

Guide du Renfort médical en soins critiques en Situation Sanitaire Exceptionnelle

Conseil National Professionnel Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

Conseil National Professionnel Médecine Intensive et Réanimation

**Avec la collaboration du Service de Santé des Armées et du Conseil National Professionnel de
Médecine d'Urgence**

Plan

Résumé

Introduction

1 : Les médecins constituant le Renfort

1-1 Définition des compétences en soins critiques

1-2 Profils des médecins pouvant intervenir en renfort des équipes de soins critiques

1-3 Définition du cadre contractuel de l'engagement

2 : Organisation et gestion du Renfort médical en soins critiques

2-1 Principes généraux

2-2 Renfort médical lié à un établissement de santé

2-3 Renfort médical lié à un territoire et/ou une région

3 : Modalités de maintien des compétences

3-1 Personnels concernés

3-2 Type d'actions

3-3 Maintien des compétences en soins critiques

4 : Situations d'engagement du Renfort médical en fonction de la typologie des crises

4-1 Conditions d'engagement

4-2 Engagement en fonction de la cinétique de la crise

4-3 Modalités de rappel et d'activation du Renfort médical

Conclusion

Résumé :

1. La crise COVID a montré que le renforcement des équipes médicales des soins critiques était indispensable pour augmenter le nombre des lits de réanimation afin de faire face à une augmentation brutale et prolongée des admissions mais les conditions de cette mobilisation n'étaient pas anticipées. Ce guide formalise les modalités du renfort médical des soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle (SSE).
2. Le Renfort médical en soins critiques est assuré par des professionnels qui en fonction de leur parcours professionnel, peuvent participer soit au « pool de suppléance » soit au « pool de réserve ».
3. Le pool de suppléance est constitué de médecins anesthésistes réanimateurs et/ou intensivistes réanimateurs ayant une activité régulière mais non permanente en secteur de réanimation.
4. Le pool de réserve est constitué de médecins ne travaillant pas habituellement en soins critiques mais ayant eu une formation initiale et/ou une expérience validée en responsabilité en réanimation. Ces médecins sont identifiés comme volontaires pour venir en renfort en cas de crise sanitaire. L'engagement des personnels dans le pool de réserve médicale devra faire l'objet d'une prise en charge.
5. Les personnels du Renfort médical des soins critiques disposent d'un cadre contractuel d'engagement formalisé en fonction de leurs modalités habituelles d'exercice et défini réglementairement.
6. Les établissements de santé disposant d'une unité de réanimation autorisée mettent en place une plateforme numérique de gestion des personnels du Renfort médical des soins critiques. Un suivi régulier de leur parcours professionnel et, pour les médecins du pool de réserve, de leurs compétences en soins critiques est nécessaire. Nous recommandons pour cela l'utilisation d'un passeport numérique intégré à la plateforme de gestion.
7. Une approche territoriale-régionale est mise en place dans le cadre des réseaux de soins critiques en lien avec l'ARS. Leur gouvernance est médicale et leur gestion repose sur des outils qui doivent communiquer avec les plateformes des établissements du territoire/ de la région.
8. Les personnels du pool de réserve bénéficient d'un cadre assurant le maintien de leurs compétences sous la forme de temps de formations théoriques (présentielles et *e-learning*), de sessions de simulation et des périodes de travail en conditions réelles de responsabilité en unités de soins critiques. Elle peut s'inscrire dans la démarche du Développement Professionnel Continu (DPC). La durée et la fréquence des cycles d'entretien des compétences seront définies sur la base de recommandations issus des CNP et leur suivi sera tracé par la plateforme de gestion de la réserve.
9. Les actions de maintien des compétences sont assurées par les établissements et/ou par le biais des filières territoriales de soins critiques en lien avec l'ARS selon des modalités à préciser, intégrant un cursus déterminé par les CNP. Le financement de cette formation continue doit être garanti au niveau national.
10. En cas de déclenchement du Plan Blanc, l'engagement du Renfort médical au profit des soins critiques intervient selon les besoins et la cinétique d'évolution de la crise.

Introduction

La crise COVID a mis en tension notre système de santé et la capacité d'accueil des soins critiques a été interrogée. Si des solutions de renforcement et d'extension du nombre des lits de soins critiques ont été proposées par les professionnels de la réanimation, la principale limite de cette stratégie a été l'adéquation nécessaire en termes de personnels soignants compétents en réanimation et disponibles (cf. « *Guide de la réserve soignante en soins critiques* »¹).

Bien que la problématique des ressources humaines médicales ait été beaucoup moins prégnante, la médicalisation des réanimations existantes et de leurs extensions s'est faite presque exclusivement par des spécialistes de la réanimation². Il est à noter qu'au cours de la crise COVID, les urgentistes ont été entièrement et exclusivement mobilisés en amont des services de soins critiques c'est à dire au niveau des services d'urgence et des SAMU (régulation et médicalisation pré-hospitalière). Ce positionnement a été confirmé par le Conseil national Professionnel de Médecine d'Urgence.

Le renfort médical des unités de soins critiques s'est effectué « au fil de l'eau » et dans un contexte global d'impréparation du système hospitalier. Toutefois, le modèle qui a reposé sur l'engagement de médecins formés à la réanimation, a fait la preuve de son utilité en permettant au système des soins critiques de faire face à la crise au prix, entre autres, de déprogrammations en lien avec la mobilisation des professionnels du bloc opératoire dans les secteurs de soins critiques. Cette déprogrammation a néanmoins pu être réduite (de 70% lors de la première vague à 40% environ pour les suivantes) par un ajustement quotidien, au plus près des besoins, du capacitaire de soins critiques ouvert et armé en personnels. Cependant, il est nécessaire que le concept de renfort médical en SSE s'inscrive désormais dans un cadre formalisé visant à optimiser les ressources engagées, à en renforcer l'efficacité et à en réduire les impacts collatéraux notamment en ce qui concerne l'activité du plateau interventionnel des établissements de santé.

