base de données cohérente pour la recherche. Dans les points négatifs, on a vu naître des tensions fortes sur le partage et la « propriété » des données.

Dans les points à améliorer, dont certains présentent des défis importants, il convient de mentionner:

- Malgré un sentiment dominant d'entraide et d'empathie, des cas de « stigmatisation » de professionnel·les travaillant dans des unités COVID+.
- Le sentiment « d'inutilité » de collaborateurs·trices devant rester à la maison sans pouvoir contribuer.
- Des difficultés marginales mais ressenties négativement dans l'établissement des plannings et les besoins en effectifs.
- Difficulté de faire respecter les consignes de PCI aux patient·es avec des troubles cognitifs.
- La communication avec les familles/proches des patient·es lors de la suspension ou de la restriction des visites.
- La gestion de la fin de vie des patient·es et de la place des proches.

11.3. Utilisation du retour d'expériences pour l'élaboration du plan stratégique 2021-2025

La crise sanitaire a interrompu le processus de planification stratégique 2021-2025 initié en octobre 2019. Cependant, les expériences vécues par les collaborateurs·trices, les patient·es et leurs proches durant cette période ont révélé des capacités insoupçonnées, des possibilités inespérées. Des solutions innovantes, parfois transformantes, ont été testées et implémentées à large échelle en des temps records, laissant entrevoir le potentiel - et parfois les limites - de modes d'organisation différents. Ces réalisations ont également modifié pour beaucoup la perception de la capacité de réaction d'une grande organisation et ouvert un fort appétit de changement.

La réalisation largement participative du retour d'expériences a nourri et accéléré les réflexions menant à l'élaboration du plan stratégique 2021-2025 des HUG qui pourra être réalisé dans les délais initialement prévus.

Conclusion

Il est toujours difficile de faire un bilan, d'autant plus lorsque les connaissances sur le virus ne cessent d'évoluer et que la perspective d'une deuxième vague est présente, dans les esprits et dans les faits. Le retour d'expérience est toutefois un exercice nécessaire afin de pouvoir nous améliorer en vue de la gestion d'une prochaine crise ou pour adapter notre dispositif.

Le recul pris permet évidemment de voir des pistes d'amélioration et des décisions prises à un moment donné que nous reconsidérerions à la lumière de l'expérience acquise. Force est de constater cependant que la stratégie d'hôpital Covid adoptée par les HUG a été unique en Suisse et a permis d'affronter avec succès ce tsunami. Comme l'a relevé le Conseiller fédéral Alain Berset, lors de sa visite du 24 mars 2020, ce que les HUG ont fait, s'apparente à un mammoth auquel on demanderait d'effectuer un triple salto arrière... et qui s'exécuterait séance tenante.

Les autres cantons ont décidé d'adopter une répartition différente des activités entre plusieurs structures. Le redémarrage des activités et le retour à une situation normale sera donc spécifique à Genève en comparaison nationale. La collaboration avec les cliniques privées et le soutien appuyé du Département de la santé ont été à ce titre, exceptionnels.

Au mois de juillet 2020, l'incertitude prévaut. La population s'attend à devoir vivre avec ce virus durant plusieurs mois, voire plusieurs années, dans l'attente d'un vaccin. L'annonce d'une deuxième vague devient chaque jour plus vraisemblable. Cela a un impact sur l'ensemble de la société mais également sur l'organisation des HUG.

Dans ce contexte, l'hôpital se prépare et anticipe des scénarios difficiles afin d'être certain de pouvoir faire face à un redémarrage de la pandémie sans être dépassé par les événements et en offrant le meilleur aux patient-es et collaborateur-tices des HUG.

Annexes

Annexe 1 : Organisation mise en place

Annexe 2 : Communiqués de presse Covid-19

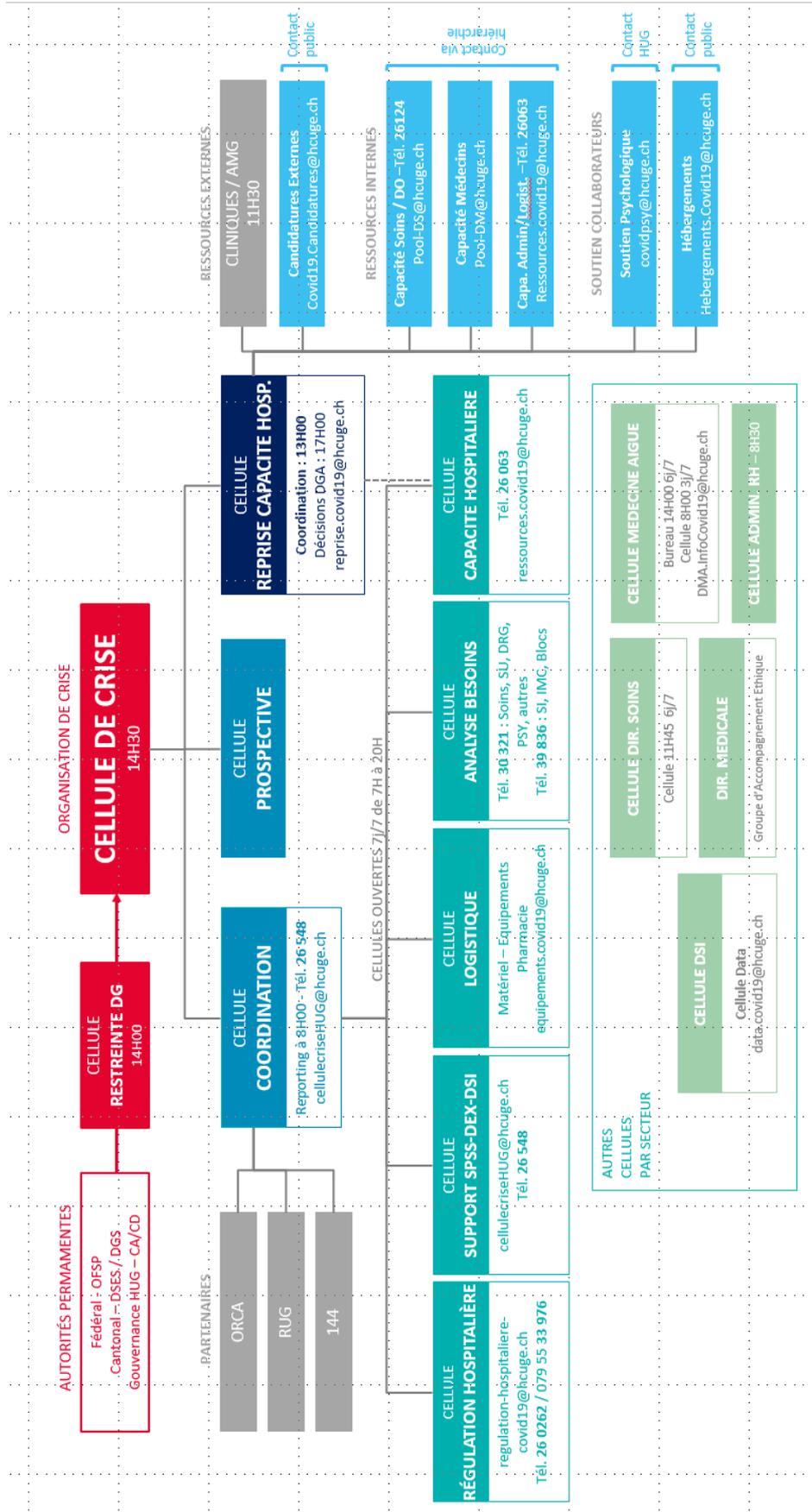
Annexe 3 : Actualités Internet

Annexe 4 : Faits et chiffres au 30 juin 2020

Annexe 5 : Retour d'expériences

Annexe 6 : HUG Mag spécial Covid

Annexe 1 – Organisation mise en place



Annexe 2 – Communiqués de presse Covid-19

Tous les communiqués de presse sont disponibles sur :
<https://www.hug.ch/medias/communiques-presse>

- [Pandémie de coronavirus : le bilan des cinq hôpitaux universitaires de Suisse](#)
- [Deux failles potentielles dans la cuirasse du coronavirus](#)
- [Covid-19 et précarité à Genève : les familles avec enfants présentent une situation d'insécurité alimentaire et de logement grandissante](#)
- [COVID-19 : moins de 11% des Genevois infectés](#)
- [COVID-19 : Un vaccin genevois contre le SARS-CoV-2 en cours d'étude](#)
- [Dispositif COVID-19 : les HUG anticipent une deuxième vague et renforcent leurs effectifs](#)
- [COVID-19 et immunosuppression : données rassurantes sur la sensibilité au coronavirus des personnes greffées](#)
- [Un partenariat public-privé lance une étude pour lutter contre la pandémie du COVID-19](#)
- [COVID-19 et précarité à Genève : la précarité accroît l'exposition au virus et inquiète les personnes défavorisées](#)
- [Une plateforme « online » conjointe pour former le personnel soignant à la prise en soins spécifique des patient-e-s atteint-e-s du COVID-19](#)
- [Lancement d'un essai clinique : traitement préventif des personnes en contact avec des patient-es COVID-19](#)
- [Séroprévalence COVID-19 : Première estimation de la prévalence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 IgG dans la population genevoise](#)
- [Covid-19 : lancement d'une recherche sur les tests sérologiques d'immunité auprès de la population](#)
- [COVID-19: les hôpitaux publics et les cliniques privées du canton se fédèrent pour l'hospitalisation des patients](#)
- [Les téléconsultations s'élargissent pour les patient-es suivi-es en ambulatoire](#)

Annexe 3 – Actualités publiées sur le site Internet

Tous les actualités sont disponibles sur : <https://www.hug.ch/coronavirus/actualites>

- [Participez à une étude sur la prévention du COVID-19](#) 3 juillet 2020
- [Port du masque aux HUG : allègement des consignes dès le 29 juin](#) 30 juin 2020
- [Des questions sur le COVID-19 ? Découvrez notre FAQ dédiée](#) 9 juin 2020
- [Un vaccin genevois contre le SARS-CoV-2 en cours d'étude](#) 5 juin 2020
- [Distribution gratuite de solution hydro-alcoolique par Terre des Hommes Suisse](#) 4 juin 2020
- [Visites aux patients et patientes : élargissement des exceptions](#) 20 mai 2020
- [Action de solidarité de nos collaborateurs et collaboratrices](#) 18 mai 2020
- [L'impression 3D au service des équipes](#) 13 mai 2020
- [COVID-19 : étude sur l'exposition des travailleurs essentiels](#) 13 mai 2020
- [Covidout : un site web pour préserver votre santé mentale et adapter votre quotidien](#) 12 mai 2020
- [L'Unité de santé sexuelle et planning familial à votre disposition](#) 12 mai 2020
- [Les HUG avec MSF à la rencontre des populations vulnérables de Genève](#) 5 mai 2020
- [Les personnes atteintes d'un cancer sont prises en charge et traitées en toute sécurité](#) 4 mai 2020
- [Programme de réadaptation spécifique pour récupérer de séquelles neurologiques post-COVID](#) 29 avril 2020
- [Reprise progressive de l'activité ambulatoire, chirurgicale et interventionnelle dès le 27 avril](#) 25 avril 2020
- [Addiction et confinement : le Service d'addictologie adapte ses activités](#) 24 avril 2020
- [Greffe de cellules souches : la médecine hautement spécialisée aux HUG continue à sauver des vies](#) 23 avril 2020
- [Lancement d'un essai clinique : traitement préventif des personnes en contact avec des patient-es COVID-19](#) 23 avril 2020
- [COVID-19: première estimation de la prévalence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 IgG dans la population genevoise](#) 22 avril 2020
- [Une task force de la société civile genevoise achemine des tonnes de matériel médical de Chine vers Genève](#) 21 avril 2020
- [Comment rester actif à la maison? Les conseils de la Consultation santé et mouvement](#) 10 avril 2020
- [Mise en place d'une Conciergerie pour retirer ou déposer les effets d'un-e patient-e](#) 9 avril 2020
- [Un outil pour assurer le suivi des patient-es COVID à distance](#) 9 avril 2020
- [Violences domestiques : où obtenir de l'aide et du soutien ?](#) 8 avril 2020
- [Harmonie : une application pour rester en contact avec vos proches](#) 7 avril 2020
- [Hotlines et présence accrue dans les soins : les HUG renforcent le soutien psychologique](#) 6 avril 2020
- [Le Département de réadaptation et gériatrie se mobilise pour soigner les plus fragiles](#) 3 avril 2020
- [CoviCall, CoviCheck et CoviCare : un triple dispositif pour les personnes présentant une infection au COVID-19](#) 2 avril 2020
- [La Maternité adapte ses prestations aux futures mamans](#) 1er avril 2020
- [Covid-19 : connaître le taux d'immunité de la population](#) 31 mars 2020
- [Soins palliatifs : une présence renforcée auprès des personnes souffrant de COVID-19](#) 27 mars 2020

