

ANAP

appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France



Tout au long de l'année 2019 et au début de l'année 2020 un groupe composé de médecins réanimateurs, d'un médecin urgentiste, d'un médecin référent urgences et soins critiques auprès d'une ARS, et d'une directrice hospitalière a mené, avec l'aide de l'ANAP, un travail pour construire ensemble des propositions pour l'organisation des filières en soins de réanimation, en soins intensifs et en surveillance continue, englobés sous l'appellation consensuelle de « soins critiques ».

Contexte

Les soins critiques font en 2019 au niveau institutionnel l'objet des travaux suivants :

- Par la Haute Autorité en Santé : réflexions pour des propositions de prise en compte des déterminants qualité et sécurité dans les autorisations de soins critiques ;
- Par le ministère des Solidarités et de la Santé : réforme des autorisations en soins critiques au sein d'une démarche d'évolution de toutes les autorisations d'activité, qui va préciser notamment la gradation de l'offre en soins critiques.

Le travail du groupe de professionnels de santé appuyé par l'ANAP visait à aider les équipes et les établissements dans les territoires à répondre aux trois objectifs énoncés dans la loi de modernisation de notre système de santé :

- *« Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé »*
- *« Améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins »*
- *« Organiser les parcours de santé »*

Deux points d'attention portaient aussi sur d'autres obligations dans la loi qui précise que les objectifs « *devront être quantifiés* » et que leur « *atteinte nécessitera la mobilisation de tous les acteurs des territoires* ». ¹

Après une étape de partage autour des points de difficultés pour organiser des filières de soins critiques le groupe de professionnels a décidé de consacrer cette première phase aux bases : l'organisation intra hospitalière et territoriale des filières de soins critiques aigus, les éléments de pilotage et la conduite des coopérations nécessaires.

¹Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé.

Synthèse

Ce travail a abouti à proposer que les unités de soins critiques, quelle que soit la gradation de leur offre, renforcent leurs liens, tant au sein des établissements de soins, que dans beaucoup de territoires entre différentes structures, différents secteurs, et différentes équipes. Pour aider les changements jugés nécessaires, les membres du groupe de travail se sont attachés à écrire des recommandations toutes réalisables, pragmatiques et porteuses de sens.

L'organisation territoriale décrite dans ce document est limitée à l'offre hospitalière. L'organisation complète de filières de soins critiques nécessitera dans un deuxième temps de s'interroger aussi sur l'amont (lieux de vie des patients, médecine de ville, hôpitaux de proximité, transporteurs et SAMU) et l'aval de ces offres coordonnées de service (soins de suite, longs séjours, établissements pour personnes âgées dépendantes, domicile, médecine de ville à nouveau). Le groupe pourra s'appuyer sur l'expérience danoise et les pratiques que l'ANAP a pu y observer, que ce soit pour le travail des médecins de ville en amont de l'hôpital, ou pour les liens et l'accueil des patients en aval de l'hôpital et singulièrement des soins critiques.

Finalisé début 2020, ce travail répond aux interrogations mises en avant en 2019 et constitue un socle. Pour les membres du groupe il va être nécessaire d'apporter des précisions et de compléter les recommandations, par un ou plusieurs autres temps de co-construction, d'abord à la lumière des enseignements sur le fonctionnement de notre système de santé lors de la crise sanitaire actuelle liée à la pandémie par coronavirus, mais aussi pour envisager l'articulation de ces filières avec les soins primaires et surtout les soins de suite, notamment après suppléances lourdes de fonctions vitales.

Table des matières

Contexte	2
Synthèse	3
Définitions	6
1 La gradation actuelle des soins critiques.....	6
2 Gradation, filière, parcours ?.....	7
Enjeux et objectifs	8
1 Qualité des soins	8
2 Qualité de vie au travail et impact économique	8
3 Des filières organisées pour des parcours efficaces et soutenables	8
Public visé	9
Méthodologie	9
1 Une revue de la littérature	9
2 Plusieurs retours d'expérience	9
3 Un travail collaboratif	11

Chapitre 1 : Organisation de la gradation de l'offre intra hospitalière.....	13
1 Un pilotage nécessaire	15
2 Une organisation intra hospitalière partiellement règlementée	15
3 Des établissements très différents.....	15
4 Un repérage et une orientation des patients perfectibles.....	17
5 Des besoins de coordination en intra hospitalier	24
6 Propositions d'actions	24
Chapitre 2 : Organisation territoriale des soins critiques	26
1 Un pilotage institutionnel.....	26
2 Une organisation	28
3 Dans un territoire	34
4 Des outils pour orienter les patients.....	37
5 Un besoin de coordination	40
6 Propositions d'actions	46
Chapitre 3 : Indicateurs et tableaux de bord	48
1 Pourquoi des indicateurs en soins critiques ?	49
2 Pourquoi des indicateurs de filière en soins critiques ?	49
3 Des indicateurs déjà internationalement définis	50
4 Des indicateurs parfois déjà utilisés en routine	51
5 Peu d'indicateurs de fonctionnement en filière	53
6 Les indicateurs recommandés.....	53
7 Les tableaux de bord	62
Chapitre 4 : Gestion des changements.....	65
1 Des coopérations nécessaires	65
2 Mais coopérer ne va pas de soi	68
3 Propositions d'actions	73
Remerciements	75

Définitions

1 LA GRADATION ACTUELLE DES SOINS CRITIQUES

Les trois grands domaines de soins critiques sont définis en France par le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002.

1.1 La réanimation

Art. R. 712-90. - Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.