« Le Guide du Renfort médical des soins critiques en situation SSE », se fondant sur l'expérience de la crise COVID, propose donc de décliner le concept de Renfort médical à partir de deux pools de médecins :

- Le pool de suppléance constitué de médecins anesthésistes réanimateurs et/ou intensivistes réanimateurs ayant une activité régulière en secteur de réanimation.
- Le pool de réserve constitué de médecins ne travaillant pas habituellement en soins critiques et identifiés comme volontaires pour venir en renfort en cas de crise sanitaire. Il s'agit donc de médecins pour lesquels un maintien des compétences en soins critiques devra être assuré.

:

¹ <https://www.srlf.org/article/reserve-soignante> ; <https://sfar.org/referentiels/preconisations/>

² Lefrant JY et al. Anaesth Crit Care Pain Med 39 (2020) 709–715

Le Renfort médical des soins critiques décrit dans ce document ne doit pas être confondu avec la Réserve sanitaire de Santé Publique France (SPF), qui dispose de volontaires mobilisables au niveau national ou international dans l'exercice de leur métier habituel. Par ailleurs, il doit être conçu pour faire face à des crises sanitaires autres qu'épidémiques et en particulier d'attentats terroristes et/ou de catastrophes naturelles ou industrielles.

La question très spécifique de la médicalisation des soins critiques de pédiatrie qui est une problématique importante et probablement mal couverte en situation de crise sanitaire, n'est pas abordée dans ce guide mais devra donner lieu à une réflexion spécifique.

1 : Les médecins formant le Renfort médical

1-1) Définition des compétences en soins critiques

Dans le contexte d'une crise sanitaire saturant les capacités habituelles en soins critiques, les équipes intègrent à la fois des personnels de renfort et des personnels travaillant habituellement en soins critiques. Ce renforcement de l'équipe médicale permet ainsi à l'établissement d'étendre son capacitaire de soins critiques de manière sécurisée au-delà du périmètre autorisé³.

Pour cela, il est souhaitable d'organiser l'intégration de professionnels dans des équipes composées par des médecins de différentes origines mais structurées autour d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs ayant une activité permanente en réanimation. La construction de ces équipes médicales (dimension, durée d'engagement, périmètre professionnel et agrégation des différentes compétences les médecins de la réserve médicale) dépend des caractéristiques de la crise (typologie, intensité et durée) et des besoins organisationnels. Elle impose un pilotage par les médecins coordonnateurs, en lien avec le chef de service / responsable de réanimation.

Il s'agit pour le médecin appelé dans le cadre du Renfort d'être capable, dans l'environnement de soins critiques dans lequel son équipe sera engagée, de :

- 1) Coopérer avec les autres professionnels et trouver sa juste place au sein de l'équipe pour contribuer efficacement aux prises en charge des patients (travail collectif). Ce champ correspond à des objectifs de synthèse et d'analyse du patient colligés dans le dossier médical ainsi qu'à des objectifs de prescriptions intégrant les connaissances et compétences diagnostiques et thérapeutiques génériques de réanimation, les principales recommandations de sociétés savantes, les protocoles et les référentiels de l'unité. Cela sous-entend, entre-autres, la maîtrise des outils informatiques propres

³ Dans ce document la réserve médicale en soins critiques n'inclut pas les médecins urgentistes. Ces médecins sont indispensables pour exercer 1°) les missions de soins aigus pré-hospitaliers et dans les Salles d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) et ; 2°) la mission de régulation médicale. Ces activités sont en augmentation importante dans ce type de crise. Enfin, une réserve en médecine d'urgence réellement opérationnelle doit se mettre en place comme on l'a vu pour d'autre type de crises sanitaires n'engendrant pas des soins de réanimation (Chikungunya).

à l'unité de soins critiques. L'objectif est d'assurer la conduite des soins soit en collaboration étroite (binôme) avec un médecin permanent de soins critiques pour un secteur étendu (avec répartition des tâches) soit en autonomie dans un secteur moins étendu (avec possibilité de recours à un médecin permanent).

- 2) Assurer les gestes techniques et la mise en place de dispositifs concourant à la surveillance du patient. La maîtrise des activités spécifiques de monitoring ou de suppléance complexes (circulation extra corporelles, assistances circulatoires, épuration extra rénale, etc.) n'est pas envisagée pour tous les médecins du pool de réserve médicale. Ces soins sont *a priori* dévolus aux médecins habituels de soins critiques des unités qui assurent ces techniques spécifiques ou aux médecins du pool de suppléance (cf. infra).
- 3) Assurer une posture médicale adaptée dans l'analyse des projets thérapeutiques et dans la communication avec les proches pour les patients critiques incluant la gestion de la fin de vie.

1-2. Profils des médecins composant le Renfort des équipes de soins critiques

Il faut distinguer, en fonction de leur parcours professionnel en soins critiques, les médecins du pool de suppléance et ceux du pool de réserve.

