

2021–2030 L'avenir des soins critiques

Quels soins
critiques
entre deux
crises ?



2021-2030 L'avenir des soins critiques



Quels soins critiques entre deux crises ?



Infirmiers, médecins, aides-soignants, de nombreux professionnels de santé travaillent quotidiennement au service de tous, dans des unités de soins critiques. La pandémie mondiale de Covid-19 a permis de découvrir ces femmes et ces hommes, ainsi que les enjeux de leurs métiers. La crise sanitaire a montré des professionnels de santé solides, capables de s'adapter très rapidement, mais elle a aussi mis en lumière la nécessité de faire évoluer le système : ces évolutions sont à

construire collectivement. Peu de voix se sont fait entendre pour parler simplement de l'avenir des soins critiques en France, avec ou après Covid-19. Les médecins et infirmiers des unités de soins critiques, parmi lesquels les anesthésistes-réanimateurs, artisans de ces soins, se mobilisent aujourd'hui pour y réfléchir ensemble. C'est tout le sens de ce document : il a pour objectif d'aider chacun à comprendre les enjeux actuels et futurs d'une organisation indispensable à la santé de tous.

» Le Conseil National Professionnel Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire (CNP ARMPO) est l'organe national et institutionnel de représentation de la spécialité anesthésie-réanimation médecine péri-opératoire. Il associe les différentes composantes scientifiques, syndicales et universitaires de la spécialité.



Table des matières



CNP-ARMPO

CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL
D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION
MÉDECINE PÉRI-OPÉRATOIRE

» LES SOINS CRITIQUES, DES SOINS QUI NOUS CONCERNENT TOUS 4

Des soins 7j/7 et 24h/24	6
Des soins techniques	9
Un travail en équipe et collégial	9
Des parcours de vie et de soins différents	10
Des métiers au cœur des soins critiques	12

» QUEL ACCÈS AUX SOINS CRITIQUES EN FRANCE ? 18

Un manque de lits de soins critiques ?	19
Des différences régionales	21

» L'USAGER ET SES PROCHES AU CŒUR DES SOINS CRITIQUES 24

Comment la population perçoit-elle les soins critiques ?	25
Accéder aux soins critiques, quel que soit l'âge	26
Éthique des soins critiques	27

» CHANGER NOTRE VISION DES SOINS CRITIQUES : LA FLEXIBILITÉ AU CŒUR 28

Logistique des soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle	30
Coopération entre les acteurs publics et privés	31
Les réanimations éphémères	32

» ANTICIPER : CRÉER UNE RÉSERVE SOIGNANTE EN SOINS CRITIQUES 34

Ressources humaines mobilisables dans une réserve soignante en soins critiques	36
Modalités pratiques de mise en œuvre d'une réserve soignante en soins critiques	38
Quand faire appel à la réserve soignante en soins critiques ?	39

» FAIRE PROGRESSER LES SOINS CRITIQUES PAR LA RECHERCHE ET LA FORMATION 40

» PRÉVENIR LES ADMISSIONS EN SOINS CRITIQUES 44

» SYNTHÈSE : 14 PROPOSITIONS POUR FAIRE PROGRESSER L'ORGANISATION ET L'ACCÈS AUX SOINS CRITIQUES EN FRANCE 47

● BIBLIOGRAPHIE 49



Les soins critiques, des soins qui nous concernent tous



Les soins critiques, des soins qui nous concernent tous

“ **André F., 85 ans**, a bénéficié d'une chirurgie cardiaque dite « programmée ». Il a pu prévoir cette intervention, qu'il savait nécessaire depuis plusieurs semaines, au moment qui lui convenait. Afin que cette intervention se déroule au mieux, ses facteurs de risque sont pris en considération, et on le prépare à la chirurgie. Pour sécuriser la suite de son parcours et prévenir les complications susceptibles de survenir à la suite d'une telle opération, il est admis dans un service de soins critiques. Il sortira quelques jours plus tard, et poursuivra sa convalescence. ”



“ **Gilles M. a 67 ans**. Ce jeune retraité, sportif, exprime à son entourage une douleur importante au niveau de la poitrine, dans la matinée. Inquiets, ses proches appellent le 15. Le centre 15 envoie un véhicule du SAMU, soupçonnant un infarctus du myocarde. Monsieur M. est transféré aux urgences de l'hôpital le plus proche. Peu de temps après son arrivée, il fait un malaise brutal. Les équipes des urgences interviennent immédiatement : Gilles M. a fait un arrêt cardio-respiratoire. Il est admis dans un service de soins critiques. Après plusieurs semaines, il va mieux. Il est accueilli dans un service de rééducation afin de l'aider à retrouver toutes ses capacités antérieures. ”

“ **Aurore D. a 45 ans**. Elle est atteinte d'un cancer du côlon. On réalise une intervention pour retirer la tumeur. À la suite de l'intervention, la patiente présente une infection nécessitant un transfert dans une unité de soins critiques. Son état s'améliore ; elle ressort quelques jours plus tard, et revient dans une unité conventionnelle. ”

Dans chacune de ces trois situations, c'est une équipe pluri-professionnelle qui accompagne les patients et leurs proches lors des moments les plus critiques du séjour hospitalier. Infirmiers et infirmières, aides-soignant-e-s, médecins : il y a du monde car les soins à réaliser sont nombreux, complexes, et se font jour et nuit. Chaque patient est pris en charge individuellement, et l'on prend en compte ses facteurs de risque. Les anesthésistes-réanimateurs/trices sont là pour expliquer aux patients de quelle façon va se dérouler le séjour, les soins qui vont être réalisés et les équipes qui seront mobilisées.

Pour la plupart de nos concitoyens, il est difficile de comprendre comment les soins critiques sont organisés en France, et ce qu'ils supposent en termes de moyens humains et matériels, de contraintes et de service rendu. Il convient de donner quelques définitions précises.

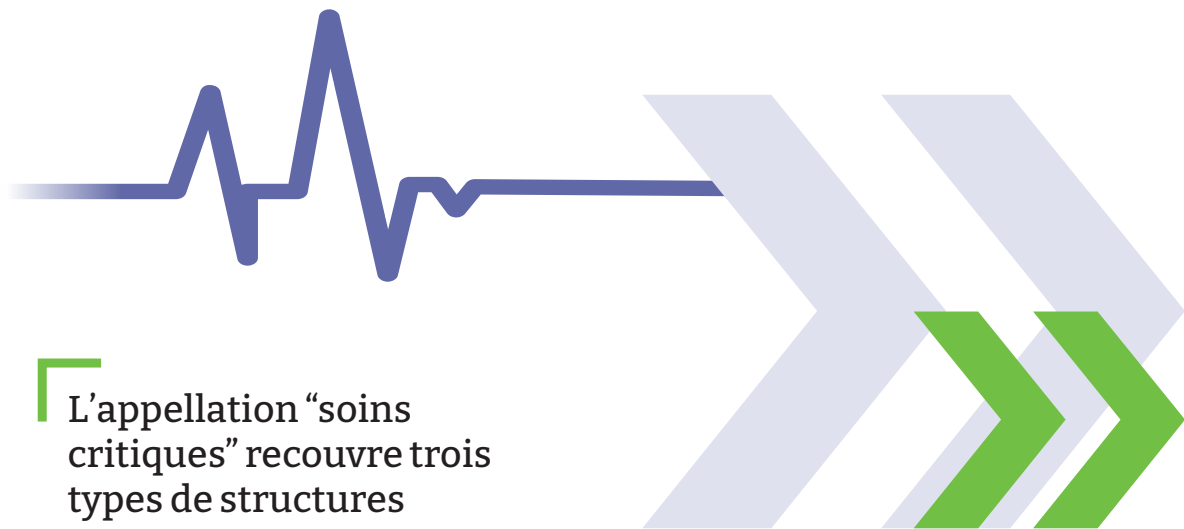
Des soins 7j/7 et 24h/24

Les unités de soins critiques accueillent des patients dans un état grave, nécessitant des soins « denses », à l'hôpital public comme dans des

établissements de soins privés. Ces unités font appel à des médecins spécialisés, qui œuvrent au sein d'une équipe pluri-professionnelle regroupant infirmiers, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes... Le tout, afin d'assurer une continuité et une permanence des soins 24h/24 et 7j/7. Ces équipes travaillent collectivement et avec les proches afin de prendre, à tout moment, les meilleures décisions pour le patient, qu'il s'agisse de sa survie ou de sa qualité de vie future. Actuellement, plus de 80 % des personnes admises en soins critiques connaissent une issue favorable (1). Ce chiffre est en constante augmentation, même si, évidemment, pour tous les proches endeuillés comme pour les professionnels, il faut continuer à l'améliorer sans cesse.

« Ces équipes travaillent collectivement, et avec les proches, afin de prendre, à tout moment, les meilleures décisions pour le patient, qu'il s'agisse de sa survie ou de sa qualité de vie future. »





L'appellation "soins critiques" recouvre trois types de structures

Les unités de réanimation, les unités de surveillance continue et les unités de soins intensifs. Les patients sont admis dans l'une ou l'autre des structures, selon leur gravité, mais aussi en fonction de la densité de soins requise pour une prise en charge optimale : elle est maximale en réanimation, moindre en unité de surveillance continue.

» Les unités de réanimation

accueillent des patients dont le pronostic vital est engagé. Ce sont, par exemple, des patients qui ont besoin d'une assistance pour mieux respirer ou mieux faire fonctionner les organes (cœur, reins...). Ces aides peuvent être multiples.

» Les unités intermédiaires :

- **Les unités de surveillance continue (USC)** accueillent les patients dont l'état de santé ne permet pas d'être hospitalisé dans un service conventionnel, ou pour lesquels on craint une dégradation qui conduirait en unité de réanimation. Souvent, les équipes sont partagées entre ces deux unités : la relation doit être étroite, afin que les patients puissent passer facilement d'une structure à l'autre. Les USC permettent de surveiller un plus grand nombre de patients dont l'état est susceptible de s'aggraver, évitant ainsi un retard de prise en charge. Elles jouent un rôle en amont mais également en aval du séjour en réanimation.