Art. R. 712-91. - L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.

1.2 La surveillance continue

Art. D. 712-125. - La surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique.

Art. D. 712-126. - L'unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation, ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.

1.3 Les soins intensifs

Art. D. 712-112. - Les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance.

Art. D. 712-113. - Le fonctionnement d'une unité de soins intensifs doit être organisé de façon à ce qu'elle soit en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 24h/24, tous les jours de l'année. ²

² Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique.

L'unité de soins intensifs doit pouvoir assurer le transfert des patients visés à l'article D. 712-112 vers une unité de surveillance continue ou une unité d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet, ou dans une unité de réanimation si leur état le nécessite.

2 GRADATION, FILIERE, PARCOURS ?

Tout au long de ce travail ces trois notions complémentaires vont être employées et demandent à être précisément comprises (figure 1).

2.1 Gradation

Dans les définitions actuelles des soins critiques apparaît une volonté de gradation croissante de l'offre de soin qui s'adapte à la lourdeur, technique et humaine, des soins nécessaires. La vision portée est celle d'une complexité des soins croissante de la surveillance continue aux soins intensifs et finalement à la réanimation, même si la réalité médicale est plus complexe.

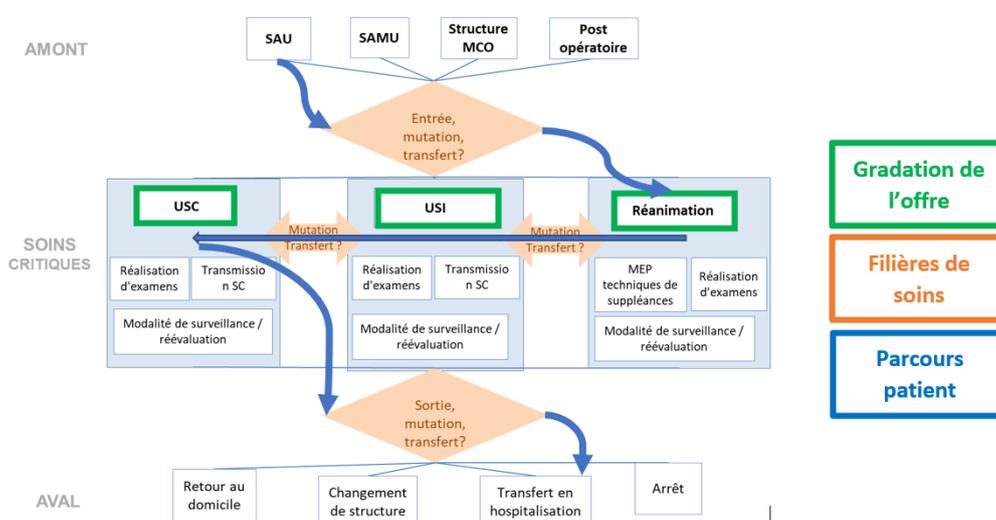
2.2 Filière

La filière décrit l'organisation des unités de soins critiques entre elles, et avec les autres unités des établissements, pour offrir au bon patient le bon soin au bon moment. Elle s'appuie donc sur la gradation des offres de soins critiques pour répondre à une « gradation » des besoins des patients.

2.3 Parcours

Le parcours est celui du patient. Il regroupe, par GHM ou par type de population (sujets âgés par exemple), l'ensemble des étapes de soins nécessaires au patient et qui trouvent une réponse dans l'organisation de l'offre en filière s'appuyant sur la gradation de l'offre.

Figure 1



Enjeux et objectifs

1 QUALITE DES SOINS

Les soins critiques sont offerts à des patients dont le pronostic vital, est ou peut être engagé, ce qui souligne l'enjeu clinique et social de leur bonne organisation.

En 2019 en France un passage dans une ou plusieurs unité(s) de soins critiques peut être repéré dans les parcours de 8% des patients ayant eu besoin de soins hospitaliers, dont plus de 175 000 personnes avaient une ou plusieurs défaillances vitales ayant justifié une ou des suppléances en réanimation. (Travail ANAP, source PMSI, outil Diamant)

2 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET IMPACT ECONOMIQUE

Les ressources qui y sont consacrées, humaines, matérielles et financières sont importantes et aider à leur utilisation pertinente est le deuxième enjeu de ce travail.

L'engagement de ressources en 2019 est important car les soins critiques sont présents dans 4% des séjours, mais ont mobilisé 20% des journées d'hospitalisation, et ont consommé 28% des montants versés par l'assurance maladie aux établissements MCO au titre des GHS et des suppléments. (Travail ANAP, source PMSI, outil Diamant)

3 DES FILIERES ORGANISEES POUR DES PARCOURS EFFICACES ET SOUTENABLES

L'objectif de ce guide est d'aider les ARS et les acteurs des soins critiques à mettre en place une bonne organisation des filières de soins critiques, qui s'adaptera à la gradation si elle évolue, et permettra des parcours sûrs, pertinents et soutenables.

La prise en charge des patients au sein de ces filières amène les soignants à proposer des traitements lourds dont la pertinence est continuellement évaluée, et à respecter les volontés exprimées ou comprises des patients (cas des patients qui ne peuvent s'exprimer). L'organisation en filières a pour but de sécuriser les parcours et de donner toutes leurs chances aux patients en aidant à leur orientation quand les décisions de soin sont prises.