1-2-1 Pool de suppléance : il comprend des médecins dont les parcours sont les suivant :

- « **Activité partagée** » (catégorie A) : ces médecins qui sont principalement des anesthésistes réanimateurs, travaillent à la fois au sein d'unités de soins critiques avec une activité diurne hors permanence des soins et dans d'autres secteurs, comme par exemple le plateau technique interventionnel selon une périodicité régulière. Ces médecins sont en capacité de basculer immédiatement à temps plein sur le secteur des soins critiques.
- « **Activité de permanence des soins** » (catégorie B) : il s'agit de médecins exerçant majoritairement hors des soins critiques mais qui y conservent toutefois une activité ponctuelle et régulière, notamment dans le cadre de la permanence de soins. Il peut s'agir par exemple d'un anesthésiste réanimateur dont l'exercice principal s'effectue sur le plateau interventionnel ou d'un médecin spécialiste titulaire du DESC de réanimation médicale qui travaille habituellement dans un secteur de médecine. Ces médecins connaissent l'environnement organisationnel et ils maîtrisent les techniques spécifiques utilisées dans les unités de réanimation au sein desquelles ils assurent la permanence des soins. Ils peuvent bénéficier des offres de maintien des compétences proposées par la réserve médicale et sont en capacité d'intégrer et de renforcer immédiatement les équipes de réanimation.
- « **Anciens de l'équipe de réanimation** » (catégorie C) : il s'agit de médecins ayant quitté l'équipe de réanimation depuis moins de cinq ans pour exercer une activité hors

soins critiques que cette activité s'effectue dans le même établissement ou dans un autre au sein du territoire (établissement privé par exemple). L'intégration complète et rapide de ces médecins est possible après une courte période d'immersion (cf. infra). Au-delà de 3 ans, ces médecins peuvent intégrer la réserve médicale qui assure dès lors le maintien de leurs compétences en réanimation (cf. 1-2-2)

- « **Retraités** » (catégorie D) : cette typologie de médecins est très proche de la précédente. L'intégration complète des retraités est possible après une courte période d'immersion (cf. infra) s'ils ont quitté l'équipe de réanimation dans laquelle ils exerçaient depuis moins de trois ans. Le rappel de ces médecins doit s'effectuer seulement lorsque les catégories A à C ont déjà été mobilisées.

Une attention particulière doit être portée aux anesthésistes réanimateurs ayant achevé leur carrière sur le plateau technique interventionnel. Ces médecins, s'ils ne rentrent pas formellement dans le cadre du Renfort médical en soins critiques peuvent venir en renfort pour assurer le maintien de l'activité du plateau technique en remplaçant, sur les secteurs d'anesthésie, les médecins appartenant aux typologies décrites ci-dessus qui sont mobilisés au profit des soins critiques.

1-2-2 Pool de réserve (catégorie E) :

Il s'agit essentiellement de médecins ayant eu une formation initiale (DES ARMPO ou DES MIR ou DESC réanimation médicale) et/ou une expérience en responsabilité en réanimation mais n'exerçant pas en secteur de soins critiques. Ce sont ces médecins qui constituent le potentiel de renfort des soins critiques à la condition d'un maintien des compétences régulier dans le cadre qui sera proposé par la réserve médicale. Cela concerne en particulier les médecins exerçant dans des établissements ne possédant pas de lits de réanimation. En revanche, dans les établissements détenteurs de lits de réanimation, il est fortement souhaitable que ces médecins participent à la permanence des soins. Comme spécifié plus haut, nous considérons que le socle d'une formation initiale et/ou une expérience validée en responsabilité en réanimation comprenant l'acquisition des compétences et des savoirs faire de la réanimation est un prérequis pour assurer à distance une intégration performante et un renfort effectif auprès des équipes médicales de soins critiques.

Par ailleurs, au-delà des praticiens ayant eu une formation initiale en réanimation, les praticiens ayant eu un exercice en responsabilité par le passé (entre 3 et 5 ans) constituent également un vivier de recours ayant fait la preuve de son efficacité durant la crise COVID (anciens assistants, anciens chefs de clinique). Ils sont donc éligibles à la réserve médicale sur la base du volontariat et après accord des coordinateurs des DES MIR et ARMPO de la subdivision.

L'objectif pour ces médecins est d'atteindre une autonomie suffisante à la prise en charge des patients en toute sécurité. L'appartenance au pool de réserve nécessite une actualisation régulière des compétences en soins critiques.

1-3) Définition du cadre contractuel :

L'objectif du cadre contractuel est de sécuriser l'engagement du médecin du Renfort qu'il appartienne au pool de suppléance ou au pool de réserve. Pour ce dernier, il constitue le support administratif garantissant une adéquation entre les compétences socles en soins critiques et la modalité de sa mobilisation. Cette mobilisation concerne les périodes de formation et d'engagement en période de crise (cf. infra).

Cette construction contractuelle prend en compte les différentes modalités d'exercice des médecins. Dans les grandes lignes, ces modalités se déclinent en trois catégories selon l'éloignement administratif entre l'établissement d'exercice habituel et celui dans lequel devra s'engager le médecin en Renfort :

- a) Etablissement de santé dans lequel travaille déjà le médecin (plus accessible/mobilisable car en interne) : déclinaison selon établissement à but lucratif (droit privé) ou établissement public (cadre de la fonction publique hospitalière).
- b) Autre établissement de santé : la distance entre l'établissement de rattachement et celui d'engagement se décline selon la nature des deux structures. La distance contractuelle est potentiellement plus importante s'il s'agit d'un contrat pour un soignant rattaché à un établissement à but lucratif (contrat de droit privé, exercice libéral en groupe ou non) et un établissement public.
- c) En disponibilité, exercice libéral ou autre (retraités).

