

Gestion

Dix propositions visent à sécuriser les soins en réanimation face à une deuxième vague

Publié le 22/07/20 - 17h41

Réserve d'infirmiers, ratios, plan exceptionnel en établissement, etc. Les collèges nationaux professionnels de médecine intensive et d'anesthésie-réanimation livrent leurs solutions à la DGOS pour affronter une deuxième vague épidémique.



Les CNP de réanimation veulent renforcer les pools d'infirmiers avec un professionnel pour deux lits. Une demande qui nécessite plus de 3 000 infirmiers formés supplémentaires. (Amélie Benoist/BSIP)

Chaque établissement de santé autorisé pour l'activité de réanimation doit se doter d'un plan de situation sanitaire exceptionnelle dédiée à la maladie Covid-19 (SSE Covid-19) selon les collèges nationaux de médecine intensive et réanimation (CNP-Mir) et d'anesthésie-réanimation et médecine périopératoire (CNP-ARMPO). Cette recommandation fait partie des dix propositions (à télécharger ci-dessous) transmises à la DGOS dans le cadre des discussions pour disposer de soins critiques sécurisés en cas de nouvelle vague pandémique de la maladie Covid-19 (lire notre [article](#)).

Trois étapes d'augmentation des lits

Ce SSE Covid-19 décrit les conditions d'augmentation du capacitaire de réanimation en privilégiant les liens avec les unités de soins critiques déjà en place. Trois étapes sont décrites par les deux CNP pour atteindre une cible oscillant entre 150 et 200% du capacitaire autorisé. La première étape se caractérise par l'extension de la réanimation dans les lits d'USC, préalablement équipés de respirateurs. " Cette étape ne devrait pas perturber le fonctionnement de l'hôpital et repose sur les ressources humaines exerçant de façon quotidienne en soins critiques et réanimation, permettant d'encadrer les renforts et les personnels nouvellement formés", estiment les auteurs des préconisations.

Ensuite, l'extension capacitaire se poursuit dans les lits d'unités de soins intensifs créant ainsi des unités à autorisation exceptionnelle de réanimation — également qualifiées d'unités éphémères. Là encore, les chambres individuelles nécessitent

un équipement en matériel de monitoring et de ventilateur. *"Cette étape ne devrait pas perturber de façon majeure l'activité de l'hôpital en dehors des soins critiques"*, avancent-ils. Enfin, la réanimation s'étend dans d'autres secteurs, idéalement mitoyens des réanimations pérennes, dans des chambres ou des salles ouvertes de type surveillance post-interventionnelle. Cette phase nécessite *"des pré-aménagements techniques dont la faisabilité doit être rapidement évaluée, de manière à assurer leur transformation facile en unités éphémères de réanimation"*.

Ce plan SSE Covid-19 définit également les conditions de la gouvernance des secteurs de réanimation en cas de poussée épidémique. Il s'accompagne, pour la création de nouveaux lits de réanimation, d'une approche ressources humaines approfondie sur les ressources médicales ou non médicales compétentes en matière de réanimation.

3 000 nouveaux infirmiers espérés

Cette partie du plan entre en écho avec la proposition de constitution d'une base régionale regroupant tous les infirmiers en établissement de santé compétents en réanimation. Des formations complémentaires, *via* le développement professionnel continu, permettent de renforcer cette base qualifiée *"d'amorce d'une réserve sanitaire territoriale et nationale"*. Les deux collègues souhaitent également une baisse du ratio d'infirmiers par lits de réanimation ou de soins continus. Pour la réanimation, il préconise le passage d'un professionnel pour 2,5 lits à un infirmier pour deux lits. Cet ajustement se traduit par le recrutement de 3 000 à 3 500 infirmiers formés. Cet effort vient compléter, selon les CNP, le recrutement de professionnels pour garantir la réouverture des lits actuellement fermés par manque de personnel. *"Cette réouverture permettra d'augmenter de façon pérenne et simple le capacitaire de lits de réanimation à 5 600 lits, proche des 6 200 lits existant en 2009"*, calculent-ils.

Mise en place de réseaux

Les USC non adossées à un secteur de réanimation dans les établissements sont susceptibles de devenir des unités de réanimation en cas d'épidémie, mais les deux collègues estiment que leur *"vocation première"* est d'assurer des prises en charge post-réanimation. Cette organisation des parcours est facilitée par la constitution de réseaux de soins critiques des établissements de santé publics et privés à l'échelon régional ou infrarégional. Ce réseau dispose d'un plan pour détailler les modalités de montée en charge de chaque acteur, la typologie des patients admis. Les CNP invitent également à constituer, avec les Samu et les ARS, des cellules territoriales de gestion et de coordination du réseau. Placées sous l'égide de professionnels de la réanimation, elles permettent d'envisager des transferts de patients.

Enfin, une proposition porte sur la disponibilité effective de respirateurs en réanimation et en appareils biomédicaux pour couvrir les lits de réanimation et lits d'USC adossées. *"Au-delà, il faut que les unités éphémères de réanimation puissent disposer à leur ouverture d'un équipement identique à celui des réanimations autorisées (au niveau local et/ou territorial) en dehors des ECMO et des appareils d'assistance rénale, qui seront a priori réservés aux unités de réanimation autorisées"*, précisent-ils. Ces équipements sont disponibles sur place ou placés en réserve de l'hôpital, sous la responsabilité des secteurs de réanimation.

Liens et documents associés

- Les propositions [PDF]

Jérôme Robillard

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

HOSPIMEDIA

Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?

Testez gratuitement notre journal en vous rendant sur <http://www.hospimedia.fr>

Votre structure est abonnée ?