Public visé

- Les ARS et plus précisément les directions de l'offre de soins ;
- Les établissements de soins, et plus précisément les directions générales, les directions des soins et cadres de santé, les gouvernances de pôles, les présidents de commission médicale, les chefs de services de soins critiques ;
- Les gouvernances des établissements territoriaux, tels que les groupes, les pôles inter-établissements, les GCS, etc...

Méthodologie

Les travaux aidés par l'ANAP sur le sujet s'appuient sur :

1 UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nationale et internationale, elle enrichit le contexte règlementaire du Code de la Santé publique de multiples travaux.

L'ensemble de la littérature peut être organisée dans la cartographie présentée ci-après (figure 2).

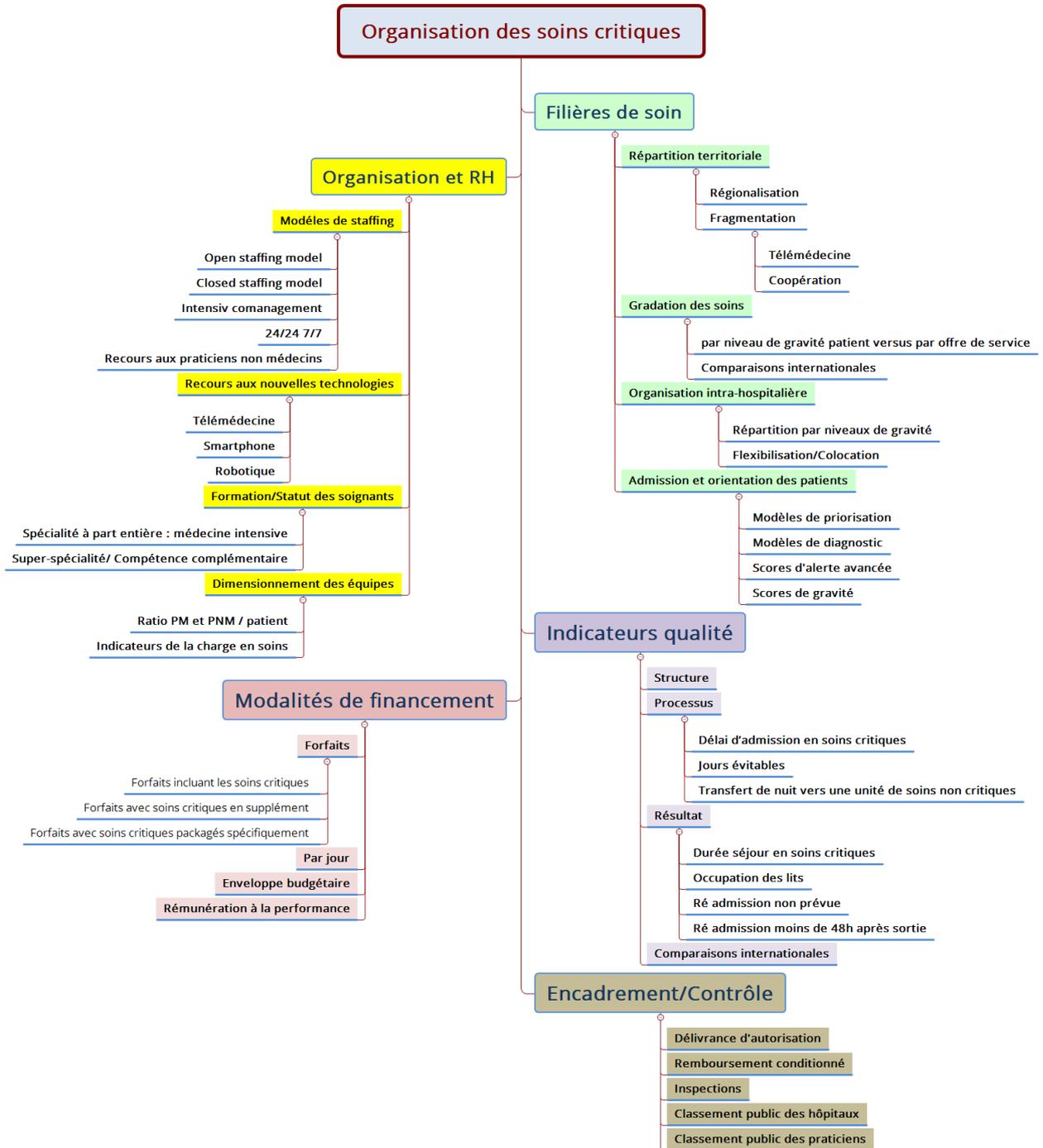
2 PLUSIEURS RETOURS D'EXPERIENCE

Ces retours d'expérience ont été recueillis auprès :

- Du Réseau Nord Alpin des Urgences ;
- De l'Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie pour l'outil « Transports Urgents Coordonnés par le SAMU » ;
- De l'Équipe Médicale de Territoire en soins critiques de l'Oise ;
- Des autorités et soignants en Urgence et Soins Critiques de la République d'Irlande ;
- Des autorités et soignants (Soins Primaires et Soins Critiques), mais aussi du tissu médico-social au Danemark.

Les éléments de ces retours d'expérience les plus structurants sont cités dans les travaux.

Figure 2 : Organisation des soins critiques



3 UN TRAVAIL COLLABORATIF

Les conclusions de ces groupes de travail seront signalées dans le texte.

3.1 Premier groupe de travail : cartographie des points durs

Après le lancement du travail sur la réforme des autorisations en soins critiques par le Ministère des Solidarités et de la Santé en décembre 2018, le Ministère et l'ANAP ont en janvier et février 2019 tenu au ministère deux sessions en groupes de travail.