- [Transfert de personnes hospitalisées aux HUG vers des cliniques privées](#) 25 mars 2020
- [Suppression des visites et contrôle d'accès mis en place](#) 21 mars 2020
- [COVID-19: les hôpitaux publics et les cliniques privées du canton se fédèrent pour l'hospitalisation des patient-es](#) 20 mars 2020
- [COVID-19: un fonds spécial créé pour récolter vos dons, merci pour votre générosité!](#) 20 mars 2020
- [Les téléconsultations s'élargissent pour les patients suivis en ambulatoire](#) 19 mars 2020
- [Les HUG augmentent leur capacité d'accueil aux urgences adultes](#) 16 mars 2020
- [Renforcement des capacités de l'hôpital à répondre à sa mission](#) 13 mars 2020
- [Coronavirus \(COVID-19\): point sur la situation et recommandations](#) 6 mars 2020
- [Coronavirus de la maladie COVID-19 : recommandations et mesures prises par les HUG](#) 2 mars 2020
- [Coronavirus nCoV 2019: mesures prises par les HUG](#) 31 janvier 2020
- [Coronavirus nCoV 2019: hotlines et vidéos d'information](#) 30 janvier 2020
- [Nouveau coronavirus 2019-nCoV: mobilisation des HUG](#) 28 janvier 2020
- [Flambée d'un nouveau coronavirus en Chine: recommandations](#) 23 janvier 2020

Annexe 4 – Faits et chiffres

Tous les indicateurs opérationnels, de gestion et d'exploitation en date du 30 juin 2020 sont disponibles sur : <https://faits-chiffres.hug.ch/>

Annexe 5 – Retours d'expérience de la crise sanitaire

Annexe 5

Retours d'expérience de la crise sanitaire

Historique du document

Version	Date	Auteurs	État
0.1	23 juin 2020	Antoine Geissbuhler	Draft
0.2	25 juin 2020	Alexandre Garrido	Dispositif de gestion de crise
1.0	27 juin 2020	Antoine Geissbuhler	Finalisation de la version 1.0

Table des matières

1.	Introduction.....	3
	Mandat.....	3
	Calendrier de la démarche de retour d'expérience	3
	Structure du rapport	3
2.	Retour d'expérience du dispositif de gestion de crise	4
	Introduction	4
	La cellule de crise	4
	Principales leçons apprises.....	5
3.	Récolte de témoignages du terrain.....	7
	Autres sources d'information.....	7
	Démarches connexes	7
	Identification des thématiques à explorer	7
3.1	La résilience institutionnelle	8
	Conduite centralisée, initiatives locales.....	8
	Mutualisation des ressources humaines et matérielles.....	8
	Augmentation des effectifs.....	8
	Présence renforcée de l'encadrement métier sur le terrain	8
	Soutien psychologique.....	8
	Points d'amélioration.....	8
3.2	La mobilisation des collaborateurs et des différents acteurs	9
	Mobilité interne.....	9
	Mobilité externe	9
	Encadrement, compagnonnage et mentorat	9
	Valorisation des collaborateurs	9
3.3	Travailler autrement	10
	Télétravail	10
	Travail nomade	10

Réunions et « cellulite ».....	10
Horaires continus et loi sur le travail	10
3.4 La communication et la coordination	11
Communication formelle et informelle	11
Coordination centrale et distribuée.....	11
Rôle d’expertise envers la cité	11
3.5 La gestion des flux	12
Orientation des patients.....	12
Séparation des flux, banalisation et réactivité	12
Télémédecine et liens vidéo	12
3.6 Apprendre d’une crise particulière et généraliser	13
4. Propositions et axes de réflexion.....	14
4.1 « C’est le terrain qui dirige la manœuvre »	14
4.2 « Ça bouge sur le terrain, on y découvre la richesse des HUG ».....	15
4.3 « Le travail nomade, ce n’est pas seulement le télétravail à domicile ».....	16
4.4 « On va droit au but et on finit ce qu’on a commencé »	16
4.5 « On se dit tout »	17
4.6 « J’ai accès aux données dont j’ai besoin pour piloter, soigner, chercher, former, innover »	18
4.7 « On prend soin de la santé et du bien-être des collaborateurs ».....	19
4.8 « Un rôle renforcé des HUG envers la société »	20
5. Utilisation du retour d’expérience pour l’élaboration du plan stratégique 2021-2025 des HUG	21
6. Annexe 1 : Liste des documents détaillés	22
Entretiens lors de visites sur le terrain.....	22
Entretiens groupés avec des cadres médico-soignants.....	22
Avis et témoignages de patients, proches, utilisateurs de Harmonie	22
Avis des collaborateurs rencontrés lors des « chariots du bonheur ».....	22
Retour de collaborateurs en télétravail	22
Autres documents.....	22
7. Annexe 2 : questionnaires	23
Questionnaire pour les entretiens individuels avec les collaborateurs.....	23
Guide d’entretien pour les collaborateurs en télétravail	23
Questions posées aux cadres lors des focus-groupes et lors des retours des départements médicaux	23

1. Introduction

Mandat

Extrait du PV de la séance du comité de direction du 7 avril 2020:

« Le Professeur Antoine Geissbuhler, en charge du développement du plan stratégique 20+5 des HUG est invité à présenter l'état des lieux des réflexions de son groupe de travail avant que la crise COVID n'éclate et l'impact de cette crise sur la suite des travaux. Saluant l'adaptabilité, les changements majeurs survenus très rapidement et les innombrables initiatives personnelles qui ont émergé à l'occasion de cette crise sanitaire, il est proposé de réaliser un retour sur expérience au sein des équipes de terrain et notamment auprès des cadres intermédiaires, dans tous les domaines d'activité, afin de tirer les leçons et d'identifier les mesures positives qui pourront aboutir à des transformations durables. Un retour sur expérience devra notamment être établi sur le recours à la télémédecine ou encore au télétravail, mais également sur les interactions qui se sont créées au sein du réseau de soins cantonal. Dès fin avril il est proposé que le groupe élargi 20+5 soit sollicité pour réaliser ce recueil d'expérience auprès des collaborateurs et que des focus groups soient également organisés par visioconférence. »

Calendrier de la démarche de retour d’expérience

- 1^{ère} étape : 9 au 30 avril 2020 : récolte de témoignages et d’expériences vécues
- 2^{ème} étape : 11 au 29 mai 2020 : élaboration de propositions
- 3^{ème} étape : 11 juin 2020 : discussion du retour d’expérience au e-séminaire des cadres
- 4^{ème} étape : juin 2020 : finalisation du rapport

Structure du rapport

Le chapitre 2 présente le dispositif de gestion de crise mis en place entre janvier et mai 2020 ainsi que les principales leçons apprises durant cette période de crise, mais dont certaines pourraient s’appliquer dans la gestion « par beau temps » de l’institution.

Le chapitre 3 présente la démarche et les résultats d’une large consultation « à chaud » des collaborateurs, des patients et des proches. Divers moyens ont été utilisés : entretiens en personne sur le terrain, discussions de groupe par visioconférence, entretiens individuels par téléphone ou par visioconférence. Le matériel récolté a été consolidé et permis d’identifier six thématiques principales.

Le chapitre 4 présente le résultat des discussions et des appels à propositions concernant les retours d’expérience autour des six thématiques identifiées. Cette phase, qui a mobilisé plus d’une centaine de collaborateurs et de patients, a dégagé huit axes de développements.

Le chapitre 5 présente brièvement la suite de la démarche, avec la discussion en séminaire des cadres des résultats de ce retour d’expérience, et l’identification des axes stratégiques qui formeront la colonne vertébrale du plan stratégique 2021-2025 des HUG.

2. Retour d’expérience du dispositif de gestion de crise

Introduction

Un dispositif spécial de conduite et de coordination a été mis en place aux HUG pour gérer la situation liée à la pandémie. La base de ce dispositif a été donnée par le plan de sécurité et de continuité HUG (validé par les instances en 2018), ce qui a ainsi rapidement permis de définir les lignes directrices suivies dès le mois de janvier 2020.

Les HUG constituent une infrastructure critique de niveau national. Une incapacité à accomplir la mission de soins qui leur est dévolue peut avoir un impact négatif très fort sur la population du bassin genevois. Les HUG doivent ainsi garantir dans la mesure du possible que la capacité à soigner ne soit pas interrompue par des événements perturbateurs endogènes ou exogènes.

Le plan de sécurité et de continuité a donc été pensé et développé comme un système évolutif permettant de garantir cette continuité des soins.

L’un des principaux outils de ce système est la cellule de crise. Cette dernière a une double tâche :

- Elle doit assurer une veille situationnelle permettant d’identifier en amont les événements pouvant potentiellement perturber ou interrompre les soins. Sur cette base, elle doit ensuite définir les mesures correctives nécessaires afin de contrôler ou de réduire l’impact de ces événements.
- En cas d’événement perturbateur inattendu, elle doit au travers de ses décisions prendre le plus rapidement possible le contrôle de la situation, toujours avec l’objectif de garantir les soins.

La cellule de crise doit pouvoir être mobilisée en permanence. Elle est composée de manière générique des principales directions transversales des HUG. Selon la situation et les besoins, ses membres peuvent être spécifiquement définis.

Dans le cadre de la pandémie COVID-19, les premiers échanges de la cellule de crise ont débuté dès la mi-janvier, parallèlement à la mise en place d’un suivi de situation adapté. Un travail de planification prévisionnelle a également été réalisé durant cette période, ceci afin de préparer l’hôpital à pouvoir accueillir un grand nombre de patients contaminés.

La cellule de crise

Comme précisé ci-dessus, la composition de la cellule de crise a été adaptée afin de réunir les entités HUG directement concernées par la gestion d’une crise épidémique. Le travail de la cellule a été marqué par deux périodes distinctes :

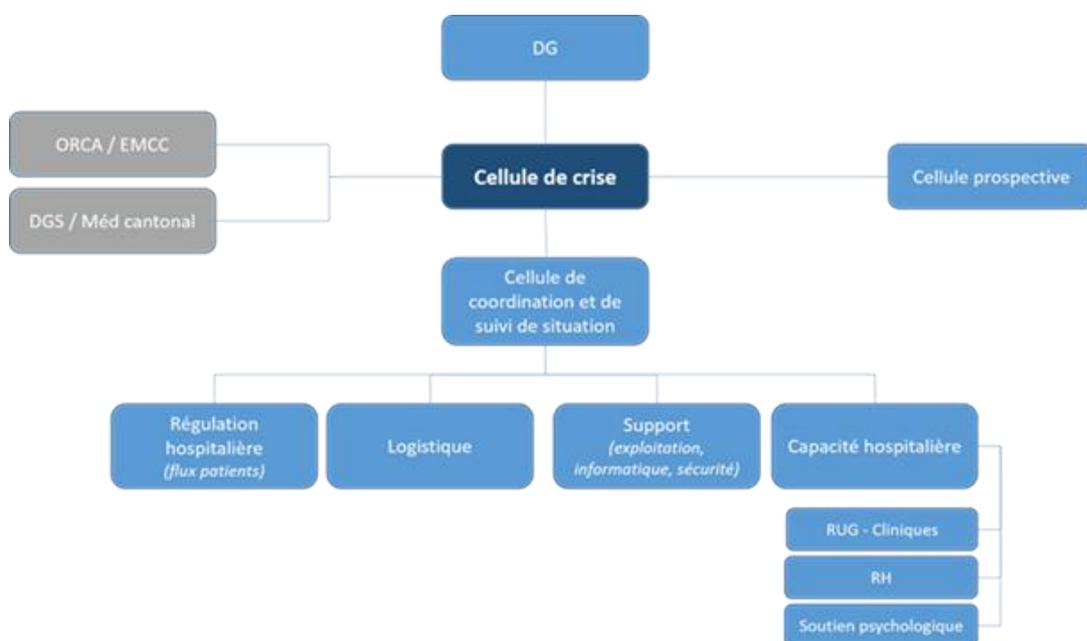
- Le suivi situationnel dès l’annonce de l’épidémie en Chine. La planification des mesures opérationnelles s’est faite en parallèle, ceci dans le cas où l’épidémie devait s’étendre à la Suisse et où les HUG devaient accueillir des patients contaminés.
- Dès qu’il a été clair que la situation épidémique en Suisse n’était plus sous contrôle, l’activation de la planification prévisionnelle et la conduite de la réponse hospitalière.

Au vu de l’évolution de la situation et des besoins opérationnels, la cellule de crise s’est dotée d’outils supplémentaires afin de faciliter son travail de coordination et de prise de décisions.

Une cellule de coordination et de suivi de situation a ainsi été mise en place afin de centraliser 7j/7 les informations pertinentes mises ensuite à disposition de la cellule de crise. Cette cellule a notamment eu pour tâche de transmettre en continu toute information relative à la situation au sein de l’hôpital : dans le domaine des flux patients, des personnels médico-soignant engagés et disponibles, des besoins ou problèmes remontés par le terrain.

Cet outil s’est révélé un atout central et a grandement facilité l’évaluation de la situation par la cellule de crise ainsi que la définition des actions nécessaires à la gestion de la pandémie.

Ci-dessous une représentation schématique de l’organisation de crise :



Principales leçons apprises

Il est rarement possible de prévoir le moment où surviendra une crise. Il est encore plus difficile d’être en mesure de prévoir l’impact de l’événement déclencheur sur l’institution.

L’expérience acquise ces derniers mois durant la gestion de crise COVID-19 (à noter que la pandémie est toujours une réalité au moment de la rédaction du présent message, une résurgence des chaînes de transmission en Suisse ne peut donc pas être exclue) fait apparaître deux leçons qui doivent faire l’objet d’une attention particulière.