Soins critiques

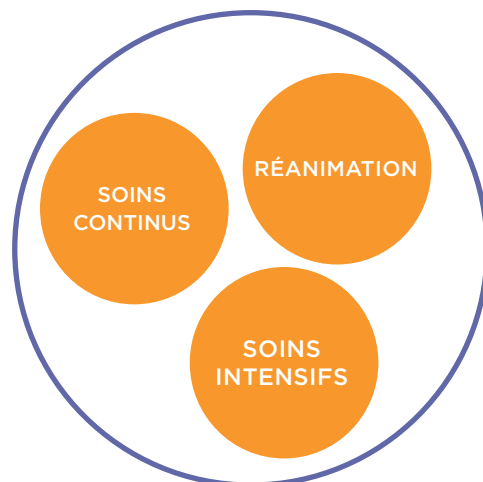
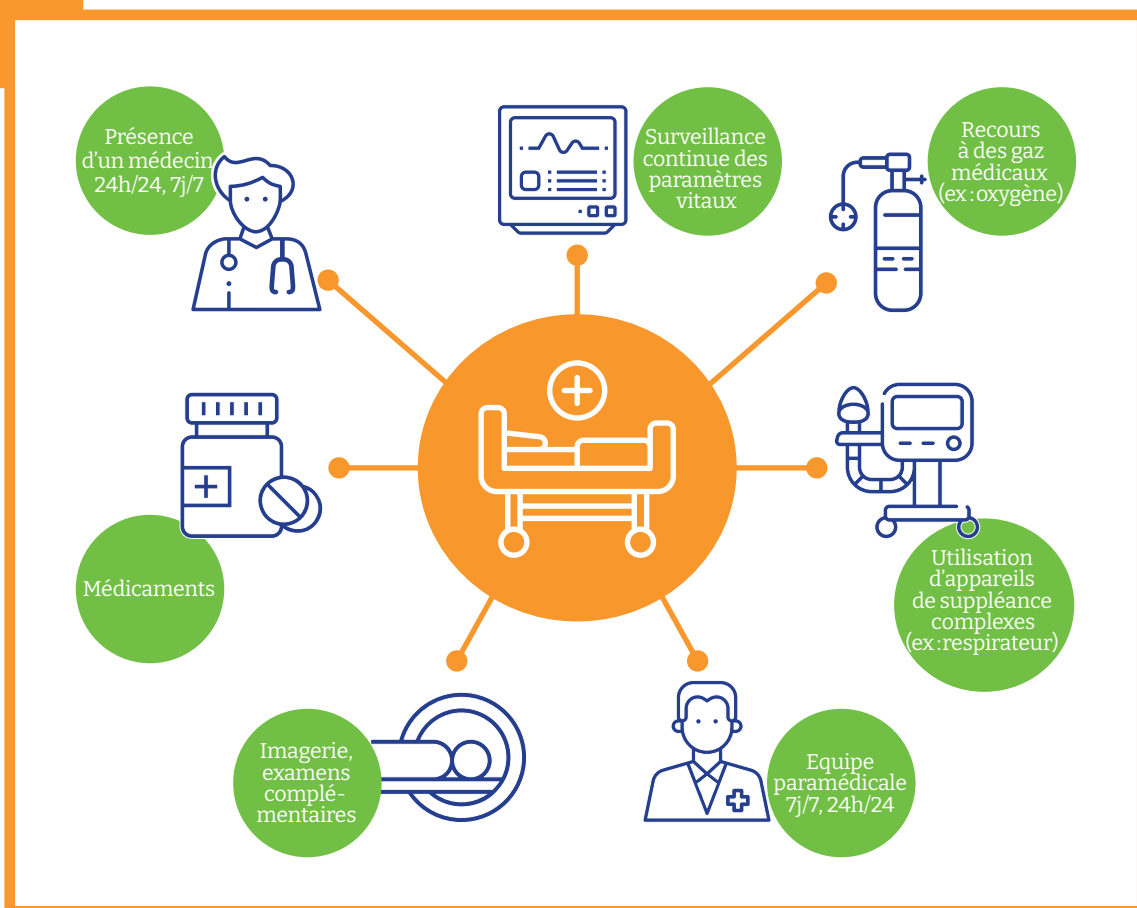


Figure 1

- **Les unités de soins intensifs (USI)** accueillent également des patients dont l'état de santé met en jeu le pronostic vital, mais, contrairement à la réanimation, l'aide apportée dans une unité de soins intensifs ne concerne qu'un seul organe à la fois, par exemple les USI de cardiologie, neurologie ou pneumologie....

Un lit de réa c'est quoi? >>>>>>



2021-2022 : ce qui va changer dans les soins critiques

Cette organisation des soins critiques en deux niveaux (réanimation et soins intermédiaires) formalisée par les professionnels est en attente d'une traduction réglementaire réactualisée à l'issue, d'une part, de la réforme du régime des autorisations en cours, d'autre part, d'une nouvelle politique territoriale de l'offre de soins.

Les soins critiques seront désormais organisés en plateaux de soins critiques. Au sein de ces plateaux, on trouvera toujours des unités de réanimation qui seront associées étroitement aux soins continus et qui prendront l'étiquette unités de soins intensifs polyvalents (USIP)

À noter que ce document n'évoque pas les unités de réanimation pédiatrique. Celles-ci sont spécifiques. Elles ont joué un rôle majeur au cours de l'épidémie de Covid-19. La prise en charge des enfants nécessite une réflexion particulière, à mener avec les professionnels de santé spécialisés.

Des soins techniques

Les unités de soins critiques ne peuvent pas fonctionner de façon isolée. Au sein des établissements, elles se regroupent souvent dans un même lieu. La gravité des patients qui y sont admis impose une proximité avec ce qu'on appelle les plateaux interventionnels. Les patients doivent bénéficier d'un accès facilité à un bloc opératoire, une salle d'imagerie (IRM, scanner...) ou encore un service de biologie, afin de réaliser des examens sanguins rapidement.

Un travail en équipe et collégial

Les professionnels intervenant dans les unités de soins critiques sont nombreux. Ces effectifs permettent des soins de qualité, exécutés avec une très grande réactivité, mais ils garantissent aussi la collégialité : les décisions sont prises à plusieurs, avec le patient et/ou sa personne de confiance.



La loi a défini il y a plus de 20 ans (2) le nombre de lits minimum dans une unité de réanimation, et le nombre de professionnels nécessaires pour assurer des soins de qualité. C'est un enjeu constant d'être en capacité de recruter les professionnels suffisants pour le bon fonctionnement de ces unités.

- » 8 lits minimum
- » 1 infirmier pour 2,5 patients
- » 1 aide-soignant pour 4 patients
- » 1 médecin compétent en soins critiques présent 24h/24 et 7j/7



Il est important que les soins soient assurés dans la collégialité. C'est-à-dire que les équipes développent une réflexion commune et partagée sur les actes prodigués, associant le patient, ses proches lorsqu'il n'est pas en état de communiquer, et respectant toutes les dispositions légales qui ont pu être prises. Les décisions collégiales peuvent conduire à changer certains traitements, les poursuivre, les limiter voire les arrêter.

Des parcours de vie et de soins différents...

Avant et après les soins critiques

Pour beaucoup de Français, l'admission en soins critiques est la conséquence d'un grave

accident (ex : traumatisme suite à un accident de la route, accident domestique...), ou d'un accident vasculaire survenu brutalement, tel un infarctus du myocarde ou une hémorragie cérébrale. Cette vision ne traduit pas l'ensemble des situations pouvant conduire un patient à être admis dans ces unités. Voici les différents parcours simplifiés.

Modalités de parcours en amont et en aval des soins critiques

AMONT

- SAMU
- Services d'urgence
- Services hospitaliers
- Bloc opératoire
- Plateaux interventionnels

AVAL

- Services d'hospitalisation médicaux ou chirurgicaux
- Services de soins de suite (SSR)

SOINS CRITIQUES

- Unité de réanimation
- Unités de surveillance continue
- Unité de soins intensifs

Figure1

Soins critiques programmés et non programmés

Les soins critiques peuvent être programmés ou non programmés, selon le parcours initial.

Certains patients sont admis dans des unités de soins critiques de façon programmée, anticipée. »

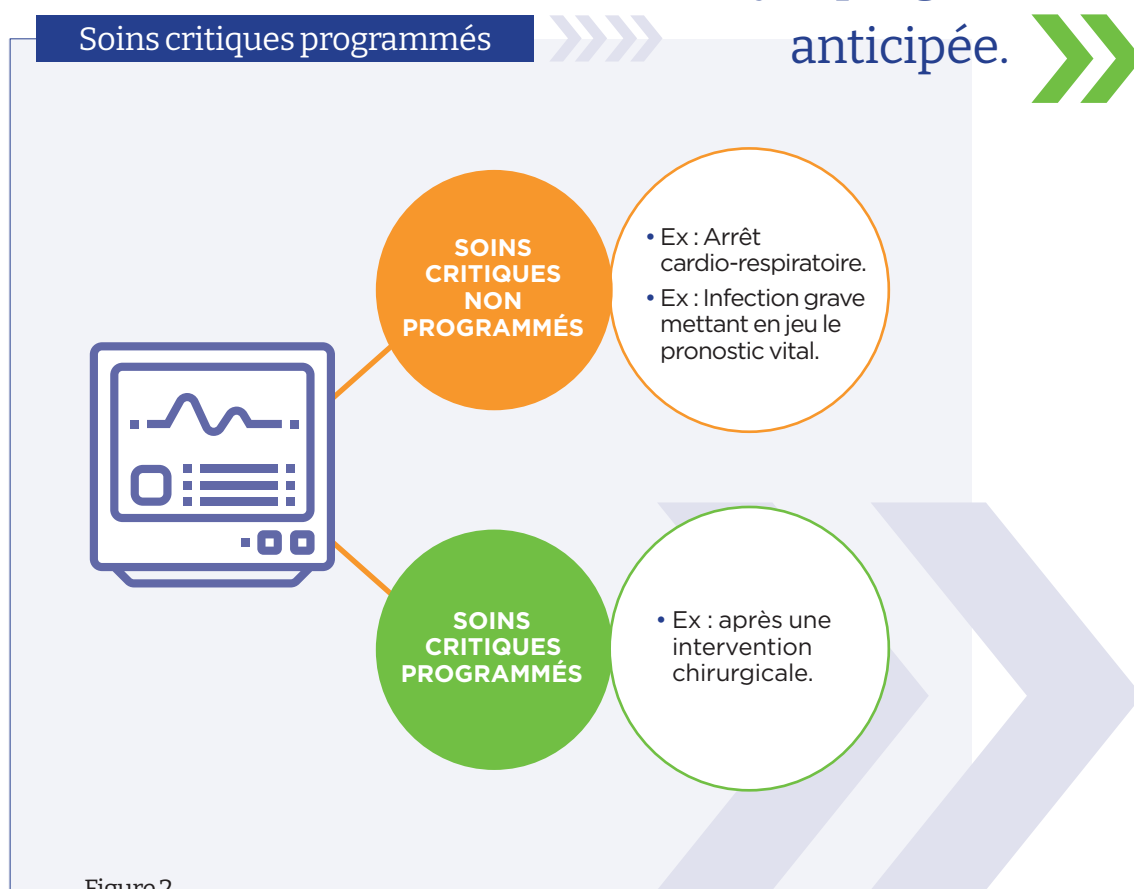


Figure 2

Certains patients sont admis dans des unités de soins critiques de façon programmée, anticipée.

