

Guide de la réserve soignante en soins critiques

Conseil National Professionnel Anesthésie Réanimation Médecine Péri Opératoire

Conseil National Professionnel Médecine Intensive Réanimation

Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation

Coordinateurs : Pr. Bertrand Dureuil (CNP ARMPO) et Pr. Jean-Paul Mira (CNP MIR)

Rédacteurs :

Pr. Nadia Aissaoui (CNP MIR), Pr. Pierre Albaladejo (CNP ARMPO), Mme Claire Fazilleau (FNIR), Pr. Bruno Fontaine (Service de Santé des Armées), Dr. Laurent Heyer (CNP ARMPO), Mme Florence Kania (Directrice des Soins, AP-HP), Dr. Khaldoun Kuteifan (CNP MIR), Pr. Thomas Leclerc (Service de Santé des Armées), Dr. Antoine Lefebvre-Scelles (CESU), Pr. Marc Léone (CNP ARMPO), Dr. Lionel Liron (CNP MIR), Pr. Eric Meaudre (Service de Santé des Armées), Pr. Pierre Pasquier (Service de Santé des Armées), Mme Sabine Valera (FNIR).

Plan

Résumé

Introduction

1 : Les soignants constituant la réserve

- 1-1 Définition des compétences socles du travail en soins critiques pour différents soignants : IDE, AS, Kiné et Cadre de santé
- 1-2 Intégration des soignants au sein des équipes de soins critiques
- 1-3 Définition du cadre contractuel de l'engagement

2 : Organisation et gestion de la réserve soignante

- 2-1 Réserve liée à un territoire
- 2-2 Réserve liée à un établissement de santé
- 2-3 Gestion des ressources humaines

3 : Modalités de formation et de maintien des compétences

- 3-1 Personnels concernés
- 3-2 Formation
- 3-3 Modalités d'intégration dans le secteur d'affectation

4 : Situations d'engagement de la réserve 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 de la réserve
- 4-4 Conséquences de l'engagement de la réserve sur son établissement

Conclusion

Annexes

Résumé :

1. A l'issue de la première crise COVID, la constitution de réserves soignantes compétentes en soins critiques a été identifiée comme une mesure indispensable pour gérer les situations sanitaires conduisant à une augmentation brutale des besoins en soins critiques. Elles confèrent aux établissements de santé et aux territoires une réelle agilité pour étendre leur capacité en lits de soins critiques.
2. La réserve soignante compétente en soins critiques est composée de professionnels, ne travaillant pas habituellement en soins critiques mais volontaires pour venir en renfort en cas de crise sanitaire. Il s'agit principalement d'infirmiers (IDE) mais également d'aides-soignants (AS).
3. Les personnels de la réserve bénéficient d'une formation socle qui se décline en une partie théorique (durée de 2 à 3 jours) et une partie en immersion (durée au minimum de 3 jours) au sein d'une réanimation. Elle peut s'inscrire dans la démarche du Développement Professionnel Continu (DPC) (orientation prioritaire n°44).
4. Les objectifs de la formation socle sont de : 1°) savoir coopérer avec les autres professionnels de l'équipe ; 2°) savoir appliquer les procédures internes et maîtriser les systèmes d'information ; 3°) maîtriser les solutions thérapeutiques et le monitoring de base en réanimation.
5. La session de formation socle associe :
 - Une partie théorique dont le module générique de formation correspondant à la Formation Spécialisée aux Gestes et Soins d'Urgence en Situation Sanitaire Exceptionnelle (Arrêté du 16 mars 2021)¹ peut être complété par des modules types FIER ou FAST réa qui s'appuient sur les programmes mis à disposition par les sociétés savantes de réanimation (SFAR, SRLF) et les fédérations infirmières (Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation [FNIR]).
 - Une période d'immersion en réanimation au cours de laquelle la formation s'effectue principalement par le compagnonnage avec des IDE et AS ayant une expertise en réanimation et capables de la partager, de transmettre leurs compétences sur un référentiel de procédures de soins. La valorisation des IDE formateurs est nécessaire.
6. Le maintien des compétences en soins critiques, assuré par la participation à des cycles réguliers de formation, est une condition d'appartenance à la réserve. Ceux-ci comprennent des sessions de formation théorique, au mieux associées à des séances de simulation, ainsi que des périodes d'immersion en unité de réanimation. La durée et la fréquence des cycles d'entretien des compétences seront définies au sein des établissements et leur suivi sera tracé par la plateforme de gestion de la réserve.
7. Les personnels de la réserve disposent d'un cadre contractuel d'engagement formalisé en fonction de leurs modalités habituelles d'exercice et défini réglementairement. L'engagement des personnels de la réserve soignante doit être valorisé financièrement.
8. Les établissements de santé disposant d'une unité de réanimation autorisée mettent en place une plateforme de gestion des personnels de la réserve soignante. Un suivi

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/3/16/SSAP2108720A/jo/texte>
[JORF n°0068 du 20 mars 2021](#)

régulier de leurs compétences en soins critiques est nécessaire. Nous recommandons pour cela l'utilisation d'un passeport numérique.

9. Une approche territoriale-régionale est mise en place s'il existe un réseau des filières de soins critiques. La gestion relève alors probablement de l'ARS avec des outils qui doivent communiquer avec les plateformes des établissements du territoire/ de la région.
10. En cas de déclenchement du Plan Blanc, l'engagement de la réserve soignante au profit des soins critiques intervient selon les besoins et la cinétique d'évolution de la crise. A ressources constantes, le renfort des soins critiques se fait nécessairement aux dépens d'un secteur de soins (interventionnel ou conventionnel) et elle est gérée par la cellule de crise de l'établissement. Une des finalités de la réserve est de limiter l'engagement des ressources du plateau interventionnel (IADE, IBODE) pour en maintenir l'activité.

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 (anesthésistes-réanimateurs et intensivistes-réanimateurs), la principale limite de cette stratégie a été l'adéquation nécessaire entre les personnels soignants compétents en réanimation disponibles [notamment infirmiers diplômés d'état (IDE)] et le nombre de patients à prendre en charge. En effet, l'environnement hautement technique des soins critiques et la gravité des patients requièrent de la part des IDE et AS des compétences professionnelles et des connaissances spécifiques qui sont autant indispensables à la qualité qu'à la sécurité des soins.