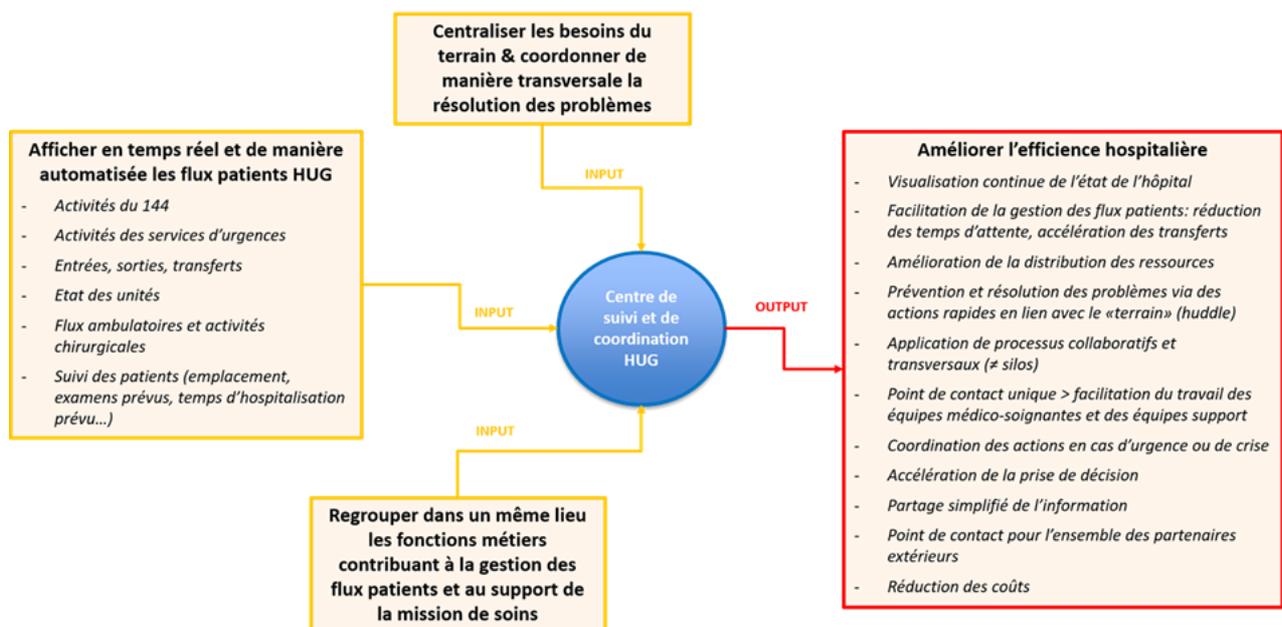
- 1) Quand bien même il est impossible de prévoir le moment où va survenir un événement déclencheur pouvant conduire à une crise, il est possible d’anticiper la situation et d’y préparer l’institution. Ceci passe notamment par la consolidation de la politique de gestion des risques et la définition de plans de continuité visant à garantir la continuité des soins. Le développement du plan de sécurité et de

continuité, qui répond à ces deux besoins, doit ainsi faire l’objet d’un effort plus marqué.

- 2) La mise en place de l’organisation de gestion de crise autour de la cellule de crise et de la cellule de coordination a été d’une utilité et d’une efficacité significative. Cette structure de conduite a permis aux HUG de pouvoir anticiper l’évolution de la situation et de structurer la réponse médico-soignante de manière adaptée. Le contrôle de la situation à l’interne a donc toujours été assuré.

La cellule de coordination, structure créée spécialement pour la gestion de crise COVID, a démontré que son utilité pouvait également être étendue à la gestion quotidienne de l’activité hospitalière. Elle a en effet joué le rôle de centre de coordination institutionnel et transversal, permettant ainsi d’effacer les frontières entre départements et services : une sorte de tour de contrôle aérien où les avions sont remplacés par les patients.

Dans ce sens, il serait judicieux que les HUG envisagent de conserver et de développer cet outil en lui attribuant par exemple les missions ci-dessous :



3. Récolte de témoignages du terrain

Une équipe élargie associant les chefs de projets et membres des équipes des projets Vision 20/20 et l’équipe en charge de l’élaboration du plan stratégique 20+5 a, du 9 avril au 30 avril 2020, récolté les avis et idées de collaborateurs des HUG :

- 120 collaborateurs ont été rencontrés et interviewés sur le terrain (soins intermédiaires, soins intensifs, Trois-Chêne, Loëx, unités Julliard, DEX, DSI, pharmacie, service des urgences, CAIB, laboratoire, service des transports, anesthésiologie, chirurgie cardio-vasculaire).
- 25 cadres médico-infirmiers identifiés par leurs responsables hiérarchiques ont été entendus à l’occasion de quatre séances de debriefing via zoom.
- Plus de 100 idées récoltées auprès de collaborateurs à l’occasion de l’opération « Chariots du bonheur » : ateliers des services techniques, tente de dépistage, maternité, Trois-Chêne, Julliard, Stern, pédiatrie, Beau-Séjour, Loëx, Bellerive, Jolimont, Belle-Idée et les consultations en ville
- Retours de patients hospitalisés et de leurs proches à l’occasion de l’utilisation de l’application Harmonie (98 iPads déployées pour fournir un lien de visioconférence pour les patients hospitalisés).
- Interview de patients et proches, membres de la plateforme patients-partenaires : 40 questionnaires remplis, 10 entretiens téléphoniques.
- Interview de collaborateurs en télétravail ou en attente à domicile.

Autres sources d’information

D’autres documents ont été utilisés, récoltés par d’autres initiatives:

- Avis des départements (comités de gestion et chefs de service) lors de la consultation sur la reprise des activités organisée par la direction médicale et la direction des soins.
- Document « Consultation sur la reprise des activités et retour vers l’avenir : réponses de la filière administrative et financière ».
- Journal de bord de la direction de la communication et témoignages récoltés.
- Exemples de newsletters produites par le DFEA et le DMA.

Démarches connexes

- Questionnaire pour les étudiants en médecine, en collaboration avec l’AEMG
- Mur d’idées et de propositions dès le 25 mai (entre Julliard et Opera, 1^{er} étage)

Identification des thématiques à explorer

Les informations récoltées durant la première phase ont permis d’identifier plusieurs thématiques qui ont été explorées de focus groupes multidisciplinaires par visioconférence, afin de faire émerger des propositions concrètes d’amélioration et des projets :

- La résilience institutionnelle
- La mobilisation des collaborateurs et des différents acteurs
- Travailler autrement
- Communication et coordination
- Gestion des flux et du parcours patient
- Comment apprendre d’une pathologie unique et généraliser

3.1 La résilience institutionnelle

Les HUG se sont mobilisés de manière massive pour faire face rapidement à la crise sanitaire. Selon les dires d’Alain Berset lors de sa visite aux HUG le 24 mars 2020, « c’est comme si nous faisons faire un salto arrière à un mammoth ». Pour faire face à cette situation sans précédent, différents mécanismes ont été mis en place ou ont émergé.

Conduite centralisée, initiatives locales

D’un côté, une conduite opérationnelle fortement centralisée, avec une cellule de crise et plusieurs autres cellules spécifiques (capacité hospitalière, logistique, coordination). D’un autre, de nombreuses initiatives décentralisées, locales, qui ont permis de trouver rapidement des solutions innovantes, et ont été facilitées par les hiérarchies de proximité et ont pu être implémentées sans contrôle normatif fort, souvent avec la complicité du soutien administratif pour simplifier/contourner les procédures habituelles. Ces deux modes opérationnels semblent avoir bien cohabité et avoir été bien perçus tant par les collaborateurs que par leurs hiérarchies.

Mutualisation des ressources humaines et matérielles

De nombreuses barrières territoriales sont tombées et ont permis une mutualisation des ressources, autant humaines que matérielles. Cette solidarité au sein de l’institution a été fortement appréciée, et suscite des réflexions quant à la manière de maintenir cette dynamique hors d’une situation d’urgence. Elle ouvre aussi un certain appétit pour cette possibilité d’aller « voir ailleurs » dans l’institution.

Augmentation des effectifs

Avec la suppression des vacances, des formations continues, avec la suspension de l’application de la LTR, avec la mobilisation de ressources supplémentaires venues en renfort dans les unités les plus chargées, les collaborateurs ont largement apprécié la possibilité de travailler avec des effectifs renforcés, ce qui a permis d’augmenter la qualité de la prise en charge des patients et pour les collaborateurs de travailler en sécurité.

Présence renforcée de l’encadrement métier sur le terrain

La présence renforcée d’un encadrement métier expert sur le terrain (médecins adjoints dans les unités de soins, infirmier superviseur de cellule aux soins intensifs et soins intermédiaires, IRES pour une planification plus agile) a accéléré les processus de décision et de prise en charge des patients.

Soutien psychologique

La présence proactive sur le terrain de psychologues a été appréciée et jugée plus utile que les mécanismes basés sur une demande de rendez-vous, par les collaborateurs qui craignaient pour leur santé et celle de leurs proches. Les infirmières « spécialistes COVID » ont beaucoup aidé à répondre aux questions et inquiétudes des soignants.

Points d’amélioration

- Plan HOCA peu opérationnel dans le contexte COVID.
- Manque de stocks de consommables, de matériel informatique prêt à fonctionner (PC, imprimantes, chariots mobiles), de matériel médical (lits, respirateurs, pousse-seringues...), de matériel de protection.
- Difficultés d’approvisionnement depuis Plexus, besoin de revaloriser le magasin central. Vol de consommables et de matériel.

3.2 La mobilisation des collaborateurs et des différents acteurs

Un élément important de la réponse à la crise a été cette « mobilisation générale des HUG », avec d'une part, le recrutement de collaborateurs et de ressources externes aux HUG, et d'autre part, une mobilité accrue des collaborateurs aussi bien géographique (dans d'autres services des HUG, à la DGS, dans des cliniques privées) que fonctionnelle (dans des activités différentes de celles du poste habituel).

Mobilité interne

Le fait d'avoir vécu cette expérience de mobilité interne, généralement très positive, suscite de nouvelles attentes, aussi bien pour les filières soignantes, médicales, de soutien, qu'administratives. Cette mobilité donne plus de sens à l'engagement des collaborateurs en les exposants et en les faisant participer à d'autres activités et en leur faisant découvrir d'autres professions aux HUG. Pour certains cette mobilisation a été source de stress (mise à jour des compétences, collaborateur déplacé au jour le jour...) Mais elle pose aussi des défis d'organisation, de gestion des plannings et des compétences, de formation et d'encadrement, par exemple pour l'intégration des auxiliaires de soins.

Cette mobilisation interne démontre aussi la faisabilité de réaffecter des tâches à d'autres professions, et la possibilité concrète de former rapidement les professionnels à des tâches précises (mobilisation des patients, distribution des repas, aide pour la documentation médicale, etc.), rendant plus crédible le développement de nouveaux rôles ou de nouvelles compositions d'équipes. Elle ouvre la voie à plus de polyvalence, à l'augmentation du périmètre des activités confiées aux collaborateurs. Quels mécanismes pourraient être mis en place pour développer cette mobilité interne, vraisemblablement sur un mode facultatif ?

Mobilité externe

La présence d'intervenants externes, étudiants, retraités, bénévoles, protection civile, militaires, mais aussi de professionnels du secteur privé (physiothérapeutes, psychologues, médecins, etc.), a non seulement permis de renforcer les effectifs, mais aussi de déployer de nouvelles activités (par exemple le projet de visiophonie Harmonie), et favorisé des échanges mutuellement enrichissants. La sélection et l'accueil de ces intervenants externes nécessitent toutefois une clarification des compétences, des missions et le respect de certains prérequis qu'il conviendrait d'explicitier et de contractualiser.

Les activités réalisées par les collaborateurs des HUG à l'extérieur ont également été riches d'enseignements, par exemple pour les chirurgiens des HUG qui ont pu opérer dans les cliniques privées, ou pour les professionnels qui ont pu renforcer les équipes de la DGS.

Encadrement, compagnonnage et mentorat

Cette mobilisation des différents collaborateurs a donné lieu à un renforcement des collaborations interprofessionnelles. Elle a aussi nécessité un engagement particulier de l'encadrement métier, et valorisé la formation par compagnonnage et le mentorat.

Valorisation des collaborateurs

Les efforts des collaborateurs ont été valorisés de diverses manières : reconnaissance de la direction lors de visites sur le terrain et sur intranet, repas et parkings gratuits, élargissement des horaires de restauration, facilité de passage aux douanes, reportages photographiques et filmés du travail des équipes, nombreux dons, distribution et remerciements sur le terrain (chariots du bonheur), présence des hiérarchies des départements sur le terrain.

Par ailleurs, des métiers ont montré à tous leur rôle essentiel de soutien (logisticiens, acheteurs, supports DEX et DSI).

3.3 Travailler autrement

Télétravail

Le développement rapide et forcé du télétravail dans des conditions difficiles pour certains et certainement inhabituelles pour tous, a démontré les possibilités et les limites de cet outil : degré variable de préparation et de compétences numériques, prérequis pour les infrastructures techniques (bande passante, ordinateur professionnel, sécurité des informations, sécurité informatique) et aménagements nécessaires au domicile (non possibles pour tous), dématérialisation insuffisante de certains documents et processus (signature électronique), enjeux de management (gérer par objectifs, faire confiance, protéger les collaborateurs en télétravail contre divers risques), isolement professionnel, perte du lien avec l’équipe.