C'est une des facettes de la médecine péri-opératoire. Elle englobe tous les soins encadrant une intervention chirurgicale : avant, pendant et après. L'admission du patient dans une unité de soins critiques se

justifie par les pathologies préexistantes du patient et/ou de la lourdeur de l'intervention. Cela permet, après une opération, d'optimiser la prise en charge, de prévenir les complications éventuelles et de faciliter la convalescence. C'est alors toute une équipe qui intervient très précocement pour assurer ces soins « péri-opératoires », allant des traitements médicaux à la kinésithérapie.

Des métiers au cœur des soins critiques

De nombreux professionnels sont impliqués chaque jour dans le fonctionnement des unités de soins critiques. Internes en médecine, étudiants en santé, aides-soignants, médecins, infirmiers et beaucoup d'autres participent à assurer des prises en charge de qualité. Ces professionnels n'ont pas failli à leurs missions, y compris au pire de la pandémie du Covid-19. Leur engagement a été total. Il invite à une réflexion nationale sur les mesures d'attractivité à mettre en place pour maintenir un recrutement de qualité.



Les infirmiers et infirmières de soins critiques

Quelques mots de Claire Fazilleau, cadre infirmière en réanimation >>>>>

En quelques mots, en quoi consiste l'activité d'un infirmier ou d'une infirmière en soins critiques ?

Ils prennent en charge des patients au pronostic vital potentiellement engagé, dans un environnement de haute technicité. Cela nécessite des connaissances approfondies mais également un raisonnement clinique, ainsi que des compétences relationnelles développées. Ces dernières s'acquièrent en partie par l'expérience. Il faut au minimum un an pour être compétent !

Y-a-t-il une formation spécifique pour devenir infirmier en soins critiques ? Si oui laquelle, si non pourquoi ?

Aujourd'hui, il n'existe aucune formation obligatoire pour exercer en soins critiques. L'apprentissage se fait principalement par compagnonnage. Un référentiel de compétences a été élaboré par les sociétés savantes SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation), SRLF (société de réanimation de langue française)... mais, pour l'instant, il n'est qu'un support pour les services de soins critiques. Une initiation à la réanimation



existait en institut de formation aux soins infirmiers mais, depuis 2009, il n'y a plus de formation à la réanimation. La seule possibilité d'apprentissage reste le stage. Elle ne concerne qu'une partie des étudiants, qui ne sont pas toujours volontaires. Des diplômes universitaires existent mais ne sont ni reconnus ni valorisés.

Que faudrait-il changer dans la formation des infirmiers de soins critiques et dans celle des infirmiers en général ?

Pour les infirmiers de soins critiques, il faudrait tout d'abord réintroduire l'enseignement des soins critiques en cours de formation, au minimum au cours du module optionnel avec stage obligatoire. Ensuite, il est nécessaire de mettre en place une véritable Formation d'Adaptation à l'Emploi (FAE) complétant le compagnonnage. Elle concernerait tous les infirmiers commençant en réanimation, et pourrait être approfondie par une formation de type Master. Ces changements permettraient d'avoir des compétences accrues chez les infirmiers en général, mais aussi chez les infirmiers de soins critiques.

Quelles sont les qualités requises pour être infirmier en soins critiques ?

Plus que des qualités, ce sont des compétences à acquérir. Sinon, un esprit d'équipe obligatoire (travail en collaboration et multi professionnel), gestion du stress, adaptabilité, envie d'apprendre, rigueur, communication, esprit d'initiative, et bien sûr sens de l'organisation !

Les infirmiers – quel que soit leur service d'exercice - bénéficient-ils malgré tout d'une formation minimale aux soins critiques, actualisée régulièrement ?

Aujourd'hui, aucune formation minimale aux soins critiques n'est dispensée aux infirmiers de soins généraux. On a pu constater, durant la crise sanitaire liée au COVID, qu'une augmentation du nombre de personnes compétentes en soins critiques était nécessaire. Mais cela doit être le fruit du volontariat, au vu de la spécificité de cet environnement (technicité, stress lié à l'urgence, etc.). C'est le principe de la réserve soignante en soins critiques : une réserve de personnes, formées aux soins critiques, de différents niveaux de compétences, à l'intérieur et à l'extérieur des établissements. Elles pourraient venir en soutien aux équipes de soins critiques déjà présentes dans les services, et ce sur tout le territoire.

Quelle est la place d'un cadre infirmier dans une unité de soins critiques, en quoi son rôle est-il essentiel ?

Comme dans toutes les autres unités, le cadre a une place centrale. Mais les secteurs de soins critiques sont particuliers. Il doit donc connaître cet univers et se mettre à jour en permanence car celui-ci est très différent des autres et très complexe à comprendre, notamment en termes de technicité et de temporalité (la notion d'urgence n'est pas la même). La compréhension de l'univers permet de mieux accompagner les soignants.

En France, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays européens, les infirmiers travaillant dans des services de soins critiques ne bénéficient pas d'une formation diplômante spécifique. Cette formation se fait donc sur le terrain, au contact de professionnels expérimentés. Cela n'empêche pas les infirmiers d'acquérir un haut niveau d'expertise en soins critiques. Mais cette haute technicité n'étant pas enseignée dans la formation initiale des infirmiers, un apprentissage de plusieurs semaines est nécessaire, sous la forme d'un véritable compagnonnage. Ces compétences particulières ne peuvent donc pas s'improviser sur un délai court !

Rappelons la présence, en France, de 10 000 infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) exerçant dans différentes structures. Ils sont formés à la polyvalence des soins infirmiers dans les domaines de l'anesthésie, de la réanimation, des urgences et de la prise en charge de la douleur. (3) Les IADE ont acquis, eux aussi, des compétences techniques, bien sûr très utiles aux soins critiques. Cependant, leur grande valeur ajoutée est très précieuse sur les plateaux interventionnels, ce qui ne facilite pas leur mobilisation dans les unités de soins critiques.

Pour appuyer cette problématique, une étude récente (4) a montré qu'environ 10 % des lits de réanimation autorisés (au sens réglementaire) n'étaient pas en activité et de fait n'accueillaient pas de patients, faute de professionnels paramédicaux nécessaires à leur fonctionnement. De plus, au sein des structures de soins critiques, le ratio du nombre

« La compétence des infirmiers en soins de réanimation est hautement technique »

d'infirmiers et d'aides-soignants / nombre de patients mériterait d'être augmenté, offrant souplesse et réactivité lors des fluctuations d'activité, que celles-ci soient anticipées

(épidémies hivernales) ou brutales (épidémie COVID-19).

Une augmentation, même mineure, du ratio diminue significativement la mortalité, la durée de séjour et, in fine, s'avère économiquement rentable comme cela a été montré dans d'autres pays (5).

Aides-soignantes et aides-soignants

Professionnels indispensables dans les unités de soins critiques, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, les aides-soignants prodiguent des soins essentiels, en collaboration avec les infirmiers. Interlocuteurs privilégiés des patients, ils les accompagnent dans les actes essentiels de la vie quotidienne, en tenant compte de leurs différents besoins et de leur degré d'autonomie.

PROPOSITION 1

Augmenter le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants dans les unités de soins critiques. Créer une compétence spécifique et reconnue d'infirmier de soins critiques.



Les internes en médecine

Bien que les internes en médecine soient étudiants, et donc en formation, ceux-ci font partie des équipes de soins au même titre que l'ensemble des professionnels. Durant la pandémie de Covid-19, ces jeunes médecins ont été des maillons essentiels.

Certains se destinent à devenir des médecins de soins critiques, dans les filières "anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire", ou "médecine intensive et réanimation". D'autres se destinent à des spécialisations différentes. Les compétences acquises en stage dans une unité de soins critiques leur serviront tout au long de leur parcours professionnel.

« Durant la pandémie de Covid-19, les internes se sont mobilisés sans relâche pour prendre en charge les patients malades du Covid-19 »

Les médecins compétents en soins critiques

Deux profils de médecins peuvent exercer dans le secteur des soins critiques : les médecins diplômés de la spécialité « anesthésie-réanimation » et les médecins diplômés de la spécialité « médecine intensive et réanimation ».

■ Anesthésie-Réanimation et Médecine péri-opératoire

Les médecins formés à l'anesthésie-réanimation ont un diplôme d'étude spécialisé d'anesthésie-réanimation (DESAR), acquis à l'issue de leur internat (cinq ans de spécialisation, dont un minimum de deux ans obligatoires en réanimation). L'ensemble de leur cursus dure au minimum onze ans. La moitié des médecins anesthésistes-réanimateurs exerce une activité totale ou partielle dans une unité de soins critiques au décours de leur formation. Les jeunes médecins sont nombreux à choisir cette spécialité (classée parmi les 10 premières choisies à l'issue des épreuves classantes nationales qui remplace l'ancien concours de l'Internat). Une fois diplômés, la plupart d'entre eux poursuivent cette modalité de double

exercice en anesthésie et en réanimation. Ceci tient à plusieurs aspects, parmi lesquels le caractère mixte et polyvalent de la formation - qui couvre un large éventail de compétences en anesthésie, réanimation et médecine péri-opératoire - ainsi qu'un encadrement et une formation de qualité.

■ Médecine intensive et réanimation

Certains médecins de spécialités médicales diverses (ex : cardiologie, pneumologie) ont acquis par le passé un diplôme spécialisé complémentaire en réanimation médicale. Depuis une réforme récente (6), on la considère comme une spécialité à part entière, dite de « médecine intensive et réanimation » (DESMIR). La formation en soins critiques des médecins choisissant le DESMIR est de cinq ans, rejoignant celle des médecins anesthésistes-réanimateurs (DESAR).

« Les
médecins
anesthésistes-
réanimateurs et
les médecins
spécialisés en
médecine intensive
et réanimation sont
les médecins
compétents en
soins critiques

Le saviez-vous ?



En 1952, une épidémie mondiale de poliomyélite se déclare et touche très durement les pays scandinaves. Pour faire face aux paralysies respiratoires rencontrées, un jeune anesthésiste danois, Bjorn Ibsen, fait le pari de la ventilation mécanique en pression positive. Il propose d'insuffler mécaniquement de l'air, directement dans les poumons des patients, à l'aide

d'un tube inséré dans la trachée, puis de laisser le corps se relâcher passivement, permettant ainsi l'expiration. Cette invention change l'approche des défaillances respiratoires. Il organise des unités spécifiques en charge de ces patients : c'est la naissance des soins critiques... Et d'une spécialité à la double compétence : l'anesthésie-réanimation. (6)

Psychologues

Les psychologues sont des professionnels qui peuvent être sollicités de façon transversale au sein des unités de soins critiques. Face à des situations graves, qui mettent en difficulté aussi bien les patients que leurs proches, les demandes peuvent être nombreuses. Ces professionnels, en première ligne face à la complexité de certains soins, de situations de détresse familiale ou sociale de patients admis, sont actuellement en nombre insuffisant.