Dès le mois de juillet 2020, les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) d'Anesthésie Réanimation Médecine Péri-Opératoire et de Médecine Intensive Réanimation, attiraient l'attention des pouvoirs publics sur la fragilisation des soins critiques en cas de nouvelle vague COVID-19 et sur la difficulté d'armer de nouveaux lits en raison du nombre insuffisant d'IDE et d'AS disponibles et compétents en réanimation². De manière récente, dans leurs « *Propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique COVID-19* »³, les deux CNP des professionnels de la réanimation ont défini des principes organisationnels dans le domaine des ressources humaines permettant d'augmenter temporairement les capacités d'accueil de patients en soins critiques. La constitution de réserves soignantes en soins critiques a été proposée. Elles seront indispensables dans toutes les situations sanitaires conduisant à une augmentation brutale des besoins en soins critiques et elles conféreront aux établissements de santé et aux territoires une réelle agilité pour étendre leur capacité en lits de « soins lourds ». Par ailleurs, la mobilisation de ces personnels devrait limiter le recours aux ressources issues du plateau technique [infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) et infirmier des blocs opératoires diplômé d'état (IBODE)] réduisant ainsi les déprogrammations chirurgicales et interventionnelles.

« Le Guide de la réserve soignante en soins critiques » propose des pistes pour structurer de manière pérenne la réserve et identifier les personnels au sein des établissements disposant d'unités de réanimation mais également au niveau des territoires-régions. Cette réserve soignante en soins critiques décrite dans ce document ne doit pas être confondue avec la Réserve sanitaire, de Santé Publique France, qui disposent de volontaires employables au niveau national ou international dans l'exercice de leur métier habituel.

Les conditions indispensables au maintien et au renforcement des compétences pour ces personnels travaillant habituellement hors des secteurs des soins critiques sont définies et les

² *Propositions pour des soins critiques sécurisés en cas de nouvelle vague pandémique COVID-19 / Juillet 2020 CNP-MIR/CNP-ARMPO*

³ *Propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique COVID-19*

outils disponibles sont décrits. Enfin, les modalités de mobilisation de la réserve sont présentées.

1 : Les soignants constituant la réserve

Le renfort soignant prend en compte les compétences des professionnels sollicités et s'inscrit dans une démarche de volontariat. Il est nécessaire de définir les modalités de qualification individuelle de ces compétences sociales ou de l'autonomie de chaque soignant en prenant en compte :

- 1) Antériorité ou trajectoires professionnelles
- 2) Identification des manques ou difficultés professionnelles individuelles
- 3) Allocation / cohérence entre compétences et secteur de soins critiques selon leurs charges ou spécificités en soins critiques.

Il y a lieu également de sécuriser l'engagement des soignants lors de la crise : dispositifs de restauration ou d'acquisition des compétences (à distinguer de la préparation d'une réserve sanitaire), engagement dans un cadre contractuel préparé en amont (rotations, rémunération, protection assurancielles, ...).

1-1) Définition des compétences sociales du travail en soins critiques pour différents soignants : IDE, Aide-Soignant (AS),

Les soignants devant intégrer la réserve seront issus de parcours différents, et il est indispensable de prendre en considération ces différences professionnelles et de niveau de compétences pour pouvoir créer le projet qui permettra à chacun de bénéficier d'un encadrement et d'une formation adaptés à son intégration au sein des équipes. L'objectif est d'atteindre une autonomie suffisante à la prise en charge des patients en toute sécurité. La création de cette réserve impose aux soignants qui la composeront d'actualiser régulièrement leurs connaissances et de développer leurs compétences individuelles et collectives tant il est évident que la prise en charge des patients des unités de soins critiques est caractérisée par le travail en équipe multidisciplinaire.

Il convient donc d'envisager les différents types d'intégration pouvant être rencontrés en se concentrant sur les champs d'apprentissage spécifiques de chaque catégorie professionnelle.

Il est proposé de s'appuyer sur la résilience collective que confère le travail en équipe dès lors qu'il est organisé pour favoriser les leviers de coopérations professionnelles, en particulier le mentorat (partage d'expertises et transfert de compétences) et le partage d'un référentiel commun (procédure de soins) propice au dialogue professionnel ; le but étant de favoriser l'émergence d'une intelligence collective. Ces équipes sont a priori pluri-professionnelles avec la contribution des métiers des soins critiques comme IDE et AS auxquels s'agrègent d'autres professions comme les kinésithérapeutes, les préparateurs en pharmacie, les diététiciens ou encore les psychologues. Elles intègrent à la fois des personnels de renfort et les personnels

travaillant habituellement en soins critiques. Ce renforcement de l'équipe soignante permet ainsi à l'établissement d'étendre son capacitaire de soins critiques de manière sécurisée au-delà du périmètre autorisé.

Pour cela, il est souhaitable d'organiser l'intégration de professionnels de différents niveaux de compétences dans des unités composées par des soignants de différentes origines ou compétences mais structurées autour d'un formateur pour constituer une « unité soignante ». De façon optimale, ces unités associent des soignants experts ou « formateurs » (IDE exerçant en réanimation avec une compétence de formation et de transmission des savoirs : *niveau 3 voir infra. §2*) et des nouveaux soignants qui contribuent selon leurs compétences avérées au travail en soins critiques. La construction de ces équipes (dimensions, durées d'engagement, périmètre professionnel et agrégation des différentes compétences apportées par les soignants de la réserve sanitaire) est gouvernée selon les enjeux de soins spécifiques à chaque crise ou environnement de travail. En effet, si l'unité soignante habituelle en soins critiques est constituée principalement par un binôme associant IDE et AS, l'expérience de la gestion de la crise COVID montre que ces unités soignantes bénéficient de l'incorporation de compétences additionnelles.

A cette fin, une caractérisation des compétences professionnelles de chaque soignant en vue de la constitution des « unités soignantes » opérationnelles est utile. Il est attendu que celle-ci guide l'élaboration des objectifs de formation ou de maintien des compétences en dehors de toute crise pour que chaque établissement dispose des ressources nécessaires à l'extension des soins critiques. Dans ce but, il est important de mettre en avant des compétences socles d'un exercice professionnel en équipe dans un environnement de soins critiques.

Ces compétences socle se déclinent en 4 champs avec des hiérarchies adaptées selon les professions principalement concernées (IDE, AS, ..). Ces 4 champs n'ont pas vocation à décrire l'ensemble des compétences d'un IDE de réanimation qui est ici la profession de référence mais à fournir une base pour la construction des unités soignantes, intégrant les professionnels de la réserve. Ces champs sont ciblés car considérés comme déterminants pour travailler en équipe, protéger les équipes, sécuriser la qualité des soins courants et maîtriser ou développer des soins spécifiques dans un environnement de soins critiques. Ils sont hiérarchisés dans un ordre décroissant d'exigence ou d'enjeux pédagogiques. Ce choix vise à faciliter l'organisation des programmes de formation préalables à l'intégration des professionnels dans la réserve soignante (Cf. § 3).