Travail nomade

Néanmoins, la possibilité de travailler hors du cadre habituel a été démontrée et suscite de nouvelles attentes. Une réflexion sur le télétravail, le travail nomade (en mouvement, dans des lieux professionnels banalisés/adaptés, etc.) est nécessaire pour tenir aussi compte des contraintes de distances physiques entre les collaborateurs et des aménagements nécessaires.

Réunions et « cellulite »

La suppression de nombreuses réunions a suscité une réflexion quant à la pertinence et à la valeur ajoutée de ces réunions. Certaines ont été remplacées par des réunions virtuelles, particulièrement intéressantes pour les collaborateurs actifs sur des sites distants. Le temps libéré facilite aussi l’organisation de réunions ad hoc, et oblige à la prise de décision collective. A noter la mise en place spontanée ou plus structurée de réunions type « huddle » (unités Julliard, soins intermédiaires).

Par ailleurs, les besoins en communication et coordination ont augmenté durant la crise, créant une pléthore de réunions pour les différentes cellules à différents niveaux (institution, département, service, unité, filière professionnelle) donnant lieu à ce que certains ont qualifié de « cellulite ». Une réflexion sur l’articulation de ces différentes réunions s’impose.

Horaires continus et loi sur le travail

Dans certains services, les horaires de 12 heures sont plébiscités, alors même qu’ils ne sont pas compatibles avec la loi sur le travail. Comment concilier préférence des collaborateurs, gestion des plannings et aspects légaux ?

3.4 La communication et la coordination

Les besoins en communication et coordination ont augmenté durant la crise. Différentes solutions ont été mises en place, formelles et informelles, centralisées ou distribuées.

Communication formelle et informelle

La communication formelle a été essentiellement véhiculée par l’intranet, l’internet et les réseaux sociaux. En parallèle, différentes initiatives ont vu le jour afin de répondre à des besoins locaux : newsletters quotidiennes résumant et localisant les informations au DFEA et au DMA. Le rôle des cadres dans la dissémination et la localisation des informations est apprécié, comme le sont les courtes réunions d’information (huddles) largement ouvertes aux collaborateurs, y compris ceux qui occupent des positions subalternes. D’autres canaux de communication et de coordination sont également utilisés, notamment Skype, Zoom et WhatsApp. La diversité des canaux de communication a été perçue comme un enjeu, notamment en cas d’informations contradictoires.

La communication concernant la PCI, perçue par les collaborateurs comme particulièrement sensible dans une situation anxiogène, a fait face à la difficulté de véhiculer des messages institutionnels tout en tenant compte des spécificités locales, voire individuelles. Cette communication était particulièrement attendue, et jugée trop tardive, parfois peu précise et contradictoire, dans des services de soutien, mobilisés pendant la crise mais peu habitués à l’activité de soins, par exemple, le service de traitement du linge, les transports, ou l’informatique.

En ce qui concerne la communication grand-public, il est suggéré que la compréhension de certains aspects aurait pu être améliorée en impliquant des patients et proches aidants partenaires dans leur formulation. Un comité/conseil consultatif de patients et proches aidants partenaires, pour répondre, partager son avis sur divers sujets en lien avec cette crise. Ce comité pourrait être consulté par la cellule de crise et autres cellules et groupes constitués pendant cette crise. Des témoignages de patients seraient aussi utiles, de même qu’une plateforme en ligne d’échanges entre patients, notamment en ce qui concerne les risques aux HUG liés au COVID.

Coordination centrale et distribuée

La coordination centralisée au niveau des cellules de crise institutionnelles a démontré la capacité de gérer des flux d’information complexes, de réaffecter rapidement des ressources et de communiquer de manière cohérente. L’idée d’un « command center informé en temps réel » a donc pu être testée, et sa pérennité hors d’une situation de crise est évoquée, en tenant compte des répercussions des décisions sur le terrain (ordres et contre-ordres) et de l’impact organisationnel.

Outil de coordination locale, le « huddle », popularisé dans les unités de soins par le projet « Plus de Temps pour les Patients » a été largement utilisé, et déployé par ailleurs aux soins intermédiaires, intensifs, dans les unités chirurgicales de Julliard et au DEX. Un défi serait d’articuler les différents huddles qui ont lieu à différents niveaux professionnels et hiérarchiques.

Rôle d’expertise envers la cité

Le rôle d’expert des HUG pour la cité a été magnifié par la crise sanitaire. La collaboration avec l’Association des Médecins du canton de Genève a donné lieu, d’après La Tribune, à une « union sacrée de l’hôpital et des médecins de ville ».

3.5 La gestion des flux

Orientation des patients

L'orientation des patients dans le réseau a été facilitée par une clarification des critères d'admission et de sortie, un dispatching incontesté en interne aux HUG (rôle prépondérant du service envoyeur), une disponibilité importante de lits disponibles (par l'ouverture d'unités spécifiques, soins intermédiaires 6^{ème}, Loëx), et, au niveau cantonal, la gestion par une « IAG cantonale » et une bonne collaboration du réseau des urgences genevois.

La nécessité de filtrer les patients ambulatoires a accéléré l'utilisation du logiciel GRECO.

L'organisation du retour au domicile avec encadrement des patients après réadaptation semblerait plus difficile qu'avant.

Séparation des flux, banalisation et réactivité

La crise a également démontré la réactivité pour la réorganisation des flux et des structures de soins, qu'il s'agisse du filtrage à l'entrée, de la séparation des flux COVID+ et COVID-, de la banalisation de certaines unités, de la réaffectation rapide des unités, de l'évolution de la signalétique et des aménagements physiques.

La déclinaison informatique de ces transformations (notamment le référentiel POS) a été un défi.

Télémédecine et liens vidéo

La mise en pratique de la télémedecine, notamment pour les téléconsultations, a été très rapidement développée, avec 100-200 téléconsultations quotidiennes via HUG@home et d'autres par téléphone ou WhatsApp. Ce développement a été facilité par l'autorisation de facturer ces téléconsultations au même tarif que des consultations présentiels.

D'autres applications de vidéoconférence ont été développées, notamment des liens vidéo permanents entre différentes structures de régulation (144 et SMUR par exemple).

L'application Harmonie, qui permet d'établir des liens de visioconférence entre patients hospitalisés isolés et leurs proches, a été plébiscitée par les proches et les patients affaiblis ou âgés, incapables d'utiliser leur smartphone ou sans moyen de communication. Plus de 900 visioconférences ont été réalisées en un mois avec 98 iPads déployés, grâce à l'aide d'étudiants en médecine et d'auxiliaires de soins.

Il est reconnu qu'une formation des collaborateurs à ces nouvelles pratiques sera nécessaire.

3.6 Apprendre d'une crise particulière et généraliser

Une partie des expériences positives vécues durant cette crise est attribuable au fait qu'il s'agit d'une pathologie unique, même si multiforme, permettant une focalisation de toute l'institution face à une menace commune. Un autre facteur favorisant a été l'absence de barrières comptables pour l'engagement de moyens financiers. Se pose donc la question d'une généralisation de ces expériences et de leur pérennisation, dans l'optique d'un retour à la (nouvelle) normalité.

Parmi ces expériences:

- La simplification des démarches administratives, notamment pour les achats et les engagements de collaborateurs (dont certains ont même pu se faire le week-end), déploiements de matériel informatique.
- La réactivité des services de soutien, notamment pour les réaménagements des locaux et du matériel technique.
- La simplification de la documentation clinique.
- L'élaboration rapide de guidelines cliniques, leurs mises à jour fréquentes, les formations en ligne, leur accessibilité et visibilité sur l'intranet et sur l'internet.
- L'implémentation rapide de solutions informatiques, certaines attendues de longue date (itinéraires, ordres à bouton, journal de bord des patients aux SI).
- La capacité de disposer de tableaux de bords en temps réel (occupation des unités), et de tableaux synoptiques spécialisés (Synopsis pour les patients COVID).
- La capacité de mobiliser des compétences non-expertes pour aider à des prises en soins standardisées.
- Un rôle d'exemplarité et de soutien de l'encadrement et de la direction, par leur présence régulière sur le terrain.
- L'arrêt de projets (informatiques, aménagements) permet de se focaliser sur quelques priorités et d'avancer très vite.

A noter aussi le foisonnement de projets de recherche (>30) et une demande très importante d'avoir une base de données cohérente pour la recherche. Dans les points négatifs, on a vu naître des tensions fortes sur le partage et la « propriété » des données.

D'autres points à considérer:

- Malgré un sentiment dominant d'entraide et d'empathie, des cas de « stigmatisation » de professionnels travaillant dans des unités COVID+.
- Le sentiment « d'inutilité » de collaborateurs devant rester à la maison sans pouvoir contribuer.
- Difficulté de faire respecter les consignes de PCI aux patients avec des troubles cognitifs.
- La communication avec les familles/proches des patients lors de l'arrêt des visites .
- La gestion de la fin de vie des patients et de la place des proches.

4. Propositions et axes de réflexion

Les six thématiques détaillées au chapitre précédent ont été explorées à l'occasion de 22 e-focus groupes de 90 minutes chacun, du 12 au 20 mai 2020, rassemblant en tout 288 collaboratrices, collaborateurs, patientes et patients (100 personnes différentes, certaines ayant choisi de participer à plusieurs focus groupes). D'autres propositions ont été recueillies sur le « mur de post-it » pour les collaborateurs, situé dans le passage vitré entre Opera et Julliard, depuis le 25 mai 2020.

Ces propositions et axes de réflexion ont été synthétisés en 8 chapitres. Discutés à l'occasion du e-séminaire des cadres du 11 juin 2020, ils contribuent à l'élaboration du plan stratégique 2021-2025 (plan Vision 20+5).

4.1 « C'est le terrain qui dirige la manœuvre »

La combinaison, largement considérée comme exemplaire, d'une conduite de crise centralisée réactive et d'une marge de manœuvre accrue des professionnels sur le terrain suscite de nombreuses attentes.

Concernant la conduite centralisée et réactive :

- La gestion coordonnée et réactive des flux pourrait être améliorée par une cellule centralisée fortement connectée avec les unités opérationnelles et alimentée par des informations en temps-réel remontant du terrain par des outils informatiques (modèle du « command center »).
- Le travail en task force (ad hoc) permet de mobiliser les compétences nécessaires pour un but précis et sur une durée limitée. L'exemple de la task force « guidelines » devrait être répliqué.

Concernant l'empowerment du terrain :

- Le management devrait évoluer dans une logique de « faire confiance par défaut », d'octroyer plus d'autonomie et de responsabilité aux collaborateurs, avec son corollaire de redevabilité plus explicite, ce qui implique de redéfinir les missions et de remettre les métiers au centre.
- La présence des cadres sur le terrain doit être renforcée. Certaines tâches administratives qui les éloignent de leurs équipes devraient être déléguées, réorganisées ou affectées à d'autres entités. La pratique de la suppléance des cadres devrait être généralisée.
- La présence de collaborateurs du terrain dans les instances de décision devrait être considérée, afin notamment de mieux prendre en compte les différentes compétences et perspectives.
- Le droit à l'expérimentation (et donc à l'erreur) doit être affirmé. Les instruments d'amélioration continue de la qualité des processus (par exemple le Kaizen) peuvent fournir un cadre utile, comme démontré dans le projet « plus de temps pour les patients ».
- Les propositions provenant du terrain devraient être entendues, quittancées et donner lieu à des retours rapides des hiérarchies. Un canal de transmission de l'information doit être mis en place.
- Les activités de formation devraient avoir lieu, autant que possible, sur le terrain.
- La relocalisation au cœur des HUG de certaines activités délocalisées (par exemple le magasin) devrait être reconsidérée.

4.2 « Ça bouge sur le terrain, on y découvre la richesse des HUG »

La mobilité imposée par la crise a permis de faire vivre à de nombreux collaborateurs la diversité et la richesse des HUG, source d'expériences enrichissantes souvent inédites. Malgré les enjeux organisationnels rencontrés, de nombreux collaborateurs souhaitent pouvoir répéter, sur une base volontaire, ces épisodes de mobilité interne ainsi que d'échanges avec des professionnels externes aux HUG :

- Serait-il envisageable que chaque professionnel puisse passer un mois par an dans une autre spécialité médicale, une autre fonction administrative, un autre site des HUG, etc. ?
- Faudrait-il, à l'instar du pool infirmier, créer un pool de ressources médicales, de ressources de fonctions de soutien, de ressources administratives ?
- Peut-on renforcer les échanges avec les professionnels externes aux HUG dans une logique de mobilité croisée, temporaire ?
- Peut-on envisager de remplacer du personnel « difficile » à trouver sur le marché (physio, médecin interne...) par un pool de personnel externe aux HUG ?
- Comment valoriser les compétences « annexes » des collaborateurs en leur permettant de les pratiquer à temps partiel : par exemple, concept du « job-slash¹ » à 20% ?
- Peut-on envisager la création de profils à la LinkedIn des collaborateurs dans une sorte de réseau social d'entreprise ? Un registre de compétences des collaborateurs « hors cahier des charges » qui permettrait à l'institution d'avoir une vision des compétences internes disponibles et aux collaborateurs d'être reconnus dans leurs spécificités ?
- Une gestion dynamique des remplacements internes par du personnel HUG est-elle envisageable (exemple de Whoog.com ou de medGo) ?