Kinésithérapeutes

Les masseurs-kinésithérapeutes développent des compétences spécifiques dans les unités de soins critiques, afin d'aider à l'amélioration des fonctions respiratoires, par exemple. Ils peuvent aussi prévenir et prendre en charge des complications liées au positionnement ou à certaines mobilisations, participer à la réhabilitation précoce et à la réadaptation à l'effort, lutter contre la douleur... Augmenter leur nombre permettrait de mieux prendre en charge ces fonctions essentielles et d'anticiper

la rééducation de patients qui vont rejoindre des unités spécialisées (services de rééducation post-réanimation [SRPR]) encadrées par des équipes soignantes de médecine physique et de réadaptation.

Autres professionnel-le-s

Que ce soit à l'hôpital public ou dans les établissements privés, de nombreux professionnels concourent à ce que le séjour d'un patient en unité de soins critiques se déroule le mieux possible. Ces professionnels (agents de service, secrétaires...) exercent des fonctions support essentielles, qui vont de l'hygiène des locaux à la restauration, en passant par les aspects administratifs. Ils participent à assurer le bien-être des patients accueillis et de leurs proches.



PROPOSITION 2

Augmenter le nombre de psychologues et de kinésithérapeutes exerçant dans les unités de soins critiques.





Quel accès aux soins critiques en France ?



Quel accès aux soins critiques en France ?



Un manque de lits de soins critiques ?

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, de nombreuses voix se sont élevées pour demander une augmentation du nombre de lits en soins critiques : pour beaucoup, leur nombre insuffisant serait à l'origine de tous les maux. La situation est plus nuancée, tout d'abord parce que la mortalité en soins critiques n'est pas corrélée à la création de nouveaux lits (7)(8), mais aussi parce que l'élasticité du système ne dépend pas tant du nombre de lits que des ressources humaines qui l'animent.

En chiffres

Si les capacités d'accueil totales en hospitalisation conventionnelle ont diminué ces dernières années, les lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, très sollicités pendant l'épidémie de COVID-19, ont quant à eux augmenté :

18 336

en 2013

19 604

en 2019

cela
représente une
augmentation de
6,5%

qui
a bénéficié
particulièrement
aux lits de soins
intensifs
(+10,3%)
et de surveillance
continue.
(9)



Bien que des analyses complémentaires soient nécessaires, le nombre total de lits de soins critiques paraît adapté pour couvrir les besoins de santé, hors pandémie majeure. Néanmoins, les besoins varient au cours de l'année : pic hivernal (avec une augmentation des admissions liées aux virus respiratoires), et creux estival (moins d'interventions programmées couplées à des soins critiques). L'absence de données de synthèse, au niveau régional, ne permet pas de rendre compte de toutes les fluctuations concernant le nombre de lits disponibles. Les moyennes annuelles

ne reflètent pas les variations de la demande (grippe, variations estivales de population, décompensation cardiaque ou respiratoire de patients fragiles...), ni les caractéristiques socio-démographiques des populations concernées, notamment l'âge. Ce point est crucial, car des données plus précises permettraient d'ajuster la flexibilité de l'offre.



PROPOSITION 3

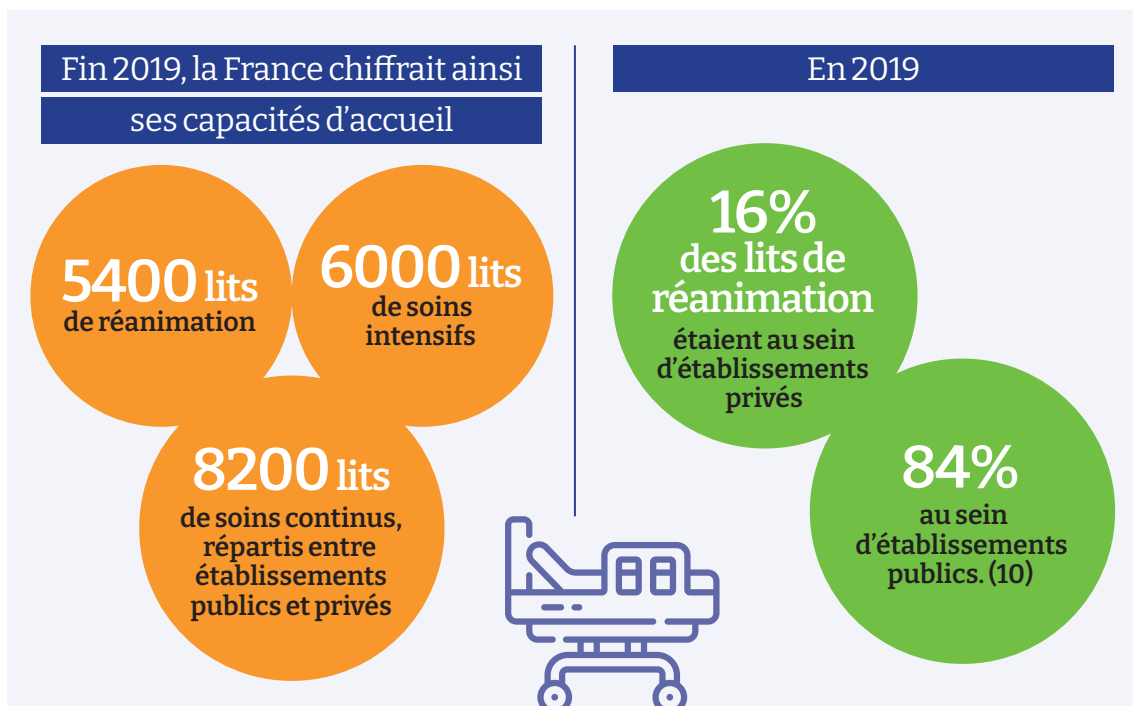
Obtenir un recensement précis et en temps réel du nombre de lits disponibles dans les unités de soins critiques sur l'ensemble du territoire national.



Des différences régionales

La répartition de l'offre de soins critiques en France montre des disparités, même s'il serait réducteur de parler d'inégalités d'accès.

En effet, le taux d'équipement en soins critiques dépend du niveau de la demande selon les territoires, mais également des caractéristiques socio-démographiques du bassin de population concerné.



Les différences entre régions sont notables (11) et peuvent s'expliquer de différentes façons :

1.

Les indicateurs de santé publique (incidence de l'obésité, des cancers, etc.) et socio-économiques varient selon les régions.

Différents facteurs peuvent influencer sur le recours aux soins critiques, à commencer par l'âge et les comorbidités (cancer, diabète, obésité...). Interviennent également la notion de fragilité (ce concept multidimensionnel, très utilisé en gériatrie, englobe à la fois l'état de santé physique et psychique, mais aussi la solidité du lien social) ou encore la cause de l'admission.

Ces facteurs ayant une incidence très variable selon les services et les régions (avec un effet majeur sur la mortalité), ils impactent mécaniquement le recours aux soins critiques et l'adaptation de l'offre. Cette organisation de l'offre interroge également la notion de l'amont et de l'aval des soins critiques que nous abordions précédemment, ainsi que des ressources humaines nécessaires à ce fonctionnement. Cependant, les disparités subsistent. Toutes ne peuvent pas être expliquées par un niveau de recours différent selon la population ou le territoire concernés.



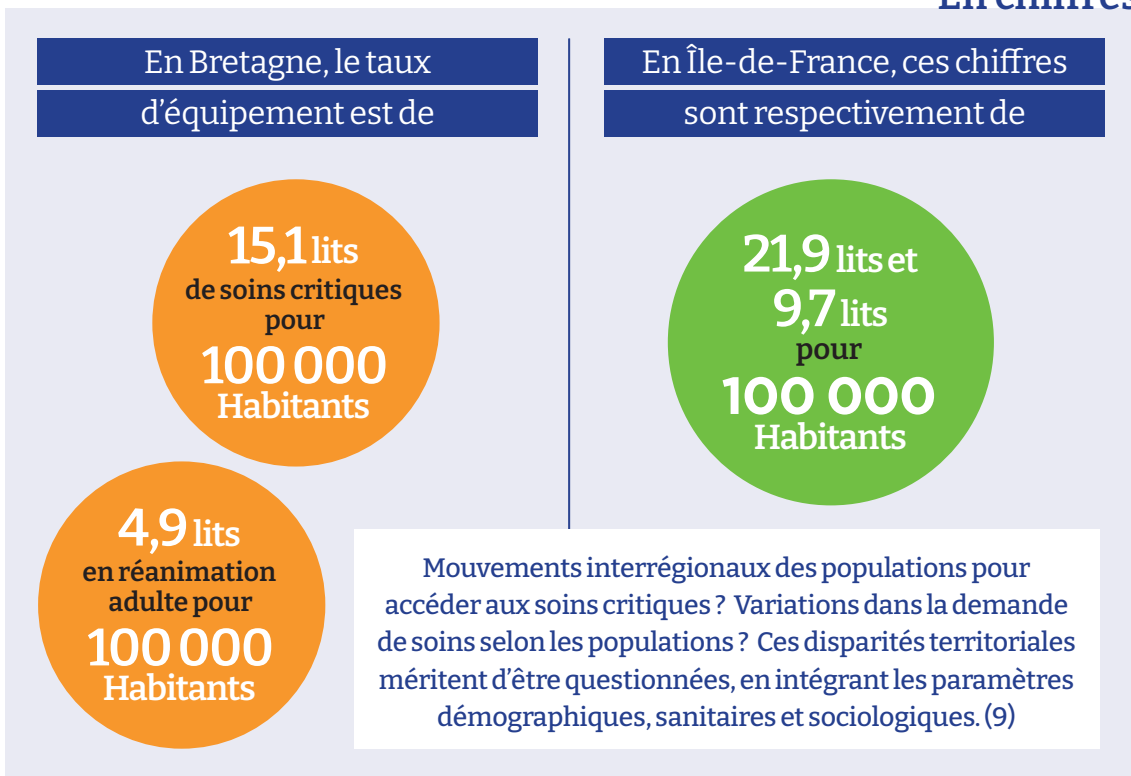
2.

Il faut relire l'histoire des territoires pour comprendre la façon dont les unités de soins critiques se sont implantées. Certaines

régions ont conservé des niveaux d'équipements élevés, reliquats d'une démographie plus active dans le passé. A l'inverse, certaines régions ont vu leur démographie évoluer favorablement sans que le niveau d'équipement en soins critiques ne suive au même rythme. Pour autant, faire un raccourci entre équipement et qualité des soins serait hasardeux.



En chiffres



3.

La mobilité des professionnels impacte également l'offre de soins critiques. De façon plus schématique, si des infirmiers compétents en soins critiques

quittent un service pour travailler dans une autre région, et qu'on ne leur trouve pas de remplaçants, c'est toute une unité de soins critiques qui peut être amenée à fermer.