La modalité réglementaire pourrait s'inspirer de celle de la réserve du Service de Santé des Armées⁴. Celle-ci fait l'objet d'un contrat tripartite entre le médecin, son employeur et l'Armée. Les modalités d'engagement sont codifiées, la valorisation du temps et le cadre assurantiel sont clairement définis. Pour un fonctionnaire, l'engagement est compris dans son temps de travail. Pour un salarié non-fonctionnaire, l'engagement est une mise à disposition avec maintien de sa rémunération par l'employeur. Pour les autres professionnels (retraités par exemple), l'engagement bénéficie du même cadre de protection et de valorisation que celui dont bénéficie un militaire d'active du grade correspondant. Ce dispositif est donc accessible pour toutes les modalités d'exercice des médecins.

Pour les médecins du pool de réserve, le cadre contractuel avec une assise réglementaire sous-jacente doit en outre répondre à ses besoins en formation.

Le choix du cadre contractuel est déterminant pour établir le cadre administratif. Il est attendu qu'il sécurise la formation préalable à l'engagement puis la valorisation et la protection du

4

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071307/LEGISCTA000006137722/#LEGISCTA000006137722

médecin qui s'engage dans le Renfort médical. L'élaboration, en amont de la crise, d'un cadre contractuel précis et sécurisant est une contrepartie légitimement attendue.

2 : Organisation et gestion du renfort médical des soins critiques

Au cours de la première vague COVID au printemps 2020, l'extension des unités de réanimation et l'armement de nouveaux lits ont conduit à mobiliser des médecins réalisant une partie seulement de leur exercice en soins critiques (catégories A et B cf. 1-2-1) et leur intégration a été simple compte tenu de leur parcours professionnel. Ils ont constitué une part très importante du renfort et du pool de suppléance.

Par ailleurs, des médecins qui n'avaient plus un exercice régulier en soins critiques ont également été sollicités. Leur intégration au sein des équipes médicales de soins critiques a parfois été plus lente. Ils ont bénéficié le plus souvent d'un compagnonnage sur une courte période d'immersion mais sans remise à niveau ni encadrement suffisamment formalisés concernant par exemple des techniques spécifiques de ventilation, les appareils biomédicaux récents et les systèmes d'information. C'est à partir de ce constat qu'est proposée la constitution du pool de réserve médicale préalablement formé et organisé de manière à disposer, en situation de crise et au-delà des médecins du pool de suppléance, de professionnels clairement identifiés et aux compétences maintenues.

Le Renfort médical doit s'appuyer sur des outils numériques robustes et un suivi effectué conjointement par les réseaux médicaux territoriaux des soins critiques sur le territoire-région en lien avec les agences régionales de santé (ARS) dans leur section soins critiques mais également dans les établissements de santé par la coordination médicale des soins critiques et les directions des affaires médicales.

2-1) Principes généraux

Le pool de suppléance constitué principalement de professionnels des catégories A (activités partagées) et B (participant à la permanence des soins) est immédiatement activable en renfort des soins critiques.

Le pool de réserve est formé de professionnel volontaire relevant de la catégorie E (cf. 1-2-1).

Un schéma est proposé décrivant l'organisation du Renfort médical en soins critiques selon deux échelons articulés l'un à l'autre. Le premier niveau est celui des établissements de santé autorisés (de manière permanente ou exceptionnelle) pour l'activité de réanimation. Le second est celui des territoires-régions.

1. Le niveau des établissements de santé : la constitution d'un Renfort médical au niveau de chaque établissement de santé disposant d'au moins une unité de réanimation paraît le mode opératoire le plus facilement opérationnel d'autant plus qu'il est étroitement relié à un environnement de proximité bien connu des professionnels.
2. Le niveau du territoire-région : il devrait s'inscrire dans le maillage des réseaux de soins critiques. Il n'existe pas en France de modèle d'organisation territoriale des soins

critiques (structuration, modalités de recours, coopération entre unités). Le constat établi par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (Anap) en juin 2020 en témoigne : « *Il prévaut [en France] une fragmentation de l'offre, avec ou sans coopération entre offreurs de soins. La régulation est faite de gré à gré, le plus souvent par des acteurs qui se mobilisent autour des patients et cherchent, au cas par cas, le meilleur parcours à leur offrir* »⁵. Ce maillage est donc encore à promouvoir et à structurer pour donner une dimension territoriale-régionale au Renfort médical en soins critiques. Toutefois, il est intéressant de noter que la DGOS prévoit dans le cadre de la réforme des autorisations des soins critiques à venir que « *Le titulaire fait partie de la filière territoriale de soins critiques visant à favoriser et structurer les coopérations territoriales, à fluidifier la gestion de l'amont et de l'aval notamment l'organisation des transferts de patients, à développer l'expertise en soins critiques notamment par télésanté* ».

Ces deux niveaux sont donc à construire en complémentarité et en synergie. Un troisième niveau, le niveau national devra être envisagé par l'articulation des niveaux régionaux et dans une approche respectant le principe de subsidiarité. La mobilisation du Renfort médical sur l'ensemble du territoire doit pouvoir être déclenchée au niveau national pour une crise locale ou régionale et assurer le financement des déplacements et hébergements nécessaires, notamment lorsqu'il s'agit de longues distances (DOM/TOM par exemple). Ce point ne sera pas développé dans ce document.