Par ailleurs, la crise a révélé une nouvelle génération de bénévoles, principalement des étudiants (professions de santé et autres), qui demande à pouvoir continuer à interagir avec les HUG. Malgré les enjeux d'encadrement, c'est une vraie valeur ajoutée pour les HUG :

- Pour bénéficier de leur énergie, de leur créativité.
- Pour mieux se préparer à l'arrivée sur le marché du travail de cette génération.
- Pour faciliter la transition entre les études et le travail professionnel.

Certains étudiants en médecine actifs en tant que bénévoles aux HUG durant la crise proposent la réintroduction du stage de soins infirmiers en début de cursus, ainsi que la possibilité d'une immersion précoce dans le monde des soins, voire de bénévolat intégré aux études comme mécanisme de renforcement de l'interprofessionnalité.

¹ Le slash représente la barre oblique « / » qui souligne la possibilité d'avoir plusieurs fonctions/carrières. Le « slasheur » ou « multi-travailleur » pourrait ainsi exercer plusieurs fonctions au sein des HUG. <https://www.hrtoday.ch/fr/article/tu-travailles-ou-tu-slashes->

4.3 « Le travail nomade, ce n’est pas seulement le télétravail à domicile »

Pour nombre de collaborateurs, la crise a imposé une première expérience de télétravail intensif depuis le domicile, dans des conditions particulières et généralement défavorables liées au confinement, aux charges familiales, et au peu de temps pour s’y préparer aussi bien techniquement que logistiquement. Malgré tout, il est attendu que ce mode de travail se développe, ce qui impose un certain nombre de réflexions, d’adaptations réglementaires et de modifications de pratiques managériales.

De plus, le télétravail depuis le domicile n’est qu’un aspect de la mobilité géographique professionnelle. Il convient d’envisager un cadre plus large, le « travail nomade », qui intègre la mobilité géographique hors du domicile, mais surtout la mobilité géographique au sein des HUG.

Il convient donc d’aborder différents enjeux :

- Cadre réglementaire (enjeux particuliers pour les frontaliers liés au régime fiscal).
- Outils techniques pour l’accès sécurisé à des données souvent sensibles.
- Dématérialisation des documents et des processus (par exemple la signature électronique).
- Outils et formations pour une collaboration efficace à distance et dans des contextes hybrides (où une partie de l’équipe est à distance, une autre est en réunion présentielle) : Zoom, Sharepoint, Teams, Slack, etc.
- Adéquation du matériel informatique pour ces usages.
- Possibilité de mutualiser certains espaces de travail (ou de les utiliser en respectant les principes actuels de distanciation physique).
- Intérêt de développer des espaces de coworking soit sur les sites des HUG, soit sur des sites externes, par exemple en périphérie de la ville ou à proximité des frontières.
- Intérêt de développer de nouveau espace de travail (type « cellule Cocoon »).
- Formation des cadres aux bonnes pratiques du travail nomade, au management par objectifs et basé sur la confiance.
- Formation des professionnels aux techniques et bonnes pratiques de la télé médecine.

4.4 « On va droit au but et on finit ce qu’on a commencé »

Des raccourcis administratifs ont été nécessaires durant la crise, notamment au niveau des processus d’achats, d’engagements de ressources humaines, d’évolution de référentiels tels que le POS. Ils ont été vécus très positivement par de nombreux collaborateurs qui posent clairement la question de savoir si notre organisation est « aussi simple que possible et aussi compliquée qu’indispensable ». Il s’agit donc de questionner la valeur ajoutée de certains points de contrôles (visas) et notamment :

- Clarifier le rôle et la responsabilité de chaque intervenant dans le processus : s’agit-il d’une information ou d’une décision ?
- Envisager de déplacer certains contrôles après l’exécution de la tâche, voire de les supprimer, dans une logique renforcée de délégation, de responsabilisation et de redevabilité.

Ces mêmes principes pourraient s’appliquer à la gestion de projets dans lesquels la marge de manœuvre des équipes pourrait être augmentée et le dispositif de contrôle allégé. Cela implique que les objectifs du projet soient établis clairement, et que des mécanismes de

concertation et de validation avec les usagers soient mis en place, en favorisant des cycles itératifs courts et des livrables incrémentaux, sans chercher à définir à priori le projet parfait.

La réalisation rapide de projets informatiques ou d’aménagement de locaux durant la crise a démontré l’intérêt d’approches pragmatiques et de démarches d’amélioration itératives d’une solution minimale (démarche MVP, minimum viable product), inspirées de la philosophie « move fast and break things » et reconnaissant l’importance de l’expérimentation (et donc possiblement de l’erreur) et de l’amélioration continue de la qualité, le tout dans une logique d’interaction forte, sur le terrain, avec les usagers.

Ces exemples marquants ont également démontré l’importance d’une priorisation claire et du séquençage des projets : de manière très simpliste : on fait une chose à la fois et on la termine avant de passer à la suite.

4.5 « On se dit tout »

La communication institutionnelle joue un rôle important pour informer la communauté hospitalière et plus largement le grand public, renforcer le sentiment d’appartenance, reconnaître les efforts des collaborateurs, véhiculer les valeurs, etc. La communication sur intranet durant la crise a été largement saluée, ainsi que la présence sur les réseaux sociaux. Toutefois, en raison de la diversité des HUG, des démarches locales ont été entreprises avec succès (par exemple les newsletters de certains départements) afin de rapprocher ces informations d’un terrain spécifique, au risque d’en filtrer certaines.

La présence accrue des cadres sur le terrain a été saluée par tous. Elle a permis de constater à quel point cela pouvait améliorer la communication transversale ainsi que l’atmosphère et la qualité du travail.

En ce qui concerne la communication pour les patients et leurs proches, elle pourrait être améliorée en identifiant leurs besoins d’information et de communication, en les impliquant dans l’élaboration des messages, la compréhension des messages, voire dans l’utilisation de leurs témoignages.

L’effervescence du travail dans les différentes cellules et task forces a conduit à une importante activité multilatérale de communication et de coordination, qui, si elle a été jugée chronophage ou redondante par certains, a mis en évidence quelques leçons utiles :

- Un sentiment de transparence et d’appartenance inédit, notamment pour le personnel médico-soignant junior et le personnel administratif, rarement impliqué jusqu’ici dans ces canaux de communication, ce qui est aussi une reconnaissance de leur implication.
- L’expérience de pouvoir combiner de manière pragmatique des réunions en personne et des réunions par visioconférence, facilitant leur organisation, notamment lorsqu’une réunion concerne plusieurs sites des HUG.
- Un questionnement concernant la pertinence et l’utilité de certaines réunions régulières, protocolaires, et leur remplacement par des mécanismes d’information et de coordination plus agiles.
- La nécessité de clarifier les objectifs des réunions.

Quelques propositions :

- Repenser la composition et le rôle de chaque participant dans les réunions, afin de donner un sens véritable à la présence de chacun (ne pas être impliqué si c’est juste

pour être informé ou représenter sa hiérarchie). Augmenter l’accessibilité des comptes-rendus (procès-verbal, RIDA – relevé d’information, décision, action).

- Limiter le nombre de réunions régulières/permanentes en faveur de réunions ad hoc centrées autour de mandats clairs, au terme limité et à la composition favorisant la capacité décisionnelle.
- Former les animateurs des réunions aux bonnes pratiques (ordre du jour, gestion du temps, etc.).
- Equiper des salles de réunion pour fonctionner en mode hybride (en personne et à distance) afin de limiter les déplacements.
- Envisager des méthodes de coordination entre les différentes réunions, pour éviter les répétitions mais favoriser la circulation des informations entre les différents groupes (exemple de l’organisation journalière des différentes cellules de coordination), qu’il s’agisse de coordination verticale (par exemple unité de soins-département-direction) ou transversale (entre les unités d’un même département, entre différents groupes professionnels, etc.).

4.6 « J’ai accès aux données dont j’ai besoin pour piloter, soigner, chercher, former, innover »

La crise sanitaire a démontré la possibilité, l’utilité (et la difficulté) d’obtenir et de fournir en temps-réel des informations, notamment pour le pilotage (tableau de bord de la cellule de planification hospitalière), les soins (adaptation de Synopsis pour les patients COVID), augmentant ainsi les possibilités décisionnelles existantes (tableaux de bords, extractions de données via l’Infodesk). La mise à disposition de l’information pour son utilisation concrète accélère les processus de contrôle de qualité et de correction.

La circulation élargie de l’information a aussi suscité l’intérêt de nombreux collaborateurs habituellement en marge de ces circuits, augmentant ainsi leur compréhension des enjeux, leur sentiment d’appartenance, leur capacité de contribuer à la résolution d’un problème et d’innover.

Il convient donc de construire des outils permettant une circulation plus large, fluide et rapide des informations, tout en respectant le caractère sensible de certaines données :

- Donner accès plus largement aux informations existantes, même en dehors du domaine précis de l’activité du collaborateur. Renforcer les capacités d’interrogation des entrepôts de données institutionnels.
- A l’instar de ce qui est construit pour les patients COVID, développer des indicateurs permettant de visualiser l’état clinique, des pratiques de mutualisation et de partage des données, notamment pour la recherche.
- Faciliter la production de tableaux de bords et d’alertes basées sur des flux de données en temps-réel.

4.7 « On prend soin de la santé et du bien-être des collaborateurs »

« Merci pour les repas et les parkings gratuits, les courses à la Migros, le chocolat... ». Ces attentions concrètes, pratiques, conviviales ont été plébiscitées pendant la crise. D’autres offres (hypno-pauses, yoga, massages) aussi. Il y a certainement la possibilité de pérenniser certaines actions temporaires, et d’en développer d’autres, dans la logique du « village des collaborateurs » du projet Vision 20/20, qui fait une place particulière aux initiatives individuelles et aux démarches associatives.

Le soutien psychologique, en particulier la présence proactive sur le terrain de psychologues, a également été appréciée et pourrait être pérennisée dans certains secteurs où les conditions de travail sont particulièrement difficiles (suivi des patients complexes, peu de temps à disposition pour gérer l’impact sur soi, etc.). Un modèle peut-être pour d’autres interventions préventives concernant la santé des collaborateurs.

D’autres activités de promotion de la santé et du bien-être des collaborateurs pourraient être envisagées : consultations médicales dédiées, prestations pour les familles, activités promues et coordonnées par un « comité d’entreprise ».

Les horaires de 12 heures ont été appréciés par de très nombreux collaborateurs du D-MA, mais pas par tous. Outre les enjeux réglementaires, cela questionne la capacité d’offrir plus de flexibilité aux collaborateurs concernant leurs horaires. Sans oublier la difficulté actuelle de gestion des plannings, qui mobilise IRES et médecins cadres alors que cette tâche devrait être professionnalisée (et assistée par un outil informatique performant). L’ergonomie de la validation des horaires dans VisionRH est largement jugée problématique et devrait être revue et/ou connectée à l’outil de planification.

Enfin, le fait de disposer de plus de ressources sur le terrain (effectifs renforcés, présence accrue des cadres, personnels non soignants qui ont pu prendre en charge des tâches habituellement dévolues au personnel soignant) et parfois moins d’activité, a permis de constater à quel point cela pouvait améliorer l’atmosphère et la qualité du travail.

Pour certains collaborateurs, la crise sanitaire a permis la mise en lumière de leur métier indispensable au bon fonctionnement des services.

Comment ajuster au mieux et de manière agile/proactive, l’allocation des ressources ?

- Faut-il généraliser les pools ?
- Faut-il organiser un suivi en temps réel ?
- Peut-on déployer, comme l’on fait d’autres hôpitaux, des applications permettant de gérer dynamiquement certains types de remplacements en interne (exemple de medgo.fr) ?

4.8 « Un rôle renforcé des HUG envers la société »

La crise sanitaire a démontré le rôle central des HUG dans le dispositif sanitaire genevois et régional, ainsi que sa richesse d’expertises capables d’intervenir dans toutes sortes de débats sociétaux, y compris les enjeux éthiques, humanitaires et de santé publique.

Outre une meilleure coordination avec les différents acteurs du système de soins, les HUG sont appelés à jouer un rôle plus important concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies. Ceci concerne non seulement la population générale, mais aussi plus spécifiquement les 12'000 collaborateurs des HUG et leurs familles, ainsi que les populations fragiles ou défavorisées.

Ce rôle envers la société concerne aussi la recherche biomédicale et l’innovation, les HUG disposant d’un plateau clinique et technique très complémentaire aux infrastructures de recherche académiques et industrielles. Une démarche de la valorisation des capacités de recherche translationnelle aux HUG est nécessaire, profitant de l’opportunité liée au développement du cluster régional qu’est la « Health Valley ²» et de la présence des HUG au Campus Biotech, épicerie académique de cette Health Valley. L’hébergement d’activités de recherche translationnelle au sein des HUG, en accueillant par exemple des startups, serait un mécanisme intéressant.

On le voit avec la crise actuelle, le rôle humanitaire des HUG s’exprime aussi au niveau local, en collaboration avec les ONG et les organisations internationales du domaine.