Une unité de soins critiques ne peut se mettre en place sans que soit pensé le parcours du patient dans son ensemble, au travers d'une filière de soins. Le bon fonctionnement de ces filières ne saurait se faire sans une réflexion poussée sur l'attractivité des métiers du secteur. Par ailleurs, la France peine encore à chiffrer les besoins de recrutement en soins critiques selon les territoires, alors même que cette évaluation est possible et que des pays voisins ont su y recourir (9).

PROPOSITION 4

Renforcer les filières de soins critiques avec une évaluation précise, territoire par territoire, de la demande et des besoins en ressources humaines.



L'usager et ses proches au cœur des soins critiques



L'usager et ses proches au cœur des soins critiques



Comment la population perçoit-elle les soins critiques ?

Chacun connaît, de près ou de loin, l'activité de soins critiques. Un ami victime d'un grave accident de voiture, un frère ou une sœur y ayant fait un passage, à l'issue d'une chirurgie, un oncle ayant subi un infarctus du myocarde... Pour autant, les idées reçues sont nombreuses, et les interrogations des Français sont permanentes :

L'actualité récente de la pandémie à Covid-19 a mis en lumière ces unités, alors en tension sur le plan humain et matériel : les Français ont craint de ne pas pouvoir bénéficier d'une place en soins critiques pour eux ou leurs proches, en cas de besoin. Les déclarations multiples des uns et des autres, souvent alarmistes, parfois partisans, sur des chaînes d'information en continu, n'ont pas permis de mettre en évidence les enjeux actuels et futurs de ces services.

Il n'est pas question de décider unilatéralement si telle ou telle personne mérite d'accéder aux soins critiques, en fonction de son âge ou de ses comorbidités :



Idées reçues

« Il faut augmenter le nombre de lits de réanimation de France »,

« Les lits de soins critiques ne sont pas occupés par des malades graves »,

« Certains médecins de ces unités n'ont pas la compétence pour assurer les soins critiques »,

« En dehors des grandes villes, je ne peux pas avoir accès aux soins critiques »,

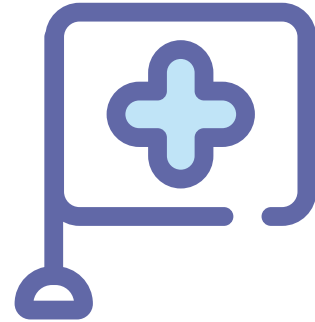
« Je suis trop vieux pour être admis en soins critiques »

« Si je suis hospitalisé dans une unité de soins critiques, c'est que je vais mourir »

« Les soins critiques, c'est la réa et ça finit toujours avec un tube dans la bouche pour respirer ».

on parle d'un enjeu humain, qui implique une réflexion collective des professionnels, associant le patient et ses proches.

Lorsque les proches d'un patient arrivent, inquiets, dans un service de soins critiques, ils sont submergés d'interrogations multiples. Il s'agit parfois de mettre des mots sur une situation hors norme, avec l'image d'un proche affaibli, vulnérable, qui n'est pas forcément en état de communiquer. Les proches ont besoin de comprendre les soins apportés, l'évolution souhaitable ou souhaitée, quels sont les enjeux. Ces questions sont toujours légitimes et doivent trouver des réponses. C'est aussi pour ces raisons que ce document met en avant les ressources humaines indispensables aux unités de soins critiques. Il ne s'agit pas uniquement de lits disponibles, de ventilateurs ou autres machines complexes. Il faut, avant tout, des professionnels aux compétences humaines et techniques en nombre suffisant : c'est cela qui garantit des postures soignantes adaptées ; c'est ainsi que l'on peut prendre en charge au mieux le patient, son entourage ... et leurs questions.



Accéder aux soins critiques, quel que soit l'âge

Pour être clair vis-à-vis de l'opinion publique sur ce sujet sensible, il ne s'agit pas de savoir si un centenaire a le droit ou non à une place dans une unité de soins critiques, mais plutôt de savoir si son état de santé pourra être raisonnablement amélioré par une admission en soins critiques. Une discussion collégiale, qui réunit l'ensemble des professionnels de santé, le patient et ses proches, est donc la clé de voûte de l'organisation des soins critiques, afin que les décisions soient prises de façon concertée et pluridisciplinaire.

« Il ne s'agit pas de savoir si un centenaire a le droit ou non à une place dans une unité de soins critiques, mais plutôt de savoir si son état de santé pourra être raisonnablement amélioré par une admission en soins critiques »

Ces décisions vont dans le sens de l'intérêt du patient et du respect de ses souhaits et directives. Cet impératif éthique demande une grande disponibilité aux professionnels de santé de ces secteurs. L'âge ne détermine donc pas l'accès ou non aux soins critiques, c'est un facteur pris en compte au même titre que d'autres, comme l'autonomie ou la fragilité. Une personne âgée ne peut pas être réduite à son âge : c'est son parcours global qui est pris en compte.

Éthique des soins critiques

Les questionnements éthiques des anesthésistes-réanimateurs et de l'ensemble des équipes de soins critiques sont constants. L'âge du patient n'est donc pas l'élément central de choix, c'est plutôt le bénéfice attendu de la réanimation ou des soins critiques qui est pris en compte. Par ailleurs, les recommandations des sociétés savantes permettent d'encadrer de façon parfaitement éthique les décisions d'admission. Avec un maître mot là encore : la collégialité et le souhait d'émergence d'une intelligence collective.

Afin de garantir le maintien de ces principes clés, y compris lors de situations exceptionnelles, un guide de gestion des « afflux massifs » a été développé par les professionnels (SFAR et service de santé des armées), en se fondant sur des valeurs éthiques partagées, en prévision d'une situation de débordement, comme une épidémie. (12)

Chacun d'entre nous doit pouvoir se pencher sur ces questions, afin d'éclairer les décisions des soignants le moment venu. Cela peut être fait à tous les âges de la vie. Les EHPAD, notamment, devraient inciter à cette discussion dès l'admission d'un pensionnaire.

La réflexion éthique ne doit jamais s'arrêter, quelles que soient les circonstances.

« La réflexion éthique ne doit jamais s'arrêter, quelles que soient les circonstances. »

Les directives anticipées en quelques mots⁽¹³⁾

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. Il s'agit pour la personne d'exprimer ses volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsqu'elle sera en fin de vie, sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés.

PROPOSITION 5

Créer un portail d'information sur les soins critiques à destination des usagers.



Changer notre vision des soins critiques : **la flexibilité au cœur**



Changer notre vision des soins critiques : la flexibilité au cœur



Les structures de soins critiques ont été fortement sollicitées par cette pandémie de Covid-19, du fait d'un nombre important de formes graves, nécessitant des hospitalisations dans ces unités. Certains ont pu penser que des pays voisins, comme l'Allemagne, étaient mieux armés pour affronter ces vagues épidémiques. Au-delà de la difficile comparaison de deux systèmes de santé très différents, les pays ont en réalité partagé des mises en tension similaires, avec une offre de soins critiques comparable : 28 000 lits de soins critiques soit 29 lits / 100 000 habitants en Allemagne, versus 19 000 lits de soins critiques en France soit 28 lits / 100 000 habitants. (14)

Nos pays partagent également un point commun : la difficulté à trouver des ressources paramédicales pour faire fonctionner ces services.

Nous l'avons dit, la pandémie de Covid-19 a montré une grande capacité du système de soins français à s'adapter, tant sur le plan humain que matériel. Des coopérations ont vu le jour. Il faut noter toutefois que ces nouvelles organisations, et leur plasticité associée, ne sont pas spécifiques à cette crise.

De la même façon que chaque pays est amené à réguler sa production d'électricité selon des événements réguliers ou ponctuels, chaque année en France, des événements locaux ou saisonniers peuvent impacter l'organisation des soins critiques : début de la saison de sports d'hiver avec des accidents multiples, grippe saisonnière... L'objectif est toujours le même : pouvoir garantir à tous les usagers qui en ont besoin un accès aux unités de soins critiques, avec le même niveau de qualité et de sécurité qu'en temps normal. L'offre de soins critiques en France sait s'adapter à ces variations régulières mais transitoires. En revanche, l'épidémie de Covid-19 a mis en évidence la nécessité de trouver des solutions plus pérennes, en cas de mise en tension massive et/ou prolongée du système de soins.

Une plus forte collaboration des pays de l'UE sur les questions sanitaires est un vœu partagé par de nombreux états et sociétés savantes, dont celles des soins critiques. (15)

Logistique des soins critiques en situation sanitaire exceptionnelle

Les établissements de santé comportant des unités de soins critiques doivent se doter d'un plan « Situation Sanitaire Exceptionnelle » décrivant l'organisation du service et les possibilités de montée en puissance. Cela pourrait répondre aux impératifs logistiques, pour soigner dans les meilleures conditions. Ce plan doit s'intégrer au plan blanc de l'établissement.

Inscrit dans la loi depuis 2004, le plan blanc est un plan spécifique, d'urgence sanitaire et de crise, pour planifier la mise en œuvre rapide et rationnelle des moyens indispensables en cas d'afflux de patients dans un établissement.



PROPOSITION 6

Disposer dans chaque établissement de santé d'un plan d'extension des soins critiques.



Coopération entre les acteurs publics et privés

Globalement, la crise du Covid-19 a probablement permis de renforcer les liens entre établissements publics et établissements privés. Cette évolution ouvre la voie à une réflexion plus poussée sur les réseaux territoriaux : les soins critiques du public et du privé gagneraient à être associés ; cela ne pourrait que renforcer leur souplesse et leur sécurité. Les idées reçues, parfois associées au choix d'un acteur public ou privé sur un territoire, ne doivent pas retarder une approche pragmatique de l'organisation des soins, surtout dans un contexte d'urgence.

En effet, avant la crise du Covid-19, pour un territoire donné, l'organisation en réseau des soins critiques regroupant les établissements publics et privés était très marginale : à l'occasion d'un transfert de patient, par exemple.

La pandémie de Covid-19 aura permis de lancer le cercle vertueux de ces coopérations. C'est un élan à pérenniser.

Que les établissements soient publics ou privés, ils sont assujettis aux mêmes obligations administratives d'autorisation, de fonctionnement et de certifications ; leurs personnels médicaux et paramédicaux sont issus des mêmes formations diplômantes nationales. Ils ont les mêmes obligations de prise en charge des patients.

PROPOSITION 7

Organiser un pilotage médicalisé et territorialisé des soins critiques, investi par des professionnels de terrain, et faciliter les coopérations entre les opérateurs publics et privés de soins critiques.