Il s'agit pour le soignant 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 soins critiques programmés ou urgents (travail collectif). Ce champ qui correspond à des objectifs de synthèse et d'analyse qui peuvent conduire à planifier en toute autonomie des soins complexes, intriqués

(gestion des plans de soins critiques) avec la maîtrise du système d'information associé (dossier clinique, saisie des données, ...) propre à l'unité de soins critiques.

- 2) Appliquer les procédures internes propres à l'unité de soins dans laquelle l'équipe est engagée. Cet objectif mobilise des connaissances génériques à la profession de soignant des soins critiques pour les appliquer dans le contexte spécifique à l'unité de travail dans laquelle l'équipe est engagée. Cet objectif s'applique à la prise en charge thérapeutique de soins critiques, de surveillance d'un patient défaillant ou des gestes d'urgence :
 - a. Surveiller les techniques de suppléances ou thérapeutiques selon les procédures internes propres à l'unité.
 - b. Identifier et hiérarchiser les signes cliniques ou les alertes générés par le système d'information ou par la surveillance des patients, puis initier les réponses adaptées selon les procédures internes à la structure.
 - c. Appliquer ensemble et efficacement les gestes, procédures de soins d'urgence ou soins non programmés selon les référentiels adaptés dans des procédures internes à la structure.
- 3) Assurer une posture soignante adaptée dans la communication avec les proches pour les patients critiques incluant la gestion de la fin de vie.
- 4) Maîtriser les solutions thérapeutiques spécifiques de monitoring ou de suppléance complexes (circulation extra corporelles, assistances circulatoires, épuration extra rénale, etc.) n'est pas envisagé pour les professionnels de la réserve soignante. Ces soins sont *a priori* dévolus aux professionnels de soins critiques natifs des unités qui assurent ces techniques spécifiques.

1-2. Organisation et intégration des équipes soignantes de soins critiques

Il est possible de dégager plusieurs profils de soignants au sein des équipes en lien avec des enjeux de formation initiale impérative ou du seul maintien des compétences par « immersion » préférentiellement dans l'unité où le soignant sera engagé en temps de crise :

- A. « Formateur » : les soignants de réanimation experts assureront l'encadrement et la formation au sein de chaque unité soignante. Il s'agit principalement d'IDE/AS de réanimation ayant plus d'un an d'expérience dans le service avec une appropriation totale des procédures internes des unités autorisées. Ils maîtrisent également les techniques spécifiques utilisées dans ces unités. Ceux-ci bénéficieraient de formations spécifiques dédiées à l'acquisition des compétences pédagogiques

d'accompagnement des agents de renfort. Il s'agit de personnels dits de niveau 3 (expérience de réanimation) et labélisés « formateur » (cf. § 2).

- B. « Soignants sécurisant l'extension des soins critiques » : IDE et AS ayant une expérience de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) qui font état des compétences génériques à cet exercice, en particulier le travail collectif avec des actions de synthèse et d'analyse de l'état du patient de soins critiques. Ceux-ci devront bénéficier d'un programme « d'immersion ». Ce programme cible l'appropriation des procédures internes de la future unité de réanimation autorisée et/ou extensive dans laquelle ils seront engagés. Cette formation initiale d'immersion doit être suivie d'un maintien des compétences toujours par immersion, dans l'unité concernée. A l'issue de cette formation, ces personnels correspondent au niveau 2 (cf. § 2).
- C. « IADE » : ces soignants maîtrisent les compétences mobilisées pour appliquer les thérapeutiques des soins critiques mais exercent en dehors de ces structures au sein des secteurs interventionnels (bloc opératoire, endoscopie, imagerie interventionnelle ou des salles de surveillance post-interventionnelles. Pour la majorité d'entre eux, leur trajectoire professionnelle a comporté un exercice en soins critiques. Ils sont redevables d'actions de formations réduites, ciblées sur la réactivation des connaissances des soins critiques et d'une « immersion ». Dans tous les cas, la mobilisation des IADE est à mettre en balance avec la préservation d'une activité pour des soins prioritaires en plateaux interventionnels (cf. § 4).
- D. IDE et AS « naïfs en soins critiques » : les soignants qui exercent en dehors des soins critiques et avec des modalités d'exercice cantonnées à la prise en charge individuelle, isolée. Ceux-ci bénéficieront d'une formation initiale complète sur l'ensemble des champs de compétences propres à leur profession suivie des actions « d'immersion ». Ils correspondent initialement aux personnels dits de niveau 0 qui atteindront le niveau 1 lors de leur intégration dans la réserve soignante au terme de la période de formation (cf. § 3 et 4). La mobilisation des IBODE et des IDE de SSPI est à mettre en balance avec la préservation d'une activité pour des soins prioritaires au blocs opératoires et en plateaux interventionnels. Néanmoins en cas de cinétique rapide avec déprogrammation des activités interventionnelles, ces personnels sont invités à participer à la réserve....

Les trajectoires des professionnels constituant la réserve soignante se déclinent selon les types de professions, IDE ou AS.

1-3) Définition du cadre contractuel de l'engagement :

L'objectif du cadre contractuel est de sécuriser l'engagement du soignant volontaire dans une réserve soignante. Il constitue le support administratif garantissant une adéquation entre les compétences socles des soins critiques acquises par le soignant et la modalité de mobilisation de chaque soignant (formation initiale, maintien des compétences et phase d'immersion en équipe de soins stabilisée avec son formateur).

Cette construction contractuelle prend en compte les différentes modalités d'exercice des soignants qui peuvent s'engager dans une réserve sanitaire. Dans les grandes lignes, ces modalités se déclinent en trois catégories selon l'éloignement administratif de l'établissement dans lequel devra s'engager le soignant :

- a) Dans l'établissement de santé où il travaille (plus accessible/mobilisable car en interne) : déclinaison selon établissement à but lucratif (droit privé) ou établissement public (cadre de la fonction publique hospitalière).
- b) Dans un autre établissement de santé : la distance entre l'établissement de rattachement et celui d'engagement se décline selon la nature de la structure. 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).
- d) La problématique spécifique de l'intégration des professionnels récemment retraités est abordée en annexe 1.

Idéalement, la constitution d'une réserve soignante sécurisée bénéficierait d'un cadre contractuel avec une assise réglementaire sous-jacente. De par ses besoins en formation et la diversité des modalités d'exercice des soignants concernés (public, contractuel, libéral, retraité), 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 avec le soignant, son employeur et l'Armée. Les modalités d'engagement sont codifiées, et les modalités de formation (objectifs initiaux puis maintien des compétences), 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 professionnels de santé.