Ces nombreux participants représentaient le ministère des Solidarités et de la Santé, l'Assurance Maladie, la HAS, l'ANAP, des ARS (Grand Est, Île-de-France, Occitanie), la FHF, la Fédération de l'Hospitalisation Privée, la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (réseau Unicancer), les sociétés scientifiques d'Anesthésie et Réanimation, de Cardiologie, de Médecine Intensive et de Réanimation, de Neurologie, de Pédiatrie.

Le groupe de travail a identifié les différents grades de structures intervenant dans le champ des soins critiques et leurs interactions, puis a travaillé à recenser les points durs présents dans l'organisation des filières de soins critiques. Les points durs présentant un risque de discontinuité de la filière de soins ou de désorganisation du parcours du patient ont été mis en évidence. Des groupes de points durs ont défini des thèmes en fonction des types de prise en charge liés à des filières variées : filières intra-établissement, filières inter-établissement, etc. (figure 3). Ces points durs ont permis la construction d'un questionnaire support pour les retours d'expérience qui ont alimenté les réflexions pour la suite du projet.

À partir de ce travail l'ANAP a pu dresser une cartographie présentée ci-après (figure 3). La branche « Organisation des filières » est celle qui regroupe les points durs priorisés par le groupe de travail et est à l'origine des deux chapitres suivants de ce guide.

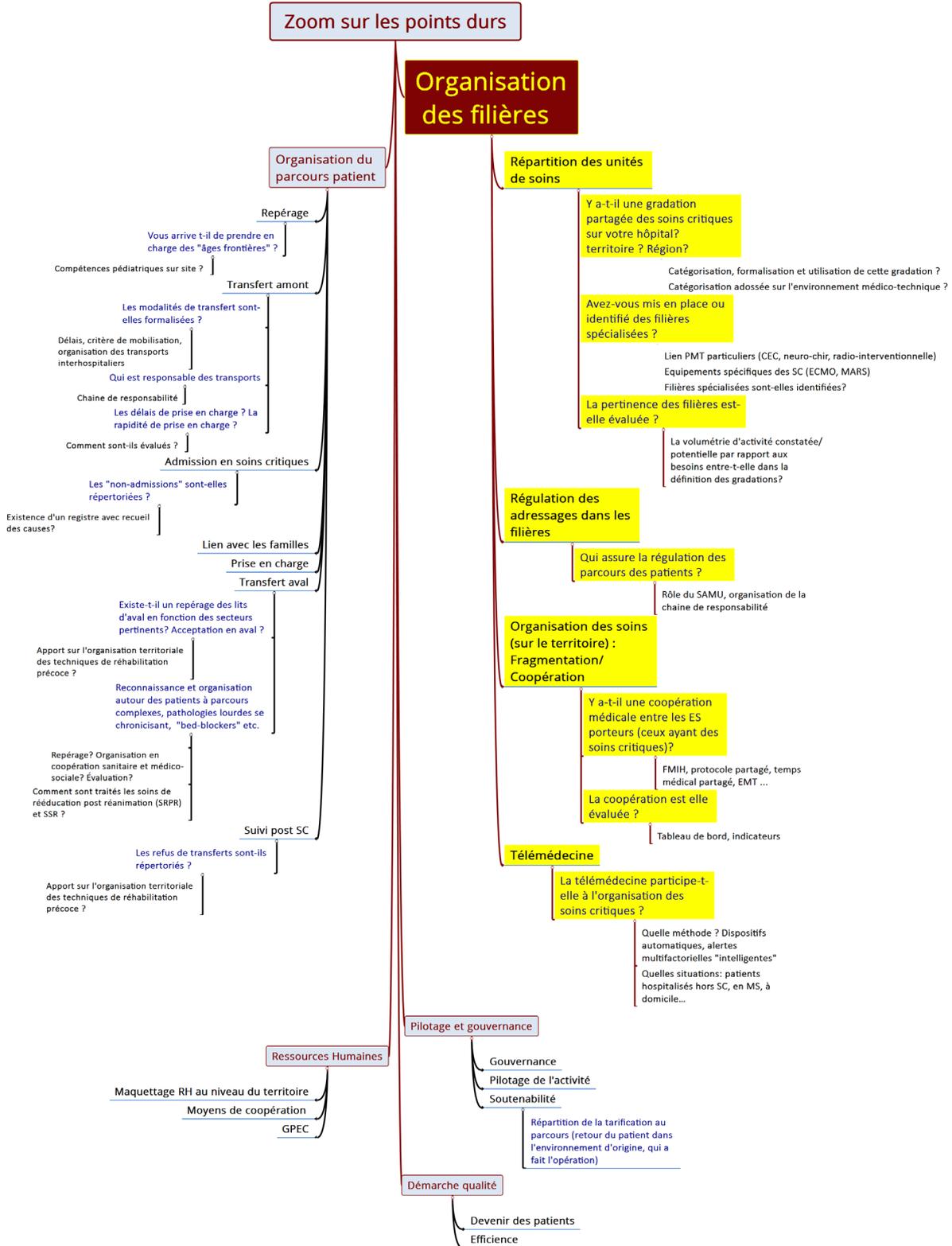
Point d'attention

La recherche des points durs pour une bonne organisation intra hospitalière ou territoriale des soins critiques s'est penchée dans les premières sessions sur les populations sans limite d'âge. La suite du travail est limitée aux populations adultes.