2-2) Renfort lié à un établissement de santé

L'expérience acquise lors de l'épidémie Covid-19 sur l'année 2020 par les services de soins critiques a permis de définir précisément quel était le nombre maximal de lits transformables à l'échelle de chaque établissement. Un premier prérequis pour estimer les besoins en ressources humaines est de connaître avec exactitude le nombre de lits de réanimation entre une borne basse correspondant aux lits habituellement autorisés et une borne haute définie par la capacité d'extension maximale, elle-même tributaire des composantes architecturales et biomédicales locales. Ces deux bornes sont communiquées aux ARS et connues sur le territoire de santé. Elles sont actualisées annuellement avec une validation administrative et médicale.

La définition des besoins en personnels médicaux s'appuie sur les organisations et les extensions prévues au niveau du site sur la base du respect d'une activité normée définie réglementairement. En ce qui concernent les personnels médicaux il est pris en compte le travail en journée mais également en permanence des soins.

Il n'y a pas de norme réglementaire concernant les ratios en personnels médicaux par rapport au nombre des lits ouverts. On peut néanmoins considérer que, pour une unité de 15 à 20 lits,

⁵ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France (<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/2734>)

10 ETP sont nécessaires pour répondre aux recommandations européennes⁶ à la réglementation du temps de travail pour les établissements publics, assurer la permanence des soins et la collégialité des décisions. Des ajustements sont éventuellement possibles en fonction de la présence ou non d'internes et de leur ancienneté dans le cursus de formation (cf. docteurs juniors). Par ailleurs, il faut prendre en compte la période d'accompagnement de l'intégration des médecins de renfort au sein de la structure pouvant conduire à densifier la présence médicale en phase de montée en charge.

Les médecins du Renfort sont inscrits sur une plateforme numérique mise en place par l'établissement de santé avec l'identification de leur cursus, de leur appartenance au pool de suppléance ou à celui de la réserve, des structures de soins critiques qu'ils souhaiteraient préférentiellement renforcer, les périodes de disponibilité. Il est important de sensibiliser les médecins quittant les secteurs de soins critiques mais restant au sein de l'établissement ou s'installant dans un autre établissement public ou privé du territoire, voir ceux prenant leur retraite, afin qu'ils s'inscrivent sur la plateforme avant leur départ vers une nouvelle orientation professionnelle.

Cette plateforme est régulièrement alimentée et mise à jour par les directions des Affaires Médicales. Ces mises à jour effectuées au niveau de l'établissement sont régulièrement répercutées à l'ARS.

Pour les médecins du pool de réserve, le suivi du maintien des compétences repose sur un passeport numérique géré par la Direction des Ressources Humaines et intégré à la plateforme numérique (cf. supra). Chaque médecin du pool de réserve a accès à son passeport numérique et des alertes pourraient lui être adressées leur rappelant la nécessité du maintien de leurs compétences.

Les unités de soins critiques et l'administration de l'établissement doivent prêter attention à l'entretien de liens avec les médecins du pool de réserve rattachés à leur unité. Il peut s'agir d'information de nature administrative, événementielle (EPU) ou médicales (partages de nouveaux protocoles). Ces attentions favorisent la cohésion et l'efficacité au moment de l'engagement au cours de la crise.

2-3) Renfort médical lié à un territoire et/ou à une région⁷

Comme cela a été précisé plus haut, la structuration de filières territoriales de soins critiques est inscrite dans les perspectives d'évolution portées par la DGOS. A ce titre, le découpage territorial tel qu'il est donné par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a comme inconvénient de ne pas prendre en compte les établissements à but lucratif et trouve donc ici

⁶ Valentin A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med* 2011;37:1575-87. DOI : 10.1007/s00134-011-2300-7

⁷ Le guide fait référence à une entité géographique territoriale et/ou régionale au sein de laquelle des établissements publics et privés ont l'habitude de coopérer. Le terme de territoire caractérise par exemple une ancienne région.

ses limites. La cartographie exhaustive des acteurs des soins critiques d'un territoire-région doit privilégier une analyse pragmatique et fonctionnelle plutôt qu'un découpage administratif préétabli.

La qualité de la mise en relation des établissements ayant des besoins en ressources humaines et des volontaires potentiels exerçant en dehors de ces établissements est un point clé de l'efficacité d'un Renfort médical de territoire. La coordination de la filière régionale et/ou territoriale doit être animée par une coordination médicale de médecins du territoire experts en soins critiques en lien avec l'ARS et en coordination avec les établissements. Cette animation s'inscrirait au mieux dans le cadre d'un réseau régional et/ou territorial des soins critiques recommandé par l'ANAP⁸. D'autres modèles sont possibles et pourraient être proposés. Dans tous les cas, la gouvernance doit bénéficier d'une autorité suffisante pour hiérarchiser les priorités.

Une plateforme numérique territoriale-régionale pourrait être gérée par l'ARS (section soins critiques) qui en assure la maintenance et une mise à jour régulière (semestrielle par exemple) en s'adossant largement sur les données issues des plateformes des établissements de santé concernés. Hors crise, l'ARS agrège les données concernant le renfort médical en différenciant pool de suppléance et pool de réserve (ceux des établissements de santé possédant un service de réanimation et ceux des autres établissements). Elle monitorise la formation des médecins de la réserve. Elle incite les établissements sans service de réanimation à faire abonner une proportion de ses médecins potentiels à un service de réanimation agréé, lieu de sa formation et de son emploi en crise. Au cours de la crise, la structure de gestion et de suivi de l'ARS s'appuyant sur les responsables médicaux du réseau territorial et/ou régional des soins critiques, mobilise puis oriente les professionnels vers les établissements demandeurs de ressources.

