

PRECONISATIONS ORGANISATIONNELLES
POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID 19
DANS LES UNITES DE SOINS CRITIQUES

Les retours d'expérience en Chine, en Italie et de la région Grand-Est en France objectivent la nécessité d'anticiper la prise en charge des nombreux patients requérant des soins dans les unités de soins critiques, avec une montée en charge très rapide et un risque de saturation des capacités actuelles sans adaptation préalable des organisations. La région Nouvelle-Aquitaine ayant été touchée plus tardivement par l'épidémie, il nous a été possible à partir de ces retours d'expériences, d'anticiper une éventuelle montée en charge de l'épidémie. C'est pourquoi l'ARS et la FHF ont proposé la constitution d'un groupe de réflexion composé de Directeurs de soins et de DRH dans l'objectif de formuler des préconisations à destination des CH de la région. Cette réflexion s'appuie sur les retours d'expériences de 3 professionnels (IADE et IDE de SSPI) partis en renfort auprès des CHU de Nancy et de Metz dans des services de réanimation pour des patients COVID 19.

Préambule :

Il faut souligner l'hétérogénéité des situations et des organisations mises en place en fonction de l'intensité de l'épidémie, des ressources locorégionales en soins critiques (lits, matériel, personnels) et des possibilités d'adaptation d'unités de soins critiques non réanimation (SSPI, USI, USC). Il est donc difficile de proposer un modèle « universel ».

Les propositions ci-dessous intègrent la persistance d'une situation épidémique non totalement maîtrisée et la pénurie de ressources humaines en particulier paramédicales.

Option 1 : Tension épidémique extrême

Dans ce contexte, toutes les capacités des services de réanimation sont dépassées et les unités de soins critiques hors réanimation (surveillance continue, soins intensifs) accueillent des patients COVID 19 intubés et ventilés (services désignés sous le terme « Réanimation additionnelle » dans le ROR NA).

Organisation du travail préconisée dans les unités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) accueillant des patients COVID 19 :

=> Recommandation 1 : Privilégier une amplitude en 12 heures :

Cela permet, en cas de tension épidémique extrême :

- de diminuer les temps de recouvrement,
- de diminuer les jours travaillés (moins de déplacements sur l'ES) et d'allouer des repos nécessaires,
- de privilégier la continuité dans la PEC (une seule prise de relai par jour),
- une moindre consommation de ressources humaines et d'équipements de protection individuelle.

Le roulement en amplitude de 12 heures peut être établi sur une alternance de 2 jours de travail (jour ou nuit) et de 2 jours de repos. Cette organisation paraît idéale mais il peut être préférable pour les agents qui avaient déjà une organisation en 12 heures de maintenir le planning initial. Il faut éviter l'alternance jour/nuit et positionner autant que possible des jours de congé et de RTT.

Tout changement d'amplitude nécessitera un dialogue préalable et continu le temps de la gestion de crise avec les organisations syndicales.

=> Recommandation 2 : s'appuyer sur les compétences en interne et organiser le travail des renforts à la tâche.

Rappel des normes en vigueur :

- Décret 2002-466 du 5 avril 2002 sur réanimation et unité de surveillance continue : pour la réanimation 2 IDE pour 5 patients et 1 AS pour 4 patients, pas de précision pour les soins continus.

- En 2011, les recommandations de la SRLF-SFAR préconisent : 1 IDE pour 4 patients et 1 AS pour 6 patients puis celles de 2018 annoncent un ratio de personnels paramédicaux présents et affectés aux soins de 0.4 par lit ouvert.

- Il est nécessaire d'effectuer **le recensement du personnel compétent en réanimation** en prévision du redéploiement des moyens humains.

- il est nécessaire d'organiser le travail des renforts.

Les renforts sont constitués en priorité par :

- des IADE et des IDE de SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle)
- d'IDE ayant une expérience en réanimation et unité de surveillance continue ces 5 dernières années.

Il est toutefois nécessaire de mettre en place des modules de formation très courts permettant l'intégration de personnels d'autres services, voire d'autres établissements afin d'intégrer très rapidement et dans des conditions sécuritaires les professionnels arrivant en renfort.