3.2 Deuxième groupe de travail : définir les bonnes pratiques pour résoudre ces points durs

Le travail d'écriture des chapitres suivants est mené par l'équipe de l'ANAP et un groupe restreint associant les représentants des sociétés scientifiques d'Anesthésie Réanimation, de Médecine intensive et de Réanimation, un médecin urgentiste et une directrice hospitalière.

Figure 3 : Zoom sur les points durs



Chapitre 1 :

Organisation de la gradation de l'offre intra hospitalière

L'organisation territoriale des soins critiques mobilise beaucoup d'énergie et focalise l'attention. Pourtant les entrées en unités de soins critiques proviennent aussi des autres unités d'hospitalisation du même établissement et la pratique quotidienne met en alerte sur le besoin d'organisation intra-hospitalière. En France il n'y a pas d'étude publiée exhaustive du pourcentage d'entrée dans les différents soins critiques par transfert, mutation ou entrée directe. En Angleterre une publication de 2011 les précise, mais l'interprétation et la possibilité de transférer les résultats d'un modèle sanitaire à un autre n'est pas certaine.

Revue de littérature : au Royaume-Uni

En 2011 le National Health Service anglais estimait le taux d'admission en soins critiques provenant d'autres unités non critiques du même hôpital à 70%, taux qu'on retrouve dans plusieurs pays et qui montre l'importance de la filière³:

Table 7: Values present in the critical care admission source field

Critical care admission source	2010-11		2009-10	
	Number of critical care periods	Percentage of critical care periods	Number of critical care periods	Percentage of critical care periods
Same NHS hospital site	156,536	72.6%	117,436	69.4%
Other NHS hospital site (same or different NHS trust)	6,623	3.1%	5,494	3.2%
Non-hospital source within the UK (e.g. home)	2,857	1.3%	1,535	0.9%
Independent hospital provider in the UK	410	0.2%	327	0.2%
Non-UK source such as repatriation, military personnel or foreign national	228	0.1%	208	0.1%
Null	49,074	22.7%	44,176	26.1%
Total	215,728	100.0%	169,176	100.0%

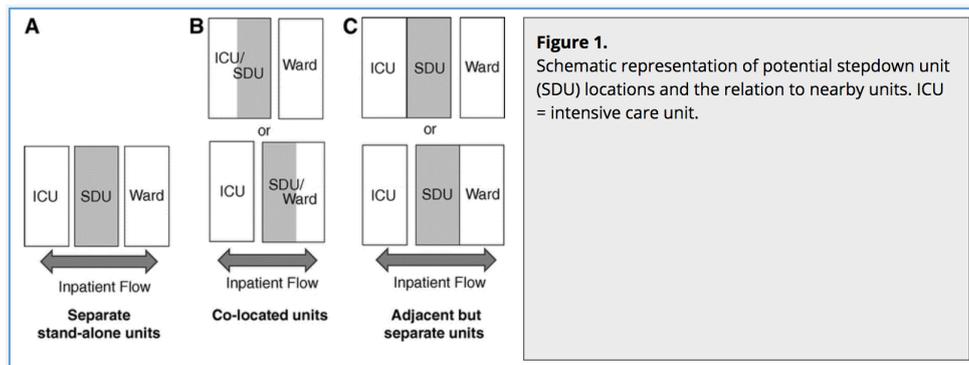
³ NHS. Hospital episode statistics, Adult Critical Care in HES: England. 2010-11. Consulté sur : <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180328130852tf/http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB06193/adul-crit-care-data-eng-apr-10-mar-11-rep.pdf//>

Dans cette publication anglaise, il est rappelé que la majorité de ces patients arrivant de façon non planifiée ne font que renforcer les fluctuations en termes de volume et de typologie des patients à traiter dans ces unités. Pour faire face à cette variabilité et en fonction du cadre réglementaire en vigueur, les établissements peuvent s'organiser en mettant en place des unités en fonction de la gradation des soins, en améliorant la flexibilité des soins, adaptant alors de façon dynamique les lits, les équipes et le matériel aux besoins des patients.

Revue de littérature : aux États-Unis

En 2014, les États-Unis d'Amérique ont conceptualisé ces différents modèles avec plus ou moins d'intégration entre les réanimations, les soins intensifs, les unités pour soins non critiques :⁴

Figure : Représentation schématique des possibilités de positionnement des unités de soins « intermédiaires » à proximité des unités de soins critiques.



Mais il y a un point à surveiller : le travail en silos avec des difficultés de repérage et d'orientation.

Revue de littérature : aux États-Unis

En 2013 le Docteur Kahn dans un article de l'ACP Hospital insiste sur ce point : « à mesure que vous créez de plus en plus de structures indépendantes définies par niveau de gravité au sein de l'hôpital, vous finissez par rendre les décisions d'orientation encore plus difficiles. »⁵

⁴ P13 Prin M, Wunsch H. The role of stepdown beds in hospital care. Am J Respir Crit Care Med, ATS journals. 2014. Consulté sur : <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201406-1117PP>

⁵ Butterfield S. Too many or too few: Who belongs in the ICU? ACP Hospitalist. February 2013. Consulté sur : <https://acphospitalist.org/archives/2013/02/coverstory.htm>

1 UN PILOTAGE NECESSAIRE

Les soins critiques, dans leur diversité, sont souvent le(s) pôle(s) de sécurité d'un établissement de soins. A ce titre ils intéressent l'ensemble de la communauté hospitalière et beaucoup de points de positionnement et de fonctionnement de ces unités seront à piloter non seulement en Comité de Pôle, mais aussi en CME et en CODIR.