En tant que principal employeur de la région, les HUG se doivent aussi d’innover dans tous les domaines d’une grande entreprise. Notons par exemple les enjeux de l’inclusion de la diversité, l’intégration des différences, l’éco-responsabilité, le travail nomade, la formation tout au long de la vie, etc.

Enfin, ce rôle envers la société peut aussi s’exprimer en valorisant la participation citoyenne aux activités des HUG, qu’il s’agisse de volontariat, de sciences citoyennes, etc.

² La Health Valley reflète la concentration importante de compétences de recherche, d’innovation, de sociétés biotechnologiques et médico-technologiques et de fournisseurs de soins dans l’Arc lémanique. On estime qu’il y a actuellement un millier d’entreprises du domaine de la santé, pour environ 25'000 employés.

5. Utilisation du retour d’expérience pour l’élaboration du plan stratégique 2021-2025 des HUG

La crise sanitaire avait interrompu le processus de planification stratégique 2021-2025 initié en octobre 2019. Cependant, les expériences vécues par les collaborateurs, les patients et leurs proches durant cette période ont révélé des capacités insoupçonnées, des possibilités inespérées. Des solutions innovantes, parfois transformantes, ont été testées et implémentées à large échelle en des temps records, laissant entrevoir le potentiel – et parfois les limites - de modes d’organisation différents. Ces réalisations ont également modifié pour beaucoup la perception de la capacité de réaction d’une grande organisation, et ouvert un fort appétit de changement.

La réalisation largement participative du retour d’expérience présenté dans ce document a nourri, et aussi accéléré les réflexions menant à l’élaboration du plan stratégique 2021-2025 des HUG, qui pourra être réalisé dans les délais initialement prévus.

Sur la base des travaux présentés dans ce rapport, les cadres des HUG, réunis lors d’un séminaire virtuel le 11 juin 2020, ont pu identifier des objectifs stratégiques émanant des leçons de la crise sanitaire et qui contribueront à formuler les principaux programmes du plan stratégique 2021-2025 des HUG.

6. Annexe 1 : Liste des documents détaillés

Entretiens lors de visites sur le terrain

- 20x5 entretiens anesthésiologie.pdf
- 20x5 entretiens CAIB.pdf
- 20x5 entretiens chirurgie cardiovasculaire.pdf
- 20x5 entretiens DEX.pdf
- 20x5 entretiens DSI.pdf
- 20x5 entretiens Julliard.pdf
- 20x5 entretiens Loëx.pdf
- 20x5 entretiens pharmacie.pdf
- 20x5 entretiens soins intensifs.pdf
- 20x5 entretiens soins intermédiaires.pdf
- 20x5 entretiens transporteurs.pdf
- 20x5 entretiens Trois-Chêne.pdf
- 20x5 entretiens urgences adultes.pdf

Entretiens groupés avec des cadres médico-soignants

- 20x5 entretiens groupés cadres médico-soignants.pdf

Avis et témoignages de patients, proches, utilisateurs de Harmonie

- 20x5 retours patients, proches, Harmonie.pdf

Avis des collaborateurs rencontrés lors des « chariots du bonheur »

- 20x5 retours chariots du bonheur.pdf

Retour de collaborateurs en télétravail

- 20x5 entretiens télétravail.pdf

Autres documents

- 20x5 retours d’expérience.pdf
- 20x5 synthèse des e-focus groupes avril-mai 2020.pdf
- 20x5 retour des étudiants bénévoles.pdf
- DSC – RETEX – Consultations.mmap.pdf
- liste consolidée des propositions.pdf

7. Annexe 2 : questionnaires

Questionnaire pour les entretiens individuels avec les collaborateurs

Votre profession :

Votre expérience professionnelle aux HUG :

Votre lieu d’activité professionnelle antérieur:

Votre mission habituelle :

Votre mission actuelle :

1. Avez-vous dû suivre une formation pour votre nouvelle mission ?
2. Qu’est ce qui a facilité la mise en place de la structure / mission / fonctionnement actuelle?
3. Dans cette nouvelle mission quelles barrières ont été rencontrées ?
4. Quelles barrières sont tombées ?
5. Quelles barrières persistent ?
6. Est-ce qu’il y a des nouvelles barrières ?
7. Donnez 3 éléments concrets de cette expérience que vous souhaiteriez voir perdurer ?
8. Donnez 3 éléments concrets qui se sont mal passés ? Comment les améliorer ?
9. Qui et qu’est-ce qui vous a aidé dans ce changement ?
10. Concrètement, qu’est ce qui doit redevenir comme avant ?
11. Avez-vous des anecdotes, exemples concrets, documents, photos à partager ?

Guide d’entretien pour les collaborateurs en télétravail

1. Quel regard portez-vous sur la manière dont la crise est gérée au niveau institutionnel ? (aspects techniques, organisation, communication institutionnelle)
2. Sur la base de l’expérience que vous vivez depuis quelques semaines, que pensez-vous du télétravail ?
 - a. Aspects techniques, avantages et inconvénients
 - b. Organisation personnelle, le cas échéant organisation familiale
 - c. Interactions et évolution de la relation avec votre hiérarchie, vos collaborateurs
 - d. Motivation, sentiment d’investissement dans votre mission et de contribution à la gestion de la crise
3. Selon vous, quelles sont les 3 nouvelles choses qui ont été mises en place à l’occasion de cette crise et qui doivent être pérennisées ? Citez 3 exemples
4. Quelles sont celles qui doivent absolument revenir comme avant ?
5. Et à propos du télétravail ? à partir de votre expérience quelles sont vos recommandations pour la suite ?

Questions posées aux cadres lors des focus-groupes et lors des retours des départements médicaux

Ce qui a changé dans nos relations/pratiques/processus/outils et que nous devrions essayer de pérenniser. Le cas échéant, ce qu’il faudrait mettre en place pour le réussir.

Ce qui n’a pas fonctionné comme attendu et les démarches d’amélioration à envisager.



HUG MIAG

spécial covid-19

Merci



ensemble

nous ne faisons qu'un

Bertrand Levrat,
directeur général

Après des mois d'un engagement sans faille, juin a marqué la fin de la période de crise liée au COVID-19. Cela signifie que l'hôpital reprend toutes ses activités, en restant toutefois sur ses gardes. Je vous remercie toutes et tous pour votre travail et votre professionnalisme. Vous avez démontré une implication et une capacité d'adaptation exceptionnelles.

Pour paraphraser le conseiller fédéral Alain Berset : « Nous avons agi aussi vite que possible et aussi professionnellement que nécessaire ». Je vous félicite pour votre courage. Celui de lutter sur le front ou en coulisses, de vous être engagé-e parfois dans une autre unité que la vôtre ou d'avoir assuré les prestations habituelles, sur place ou en télétravail. J'ai une pensée aussi pour vos familles et leur précieux soutien. Vous avez, toutes et tous, répondu de manière exemplaire aux attentes de la population genevoise.

Grâce à votre engagement, nous avons maîtrisé cette vague épidémique. J'ignore aujourd'hui s'il y en aura une deuxième. Mais je sais que les HUG sont prêts à l'affronter. Main dans la main, nous avons su œuvrer pour les HUG, les patient-es et leurs proches. Je suis très fier de vous et de travailler aux Hôpitaux universitaires de Genève. Ensemble, nous ne faisons qu'un.

Pour gérer la crise liée au COVID-19, les HUG ont transformé leurs **infrastructures** pour repenser les circuits d'accueil et séparer les flux dès l'arrivée aux urgences (pages 3 et 4). Du SMUR aux soins intensifs, de Julliard à Stern, en passant par l'Hôpital des Trois-Chêne ou Beau-Séjour, la **mobilisation** a été complète (pages 5 à 8). Elle a concerné de **nombreux corps de métiers**, du DEX à la DSI en passant par la CAIB, et impliqué les collaborateurs-trices, en télétravail ou en poursuivant leur activité à l'hôpital (pages 9 à 11). La crise a stimulé l'innovation et favorisé la **digitalisation** de certaines activités (pages 12 et 13). Les **actions en faveur du personnel** se sont multipliées, avec notamment la gratuité des repas et des parkings, des pauses chocolatées ou la livraison de ses courses à l'hôpital (pages 14 et 15). Et la population genevoise a manifesté sa **reconnaissance et son soutien** (page 16).

impresum

Editeur responsable
Sylvia de Meyer

Rédactrice en chef
Suzy Soumaille
Suzy.Soumaille@hcuge.ch

Ont collaboré à ce numéro
Giuseppe Costa, André Koller, Agnès Reffet.

Conception/réalisation
M&C SAATCHI

Crédits photos
Louis Brisset, Julien Gregorio

Tirage
14'850 exemplaires



SINPI ET SSPI. Les Soins intermédiaires péri-interventionnels (SINPI) et la Salle de soins post-interventionnels (SSPI) ont été transformés, le 23 mars, en soins intensifs dédiés au COVID-19 (30 lits).



la transformation à grande vitesse



SECTEUR E. Aménagé en 10 jours au rez-de-chaussée du bâtiment Louise Morier, ce secteur dédié au tri et au dépistage des patient-es avec suspicion de COVID-19, était prêt le 27 février pour accueillir le premier patient genevois.



DÉPISTAGE. Pour faire face à l'afflux croissant de personnes au Secteur E, une tente a été installée sur le parking de base. Le record d'affluence a été atteint le 16 mars: 450 personnes en 24 heures.

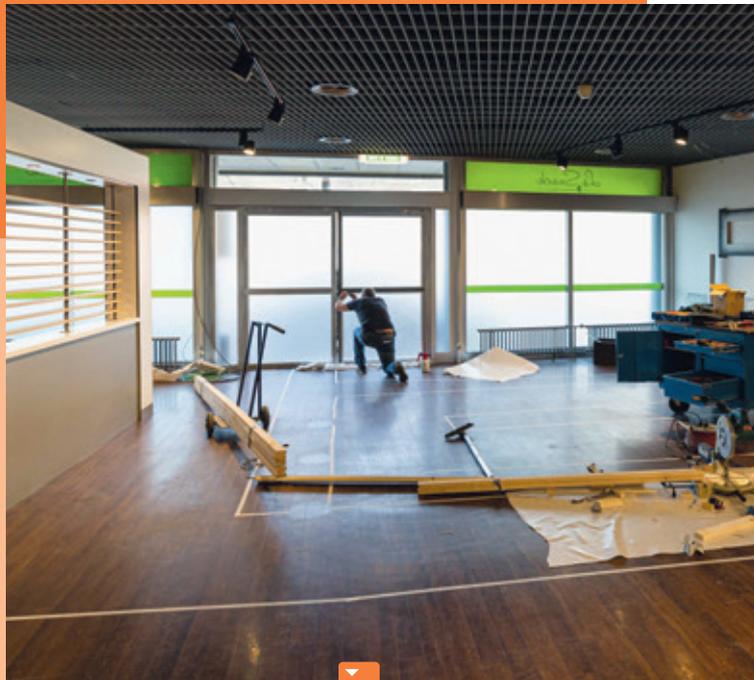


URGENCES PÉDIATRIQUES. La consultation pour le dépistage des enfants, mise sur pied en 24 heures, a ouvert le 28 février. Elle a servi également au dépistage des collaborateurs-trices du DFEA.

SAS D'ENTRÉE JULLIARD. La tente installée devant le bâtiment a permis aux ambulances d'hospitaliser les patient-es atteint-es du COVID-19 en toute sécurité et discrétion.



LINA STERN (6^E ÉTAGE). 40 lits de soins intermédiaires pour les patient-es souffrant de COVID-19 ont été aménagés au 6^e étage du bâtiment Lina Stern. Opérationnels dès le 3 avril, ils pouvaient, si besoin, être transformés en lits de soins intensifs.



URGENCES ADULTES. Pour augmenter ses capacités d'accueil et séparer les personnes atteintes de COVID-19 des autres, le snack *Les Bonnes Choses* a été transformé en zone de tri.

Et encore...

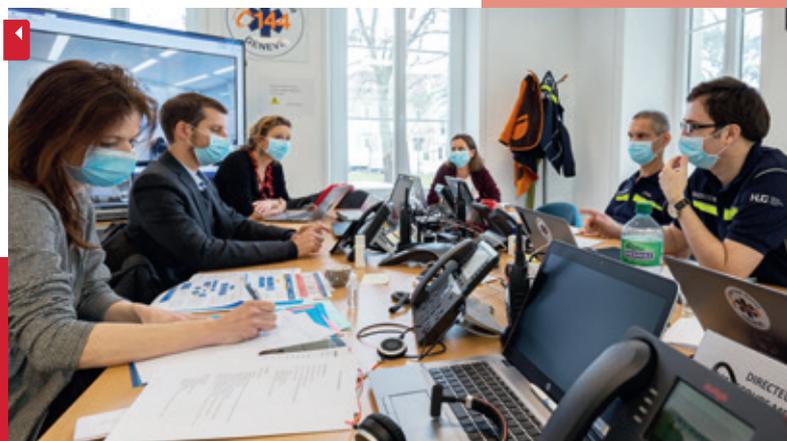
■ 14 salles d'opération – 8 «Opéra» et 6 «Julliard» – ont été réservées à la prise en charge de personnes atteintes du COVID-19 durant la pandémie. Six d'entre elles (Julliard) ont été utilisées jusqu'à fin avril.