Le choix du cadre contractuel est déterminant pour établir le cadre administratif qui confère aux soins critiques leurs propriétés d'extension. Il est attendu qu'il sécurise la formation préalable à l'engagement puis la valorisation et la protection du soignant qui s'engage dans une réserve sanitaire. L'élaboration, en amont de la crise, d'un cadre contractuel précis et sécurisant est une contrepartie légitime d'un engagement volontaire dans une réserve soignante.

4

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

2 : Organisation et gestion de la réserve soignante compétente en soins critiques

Au cours de la première vague COVID au printemps 2020, compte tenu de l'absence de réserve soignante au sein des établissements, l'extension de unités de réanimation et l'armement de nouveaux lits ont conduit à mobiliser très rapidement un nombre important de personnels soignants exerçant habituellement en dehors des soins critiques. L'intégration de ces personnels de renfort a souvent été effectuée sans formation préalable pour beaucoup d'entre eux, ni encadrement et accompagnement suffisamment formalisé. Disposer en situation de crise d'une réserve soignante préalablement organisée sécurise la prise en charge des patients et assure de meilleures conditions de travail au personnel soignant lui-même. La réserve soignante doit s'appuyer sur des outils numériques robustes et un suivi effectué conjointement par des binômes médecin / cadre de santé en responsabilité dans les établissements de santé et/ou sur le territoire-région en lien avec les agences régionales de santé (ARS) dans leur section soins critiques.

2-1) Principes généraux

Les professionnels volontaires pour participer à la réserve (cf. 1-2 : IDE, IADE, IBODE, AS.) issus de structures hospitalières publiques ou privées ou exerçant en libéral, acquièrent et entretiennent des compétences en soins critiques au cours de leur parcours professionnel comme membres de la réserve et peuvent être mobilisés à tout moment (cf. § 4).

La formation socle des professionnels de la réserve leur permet d'atteindre des niveaux de compétence 1 et 2 qui sont donnés ici à titre indicatif (voir infra). Le niveau 3 correspond à des professionnels ayant un exercice habituel en réanimation (au moins 1 an) et donc à ce titre ne font pas partie de la réserve.

- Niveau 0 : personnel sans expérience en soins critiques en amont du premier cycle de formation et d'immersion qui les conduit niveau 1.
- Niveau 1 : personnel dont la formation est associée à une compétence pour la prise en charge de patients de soins critiques non complexes dans un environnement d'équipes sécurisées (cf. 2-2).
- Niveau 2 : personnel dont la formation est associée à la capacité de prendre en charge des patients de soins critiques, y compris en situations complexes ; compte tenu de l'expérience professionnelle acquise antérieurement, certains personnels de la réserve accéderont au niveau 2 au terme de la formation (Cf. §1).
- Niveau 3 : personnel ayant un niveau d'expertise et travaillant régulièrement en soins critiques ; les IDE de niveau 3 peuvent en outre recevoir le label « formateur », c'est-à-dire de la compétence à assurer l'encadrement des personnels de renfort au sein des unités autorisées et/ou extensives.

Il n'existe pas à ce jour de schéma organisationnel définitif de la réserve soignante et celle-ci peut s'organiser au niveau des établissements de santé ou au niveau des territoires-régions. Il convient surtout d'éviter les montages complexes et difficiles à maintenir.

- La constitution d'une réserve 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.
- Le second niveau est celui du territoire-région. Il devrait s'inscrire dans le maillage de filières de soins critiques. Toutefois, 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 à la réserve soignante compétente en soins critiques.

Ces deux niveaux sont à construire en complémentarité et en synergie.

2-2) Réserve liée 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 quel était le nombre 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 personnel s'appuie sur les compétences managériales d'un binôme cadre de santé/médecin coordonnateur au niveau de chaque site, sur la base du respect d'une activité normée définie réglementairement. Cependant, on ne peut que recommander de soulager la charge de travail des équipes soignantes. En effet, le respect des mesures d'isolement et la diminution globale du niveau des compétences du fait d'un recours à des agents de la réserve soignante dont la compétence est le plus souvent de niveau 1 en prévoyant par exemple, au-delà du ratio réglementaire, 1 IDE référent(e) de niveau 2 ou 3 par tranche de 8-10 lits, ceci étant pris en compte lors de la prise de poste opérationnelle des

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

agents de la réserve sanitaire (et non pas lors de la période de formation de ces agents).

Les personnels volontaires s'inscrivent sur une plateforme numérique mise en place par l'établissement de santé avec l'identification de leur niveau de compétences (selon une définition pour chaque profession), les structures d'accueil souhaitées, les périodes d'indisponibilité. Il est important d'insister sur la nécessité de constituer un corps d'IDE mais également un corps d'AS indispensable au fonctionnement des soins critiques en incluant des fonctions d'accueil et orientation des proches, de logistique d'approvisionnement...

L'établissement doit promouvoir la mise en place de sa plateforme numérique en sollicitant systématiquement les professionnels qui ont exercé dans un service de réanimation avant de s'en éloigner pour rejoindre d'autres services ou d'autres fonctions, y compris en exercice libéral. Cette plateforme est régulièrement alimentée des professionnels volontaires par les données fournies par les Directions des Ressources Humaines et/ou des cadres des services de réanimation des établissements de santé en lien avec les pôles incluant des soins critiques. Ces mises à jour effectuées au niveau de l'établissement sont régulièrement répercutées à l'ARS.

Il est recommandé que le suivi de la formation et du maintien des compétences repose sur un passeport numérique, au mieux en lien avec la plateforme de gestion colligeant l'ensemble des professionnels de la réserve de l'établissement (cf. supra), géré par la Direction des Ressources Humaines. Le passeport numérique précise le programme des formations théoriques, des séances en centre de simulation et des stages pratiques d'immersion qui ont été suivies à la fois en période initiale et dans le cadre du maintien des compétences. Chaque agent de la réserve soignante a accès à son passeport numérique (cf. § 3). Des alertes pourraient être adressées aux agents de la réserve soignante leur rappelant la nécessité du maintien de leurs compétences et elles seraient répercutées sur la plateforme numérique permettant le suivi longitudinal de chaque agent.

2-3) Réserve liée à un territoire et/ou d'une région⁶

A la lumière de la gestion d'une épidémie où tous les moyens s'avèrent utiles, il est souhaitable de porter un regard décloisonné sur les ressources de soins critiques disponibles du territoire-région. Cela comprend une répartition de l'activité de réanimation exceptionnelle entre les différents secteurs d'activité publique ou privée au prorata de leur nombre de lits de réanimation. 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 ses limites.

La cartographie exhaustive des acteurs des soins critiques d'un territoire-région doit

⁶ 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.