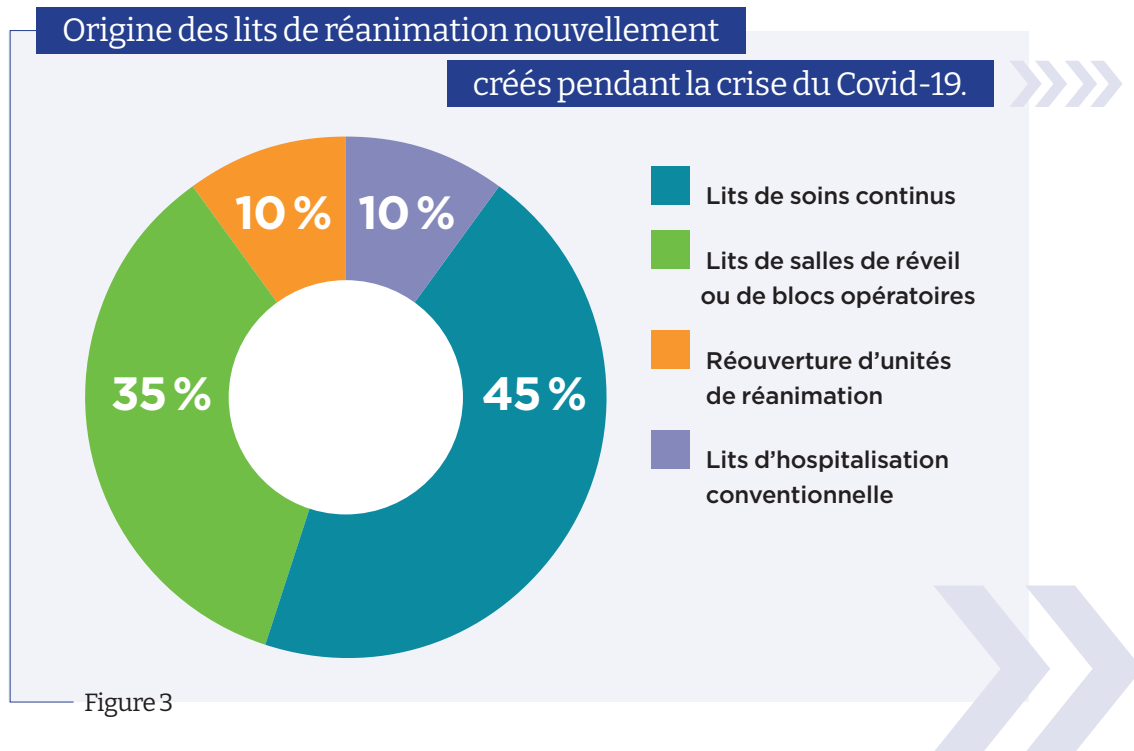
Les réanimations éphémères

Au cours de la première vague COVID, face à la saturation très rapide des structures de réanimation autorisées, plus de 4881 lits de réanimation supplémentaires ont été ouverts, avec une montée en puissance particulièrement rapide entre mars et avril 2020. (Ces informations sont issues de 260 établissements de santé, qui comptaient 4378 lits de réanimation autorisés en pré-COVID).

Ces évolutions montrent une véritable modularité du système de soins critiques par l'ouverture de structures de réanimation « éphémères » en fonction de la pression épidémique.

Ces réanimations éphémères n'avaient jamais encore été déployées à une telle échelle. Elles ont fait émerger le concept d'élasticité de l'offre des soins critiques. Un guide a été élaboré par le CNP ARMPO pour faciliter et améliorer leur mise en place. (16)

Ces lits supplémentaires ont été créés pour **45 %** à partir de lits de surveillance continue transformés en lits de réanimation, pour **35 %** à partir de lits de salle de réveil et de blocs opératoire, pour **10 %** à partir d'unités de réanimation qui n'étaient pas ouvertes par manque de personnels en pré-COVID et pour **10 %** dans des unités d'hospitalisation conventionnelle, notamment des unités d'ambulatoire.



Cette stratégie part d'une expérience déjà connue : elle s'inspire de la réponse mise en place par les établissements de santé à la suite des attentats de novembre 2015. Ces secteurs ont pu s'adapter à l'accueil de patients dans un état grave, avec des séjours de courte durée. Toutefois, ils ont été mis en tension dans un contexte de pathologie infectieuse, avec des patients qui peuvent rester hospitalisés plusieurs semaines. Lors de la seconde vague COVID à l'automne, beaucoup d'établissements ont pu déployer de nouveaux secteurs de réanimation dans des unités d'hospitalisation conventionnelle, dès lors qu'elles disposaient d'arrivées de fluides suffisantes (en particulier l'oxygène) ou qu'elles avaient été pré-aménagées (câblage informatique et pré-installation des appareils de surveillance) au cours de la trêve estivale. La transformation de telles structures se conçoit dans une proximité architecturale avec les structures permanentes de soins critiques de l'établissement, avec un objectif constant : ne pas interférer avec le reste de l'activité, non liée à la crise.

Ces réanimations éphémères, expérimentées pendant la crise du Covid-19, sont un modèle de plasticité. Elles sont à dupliquer en cas d'événement sanitaire exceptionnel, mais restent très dépendantes des ressources humaines disponibles pour les faire fonctionner.

PROPOSITION 8

Mettre le guide de mise en place de réanimations éphémères à disposition de l'ensemble des établissements disposant d'unités de soins critiques.



Anticiper : créer une réserve soignante en soins critiques



Anticiper : créer une réserve soignante en soins critiques



La fluctuation habituelle des besoins en soins critiques et les situations exceptionnelles comme celle du Covid-19 appellent une réponse d'envergure.

L'objectif d'une réserve soignante est d'assurer le recrutement rapide des soignants volontaires lors des périodes de mise en tension. Cette réserve soignante prend en compte les différentes modalités d'exercice des personnels, afin de faciliter leur intégration ponctuelle. Ils peuvent être sollicités au sein de leur établissement ou dans un autre établissement, si nécessaire.

L'élaboration, en amont de la crise, d'un cadre contractuel précis et sécurisant est une contrepartie légitime à cet engagement volontaire. La création de cette réserve

soignante impose, bien sûr, une réflexion sur les modalités de valorisation de l'engagement des professionnels de santé qui la composeront. Compte tenu des besoins en formation et de la diversité des modalités d'exercice des soignants concernés (public/privé, salarié/libéral, en activité/retraité), ceux-ci pourraient s'engager au travers d'un contrat flexible, partagé entre la réserve soignante et la structure employant le soignant.

PROPOSITION 9

Création
d'une
réserve
soignante
en soins
critiques.



Ressources humaines mobilisables dans une réserve soignante en soins critiques

Les personnels engagés au sein d'une réserve soignante en soins critiques peuvent avoir un historique professionnel variable, mais toutes et tous doivent bénéficier d'une formation initiale précise et d'une actualisation régulière de leurs compétences. (17) Celle-ci doit se faire, de préférence, par immersion dans l'unité dans laquelle ils peuvent être appelés en renfort.

Au sein de la réserve soignante, les trajectoires se déclinent selon les types de professions : infirmiers et aides-soignants bien sûr, mais aussi kinésithérapeutes... Certaines fonctions support sont bien évidemment indispensables (bio-nettoyage, informatique, secrétariat, logistique...). Il conviendra d'organiser également le soutien psychologique des professionnels impliqués.

Réserve paramédicale

Les professionnels paramédicaux de la réserve soignante (essentiellement infirmiers et aides-soignants) peuvent être répertoriés selon leur niveau de compétences. Cela permet de les répartir de la façon la plus équilibrée possible, mais aussi d'organiser les formations complémentaires (pratiques et théoriques) nécessaires à leur déploiement.



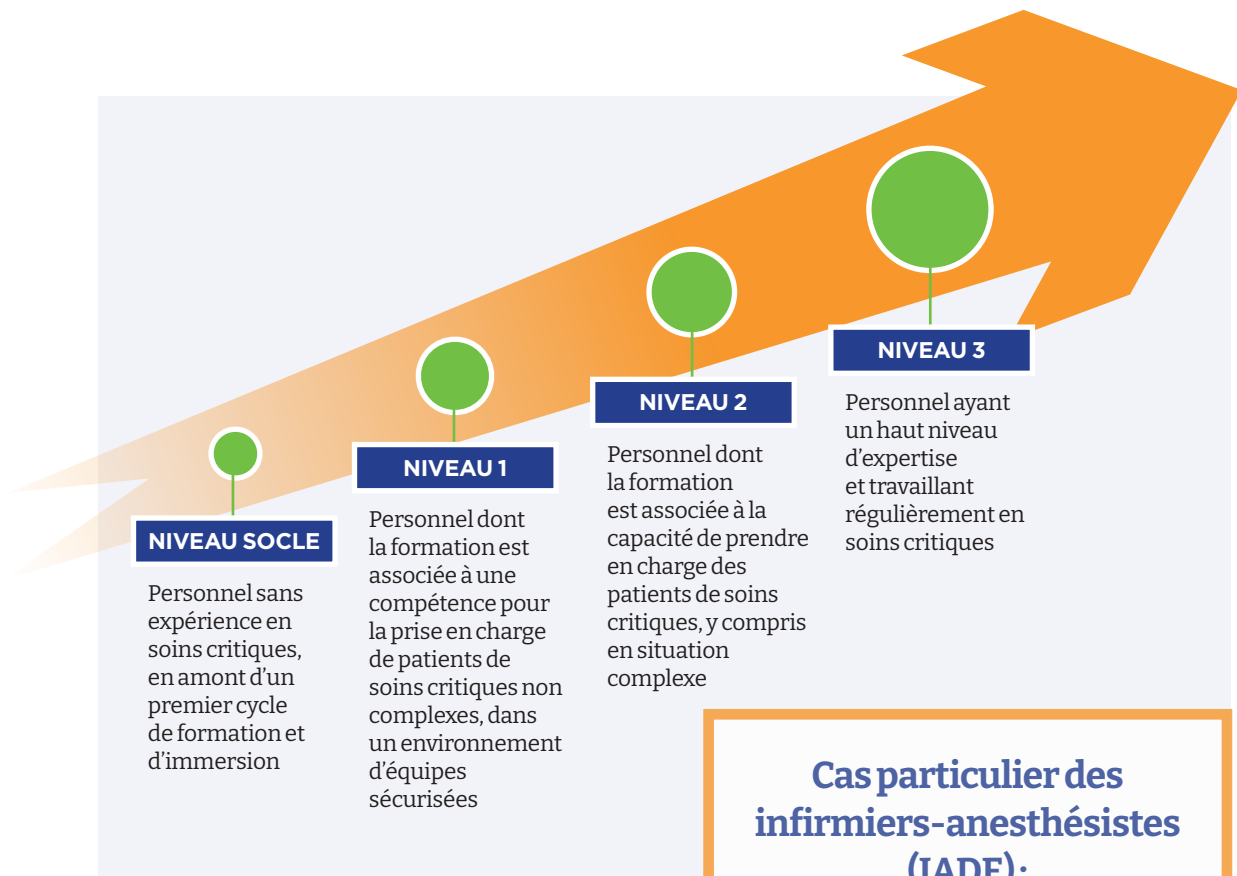
Réserve médicale

Médecins anesthésistes-réanimateurs ou médecins spécialisés en médecine intensive et réanimation, ils ont tous une compétence en soins critiques, et peuvent donc exercer au sein de la réserve soignante.