SMUR. Au plus fort de la vague épidémique, la moitié des 30 sorties quotidiennes du Service mobile d'urgence-réanimation (SMUR) a concerné des cas de COVID-19.



les équipes de première ligne

CENTRALE 144. Au début de la crise, le centre de régulation a reçu 1500 à 2000 appels par jour, contre 300 en temps normal.



SOINS INTENSIFS. Au pic de la pandémie, début avril, 67 patient-es y étaient soigné-es. En créant des lits de SI dans des unités de soins intermédiaires et aux blocs opératoires, la capacité totale était de 110 lits.



Et encore...

- Le Service de pneumologie a collaboré très étroitement avec les médecins de ville. D'une part, des pneumologues installés ont rejoint le service pour répondre aux besoins hospitaliers. D'autre part, des patient-es ont été orienté-es vers des cabinets privés pour des problèmes de pneumologie générale ou pour être revu-es rapidement suite à une hospitalisation.

GUSTAVE JULLIARD. Le bâtiment a été entièrement dédié au COVID-19: le nombre de lits de médecine interne est passé de 130 à 400.



LINA STERN. L'espace administratif du 6^e étage a été transformé en soins intermédiaires. Les patient-es ont été pris-es en charge par des équipes constituées de pédiatres, ophtalmologues, infirmières, encadrées par des médecins du SMIG.



MATERNITÉ. Elle a ouvert une unité COVID-19 disposant de sept chambres individuelles.



TRM. Les technicien-nes en radiologie médicale, revêtues de gants, surblouse et masque, ont réalisé au chevet des patient-es l'examen des poumons avec un appareil de radiographie mobile motorisé pesant 300 kilos.

Mais aussi...

- La majeure partie de l'activité ambulatoire, chirurgicale ou interventionnelle a été suspendue à la mi-mars. Dès le 27 avril, les activités ont repris progressivement, uniquement sur rendez-vous.
- La Fondation privée des HUG s'est engagée aux côtés de l'ensemble du personnel des HUG et des scientifiques de l'UNIGE en ouvrant le «Fonds spécial COVID-19». Elle a notamment financé un projet de recherche fondamentale, clinique et translationnelle sur le nouveau coronavirus et une étude clinique randomisée pour évaluer deux traitements prophylactiques.
www.fondationhug.org
- Au total, une cinquantaine de projets de recherche ont été soumis et les résultats de certaines études déjà publiés.



▼
HÔPITAL DES TROIS-CHÊNE. Au cœur de la crise, il a dédié 50% de sa capacité d'accueil (142 lits) aux soins aigus COVID-19.



▼
HÔPITAL BEAU-SÉJOUR. Une unité de rééducation post COVID-19 (20 lits) a ouvert le 20 avril, en collaboration entre le Service de neurorééducation et le SMIR - Beau-Séjour. Les équipes composées de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de logopédistes, de neuropsychologues et de diététicien-nes, y suivent des patient-es avec des troubles physiques, cognitifs ou des problèmes de déglutition.



▼
HÔPITAL DE LOËX. Il s'est consacré aux soins de réadaptation post COVID-19 (28 lits) en accueillant des patient-es sorti-es des soins aigus ou intensifs.



▼
HÔPITAL DE BELLERIVE. Le colloque interdisciplinaire s'est déroulé dans une plus grande salle avec port du masque et distance entre les soignant-es.

Sans oublier...

- Le Service de médecine palliative a élargi ses prestations en soutenant les équipes hors de l'Hôpital de Bellerive et en accompagnant des patient-es et des proches à l'Hôpital des Trois-Chêne et au Service des urgences. Il a également assuré la continuité des soins avec les médecins de ville en poursuivant des consultations à domicile et dans les EMS.



► **COLLABORATION.** Une solidarité exceptionnelle s'est tissée entre les cliniques privées et les HUG. L'Hôpital public a pris en charge les personnes atteintes de COVID-19. En contrepartie, les établissements privés ont, dès le mois de mars, ouvert leurs blocs opératoires aux chirurgien-nes des HUG pour des interventions urgentes. En photo, la Dre Minoa Jung du Service de chirurgie viscérale.

▲ **CENTRE DES MALADIES VIRALES ÉMERGENTES.** Il a contribué à définir sur le plan mondial les programmes de recherche prioritaires sur le nouveau coronavirus. En mars, il est devenu l'un des 26 centres de référence de l'OMS pour les tests sur le COVID-19.



▼ **CRIVE.** Le Centre national de référence pour les infections virales émergentes (CRIVE) a validé, début janvier, le test diagnostique du nouveau coronavirus. Durant toute la pandémie, il a réalisé des tests de détection en collaboration avec le Laboratoire de virologie et le Centre national de référence de l'influenza. En photo, Pascal Cherpillod, biologiste responsable du CRIVE.



Et encore...

- Dès le 19 mars et jusqu'à mi-juin, des effectifs de la protection civile ont assuré le contrôle aux entrées des différents sites. De son côté, l'armée a affecté 80 militaires comme renfort sanitaire.
- Fin mars, le Service de prévention et contrôle de l'infection a lancé une recherche auprès du personnel pour détecter la présence d'anticorps pour lutter contre le COVID-19. Au même moment, l'Unité d'épidémiologie populationnelle commençait la même étude auprès de la population.



▼ **TAB.** Les technicien-nes en analyse biomédicale ont effectué plus de 50'000 tests diagnostiques et sérologiques COVID-19, du début de la pandémie à fin mai.

PHARMACIE. Elle a produit 1000 litres de solution hydroalcoolique par semaine durant la pandémie. De quoi couvrir la moitié des besoins de l'Hôpital. Le complément a été fourni par un grand parfumeur genevois.



CENTRALE DE TRAITEMENT DU LINGE. Pour extraire draps, fourres et chemises patient.es des sacs en provenance des unités COVID-19, on a pu compter sur le courage des équipes du Service traitement et distribution du linge.



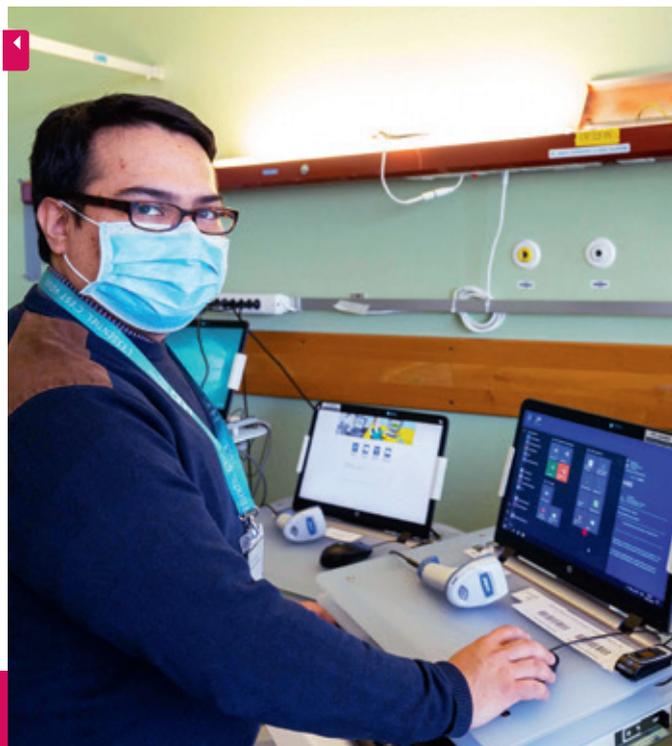
SERVICE PROPRETÉ ET HYGIÈNE. Agents et agentes de propreté ont répondu présent.es en étendant leurs horaires jusqu'à 23h et en renonçant, comme d'autres, à leurs vacances.

LIVRAISONS DE CRISE. Masques, gants, surblouses, respirateurs de l'armée suisse et même les repas ont été livrés jusque dans les unités COVID-19 par le Service transports, distribution et magasin.

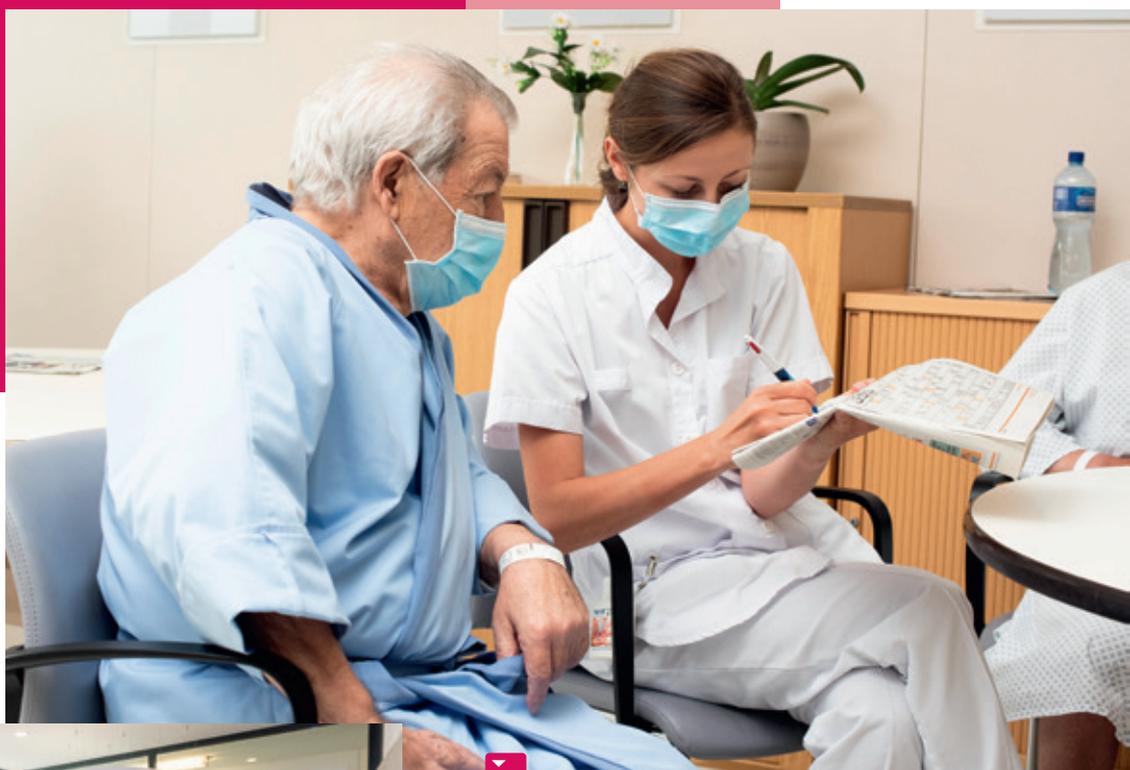


CADRES DE NUIT. De mi-mars à fin mai, deux IRES ont accompagné les équipes soignantes toutes les nuits de 19h à 7h. Elles ont apporté un soutien psychologique, géré des situations de soins complexes et facilité l'orientation des patient.es.

DSI. Les informaticien-nes et les technicien-nes de la Direction des systèmes d'information (DSI) ont travaillé jour et nuit, week-end compris, pour installer les équipements informatiques dans les nouvelles unités COVID-19.



CAIB. Les acheteurs et acheteuses de la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale (CAIB), pour la plupart en télétravail, ont été en concurrence avec le reste de la planète pour le réapprovisionnement en urgence de certains produits.



DIRCOM. L'information a joué un rôle crucial et les activités de la communication ont explosé durant la pandémie. Chargé-es de communication, rédacteurs-trices, spécialistes du web ou des médias ont uni leurs compétences pour informer, expliquer et rassurer.



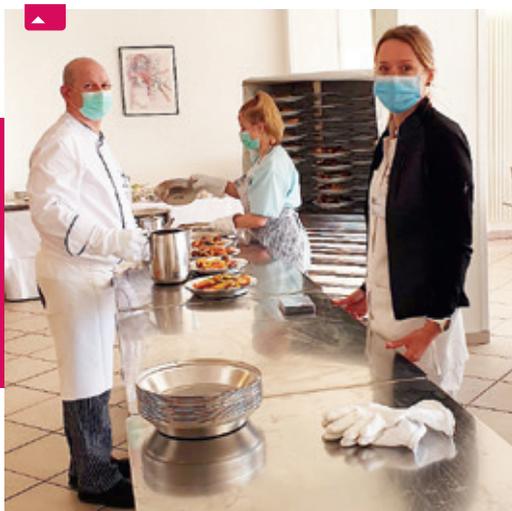
AUXILIAIRES DE SOINS. Plus de 70 employé-es de l'administration et de la logistique ont rejoint les équipes de soins afin d'apporter aux patient-es du lien social et réaliser des tâches annexes.





TÉLÉTRAVAIL. Du jour au lendemain, des centaines de collaborateurs-trices ont découvert des pratiques nouvelles, comme les conférences Zoom.

CLINIQUE DE CRANS-MONTANA. Dès le 20 mars, les repas ont été servis dans les chambres. La collaboration entre les équipes de la restauration et des soins a suscité un élan d'empathie et une meilleure compréhension du travail de chacun.



DEX. Les HUG ont doublé leur capacité d'alimentation en oxygène en quelques jours. Le 1^{er} avril, une deuxième citerne de 24'000 litres, pesant 46 tonnes, a été installée près de la Centrale thermique.