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'une réserve soignante de territoire. Il n'y a pas de modèle univoque mais la coordination régionale et/ou territoriale doit être animée par une structure dont l'ancrage est suffisant pour connaître précisément les besoins et collecter exhaustivement les demandes des établissements. Cette animation s'inscrit au mieux dans le cadre d'un réseau régional et/ou territorial des soins critiques recommandé par l'ANAP⁷. La direction de cette coordination pourrait reposer sur un binôme médecin qualifié en réanimation/Directeur des soins ou cadre de santé selon une décision consensuelle des acteurs exerçant sur le territoire-région concerné. Ce binôme fonctionnerait en lien étroit avec l'ARS. D'autres modèles sont possibles qui reposeraient davantage sur un pilotage ARS. 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 relation notamment avec les gestionnaires des plateformes des établissements de santé concernés (cf. 2-2). Elle renseigne les besoins et les ressources tout en étant suffisamment fonctionnelle pour être adoptée largement. La structure de gestion et de suivi de l'ARS s'appuyant sur les responsables du réseau territorial et/ou régional des soins critiques, mobilise puis oriente les professionnels vers les établissements demandeurs de ressources.

Chapitre 3 : Modalités de formation et de maintien des compétences

3-1) Personnels concernés :

La participation au programme de formation et de maintien des compétences est obligatoire, quelle que soit l'expérience professionnelle, pour appartenir à la réserve soignante en soins critiques. La formation de ces personnels s'appuie sur les programmes élaborés, validés et mis à disposition par les sociétés savantes de réanimation (SFAR, SRLF) et les fédérations infirmières (Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation [FNIR], relayée possiblement au niveau local par des responsables de la formation, médicaux et soignants, dans une optique pragmatique, raisonnable et adaptée aux conditions locales (cf. § 3).

⁷ Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France (<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/2734>)

3-2) Types de formation

L'objectif de la formation socle IDE est l'acquisition de compétences de niveau 1 (cf. 2-1). Elle associe formation théorique et en immersion.

Le programme est basé sur :

3-2-1) Formation théorique: un module générique de formation est proposé initialement (effectué par les établissements notamment de référence ou les sociétés savantes) correspondant à la Formation Spécialisée aux Gestes et Soins d'Urgence en Situation Sanitaire Exceptionnelle (Arrêté du 16 mars 2021 modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence)⁸. Ce module s'intègre dans la démarche du parcours de développement professionnel continu (DPC) du professionnel permettant ainsi sa prise en charge financière (orientation prioritaire n°44). Il peut être complété par des modules types FIER ou FAST réa ainsi que des modules spécifiques à la crise (ex : NRBC).

Le prérequis est le Module "urgences collectives et situation sanitaire exceptionnelle" de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence 1 ou 2. Le suivi du programme de formation en ligne pour la prise en charge d'un patient requérant des soins critiques constitue un préalable à la formation présentielle qui est de 14 heures (2 jours). L'enseignement du module est adapté en fonction de la profession des participants et de leur mode d'exercice professionnel. Il doit être réalisé dans la mesure du possible, dans des locaux adaptés, au mieux *in situ* en réanimation.

Objectifs pédagogiques généraux

– Connaître l'environnement du patient en réanimation

- éléments à vérifier à la prise de poste ;
- installation du patient et son monitoring ;
- préparation du matériel d'intubation et séquence d'intubation du patient. Connaître le matériel d'intubation difficile ;
- prise en charge du patient dont la trachée est intubée ou trachéotomisé ;
- préparation du matériel et mise en œuvre de la pose des cathéters centraux ;
- connaître les risques liés à ces techniques et dispositifs médicaux.

– Mettre en œuvre les précautions d'hygiène en soins critiques :

- précautions d'hygiène standards et complémentaires dans le cadre de la prise en charge des patients porteurs d'une maladie infectieuse transmissible en réanimation selon les recommandations de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/3/16/SSAP2108720A/jo/texte>
[JORF n°0068 du 20 mars 2021](#)

- principes de l'équipement de protection individuel (EPI) et de son utilisation ;
 - procédures de traitement du matériel et des déchets dans le box et hors du box de réanimation ;
 - modalités d'acheminement des prélèvements respiratoires (aspirations et frottis).
- Savoir mettre en œuvre les dispositifs d'oxygénation non invasifs**
- installer le patient sous dispositif d'oxygénation ;
 - surveiller le patient : constantes cliniques et paracliniques ;
 - mettre en place un dispositif de ventilation non invasive (VNI) et / ou une oxygénothérapie à haut débit.
- Savoir mettre en œuvre la ventilation mécanique invasive**
- connaître les principaux modes de ventilation (VAC, VSAI) ;
 - surveiller le patient sous ventilation mécanique : constantes cliniques et paracliniques ;
 - reconnaître les alarmes critiques.
- Connaître les principes et les modalités de la sédation et la curarisation**
- identifier et administrer les sédatifs et les curares pour l'induction et l'entretien de la sédation ;
 - connaître les indications et les effets secondaires des hypnotiques et des morphiniques ;
 - surveiller un patient sédaté et curarisé.
- Surveiller l'état hémodynamique du patient et mettre en œuvre les thérapeutiques adaptées**
- connaître les grandes règles d'administration des solutés de remplissage et catécholamines ;
 - connaître les indications et les effets secondaires de ces traitements ;
 - assurer la gestion des lignes de perfusion avec catécholamines et des têtes de pression.
- Connaître les spécificités des infections en réanimation**
- savoir réaliser les prélèvements des voies aériennes chez un patient dont la trachée est intubée ou trachéotomisé ;

- connaître les portes d’entrée infectieuse (prévention des pneumonies acquises sous ventilation) ;
- spécificité des pansements.
- **Connaître le syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)**
 - principes de prise en charge ;
 - mise en œuvre du décubitus ventral d’un patient intubé ou trachéotomisé et conditionné avec cathéter veineux central et artériel.
- **Connaître les urgences vitales en réanimation**
 - arrêt cardiaque ;
 - choc septique.
- **Savoir prendre en charge un patient en fin de vie**
 - connaître les possibilités d’aide des proches d’un patient en fin de vie ;
 - accompagner un patient en fin de vie et sa famille au cours d’une hospitalisation ;
 - connaître les procédures de l’établissement qui encadrent les décès des patients avec un risque de maladies transmissibles.
- **Objectifs pédagogiques transversaux**
 - connaître les spécificités de la communication en soins critiques : modalités de la communication avec un patient et ses proches en situation aigue ;
 - accueillir la famille ;
 - accompagner un patient et sa famille au cours d’une hospitalisation.

3-2-2) Formation pratique : Formation en immersion (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 habilitées pour l’accueil et la formation *in situ* des professionnels de la réserve soignante. Dans l’idéal, toute réanimation autorisée devrait être en mesure d’accueillir des professionnels de la réserve soignante. Cette capacité est fondée sur son niveau d’activité clinique, ses ressources propres et ses compétences disponibles pour assurer un encadrement par des personnels qualifiés (présence indispensable de personnels de niveau 3 idéalement ayant le label « formateur »).