Chapitre 3 : Modalités de maintien des compétences

3-1) Personnels concernés :

Le cadre contractuel accompagne les médecins du pool de réserve dans le maintien de leurs compétences en soins critiques. En effet, ces médecins ayant bénéficié d'une formation initiale et/ou d'une expérience validée en responsabilité en réanimation (cf. supra) ils n'exercent pas et/ou plus en secteur de soins critiques au quotidien. La participation au programme spécifique de maintien des compétences est assurée dans le cadre de l'appartenance au pool de réserve médicale en soins critiques de l'établissement et/ou du territoire-région.

⁸ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France (<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/2734>)

3-2) Types d'actions

L'engagement dans la réserve médicale en soins critiques ouvre à des parcours de DPC qui devront être financés de manière spécifique. L'objectif de maintien des compétences en soins critiques se décline dans l'association de formations théoriques reposant sur des approches interactives et de simulation mais également de périodes d'exercice en conditions réelles de responsabilité au sein d'unités de réanimation.

3-2-1) Formation théorique :

Les CNP en lien avec leurs organismes DPC pourraient inclure formellement les orientations nationales prioritaires 44 et 45⁹ dans le parcours DPC des médecins. Il s'agit :

- Pour l'orientation n° 44: Préparation et organisation coordonnée, civile et militaire, de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) et prise en charge somatique et psychique des victimes induites;
- Pour l'orientation n° 45: Prise en charge du « blessé de guerre » par le service de santé des armées.

Ainsi par exemple, le parcours DPC en cours de révision introduira un module spécifique au maintien des compétences en réanimation pour les médecins anesthésistes réanimateurs ayant une activité principale en anesthésie depuis plus de 3 ans. Il s'appuiera sur les programmes élaborés, validés et mis à disposition par les sociétés savantes de réanimation (SFAR, SRLF) et impliquera les centres de simulation. Une part importante sera donnée à la pédagogie basée sur la simulation, soit *in situ*, soit en centre de formation idéalement dans un établissement de formation de référence du territoire (CESU, centre de simulation des centres hospitaliers universitaires et non-universitaires). Ces sessions permettent d'aborder de manière pratique et complémentaire certaines thématiques et favorisent l'apprentissage du travail en équipe.

3-2-2) Formation pratique : *Formation en immersion avec mise en responsabilités (hors période de crise)*

Ces formations sont les compléments indispensables de la formation théorique. Dans chaque territoire, des unités autorisées pour la réanimation doivent être agréées pour l'accueil et la formation *in situ* des professionnels de la réserve médicale avec l'accord du chef de service ou du responsable du secteur. Cette capacité de formation est fondée sur son niveau d'activité clinique, ses ressources propres et ses compétences médicales disponibles pour assurer un encadrement par des médecins réanimateurs.

Ces unités sont identifiées sur la plateforme numérique du territoire et/ou de la région, validées établissement par établissement par les composantes du réseau territorial des soins critiques et/ou régional sous la supervision de la section soins critiques des ARS avec une mise

⁹ Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022

à jour régulière (annuelle).

Il semble pertinent d'intégrer régulièrement des périodes de formation en immersion sur le lieu potentiel de son affectation en cas de crise. La durée des périodes d'immersion sera précisée par un travail complémentaire à venir que mèneront les CNP ARMPO et MIR et qui prendra en compte le parcours professionnel du praticien. L'équipe d'accueil comprend des médecins réanimateurs formés à l'accueil, au tutorat et à l'intégration de nouveaux médecins en formation ou diplômés. La période d'immersion est organisée par l'ensemble de l'équipe médicale de l'unité de soins critiques sous la coordination d'un médecin référent identifié.

Cette période d'immersion est structurée de manière à prendre en charge le médecin du Renfort dans les meilleures conditions d'intégration (pédagogique et matérielle) pour qu'il puisse être amené à exercer la réanimation en responsabilité effective de jour comme sur la permanence des soins : habilitation, lingerie, EPI, badge/codes accès, plan de l'hôpital, plan et visite du service s'il ne le connaît pas.

Les périodes d'immersion permettent de se familiariser, sous la conduite du médecin référent, notamment :

- *Aux procédures et aux circuits (médicaments, produits dérivés du sang)*
- *Aux outils informatiques (prescription, surveillance, commandes)*
- *Aux protocoles du service*
- *Au travail avec les membres de l'équipe paramédicale et médicale*

Les objectifs d'apprentissage *in situ* sont pragmatiques, réalistes et ont pour but de rendre le médecin rapidement opérationnel pour un exercice autonome en responsabilité. Certains aspects peuvent être plus particulièrement travaillés en fonction du parcours professionnel du médecin (ex : connaissance des respirateurs utilisés, des colonnes d'oxygénothérapie nasale à haut débit, etc.).

Au terme de cette période d'immersion, un débriefing avec le médecin référent permet de faire le bilan des mises à niveau et d'identifier des éléments à renforcer lors du passage suivant. Cette synthèse est consignée dans le passeport numérique. La valorisation de l'équipe d'accueil pour ces périodes d'immersion devra faire l'objet d'une reconnaissance dont les modalités sont à définir (temps médical dédié par exemple).