Rapprochez-vous de votre référent ou contactez nous au 03 20 32 99 99 ou sur <http://www.hospimedia.fr/contact>

**Propositions pour des soins critiques sécurisés en cas de nouvelle vague
pandémique COVID-19 / Juillet 2020
CNP-MIR/CNP-ARMPO**

1. Ouverture de tous les lits de réanimation actuellement fermés faute de personnel soignant (estimation environ 550/600 lits). Cette réouverture permettra d'augmenter de façon pérenne et simple le capacitaire de lits de réanimation à 5600 lits, proche des 6200 lits existant en 2009.
2. Renforcement du pool des IDE en réanimation en portant le ratio soignant de 1 IDE/2,5 lits de réanimation à 1 IDE/2 lits de réanimation avec une montée en charge dès le mois de septembre (par similitude pour la réanimation pédiatrique 1 IDE/2 lits et pour les réanimations pédiatriques spécialisées 1/1,5). Ce renforcement nécessite le recrutement de 3000 à 3500 IDE qui bénéficieront d'une formation selon le référentiel des compétences des IDE de réanimation (SRLF/SFAR). Renforcement des personnels IDE en surveillance continue (1IDE/ 4 lits).
3. Recensement dans chaque établissement de santé des personnels IDE compétents en réanimation, associé à des propositions de formations complémentaires (DPC) pour les personnels travaillant hors réanimation. Constitution d'une base régionale regroupant les IDE des Etablissements de Santé publics et privés ayant une compétence en réanimation de manière à constituer l'amorce d'une réserve sanitaire territoriale et nationale. Cette compétence en réanimation devra répondre au référentiel des compétences des IDE de réanimation (SRLF/SFAR) et validée par les CNP-MIR, CNP-ARMPO et CNP-IDE (ainsi que par la Fédération nationale des IDE de réanimation).
4. Chaque établissement de santé autorisé pour l'activité de réanimation se dote d'un plan Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE COVID-19) décrivant les conditions d'augmentation du capacitaire de réanimation en privilégiant la proximité avec les unités de soins critiques pérennes : 1°) l'extension des secteurs de réanimation par l'utilisation des lits d'USC habituellement adossés aux réanimations et préalablement équipées de ventilateurs. Cette étape ne devrait pas perturber le fonctionnement de l'hôpital et repose sur les ressources humaines exerçant de façon quotidienne en soins critiques/réanimation, permettant d'encadrer les renforts et les personnels nouvellement formés. 2°) L'extension des lits de réanimation dans un second temps dans les lits d'unités de soins intensifs créant ainsi des unités à autorisation exceptionnelle de réanimation (ou unités éphémères de réanimation) avec chambres individuelles en partie déjà équipées en matériel de monitoring qui conviendra de doter d'un ventilateur et des équipements de perfusion adéquats. Cette étape ne devrait pas perturber de façon majeure l'activité de l'hôpital en dehors des soins critiques ; 3°) L'extension des lits de réanimation au-delà, chambres individuelles d'hospitalisation non équipées ou salles ouvertes de type surveillance post-

interventionnelle. Ces nouveaux secteurs, idéalement mitoyens des réanimations pérennes, devront faire l'objet de pré-aménagements techniques dont la faisabilité doit être rapidement évaluée, de manière à assurer leur transformation facile en unités éphémères de réanimation. Ces trois étapes permettent d'atteindre un objectif entre 150% à 250% du capacitaire autorisé.

5. Le Plan SSE COVID-19 définit également les conditions de la gouvernance et du pilotage des secteurs de réanimation, classiques et unités éphémères, qui doivent être par les médecins responsables des secteurs de réanimation MIR et ARMPO.
6. La création de nouveaux lits de réanimation dans le cadre du plan SSE COVID-19 est subordonnée à une approche RH approfondie portant notamment sur les ressources médicales et non médicales compétentes avec une expérience au quotidien en réanimation. La compétence ne pouvant être éphémère, mais acquise et entretenue au quotidien.
7. Les établissements de santé disposant de secteurs d'USC non adossés à un secteur de réanimation peuvent obtenir une autorisation temporaire de réanimation si le médecin responsable est un ARMPO ou un MIR. Ils peuvent contribuer au deuxième niveau d'unités éphémères de réanimation, mais ont pour vocation première d'assurer l'aval de prise en charge post-réanimation dans le cadre du réseau territorial.
8. S'assurer de la disponibilité effective en respirateurs de réanimation et en appareils biomédicaux en nombre suffisant pour couvrir l'ensemble des lits de réanimation et d'USC adossés. Au-delà, il faut que les unités éphémères de réanimation puissent disposer à leur ouverture d'un équipement identique à celui des réanimations autorisées (au niveau local et/ou territorial) en dehors des ECMO et des appareils d'assistance rénale, qui seront *a priori* réservés aux unités de réanimation autorisées. Les équipements destinés aux unités éphémères de réanimation doivent être disponibles sur place ou en réserve dans l'hôpital sous la responsabilité des responsables des secteurs de réanimation.
9. Définir, à l'échelon régional et/ou infra régional, l'organisation d'un réseau de soins critiques des Etablissements de Santé publics et privés, adultes et pédiatriques, et disposer d'un plan précisant pour chaque établissement les modalités d'une montée en charge graduée (cf. point 4), la typologie de patients admis, et les conditions de son évolution organisationnelle en fonction de la pression épidémique en sachant que l'existence d'unités mixtes COVID +/COVID- n'est pas impossible. De même, mettre en place, en lien avec l'ARS et les SAMU, des cellules territoriales de gestion et de coordination du réseau animées par des professionnels de la réanimation, afin d'envisager les transferts si nécessaires.
10. Définir les unités d'aval des secteurs de réanimation destinés à faciliter le flux des patients en distinguant des secteurs d'USC non adossés à une réanimation, de médecine, de sevrage respiratoire.