Il est recommandé de renforcer en moyens humains l'équipe de réanimation pour la PEC de plusieurs patients confirmés infectés. Ce renforcement a pour objectif de réduire la charge de travail des professionnels afin de maintenir un niveau élevé de respect des mesures barrières, les temps d'habillage et de déshabillage étant importants.

La constitution d'équipes de profils et d'expériences différents ne permet pas de maintenir le principe de polyvalence. D'ailleurs, les organisations mises en place dans les hôpitaux du Grand Est, démontrent qu'une segmentation de la prise en charge du patient est plus opérationnelle. Il faut penser une organisation soignante en mode « dégradé », ne pas chercher à homogénéiser les compétences mais à les optimiser par une organisation très descriptive, par tâche, qui est plus simple à mettre en œuvre et qui génère moins de stress pour le personnel moins expérimenté.

L'organisation des postes de travail en binôme IDE/AS est à privilégier avec 1 IDE et 1 AS pour 2 voire 3 patients. Cet effectif est complété avec 1 IDE en renfort pour 5 à 6 patients.

L'organisation à 2 niveaux semble être la plus efficiente :

- IDE compétente Réanimation ou IADE ou IDE SSPI : en charge du patient sur le plan hémodynamique avec un focus particulier sur la surveillance respiratoire car dégradation extrêmement rapide de l'état du patient COVID 19 (nécessité intubation, pose drain thoracique), réglage respirateur en fonction résultats gazométrie
- IDE renfort (personnel redéployé sans compétence réanimation) assure :
 - le remplissage des différents chariots (médicaments spécifiques COVID, matériel en cas de défaillance respiratoire etc.),
 - la préparation des perfusions et seringues pour PSE,
 - l'aide au nursing avec l'AS,
 - la préparation du matériel au moment des visites et tours des boxes,
 - les commandes de matériel spécifique.

Cette organisation à 2 niveaux peut permettre de limiter le nombre d'IDE compétentes Réanimation par roulement.

Les AS du service de réanimation seront en binôme avec les IDE dans les boxes pour les soins de confort et l'aide aux manipulations des patients. Les AS qui viendraient en soutien, seraient affectés à des activités d'entretien des matériels et des locaux.

=> Recommandation 3 : Prévoir un accompagnement psychologique au sein même du service

Les retours d'expériences du Grand Est ont mis en exergue la charge émotionnelle très forte en lien avec un nombre important de décès. Il faut donc anticiper le besoin d'aide et d'accompagnement psychologique des soignants en leur proposant des temps d'échanges qui leur permettent de verbaliser s'ils le souhaitent. Il semblerait que le besoin de verbalisation des soignants soit plus important au moment de quitter leur poste de travail. Les psychologues, les médecins du travail sous forme de cellules locales d'écoute, ont la possibilité d'organiser ces rencontres directement au sein des services.

Option 2 : Situation épidémique moins critique

La priorité est la gestion du flux sortant de patients de réanimation. Dans cette situation, les centres hospitaliers concernés ont pu envisager plusieurs modèles : renforcement d'unités SSR, transfert en médecine infectieuse ou pneumologie, USC dédiée Covid. C'est ce dernier modèle qui est proposé.

Dans cette situation, l'unité de surveillance continue reçoit des patients sevrés de la ventilation artificielle mais nécessitant une surveillance rapprochée (monitoring), une oxygénothérapie, et relevant d'une charge en soins élevée correspondant au flux « post-réanimation » des USC (confer les recommandations de la SRLF-SFAR).

Les conditions de fonctionnement d'une telle unité sont celles préconisées par les sociétés savantes en intégrant une densité de personnel supplémentaire pour répondre aux nécessités de respect des procédures d'isolement et de protection pour les soignants.

Les soignants doivent avoir une compétence en réanimation (détection des signes de gravité, gestes d'urgence) acquise soit par leur expérience antérieure, soit renforcée ou réactualisée par une remise à niveau avec une mixité de personnel en place et personnel de renfort.

Pièces jointes :

- « Recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV2 » SRLF-SFAR-SFMI-GFRUP-SPILF avec la mission COREB nationale
- Exemples de planning en 12Heures : CH d'Agen-Nérac et CH de Niort