2 UNE ORGANISATION INTRA HOSPITALIERE PARTIELLEMENT REGLEMENTEE

A ce jour, seules les unités de réanimation sont soumises à autorisation, et donc à la tutelle des ARS, avec des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement précisées dans le décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 (décret simple), complété et modifié par le décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006, et des conditions techniques précisées dans la circulaire DHOS/SDO/n° 2003/413 du 27 août 2003.

Les autres unités de soins critiques font l'objet d'une reconnaissance contractuelle de la part des ARS, sans dossier type ni cahier des charges et souvent sans visite sur site pour vérifier la conformité des conditions techniques de fonctionnement avec la circulaire DHOS/SDO/n° 2003/413 du 27 août 2003 et les recommandations des sociétés scientifiques, SFAR et SRLF, et des ARS elles-mêmes.

3 DES ETABLISSEMENTS TRES DIFFERENTS

Beaucoup d'établissements de soins disposent de lits de soins critiques, parfois une seule unité isolée, parfois un nombre considérable d'unités, éloignées les unes des autres, comme on peut le rencontrer dans des gros CHRU comme le montre l'exemple ci-dessous :

Retour d'expérience : au CHU de Montpellier

Le CHRU de Montpellier est un établissement multi sites couvrant pratiquement un quartier de la proche périphérie de la ville.



Cet acteur sanitaire de premier plan dans sa région offre 88 lits de réanimation, 67 lits de soins intensifs, et 54 lits de surveillance continue répartis sur 4 sites et 22 unités au total. Cette offre qui paraît abondante ne permet pas toujours de répondre au mieux aux besoins, des patients pouvant n'avoir de place en réanimation que sur un des sites, alors que le plateau médicoteknique dont ils ont besoin se situe sur un autre site.

4 UN REPERAGE ET UNE ORIENTATION DES PATIENTS PERFECTIBLES

4.1 Un meilleur repérage est possible

Une fois la gradation des soins critiques définie et l'offre positionnée au sein de l'établissement, se pose le problème de l'admission et de l'orientation des patients dans un parcours nécessitant des soins critiques.

S'il est intuitif que le bon patient doit être dans le bon lit pour bénéficier des soins adaptés à son état, la réalité constatée est parfois différente, pouvant entraîner des pertes de chances pour les patients et une charge anormale de travail pour les soignants. En dehors même des défaillances vitales aiguës avec arrêt circulatoire qui ont fait l'objet de « Recommandations pour l'organisation de la prise en charge des urgences vitales en arrêt circulatoire intra hospitalières » dès 2004 par la SFAR, aboutissant au concept de « Chaîne de Survie Intra Hospitalière ».

Comme aux USA, nous ne pouvons que constater la persistance de nombreuses entrées indirectes en soins critiques de patients à hauts risques, après un passage par une hospitalisation première dans une unité médicale ou chirurgicale non critique, et l'arrivée secondaire dans les soins critiques de patient dont le niveau de risque a été initialement sous-évalué.

Revue de littérature : aux États-Unis

En 2012 aux USA, Lena M.Chen décrit un vrai problème de repérage et d'orientation : « Nous avons constaté que de nombreux patients à hauts risques n'avaient pas été directement admis en soins critiques, mais que, en revanche, environ la moitié des patients admis directement étaient à faible risque. Les modes d'admission à l'hôpital varient largement, quels que soient les patients et les niveaux de gravité. Les résultats suggèrent qu'il peut y avoir un manque considérable de consensus sur le moment d'orienter des patients en soins critiques. »⁶

⁶ Chen L, Render M, Sales A, Kennedy E, Wiitala W, Hofer T. Intensive Care Unit Admitting Patterns in the Veterans Affairs Health Care System. JAMA internal Medicine. 2012. Consulté sur : <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1221714>

4.1.1 Anticiper quand c'est possible

L'anticipation des parcours grâce à un travail de protocolisation n'est pas encore la règle, en France mais aussi à l'étranger.

Revue de littérature : au Canada

En 2016 au Canada, Joseph Dahine pointe un manque d'anticipation et de protocolisation :

« Dans notre système, la décision d'admettre un patient en soins critiques est laissée à la personne qui prend en charge l'unité le jour J. Établir un consensus de choix d'admission dans un contexte de ressources rares a été identifié comme une priorité par de nombreuses instances dans le passé, comme, par exemple, « Health Canada » pendant la pandémie H1N1. Malheureusement, les tentatives précédentes pour définir des directives ont été limitées par la méconnaissance de l'évolution des patients après leur sortie de soins critiques. Des recherches futures devront intégrer une analyse des séquelles et des résultats au long cours des patients admis en soins critiques pour définir de bonnes règles d'admission en soins critiques. »⁷

Pourtant au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publie depuis 2007 des guides de bonne pratique pour dépister et orienter les patients hospitalisés dans les unités de soins non critiques et dont l'état clinique se détériore. Ainsi, selon un score composite calculé à partir de données cliniques assez simple, des propositions de surveillance correspondant chacune à un niveau de risque, mais aussi à un type d'hospitalisation nécessaire ont été à nouveau précisées en 2017 :

⁷ Dahine J, Mardini L, Jayaraman D. The Perceived Likelihood of Outcome of Critical Care Patients and Its Impact on Triage Decisions: A Case-Based Survey of Intensivists and Internists in a Canadian, Quaternary Care Hospital Network. PLoS One. 2016. Consulté sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752246/>