Lors de la crise du Covid-19, les médecins anesthésistes-réanimateurs qui n'exerçaient pas habituellement en soins critiques ont été libérés de leur activité d'anesthésie dans le cadre du plan blanc : ils se sont consacrés exclusivement à la réanimation. Ainsi, pour accompagner l'armement de 4881 nouveaux lits de réanimation, près de 2000 médecins sont venus en renfort.

La deuxième vague a été, à cet égard, mieux gérée que la première, avec des déprogrammations de chirurgies moins arbitraires, car gérées par les professionnels eux-mêmes. Il faut noter également que de nombreux patients, craignant l'épidémie, ont d'eux-mêmes différé un passage à l'hôpital.





Ce modèle, qui a reposé sur l'engagement des personnels formés à la réanimation, a fait la preuve de son efficacité et de sa robustesse : il a permis au système des soins critiques de faire face à la crise. À ce titre, il convient de le préserver. Toutefois, le concept de renfort médical doit s'inscrire dans un cadre formalisé, l'objectif étant d'optimiser les ressources engagées, d'en consolider l'efficacité et de réduire les impacts collatéraux. On pense notamment à l'activité du plateau interventionnel des établissements.

La création de cette réserve impose aux médecins qui la composeront d'actualiser régulièrement leurs compétences : ils doivent être en mesure de prendre en charge les patients de façon autonome, en toute sécurité.

Il est important que ces équipes médicales de « réservistes » se structurent, qu'elles soient coordonnées par un médecin compétent en soins critiques, et plus spécifiquement ayant une activité reconnue en réanimation.

Cas particulier des infirmiers-anesthésistes (IADE):

Les IADE (et les élèves des écoles d'IADE) ont été engagés massivement en soins critiques lors de la pandémie. Ces personnels maîtrisent les compétences nécessaires aux soins critiques. Toutefois, ils exercent habituellement en dehors de ces structures. Ils travaillent principalement dans les secteurs dits interventionnels : par exemple au bloc opératoire, dans les salles où des interventions par imagerie sont réalisées, dans des salles de surveillance à la suite d'interventions, mais aussi au déchocage ou dans les SMUR. Leur trajectoire professionnelle a comporté un exercice en soins critiques, pour la majorité d'entre eux. Dans tous les cas, la mobilisation des IADE est à mettre en balance avec la préservation de l'activité habituelle. Celle-ci ne peut pas s'interrompre totalement, y compris lors de phases de mise en tension du système de soins, ceci afin de préserver l'activité chirurgicale, en particulier.

Modalités pratiques de mise en œuvre d'une réserve soignante en soins critiques

Cette réserve soignante pourrait être sollicitée à trois échelons : à l'échelon de l'établissement (comportant au moins une unité de soins critiques), à l'échelon régional (dans le cadre de filières de soins critiques associant les acteurs publics et privés), et à l'échelon national, en faisant appel à la solidarité interrégionale. Les différents niveaux de recours seraient activés selon l'évolution de la situation sanitaire.

Une plateforme numérique dédiée

La mobilisation des soignants réservistes pourrait se faire via une plateforme numérique partagée. Celle-ci intégrerait en premier lieu les professionnels qui ont exercé dans un service de réanimation, avant de s'en éloigner par cercles concentriques : elle prendrait ensuite en compte les professionnels d'autres services ou d'autres fonctions, puis d'autres établissements, sans oublier les soignants ayant un exercice libéral et souhaitant rejoindre la réserve. Ces mises à jour effectuées au niveau de l'établissement seraient annuellement répercutées aux autorités régionales de santé (cellules de régulation territoriale et ARS).



Garantir l'excellence de la réserve soignante

L'impératif de formation et de maintien des compétences devrait reposer sur un passeport numérique individuel, en lien avec la plateforme numérique. L'établissement fournirait toutes les informations nécessaires au bon fonctionnement de la réserve soignante, ainsi que les programmes de formation en lien avec les soignants formateurs, les Universités et les collèges d'enseignants des spécialités impliquées. Chaque agent de la réserve soignante aurait accès à son passeport formation numérique.

PROPOSITION 10

Proposer des outils numériques adaptés et interopérables pour assurer l'organisation et la formation de la réserve soignante en soins critiques.



Quand faire appel à la réserve soignante en soins critiques ?

Solliciter la réserve soignante en limitant la dette de soins

Les crises sanitaires peuvent être d'intensité variable. Certains événements exceptionnels sont, par nature, difficiles à prévoir. Il faut alors réagir rapidement : dans le cas d'un attentat terroriste ou encore lors de la première vague d'une épidémie due à un nouveau virus. Les besoins ne sont pas les mêmes lors d'une épidémie durable ou saisonnière, par exemple. Quoi qu'il en soit, la sollicitation de la réserve soignante doit se penser en fonction de différents indicateurs : le nombre d'appels au SAMU, le nombre de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisations ou encore les durées de séjour. Dès lors que l'organisation de crise s'installe sur la durée, elle doit impacter

au minimum les autres soins programmés, au risque de créer une dette de soins. Pour cela il faut tenir compte des organisations locales et territoriales particulières qui permettent de diminuer cet impact.

La solidarité régionale et interrégionale

Dans les régions épargnées par la crise sanitaire, les agences régionales de santé pourraient autoriser des personnels de la réserve soignante des établissements du territoire à aller renforcer les unités d'autres régions. Cette décision prendrait en compte les prévisions de développement de la crise sanitaire sur leur propre territoire. Toutefois, l'alternative à favoriser reste le transfert des patients depuis les établissements de santé sous tension vers des établissements moins affectés par la crise. En effet, le transfert de personnels vers des structures dont ils sont peu familiers peut retarder leur capacité à être pleinement opérationnels.





Faire progresser les soins critiques par la recherche et la formation



Faire progresser les soins critiques par la recherche et la formation

Considérations démographiques

Sur l'ensemble du territoire national, il y a de plus en plus de postes vacants en anesthésie-réanimation. Différentes problématiques sont en cause : de nombreux départs à la retraite, des cessations d'activité, la répartition géographique des lieux d'implantation et d'exercice, les aspirations des nouvelles générations, qui souhaitent un meilleur équilibre vie professionnelle/vie personnelle.

40 % des anesthésistes-réanimateurs ont plus de 55 ans aujourd'hui ; cette spécialité reste donc déficitaire sur le plan démographique, ce qui a une influence sur la formation. La formation d'un médecin en soins critiques doit comporter une formation théorique de qualité, mais aussi, et c'est là que les difficultés commencent, une formation pratique. C'est en effet cette formation sur le terrain, avec des pairs expérimentés, qui lui permet d'être immédiatement opérationnel dans le service vers lequel il sera orienté.

Le nombre de médecins anesthésistes-réanimateurs formés (11 000) (18) est inférieur de 15% à ce qui serait souhaitable. Ce déficit n'a été que partiellement compensé par les flux de médecins à diplômes étrangers. La situation s'améliore, mais trop lentement, ce qui nuit aux capacités de formation.



Formation

La formation des médecins en soins critiques est nécessaire au bon fonctionnement de ces unités, mais elle impose des effectifs suffisants de médecins expérimentés. .

Tout au long de leur vie, ces personnels compléteront et mettront à jour leurs connaissances au travers du développement professionnel continu (DPC). La formation doit continuer à se solidifier et se structurer, à l'image de toutes les actions que le CNP ARMPO a pu mettre en place pour les anesthésistes-réanimateurs, afin de garantir le maintien des doubles compétences, en anesthésie et en réanimation.

PROPOSITION 11

Créer un portail unique d'accès à la formation pour l'ensemble des professionnels de santé à même d'intervenir en soins critiques, quel que soit leur parcours.

Recherche

La recherche en soins critiques doit continuer à se développer, sur un plan pluridisciplinaire. Toutes les compétences doivent être mobilisées pour innover. La crise du COVID-19 aura permis de valoriser l'intérêt d'une recherche efficace et réalisée à une échelle nationale, voire continentale, sur la prise en charge des patients. Cette recherche doit être soutenue, et axée sur l'optimisation du parcours des patients pendant et hors crises sanitaires : cela doit permettre d'assurer une meilleure gestion des admissions en soins critiques. L'accès aux soins critiques doit être vu comme un soin de dernier recours, qu'il s'agit de prévenir. La recherche permettra de développer des outils permettant d'identifier rapidement les patients à risque de détérioration... et d'éviter celle-ci.

Les équipes de soins critiques concourent à améliorer la prise en charge de la souffrance psychique des patients et de leurs proches. Ces professionnels sont parfois eux-mêmes en difficulté dans leur exercice quotidien. Ces thématiques qui tournent autour de la santé mentale, associées aux spécificités du secteur, ont été mises en lumière par la pandémie de Covid-19. Elles appellent une réponse forte, y compris dans le domaine de la recherche.



L'amélioration des thérapeutiques, du confort des patients, les considérations éthiques au cœur des discussions doivent aussi faire l'objet de programmes de recherche dédiés et valorisés.

Toutes ces évolutions, souhaitables, imposent des travaux constants. C'est ce qui permettra de trouver les outils les plus adaptés à ces mutations : systèmes d'informations interopérables et ergonomiques, répertoire des ressources disponibles sur un territoire actualisé en temps réel, plateforme numérique d'accompagnement à la formation... Ces domaines, au croisement des nouvelles technologies et de l'ingénierie pédagogique, nécessitent d'être bien pensés, par des acteurs expérimentés. Ils peuvent porter des projets de recherche attendus.

Cette recherche, essentielle pour un pays et ses citoyens, doit bénéficier de financements plus importants, dans un cadre administratif renoué et simplifié afin de ne pas multiplier les procédures et autorisations inadéquates : elles ralentissent trop souvent les projets, sans pour autant améliorer la protection des individus. Ces efforts doivent permettre à la France de reprendre une position de leadership, y compris dans le domaine de la recherche clinique. (14).





Les soins critiques s'inscrivent également dans notre époque. Les travaux de recherche doivent impliquer les soignants bien sûr, mais aussi des non-professionnels de santé : ingénieurs, philosophes, chercheurs en sciences sociales... De nombreux corps de métier peuvent apporter un éclairage différent sur les enjeux des soins critiques, et sont susceptibles de faire émerger des solutions innovantes, que ce soit dans le domaine du numérique, de l'intelligence artificielle ou encore des sciences sociales.