3-3 Maintien des compétences en soins critiques

L'activité des professionnels du pool de réserve médicale hors crise s'effectue en dehors de secteurs de soins critiques. C'est pourquoi le maintien des compétences doit s'inscrire dans un cycle spécifique proposé au niveau de l'établissement de santé et/ou du territoire-région et tracé via le passeport numérique.

Il n'existe pas actuellement de données disponibles permettant de définir de manière précise le contenu et la fréquence des sessions de maintien des compétences. Une périodicité au

moins annuelle est probablement indispensable même si le cycle du DPC est triennal associant des temps de formations théoriques (présentielles et *e-learning*), des sessions de simulation et des périodes d'immersion en unités de soins critiques. Ces points devront être précisés par les CNP impliqués dans l'organisation des pools de réserves médicales.

A ce stade, les modalités de la prise en charge des actions de maintien des compétences ne sont pas précisées de même que celles liées à l'appartenance au Renfort médical. Elles pourront associer des financements ouverts au titre du DPC mais également par une contribution assurée par les établissements et/ou par le biais des filières territoriales de soins critiques en lien avec l'ARS. Un cadre national doit émerger.

Chapitre 4 : Situations d'engagement du Renfort médical en fonction de la typologie des crises

Le Renfort médical est engagé et activé dans des conditions qui auront été préalablement définies. Il ne constitue pas en effet un vivier de ressources pour faire face à l'absentéisme dans les unités de soins critiques d'un établissement ou d'un territoire. Ce chapitre analyse son articulation avec le plan blanc et précise les conditions de son engagement en fonction des caractéristiques de la crise en termes spatial, de cinétique (cinétique rapide ou imprévisible et cinétique lente) et de typologie.

4-1) Conditions d'engagement

4-1-1) Conditions d'activation du Renfort médical et de son articulation avec le Plan Blanc

Le Plan Blanc, inscrit dans la loi depuis 2004¹⁰ et déclenché dans les établissements de santé, est un dispositif de crise qui leur permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont ils disposent en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Il recense les moyens des établissements de santé susceptibles d'être mobilisés. Il prévoit notamment les modalités selon lesquelles le personnel nécessaire peut être maintenu sur place ou, le cas échéant, rappelé lorsque la situation le justifie. Chaque établissement de santé doit ainsi se doter d'une cellule de crise pilotée par le chef d'établissement. Il paraît cohérent que l'engagement de la réserve de l'établissement soit associé au déclenchement du Plan Blanc. Il reste, compte tenu des délais de mise en œuvre, qu'il est pertinent, notamment face à une crise sanitaire de cinétique lente, d'anticiper la préparation de la mobilisation de la réserve médicale en amont du déclenchement du Plan Blanc par exemple lorsque l'établissement est en niveau « d'hôpital sous tension ». Inversement, le déclenchement du Plan Blanc n'est pas nécessairement synonyme d'engagement de la réserve si la typologie des victimes de la crise sanitaire ne requière pas de lits supplémentaires de soins critiques.

¹⁰ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001264298

Un ajustement de la répartition aux besoins créés par l'événement est rapidement nécessaire dans les unités de soins critiques. Très rapidement, la sectorisation de la prise en charge demandera la réalisation de plannings avec la densité médicale choisie pour un engagement des soins pouvant s'inscrire dans un délai de temps moyen. L'engagement du Renfort médical au profit des soins critiques est le plus souvent directement lié au besoin immédiat ou prévisible en ressources médicales supplémentaires et compétentes pour armer une unité de surveillance continue en réanimation, ouvrir une unité éphémère de réanimation et/ou pour porter renfort à une équipe en difficulté face à l'afflux et/ou la sévérité des patients générant une forte charge en soins.

4-1-2) La réserve médicale d'un établissement et/ou d'un territoire et engagement au niveau national

Dans les régions épargnées par la crise sanitaire, les ARS peuvent autoriser des personnels volontaires du Renfort médical en soins critiques des établissements et/ou du territoire-région à aller en appui des soins critiques d'autres régions. Cette décision prendra en compte les prévisions de développement de la crise sanitaire sur leur territoire. Le transfert de personnels vers des structures éloignées dont ils ne connaissent ni l'organisation ni les intervenants peut retarder leur pleine efficacité. En pratique, l'alternative est le transfert des patients depuis les établissements de santé sous tension vers des établissements moins affectés par la crise au sein du territoire (intérêt du réseau territorial des soins critiques) ou d'une autre région. C'est alors à l'échelon national que la décision et la coordination des engagements inter-régionaux et/ou à l'international sont assurées.

4-2) Engagement en fonction de la cinétique de la crise

4-2-1) Crise à cinétique rapide (attentats ou accident grave par exemple) ou imprévisible (type première vague COVID)

4-2-1-1) Cadre général

Il est utile de caractériser très rapidement la typologie des situations et des pathologies sans exclure la possibilité de crises surajoutées (ex : crise épidémique survenant secondairement dans un contexte de catastrophe naturelle). Dans ce but, il faut associer aux patients concernés par l'événement une variable qui décrira le flux et les secteurs d'hospitalisation, par exemple :

- traumatisés : Urgence Absolue / Urgence Relative ; indication chirurgicale / pas d'indication chirurgicale, etc.
- COVID : COVID non-invasif/ COVID hospitalisé/ COVID sévère en soins critiques

Dans ce contexte de Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) d'occurrence brutale, la déprogrammation des activités du plateau technique est souvent importante et les anesthésistes réanimateurs du plateau techniques et appartenant au pool de suppléance sont

rapidement engagés. Leur implication dans la gestion de la crise est particulièrement précieuse dans les situations affluant de nombreuses victimes et dont le parcours requière un passage sur le plateau interventionnel pour une prise en charge en urgence (ex : damage control).