Revue de littérature : au Royaume-Uni

Chart 4: Clinical response to the NEWS trigger thresholds

NEWS score	Frequency of monitoring	Clinical response
0	Minimum 12 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Continue routine NEWS monitoring
Total 1–4	Minimum 4–6 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Inform registered nurse, who must assess the patient Registered nurse decides whether increased frequency of monitoring and/or escalation of care is required
3 in single parameter	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to inform medical team caring for the patient, who will review and decide whether escalation of care is necessary
Total 5 or more Urgent response threshold	Minimum 1 hourly	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to immediately inform the medical team caring for the patient Registered nurse to request urgent assessment by a clinician or team with core competencies in the care of acutely ill patients Provide clinical care in an environment with monitoring facilities
Total 7 or more Emergency response threshold	Continuous monitoring of vital signs	<ul style="list-style-type: none"> Registered nurse to immediately inform the medical team caring for the patient – this should be at least at specialist registrar level Emergency assessment by a team with critical care competencies, including practitioner(s) with advanced airway management skills Consider transfer of care to a level 2 or 3 clinical care facility, ie higher-dependency unit or ICU Clinical care in an environment with monitoring facilities

Réponse clinique selon les seuils de déclenchement (NEWS) National Early Warning Score2 Chart4_Clinical response to NEWS trigger thresholds, 2017⁸

4.1.2 Donner des outils aux infirmières des unités d'hospitalisation non critiques

Des « scores d'alerte avancés », basés sur les signes vitaux du patient au-delà desquels des soins spécifiques doivent être engagés, sont pour certaines équipes à mettre à disposition des équipes infirmières. C'est le cas (cf. ci-dessus) des National Early Warning Score (NEWS) développés par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

⁸ National Early Warning Score (NEWS) 2, « Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS, Updated report of a report party, Royal College of Physicians, Royaume-Uni, décembre 2017. Consulté sur : <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

Revue de littérature : au Royaume-Uni

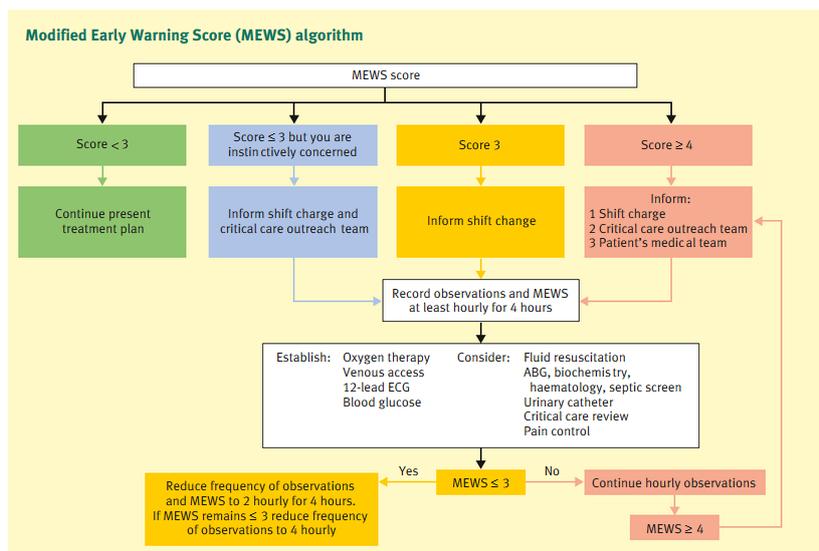
Par exemple à l'Addenbrooke's Hospital de Cambridge ⁹:

Modified Early Warning Score used in Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

Variable	MEWS score						
	3	2	1	0	1	2	3
Heart rate (beats/minute)	≤40	41–50	51–60	61–90	91–110	111–129	≥130
Respiratory rate (breaths/minute)	≤6	7–8		9–14	15–20	21–29	≥30
Systolic blood pressure (mm Hg)	≤70	71–80	81–100	101–180		>180	
AVPU/GCS	Unresponsive	Pain	Voice	Alert or GCS 15/15	Confused or GCS 14/15	9–13	≤8
Urine output	<10 ml (catheterized)	0.5 ml/kg in 2 hours or 30 ml/hour	<1 ml/kg/hour		Has not passed urine for 6 hours (not catheterized)	Has not passed urine for 12 hours (not catheterized)	>400 ml/hour or has not passed urine for > 12 hours (not catheterized)
Temperature (°C)		<35		35–38.4		38.5–39	>39

AVPU, Alert, Voice, Pain, Unresponsive; GCS, Glasgow Coma Score; MEWS, Modified Early Warning Score.

A partir du score calculé, un algorithme décisionnel est proposé :



La gestion des alertes de détérioration d'état clinique mobilise des ressources humaines qui peuvent être aidées par des ressources instrumentales et informatiques ; des « groupes intelligents d'alerte » peuvent être créés et automatisés dans leur recueil et le traitement des informations pour aboutir à des propositions d'alerte qu'un clinicien devra valider ou non. Les données d'entrée sont souvent des paramètres cliniques recueillis par des appareils de monitoring (fréquence respiration, saturation en oxygène, pression artérielle par exemple) combinées avec des données biologiques précises qui peuvent être intégrées par les algorithmes (lactate, nombre de globules blancs par exemple). Les

⁹ Williams, Claire & Wheeler, Daniel. Criteria for ICU admission and severity of illness scoring. Surgery (Oxford). 2009. (Critères d'admission en soins intensifs et score de gravité)

Consulté sur :

https://www.researchgate.net/publication/244924471_Criteria_for_ICU_admission_and_severity_of_illness_scoring

appareils de monitoring et les dossiers patients informatisés sont à même de construire ces « smart alerts », encore appelés « sniffers » ; les plus utilisés concernent la détection précoce d'un risque de sepsis sévère. Leur développement reste un processus complexe, leur utilisation est soumise à une évaluation régulière, et ils n'atteignent pas une sensibilité ni une spécificité de 100%, mais ils peuvent grandement faciliter l'alerte.