En France, les plans cancers successifs ont permis de faire progresser les prises en charge et la recherche. L'épidémie de Covid-19 a mis en évidence la nécessité de prévoir des initiatives similaires pour l'organisation et la recherche en soins critiques.

« Les travaux de recherche doivent bénéficier de financements plus importants dans un cadre administratif rénové et simplifié »

PROPOSITION 12

Création d'un plan décennal d'investissement dans la recherche pour les soins critiques.



Prévenir les admissions en soins critiques



Prévenir les admissions en soins critiques



L'objet de ce document était de montrer l'importance des soins critiques dans l'organisation de notre système de santé, et la nécessité d'apporter des réponses durables pour améliorer leur flexibilité et faciliter leur accès à tous. Cette réflexion globale ne saurait s'affranchir d'une question centrale elle aussi : comment prévenir les admissions en soins critiques ? Dans les services hospitaliers conventionnels ou dans la vie de tous les jours, de nombreuses situations pourraient trouver une issue plus favorable qu'une admission dans une unité de soins critiques, par essence complexe.

Systèmes d'alerte précoces

De nombreuses équipes internationales utilisent des scores d'alerte précoce (19) pour caractériser les situations annonçant une complication susceptible de conduire à une admission en soins critiques. Certaines études identifient des risques majeurs pouvant être prévenus : les problèmes liés à la prescription médicamenteuse, les infections associées aux soins, les événements indésirables liés aux soins, une surveillance des paramètres vitaux intermittente (à défaut d'être continue), les erreurs de procédures, et enfin, les erreurs diagnostiques (20). De nombreux autres risques sont liés au manque de communication ou de transmission d'informations essentielles dans la prise en charge de l'usager, aux difficultés liées aux systèmes d'informations, ou encore aux problèmes organisationnels liés à la gestion des lits et des ressources.

Ces risques, qui peuvent survenir et mettre en péril la vie des patients, ne sont pas inéluctables et peuvent être prévenus ; c'est le sens de certaines initiatives innovantes. Ainsi, certaines équipes ont recours à la télémedecine : celle-ci peut permettre d'accompagner les professionnels dans les situations critiques. D'autres équipes encouragent à l'utilisation d'outils d'aide à la décision diagnostique. En France, des initiatives pourraient être portées, en s'appuyant sur l'utilisation des scores d'alerte précoces, composés de différents indicateurs. Ces scores pourraient être utilisés plus fréquemment dans les services conventionnels, afin d'éviter dès que possible un transfert dans une unité de soins critiques.

PROPOSITION 13

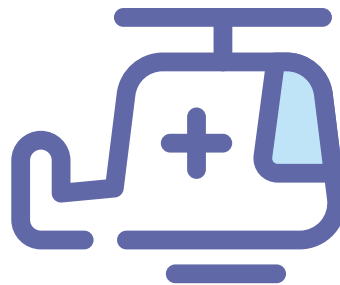
Accompagner les services conventionnels dans l'utilisation de scores d'alerte précoce, pour diminuer le recours aux unités de soins critiques.

Soigner en dehors des soins critiques : les équipes rapides de soins critiques

Afin de prévenir l'admission des patients en unités de soins critiques, la création d'équipes de réponse rapide (dites « rapid-response teams ») pourrait être envisagée de façon complémentaire à l'utilisation de scores d'alertes précoces. (21) Ces équipes pluridisciplinaires (constituées de professionnels spécialisés en soins critiques) interviendraient en amont, dans des unités conventionnelles, afin de prévenir le risque de transfert dans une unité de soins critiques. Elles pourraient être par exemple sollicitées pour un trouble du rythme cardiaque, une baisse de la pression artérielle, une augmentation de la fréquence cardiaque, et pour tous symptômes susceptibles de mener le patient en soins critiques.

Il est important de définir précisément les critères permettant aux équipes de recourir au dispositif. Mais, globalement, cette aide pourrait intervenir dans toute situation dans laquelle un soignant d'une unité conventionnelle serait soudainement inquiet et démuni.

Ces équipes peuvent servir à différents niveaux. Elles seraient en mesure d'agir sur l'organisation des soins ou l'évaluation du nombre de ressources humaines nécessaires pour gérer une situation qui s'aggrave. Elles permettraient d'éviter les raisonnements individuels, pour privilégier l'intelligence collective, et ainsi réduire le risque d'erreurs. Bien sûr, elles pourraient intervenir médicalement quand c'est nécessaire : modifier un traitement médicamenteux ou de suppléance (au niveau respiratoire par exemple) ou encore proposer une surveillance particulière.



Ces équipes seraient un maillon supplémentaire pour garantir l'élasticité et l'efficacité du système de soins et améliorer le pronostic des personnes hospitalisées, y compris en dehors des soins critiques.

PROPOSITION 14

**Mettre en place
des équipes rapides
de soins critiques,
susceptibles
d'intervenir
dans les unités
conventionnelles.**

Synthèse :
14 propositions
pour faire
progresser
l'organisation et
l'accès aux
soins critiques
en France

Synthèse :

14 PROPOSITIONS

pour faire progresser l'organisation et l'accès aux soins critiques en France

PROPOSITION 1

Augmenter le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants dans les unités de soins critiques. Créer une compétence spécifique et reconnue d'infirmier de soins critiques.

PROPOSITION 2

Augmenter le nombre de psychologues et de kinésithérapeutes exerçant dans les unités de soins critiques.

PROPOSITION 3

Obtenir un recensement précis et en temps réel du nombre de lits disponibles dans les unités de soins critiques sur l'ensemble du territoire national.

PROPOSITION 4

Renforcer les filières de soins critiques avec une évaluation précise, territoire par territoire, de la demande et des besoins en ressources humaines.

PROPOSITION 5

Créer un portail d'information sur les soins critiques à destination des usagers.

PROPOSITION 6

Disposer dans chaque établissement de santé d'un plan d'extension des soins critiques.

PROPOSITION 7

Organiser un pilotage médicalisé et territorialisé des soins critiques, investi par des professionnels de terrain, et faciliter les coopérations entre les opérateurs publics et privés de soins critiques.

PROPOSITION 8

Mettre le guide de mise en place de réanimations éphémères à disposition de l'ensemble des établissements disposant d'unités de soins critiques.

PROPOSITION 9

Créer une réserve soignante en soins critiques.

PROPOSITION 10

Proposer des outils numériques adaptés et interopérables pour l'organisation et la formation de la réserve soignante.

PROPOSITION 11

Créer un portail unique d'accès à la formation pour l'ensemble des professionnels de santé à même d'intervenir en soins critiques, quel que soit leur parcours.

PROPOSITION 12

Créer un plan décennal d'investissement dans la recherche pour les soins critiques.

PROPOSITION 13

Accompagner les services conventionnels dans l'utilisation de scores d'alerte précoce, pour diminuer le recours aux unités de soins critiques.

PROPOSITION 14

Mettre en place des équipes rapides de soins critiques, susceptibles d'intervenir dans les unités conventionnelles.



Bibliographie



Bibliographie

1. Lindecker-Cournil V, Atramont A, Rudant J, Tajahmady A, Drewniak N, Fouard A, et al. Mortalité après un séjour en réanimation en France en 2013-Étude à partir des bases de données médico-administratives. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2019;67:S98-9.
2. Bulletin Officiel n°2002-14.
3. Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.
4. Lefrant J-Y, Fischer M-O, Potier H, Degryse C, Jaber S, Muller L, et al. A national healthcare response to intensive care bed requirements during the COVID-19 outbreak in France. *Anaesth Crit Care Pain Med*. déc 2020;39(6):709-15.
5. McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P. Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *The Lancet*. 22 mai 2021;397(10288):1905-13.
6. Wunsch H. The outbreak that invented intensive care. *Nature*. 3 avr 2020.
7. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance.
8. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium - *The Lancet Regional Health - Europe*.
9. Nombre de lits de réanimation, de soins intensifs et de soins continus en France, fin 2013 et 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
10. Gaudart J, Landier J, Huiart L, Legendre E, Lehot L, Bendiane MK, et al. Factors associated with the spatial heterogeneity of COVID-19 in France : a nationwide ecological study. *medRxiv*. 18 sept 2020;2020.09.17.20196360.
11. En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
12. Gestion des lits - Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France | ANAP.
13. Directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie.
14. Bauer J, Brüggmann D, Klingelhöfer D, Maier W, Schwettmann L, Weiss DJ, et al. Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med*. 2020;46(11):2026-34.
15. Adam EH, Flinspach AN, Jankovic R, De Hert S, Zacharowski K, Board of Directors of ESAIC. Treating patients across European Union borders : An international survey in light of the coronavirus disease-19 pandemic. *Eur J Anaesthesiol*. 1 avr 2021;38(4):344-7.
16. Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une « Réanimation Ephémère » - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2020.
17. Guide de la réserve soignante en soins critiques. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.
18. Personnels et équipements de santé - Tableaux de l'économie française | Insee.
19. Systèmes d'alerte précoce : pour que « retrouver un patient mort dans son lit » n'arrive jamais. *Anesthesia Patient Safety Foundation*.
20. After vaccine failures, France laments biomedical decline | *Science*.
21. Hall KK, Shoemaker-Hunt S, Hoffman L, Richard S, Gall E, Schoyer E, et al. Making Healthcare Safer III : A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.

Ce document

n'aurait pas pu être écrit sans l'engagement constant de l'ensemble des soignants des unités de soins critiques, qui chaque jour travaillent à faire progresser durablement notre système de soins.

Merci à eux.

Ce livre blanc a été conçu par le Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation.

L'équipe en charge de sa rédaction était composée des

Pr. Bertrand Dureuil
(CNP),

Pr. Pierre Albaladejo
(SFAR),

Dr. Franck Verdonk
(SNJAR),

Dr. Laurent Heyer
(SNPHARe),

Pr. Marc Leone
(SFAR),

Dr. Stéphane Petitmaire
(SNARF),
et du

Pr. Julien Pottecher
(CNEAR).

La rédaction a été assurée avec la société Epcare.

Conception graphique :
Ker'Anatomy



74 rue Raynouard - 75016 PARIS • Contact : president@cnpar.org



CNEAR :
Collège
national des
enseignants
d'anesthésie-
réanimation



SFAR :
Société
française
d'anesthésie-
réanimation



SNJAR :
Syndicat
national
des jeunes
anesthésistes-
réanimateurs



SNARF :
Syndicat
national des
anesthésistes
réanimateurs
de France



SNPHARE :
Syndicat
National des
Praticiens
Hospitaliers
Anesthésistes
Réanimateurs
Elargi



SMARNU :
Syndicat des
Médecins
Anesthésistes-
Réanimateurs
Non
Universitaires



CNU :
Anesthésie-
réanimation
médecine
péri-opératoire :
Conseil national
universitaire