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 (cf. 2-3) sous la supervision de la section soins critiques des ARS avec

une mise à jour régulière (annuelle).

Il semble pertinent d'intégrer régulièrement des périodes de formation en immersion (dont la durée peut être par exemple de 3 vacations en semaine) sur le lieu potentiel de son affectation en cas de crise. L'équipe d'accueil comprend des IDE experts en réanimation et formés à l'accueil, au tutorat et à l'intégration de nouveaux personnels soignants (IDE formateurs de niveau 3). La période d'immersion est organisée par l'encadrement soignant et associée au mieux des IDE formateurs (IDE niveau 3). Le travail s'effectue sans autonomie et en binôme avec des IDE de niveau 2 ou 3.

L'encadrement assure l'organisation et la supervision et présente un « parcours d'intégration » :

- *Habilitation, lingerie, EPI, badge/codes accès, plan de l'hôpital, plan et visite du service, salle de repos et temps de pause (livret d'accueil)*
- *Fiche de poste*
- *Présentation des procédures et des circuits (médicaments, produits dérivés du sang)*
- *Présentation des outils informatiques (prescription, surveillance, commandes)*
- *Présentation des protocoles du service*
- *Informations spécifiques à la typologie de la crise*
- *Présentation de l'équipe paramédicale et médicale*
- *Désignation de référents (binôme, IDE référent formation).*

Les objectifs d'apprentissage *in situ* sont pragmatiques, réalistes et ont pour but de rendre l'agent opérationnel rapidement. Ils incluent les compétences techniques de base ainsi que les compétences non-techniques (travail d'équipe, communication, etc.) et la dimension psychologique du patient de soins critiques et de ses proches. Elle est conduite selon des objectifs précis (détails, cf. annexe 2) :

- Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale et de ses proches
- Patient en situation d'insuffisance hémodynamique
- Patient en situation d'insuffisance respiratoire aigüe
- Patient en situation d'insuffisance rénale aigüe
- Patient en situation de défaillance neurologique (agitation incluse)
- Le patient sédaté
- Installation et transport du patient de réanimation
- Le patient en fin de vie en réanimation
- Prévention du risque infectieux nosocomial chez le patient sous ventilation mécanique

Cette formation dispensée en immersion dans les services et peut être complétée, en fonction des possibilités locales, par une session selon une pédagogie basée sur la simulation, soit *in situ*, soit en centre de formation idéalement dans un établissement de formation de référence du territoire (IFSI, CESU, centre de simulation...). Ces sessions permettent d'aborder de manière pratique et complémentaire certaines thématiques (gestion d'un ventilateur, gestion des alarmes, surveillance spécifiques, ACR, désaturation, hypotension...etc..) et favorisent

l'apprentissage du travail en équipe.

La période d'immersion *in situ* est validée par le formateur local qui peut être le cadre de l'unité, et consignée dans le passeport numérique. Il serait hautement souhaitable de valoriser financièrement les formateurs et les apprenants.

3-3 Maintien des compétences en soins critiques

L'activité des professionnels de la réserve soignante hors crise s'effectue en dehors de secteurs de soins critiques. C'est pourquoi le maintien des compétences acquises lors de la formation socle 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 (cf. 2-2).

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. Les sessions associent, comme en période socle, des temps de formations théoriques (présentielles et *e-learning*), des sessions de simulation et des périodes d'immersion en unités de soins critiques. Les directions des établissements devront veiller à ce que les personnels puissent effectivement être libérés de leur service d'affectation pour participer à ces actions dans le cadre de la réserve. Cette participation est en effet indispensable pour que le professionnel soit maintenu au sein de l'effectif de la réserve.

Chapitre 4 : Situations d'engagement de la réserve en fonction de la typologie des crises

La réserve soignante est engagée et activée dans des conditions qui auront été préalablement définies. Elle 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 l'articulation entre la réserve et 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 non prévue et cinétique lente) et de typologie. Les conséquences de sa mobilisation sur les capacités de soins des différents secteurs des établissements de santé et des territoires seront présentées en fonction de l'origine des renforts.

4-1) Conditions d'engagement

4-1-1) Conditions d'activation de la réserve et d'articulation avec le Plan Blanc

Le Plan Blanc, inscrit dans la loi depuis 2004⁹ 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

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

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 soignante 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 soignante si la typologie des victimes de la crise sanitaire ne requière pas de lits supplémentaires de soins critiques.

Le déclenchement du Plan Blanc déclenche une procédure de rappel des personnels qui rejoignent dans un premier temps leurs secteurs de soins habituels, pour ouvrir en particulier des lits non utilisés (aux urgences, en médecine, en chirurgie, en soins critiques ou en secteur interventionnel).

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 soignante choisie pour un engagement des soins pouvant s'inscrire dans un délai de temps moyen. L'engagement de la réserve au profit des soins critiques est le plus souvent directement lié au besoin immédiat ou prévisible en ressources soignantes supplémentaires et compétentes pour armer une unité de réanimation éphémère 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) Indicateurs de tension au niveau de l'établissement et du territoire conduisant à l'engagement de la réserve

Les indicateurs de tension liés à la crise prennent en compte le nombre d'appels au SAMU, le nombre et le flux quotidien des passages aux urgences, le taux d'occupation en UHCD, les tensions sur les lits d'aval (tensions hospitalières / ROR), le nombre de patients hospitalisés en secteur médical conventionnel et en secteurs de soins critiques. Le taux d'occupation des soins critiques est utile, ainsi que la proportion d'occupation liée à des patients victimes de la crise sanitaire. Concernant les flux de patients, il est utile de disposer rapidement de la durée moyenne de séjour (DMS) en soins critiques des patients concernés par la crise.

Ces éléments sont pris en compte par la cellule de crise de l'établissement et interviennent dans la décision d'élargir l'offre des soins critiques.

4-1-3) La réserve soignante d'un établissement et/ou d'un territoire et engagement au niveau national

Dans les régions épargnées par la crise sanitaire, les ARS peuvent décider et autoriser des personnels de la réserve soignante en soins critiques des établissements et/ou du territoire-région à aller renforcer les 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.

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 non anticipée (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 massive et les personnels IADE et IDE de SSPI sont mobilisables (Cf. 4-1-4).