GESTION DE CRISE. Dernière séance en bleu, le 29 mai, pour la cellule qui a préparé dès le 27 janvier les HUG à l'afflux de patient-es, adapté le dispositif à l'évolution de la pandémie et planifié la reprise des activités normales. Jour après jour, elle a bénéficié du travail des cellules de coordination, de capacités hospitalières et des pools.



Mais aussi...

- De nombreux métiers - menuisiers, électriciens, etc. - ont apporté leur concours à l'aménagement des 33 unités COVID-19 ouvertes sur l'ensemble des sites hospitaliers.
- La morgue a ouvert fin mars des chambres froides de réserve: 220 places étaient disponibles en permanence.
- La Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) a réalisé des examens cliniques, donné des conseils médicaux et effectué des dépistages du COVID-19 et du VIH lors des distributions de nourriture à la patinoire des Vernets.
- Deux infirmières de la Clinique de Crans-Montana, Christiane Rocchia-Fine et Melissa Tomasini, ont travaillé à Genève durant trois semaines à l'Unité d'épidémiologie populationnelle.
- De nombreux services médicaux ont continué à offrir les prestations habituelles. Le Service d'hématologie a réalisé 16 transplantations de cellules souches durant la pandémie.
- En une semaine, l'équipe de gazométrie a installé pour environ 200 lits une vingtaine de gazomètres, appareils indispensables à la prise en charge des personnes atteintes de COVID-19.

VISIOCONFÉRENCE.
La Maternité a mis en place des téléconsultations prénatales et proposé des cours de préparation à l'accouchement en visioconférence dès avril.



digital-care boosté

TÉLÉCONSULTATION.
HUG@home a été déployé à large échelle et mis à disposition de l'Association des médecins de Genève sous le nom *docteur@home*.



Sans oublier...

- Le questionnaire en ligne *PRO HUG COVID* pour le suivi ambulatoire des personnes atteintes de COVID-19.
- L'évaluation en ligne *CORONARISK* pour les personnes symptomatiques, disponible sur le site Internet des HUG.
- Les publications quasi-quotidiennes sur Intranet et Internet du Groupe *Guidelines COVID*.
- Et l'augmentation de l'offre de cours en ligne pour tous les collaborateurs-trices des HUG.



HARMONIE POUR LES FAMILLES.
100 tablettes ont été fournies à des patient-es hospitalisé-es pour garder le contact avec leurs proches grâce à l'application *Harmonie*.





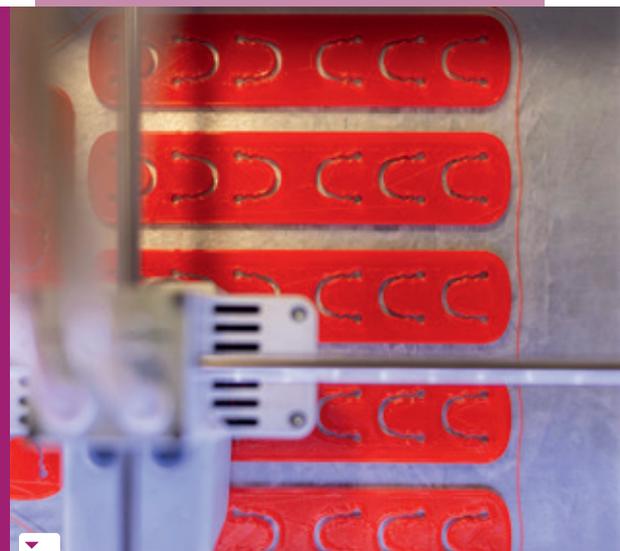
▶ **COLLOQUES DU MARDI.** Postés sur YouTube, les colloques hebdomadaires de médecine interne ont rencontré un énorme succès. Celui du 28 janvier, le premier sur le coronavirus, a été vu plus de 330'000 fois en trois mois. Un record.

VIDÉOS. Durant cette période, plus de 300 vidéos ont été réalisées afin d'informer la population au mieux et au plus vite. Elles ont été vues plus de six millions de fois sur la web TV des HUG et les réseaux sociaux. Bertrand Levrat, directeur général, a également enregistré une dizaine de messages, diffusés sur Intranet, destinés au personnel.



Mais aussi...

- Le Service de la communication digitale a reçu, en 16 semaines, quelque 14'000 messages en lien avec le COVID-19. Soit 2'000 de plus que sur l'ensemble de l'année 2019.
- Afin de faciliter les échanges, la solution Chat HUG, plateforme de messagerie interne sécurisée, a été mise à la disposition de plusieurs services, dont celui de médecine de premier recours. Elle a été utilisée notamment pour la diffusion des recommandations de prise en charge des patient-es COVID-19.
- Une plateforme d'e-learning a été créée pour l'apprentissage de la prise en charge médicale des cas de COVID-19.

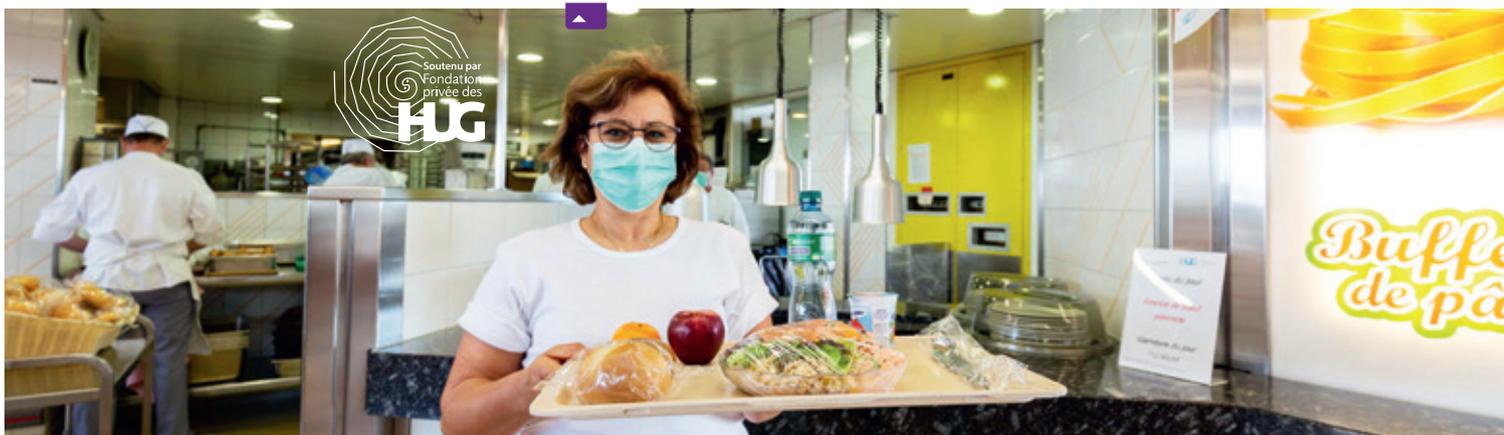


▼ **IMPRESSIONS 3D.** De nouveaux besoins sont apparus comme les visières ou les clips pour les masques. Le Centre d'impression 3D a produit ces articles à la chaîne durant la crise.



▼ **ALAIN BERSET.** En visite aux HUG le 24 mars, le conseiller fédéral a donné une conférence de presse à huis-clos retransmise en direct de l'Hôpital. Les journalistes pouvaient poser leurs questions par sms.

REPAS. Grâce à la générosité de donateurs et en collaboration avec la Fondation privée des HUG, plus de 202'000 repas ont été offerts à tout le personnel, dans les huit cafétérias, du 26 mars au 10 mai.



actions en faveur du personnel

PRODUITS COSMÉTIQUES. La distribution gratuite de crèmes pour les mains et le visage a eu lieu le 11 mai dans tous les restaurants des HUG (en photo, celui de la Clinique de Joli-Mont). Une action orchestrée par la Direction des affaires extérieures, le DEX et la DRH.



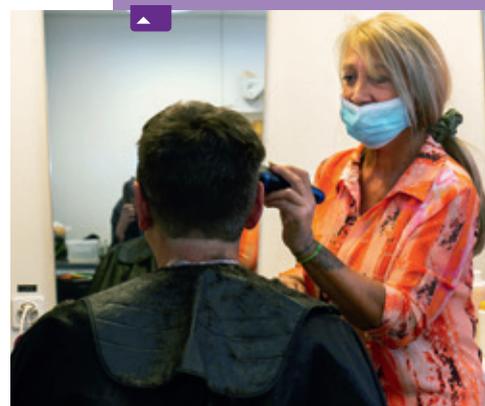
MINDFULNESS. L'équipe de physiothérapie des Trois-Chêne a créé la « Bulle bien-être ». Les activités proposées dans cet espace de détente allaient de la méditation pleine conscience (en photo) à l'art-thérapie en passant par le *Healing Touch* ou l'initiation au yoga.

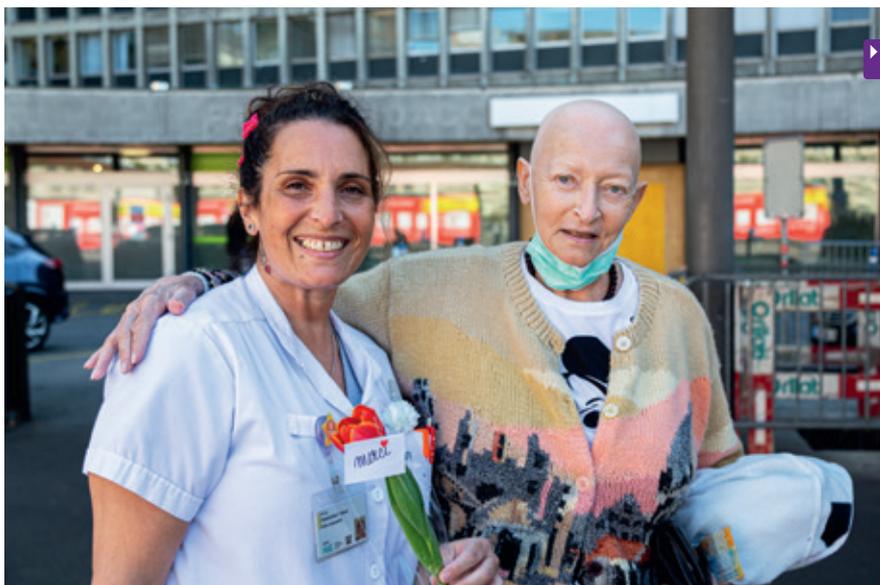


Sans oublier...

- Du 30 mars au 10 mai, plus de 600 collaborateurs et collaboratrices ont bénéficié d'une chambre d'hôtel ou d'un hébergement à proximité de leur lieu de travail. Au total, près de 3000 nuitées ont été offertes.
- De fin avril à fin juin, des binômes d'agent-es Pédi-Covi étaient présents sur tous les sites des HUG. Afin de protéger la santé de tous et toutes, ils ont sensibilisé collaborateurs-trices, patient-es, accompagnant-es et visiteurs-teuses au respect des règles d'hygiène et de conduite.
- Pendant un mois et demi, les HUG ont accordé la gratuité de leurs parkings au personnel.
- La Fondation privée des HUG a acheté pour le personnel des fauteuils massants et des appareils pour le massage des plantes des pieds.

COIFFURE. Collaborateurs et collaboratrices ont profité, sur rendez-vous et avec des tarifs préférentiels, des prestations internes des coiffeuses sur tous les sites hospitaliers.





▶ **TULIPES.** Le 8 et le 22 avril, en remerciement pour son travail et son engagement, le personnel quittant son lieu de travail a reçu une fleur. Au total, 4000 tulipes offertes par une fondation genevoise.

▶ **COURSES EN LIGNE.** Dès le 26 mars, le personnel a pu se faire livrer ses courses directement à l'hôpital, d'abord sur le site de Cluse Roseraie, puis sur le domaine de Belle-Ideé et à l'Hôpital de Loëx (en photo).



▶ **HYPNO-PAUSE.** Trop de stress? Les larmes au bord des yeux? Entre le 27 mars et le 26 mai, 468 collaborateurs-trices ont pris une hypno-pause de 20 minutes avec des spécialistes de l'hypnose clinique. L'offre s'est poursuivie jusqu'à fin juin.

▶ **PAUSE CHOCOLATÉE.** A l'initiative du Centre de l'innovation, un chariot itinérant a proposé aux collaborateurs-trices des chocolats de Pâques comme goûter.

Et encore...

- Dès le 23 mars, mise en place d'un dispositif pour assurer un soutien psychologique face au stress et à l'épuisement professionnel. Il comprenait une Hotline pour répondre aux questions, des psychologues détaché-es auprès des équipes et une permanence pour des entretiens individuels.
- Le Service de dermatologie a organisé, début avril, une consultation dédiée aux problèmes de peau causés ou aggravés par le travail, comme les eczémas des mains, en lien avec l'utilisation de désinfectants, masques ou surblouses.
- L'Espace de ressourcement, lieu pluriconfessionnel, est resté ouvert 24h/24 dès le 7 avril.
- Sur invitation du Service des affaires culturelles, plusieurs artistes ont mis leur talent au service du personnel en offrant via Intranet des pauses musicales pleines de poésie et de fraîcheur.





DEPUIS LE DÉBUT
DE LA PANDÉMIE
JUSQU'AU 15 JUIN,
844
PATIENT·ES ADMIS·ES
POUR LE COVID-19
ONT QUITTÉ L'HÔPITAL.