L'indicateur principal de mobilisation du renfort est la nécessité, identifiée par la cellule de crise, d'ouvrir rapidement de nouveaux lits de soins critiques dès lors que l'équipe médicale habituelle de l'établissement ne peut l'assurer.

La collaboration et la coordination entre les secteurs publics et privés du territoire-région par le biais de la filière des soins critiques permet d'optimiser la disponibilité des médecins.

4-2-1-2) Modalités de prise de fonction en unité de soins critiques

La préparation et les périodes d'immersion des médecins de la réserve en amont facilitent le partage des documents formalisant la stratégie thérapeutique puis son exécution en solutions de soins. Conserver autant que possible les mêmes équipes tout au long de la crise favorise la cohésion et l'intégration des personnels issus de la réserve.

Les médecins du pool de réserve sont prioritairement affectés dans l'unité au sein de laquelle ils ont été en immersion pendant la période hors crise. Toutefois, le choix définitif dépend de la situation de l'établissement mais également de la problématique au niveau territorial-régional. Si un réseau territorial de soins critiques a préalablement mis en place un Renfort médical, celui-ci peut être mobilisé de manière coordonnée au profit des unités de soins critiques du territoire. La répartition des moyens prend en compte le niveau de la tension exercée par la crise sanitaire sur les différents établissements du réseau.

4-2-2) Crises à cinétique plus lente ou « anticipée »

Il s'agit d'un contexte épidémique ORSAN REB (type COVID) et/ou de pathologie saisonnière (ex : tension hivernale des pathologies saisonnières)

L'objectif est d'atténuer le plus possible l'impact lié aux déprogrammations du plateau technique consécutives à la mobilisation des anesthésistes réanimateurs mais également des soignants (IADE, IBODE) au profit des secteurs de soins critiques.

Dans ce contexte, 2 leviers sont à activer :

- Le recours aux médecins du Renfort médical en privilégiant : les anciens médecins de réanimation non impliqués sur le plateau technique interventionnel sous réserve que la nature de la SSE ne les mobilise pas dans leur nouveau secteur d'activité. Ceci permet de maintenir davantage de professionnels de l'anesthésie réanimation dans l'activité interventionnelle de l'établissement des soins péri opératoires de l'établissement.
- Parallèlement, l'établissement avec l'appui du réseau de soins critiques et de l'ARS, sollicitera l'engagement de médecins volontaires anesthésistes réanimateurs retraités

et/ou de collègues d'autres établissements du territoire ayant ou ayant eu une activité exclusive en anesthésie pour participer à l'activité du plateau interventionnel de manière à limiter les déprogrammations. Ces médecins n'appartiennent pas formellement à la réserve médicale mais ils doivent être identifiés en amont par les affaires médicales de l'établissement.

4-3) Modalités de rappel et d'activation du Renfort

L'activation de nouveaux modules de soins critiques s'effectue en parallèle avec la constitution d'équipes mixtes associant personnels des soins critiques et du renfort médical selon une répartition équilibrée entre unités existantes et unités nouvelles et adaptée à la typologie des patients pris en charge.

En situation de crise à cinétique lente, le rythme des rappels tient compte de l'anticipation des lits à ouvrir et des relèves à assurer pour les équipes du Renfort médical. L'engagement des soignants réservistes à disponibilité limitée ne peut se concevoir que dans ce cadre.

L'efficacité du rappel dépend de la simplicité et de la bonne actualisation de la plateforme numérique et d'un dispositif fiable et simple pour solliciter les réservistes : au minimum un secrétariat chargé des rappels téléphoniques avec une procédure connue et utilisant le cas échéant un outil connecté d'alerte (par SMS par exemple).

La procédure de rappel comprend un module de préalerte de préparation du rappel effectif et elle doit faire l'objet d'exercices réguliers.

Conclusion :

La préparation de notre système de santé à de nouveaux défis sanitaires repose notamment sur sa capacité à étendre sa capacité à délivrer des soins critiques de qualité et dans de bonnes conditions de sécurité. Si la principale limitation du système des soins critiques a été le manque de personnels soignants compétents pour y travailler, le versant médical méritait une formalisation. Ce Guide propose un cadre général organisationnel et les grandes lignes selon lesquelles le Renfort médical en soins critiques pourrait se constituer. Nous recommandons que le concept de Renfort médical fasse l'objet d'une déclinaison pratique au niveau de chaque établissement disposant d'une unité de réanimation et de chaque territoire de santé.

Face à toute crise sanitaire de grande ampleur, comme la crise que nous connaissons actuellement, l'afflux de nombreux patients COVID dans le système de santé qui est par définition « fini », mobilise nécessairement des ressources médicales et soignantes aux dépens d'autres activités. Il serait illusoire d'imaginer des solutions qui n'induiroient pas un certain niveau de contrainte et de réduction d'activité.

Les orientations proposées dans ce guide visent à maintenir la qualité des soins pour les patients COVID et non-COVID en soins critiques par l'engagement de médecins formés et ayant une expérience en responsabilité de la pratique de la réanimation. La capacité des médecins en charge des unités de soins critiques à faire face à tout type de crise doit être prise

en compte. En effet, la prochaine crise sanitaire sera peut-être liée à un afflux de patients victimes d'attentats terroristes ou d'un accident NRBC qui ne pourront être pris en charge en soins critiques que par des médecins ayant une expertise en réanimation.