L'indicateur principal de mobilisation de la réserve est la nécessité pour la cellule de crise de procéder à l'ouverture rapide de nouveaux lits de soins critiques dès lors que l'équipe soignante habituelle de l'établissement ne peut l'assurer ; la cellule de crise, en lien avec l'équipe médicale des soins critiques, définit le nombre et la localisation des nouveaux lits de soins critiques au sein de l'établissement. Elle procède le plus souvent par palier avec l'ouverture de modules (réanimation et/ou surveillance continue) comprenant 4 à 6 lits (cf.4-3). Les cadres de santé déclinent les réorganisations : les personnels de la réserve quittant leur poste pour les unités de soins critiques sont soit remplacés si le secteur est maintenu (exemple médecine en crise COVID), soit non remplacés entraînant la fermeture de lits, avec effet seuil (cf. 4-2-4).

- La collaboration entre les secteurs publics et privés du territoire-région permet d'optimiser la disponibilité des personnels, notamment au profit des soins critiques.

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

Une formation courte peut être organisée si besoin par l'établissement mobilisant sa réserve soignante. A l'arrivée des personnels de la réserve dans l'unité, une visite avec présentation du site et des membres de l'équipe médico-soignante est formalisée. Les codes informatiques, badges d'accès, conditions de stationnement, etc. sont fournis sous la forme d'un « package » facilitant l'intégration rapide (cf. 3-2-2).

Le volontaire est prioritairement affecté dans l'unité de référence l'ayant formé pendant la période hors crise (cf. 2). Toutefois, le choix définitif dépend de la situation de l'établissement. Les problématiques territoriales-régionales liées à la crise sont également à prendre en compte. Il travaille en binôme avec un professionnel d'un niveau de compétence au moins équivalent à 2 pendant 72 h minimum, en adaptant ensuite à chaque volontaire. Durant cette période, le ratio IDE/lits minimal reste de 2 IDE pour 5 patients, les agents de la réserve sanitaire n'étant pas inclus dans le ratio. A l'issue de ce temps en binôme, les volontaires sont autonomisés mais il est recommandé qu'un(e) IDE superviseur-formateur (IDE de niveau 3 ayant au moins 2 ans d'expérience dans l'unité) soit positionné(e) en personnel supplémentaire pour un bloc de 8-10 lits. La mission de ces personnels formateurs est d'abord la formation / accompagnement des personnels de la réserve et ensuite d'assurer un appui transversal au sein de l'unité aux soins (admission, etc.) et/ou à la logistique (cf. 2-4).

Il faut chercher à renforcer l'intervention des personnels des fonctions supports susceptibles de décharger les personnels soignants de certaines tâches (bio-nettoyage, pharmacie, logistique, accueil et information des proches, support informatique, brancardage...) leur permettant ainsi de se recentrer sur le soin proprement dit.

Le soutien psychologique des équipes soignantes est favorisé en incluant plus largement des psychologues dans les effectifs soignants et/ou en développant des hotlines téléphoniques.

La préparation et la formation des personnels de la réserve facilitent le partage des documents formalisant la doctrine 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. Il convient également de veiller à la coordination des équipes soignantes avec les équipes médicales ou des métiers supports.

4-2-1-3) Niveau territorial-régional :

Si un réseau territorial de soins critiques a préalablement mis en place une réserve soignante (cf. 2-3), cette dernière peut être mobilisée 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) Crise à cinétique plus lente ou « anticipée » ou « qui dure »

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 de protéger le plus possible le plateau interventionnel pour limiter l'impact de la crise sur « la dette en soins » en évitant les déprogrammations. Ceci sous-entend de limiter le recours aux IADE, IBODE, IDE et AS de SSPI dans le fonctionnement des soins critiques.

La réserve est engagée d'emblée lorsque la cellule de crise de l'établissement identifie la nécessité de renforcer le périmètre des soins critiques (cf. 4-1-1-2). Cette décision repose sur le suivi du nombre de patients concernés par la pathologie. Dans ce contexte de cinétique lente, la cellule de crise dispose de davantage d'indicateurs : DMS des patients en soins critiques, part des patients hospitalisés dont le parcours comprend un séjour en soins critiques, part respective des patients en soins critiques relevant de réanimation ou de surveillance continue. L'apport des études prévisionnelles conduites par les instituts épidémiologiques peut être important pour calibrer et séquencer les paliers en lits de soins critiques supplémentaires et donc en personnels. Les données à l'échelle territoriale permettent d'affiner plus spécifiquement les moyens à mobiliser à court et moyen terme.

La gestion du planning de renforcement des équipes par la réserve soignante durant la période de crise est assurée par l'encadrement soignant et répond à des schémas organisationnels préalablement modélisés au sein de l'établissement.

Les modalités d'intégration au sein des unités de soins critiques répondent aux mêmes conditions que celles décrites pour les crises à cinétique rapide (cf. 4-2-1-2). Il en est de même des aspects territoriaux.

4-3) Modalités de rappel et d'activation de la réserve

Les besoins en soignants sont estimés en fonction du rythme de l'ouverture des modules de soins critiques. Un module correspond à un volume déterminé de lits de réanimation ou de surveillance continue, avec un nombre de soignants dimensionné pour son fonctionnement. Le directeur médical de crise et son adjoint (directeur des soins et/ou cadre de santé) disposent, si possible en temps réel et au moins avec une actualisation régulière, d'un état des soignants réservistes déjà engagés et de ceux encore disponibles. Un exemple de tableau de gestion des ressources de la réserve soignante est présenté en annexe 2.

L'activation de nouveaux modules s'effectue selon le principe de la constitution d'équipes mixtes associant personnels des soins critiques et réservistes (cf. § 2-1-2-4) selon une répartition harmonieuse 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 modules à ouvrir, des relèves à assurer pour les équipes de réserve, et du besoin d'une formation de recyclage avant prise de fonctions cliniques. 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 de gestion quotidienne des Ressources Humaines de la réserve soignante 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.

4-4) Conséquences de l'engagement de la réserve sur son établissement

Au sein des établissements, l'impact de la mobilisation de la réserve soignante dépend du secteur de soins à partir desquels elle est prélevée. A ressources constantes, le renfort des soins critiques se fait nécessairement aux dépens d'un secteur de soins. Il est donc nécessaire de mettre en place une cellule de déprogrammation qui arbitrera pour préserver les activités obligatoires, définir le volume des activités résiduelles conventionnelles ou interventionnelles qu'il sera possible d'assurer compte tenu de la réallocation des ressources captées par l'extension des soins critiques et la déprogrammation.

Lorsque la crise est à cinétique lente et/ou qu'elle s'installe dans la durée, il est possible d'accepter une discordance entre un maintien d'une capacité du plateau technique (faible engagement des IADE dans les soins critiques) et la réduction du nombre de lits du secteur chirurgical (fort engagement des soignants dans la réserve ou vers la médecine). Cette stratégie, pilotée par la cellule de déprogrammation, pour être efficace suppose au préalable d'associer à la priorisation des indications, une réduction de la durée moyenne de séjour pour toutes les interventions ainsi qu'un recours important à l'ambulatoire.

4-4-1) Engagement des personnels du plateau interventionnel

C'est une ressource rapidement mobilisable au sein d'un collectif organisationnel. Cet engagement réduit la capacité du plateau interventionnel avec une diminution des temps de vacation offerts (cf. 4-2-1-1).

En Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) : maintien des IDE en SSPI ou engagement des IDE et/ou des IADE des SSPI vers les secteurs de soins critiques. La présence en SSPI d'IDE et/ou d'IADE appartenant à la réserve peut offrir la possibilité, en lien coordonné avec les unités de soins critiques de l'établissement, d'armer un ou deux emplacements au sein des SSPI 24/24h pour assurer des soins critiques sur une courte période. Ce dispositif souple permettrait de passer un cap d'afflux de patients et/ou donner un délai organisationnel supplémentaire notamment lors de crises de survenue brutale dans l'attente de l'ouverture d'une réanimation éphémère.

Dans ce contexte, les IBODE affectés par la fermeture de salles interventionnelles peuvent être engagés vers d'autres secteurs de soins et notamment dans les secteurs de soins conventionnels où ils peuvent soit constituer des binômes avec les IDE en place soit remplacer des IDE de la réserve soignante mobilisés en soins critiques.

4-4-2) Engagement des personnels à partir des secteurs conventionnels (IDE et AS)

- Lorsque l'engagement des professionnels dépasse la capacité offerte par la suppléance, le remplacement des personnels du secteur conventionnel (médical ou chirurgical) peut relever de mesures dégradées (ressources hors établissement, ressources de suppléance ou d'autres services de l'établissement, intérim) ; au-delà, il entraîne une réduction des capacités de séjour avec des effets seuils qu'il est nécessaire de déterminer préalablement. L'effet seuil est lié au ratio IDE/nombre de patients pour un secteur donné (ex : 1 IDE pour 15 patients) mais il fait intervenir également les charges ou niveaux de soins de chaque unité d'hospitalisation. Dès lors qu'il n'est plus possible d'assurer complètement (jour et nuit) le planning d'un secteur, ce dernier est fermé (ex : 15 lits conventionnels).
- Les conséquences sur les secteurs conventionnels peuvent être relativisées si une charte d'hébergement préexiste dans les deux secteurs (médical et chirurgical).

4-4-3) Conséquences pour l'établissement en fonction de l'origine des personnels de la réserve soignante en soins critiques

Sur le secteur interventionnel :

- La réduction du temps de vacation opératoire diminue l'offre de soins pour des actes programmés ; la capacité du plateau technique interventionnel doit être conservée pour les activités de recours sur le territoire de santé. Pendant la durée de la crise, les activités de recours de manière prioritaire mais également, dans la mesure du possible, les actes programmés et de dépistage doivent être maintenus. Le maintien d'un haut niveau de prise en charge est favorisé par une organisation territoriale coordonnée entre l'ensemble des établissements publics et privés.
- Les conséquences de l'engagement d'une très forte proportion des IADE dans les secteurs de soins critiques sont décrites plus haut (cf. 4-2-2-1-1).
- Le recours aux élèves IADE, en cas de fermeture des écoles, pour renforcer les unités de soins critiques. Les élèves IDE de 3^{ème} année, dans les mêmes conditions, peuvent renforcer les équipes des secteurs conventionnels.

Sur le secteur conventionnel médical :

- La crise impose une transformation de la destination des séjours conventionnels aux dépens de filières de soins habituelles.
- Les personnels formés aux soins critiques issus de ces unités et qui sont engagés vers les réanimations devront être remplacés (cf. § 4-2-4).
- L'activité ambulatoire est à maintenir ; la fermeture des secteurs avec activité de « semaine » permet de redéployer les soignants au profit des secteurs d'hospitalisation conventionnels qui sont ouverts en continu.

Sur le secteur chirurgical :

L'engagement des soignants des secteurs d'hospitalisation chirurgicale dans le cadre de la réserve ou vers le secteur conventionnel médical peut conduire à la réduction de la capacité des séjours en chirurgie conventionnelle.

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 dans de bonnes conditions de sécurité. Ce Guide propose un cadre général organisationnel et les grandes lignes dans lesquelles des réserves soignantes en soins critiques pourraient se constituer. Nous recommandons que le concept de réserve fasse l'objet d'une déclinaison pratique au niveau de chaque établissement disposant d'une unité de réanimation et de chaque territoire de santé.

Annexe 1 : Suggestions concernant les profils de soignants réservistes

Une catégorie particulière de soignants mériterait d'être identifiée : les jeunes retraités qui ont récemment quitté l'activité de soins critiques, sur le modèle de la réserve opérationnelle militaire dans laquelle sont automatiquement versés les militaires d'active pendant une période limitée lorsqu'ils quittent le service.

Ils constituent en effet un vivier particulièrement intéressant, par sa disponibilité attendue supérieure à celle de soignants exerçant dans d'autres activités, et par sa compétence qui, pour une efficacité opérationnelle donnée, devrait nécessiter un effort réduit de remise à niveau ou d'entretien.

NB : Ce terme « récemment » serait à préciser mais un délai de 2 ans peut être retenu.

Annexe 2 :

Exemple de tableau de gestion des ressources de la réserve catégorisée en fonction du profil des soignants selon deux paramètres croisés.

- ***Niveau de disponibilité***, traduit par un délai d'activation selon l'occupation principale habituelle du soignant (sous réserve d'indisponibilité conjoncturelle), par exemple :
 - A → 24h
 - B → 3 jours
 - C → 2 semaines
 -
- ***Degré de compétence en soins critiques***, dépendant du parcours professionnel antérieur, du contenu et de l'actualité de la formation complémentaire (entretien et/ou acquisition des compétences de soins critiques), par exemple :

- Niveau 0 : personnel sans expérience en soins critiques en amont du premier cycle de formation et d'immersion qui les conduit niveau 1.
- Niveau 1 : personnels dont la formation est associée à une compétence pour la prise en charge de patients de soins critiques non complexes dans un environnement d'équipes sécurisées
- Niveau 2 : personnels dont la formation est associée à la capacité de prendre en charge des patients de soins critiques, y compris en situations complexes ; compte tenu de l'expérience professionnelle acquise antérieurement, certains personnels de la réserve pourront accéder au niveau 2 au terme de la formation
- Niveau 3 : personnels ayant un niveau d'expertise et travaillant régulièrement en soins critiques

Chaque soignant de la réserve aurait ainsi un profil, par exemple A1, B2, sur lequel on pourrait s'appuyer pour prioriser les rappels et les activations selon les situations rencontrées et leur cinétique.