4.2 Une meilleure réponse intra hospitalière pour être efficace

Des travaux ont été menés en France et à l'étranger sur le dépistage et l'alerte qui peuvent découler du travail de surveillance (par les infirmières et les moniteurs) mais aussi de la mise en œuvre d'une équipe mobile de réanimation à même d'évaluer et prendre en charge ces patients. Une telle équipe a été testée au CHU de Montpellier et les résultats publiés en 2014 montrent plusieurs impacts positifs pour les patients et la structure :

- Diminution de la mortalité totale imprévue en hospitalisation complète.
- Augmentation des admissions en réanimation mais des patients souffrant de défaillances d'organe moins nombreuses.

Revue de littérature : au CHU de Montpellier

*Mise en place d'une équipe mobile de réanimation au CHU de Montpellier :
« La mortalité hors soins palliatifs en hospitalisation complète diminuait
significativement de 14 % après la mise en place de l'équipe (RR = 0,86 ;
IC95 % = 0,76–0,98 ; p = 0,023) tandis qu'elle restait inchangée
dans les secteurs ne dépendant pas de notre réanimation.*

*Le taux d'admissions en réanimation depuis les services d'hospitalisation
augmentait de 27 % entre la période « avant » et « après » (RR = 1,27 ;
IC95 % = 1,08–1,49 ; p = 0,003). L'IGS 2 médian était comparable :
38 (37–41) vs 41 (39–43) pour les périodes avant et après (p = 0,11).
Le SOFA score à l'admission était inférieur dans le groupe « après » :
7 (4–10) vs 6 (3–9) ; (p = 0,004) »¹⁰*

La reconnaissance précoce d'un risque et la possibilité d'alerter une équipe mobilisable sont donc, avec la protocolisation des mutations, d'après certains articles de la littérature et une expérience française, les bonnes pratiques pour commencer au plus vite les traitements nécessaires et les ajustements fréquents adaptés à l'évolution du patient. La précocité d'une prise en charge adaptée est partout décrite comme la meilleure façon de conserver les chances du patient.

¹⁰ Daurat A, Jung B, Chanques G, Molinari N, Prades A, Jaber S. Équipe mobile de réanimation : résultats préliminaires d'une étude « avant-après » dans un CHU français. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Volume 33, Supplement 2, 2014, Pages A309-A310. Consulté sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0750765814007710>

Une telle équipe serait la plus à même de prendre des décisions d'admission et d'orientation des patients hospitalisés en unité de soins non critiques, grâce à sa pertinence dans l'analyse clinique et à sa capacité à solliciter des critères standardisés et des compétences touchant plusieurs domaines :

- La priorisation : pour distinguer les patients à traiter en priorité en fonction de l'urgence, des procédures à réaliser et des équipements requis (ex : priorité 1 : patients nécessitant une assistance respiratoire indisponible en dehors de l'unité de soins critiques).
- Le diagnostic : pour déterminer les profils pathologiques pour lesquels une admission est appropriée (ex : choc cardiogénique).
- Le calcul de scores de gravité : pour estimer une probabilité de survie basée sur les signes vitaux des patients (ex : rythme cardiaque, pression artérielle, etc.). Ces scores pourraient aider à prendre des décisions pour des populations fragiles (poly pathologiques, âgés par exemple) mais il n'y a pas dans la littérature française ni internationale de recommandation spécifique dans ce domaine.

Néanmoins les revues de littérature pointent des méthodologies peu rigoureuses ne permettant pas de conclure définitivement à l'intérêt des équipes mobiles ni des scores avancés.

Point d'attention

En intra hospitalier la détérioration de l'état clinique peut toucher un patient hospitalisé en unité de soins non critiques, mais aussi un patient hospitalisé en unité de soins critiques, soit de niveau intermédiaire, soit spécialisé mono-organe.

Retour d'expérience : en France

La difficulté du repérage et de l'orientation des patients est accentuée dans les structures qui n'ont pas regroupé leurs lits de soins critiques. Ce cas reste fréquent malgré l'incitation de la circulaire DHOS/SDO/n° 2003/413 : « Le regroupement des lits de surveillance continue dans une unité individualisée est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité. Le regroupement des lits de surveillance continue dans une unité individualisée est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité. »¹¹. L'existence de nombreuses unités de soins critiques dispersées (hors réanimation) au sein des plateaux d'hospitalisation est toujours attestée dans plusieurs hôpitaux, avec un retentissement non mesuré sur la qualité du service offert et la création de silos opérationnels.

¹¹ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

4.3 Une prise de décision finale parfois complexe

Les décisions médicales aussi lourdes de conséquences, et en dehors d'une urgence vitale absolue immédiate, sont en fait plus complexes que la simple application d'algorithmes, même si « l'outillage » des soignants est important.

Revue de littérature : en France.

En 2008 Bertrand Guidet et al dans « Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux » citait une étude éclairant la complexité potentielle de ce processus !¹²

« Dans une étude suisse, les médecins évaluaient les facteurs intervenant dans la décision d'admission des patients en réanimation, le classement obtenu par ordre d'importance décroissant est le suivant :

- *la maladie sous-jacente;*
- *le pronostic de la maladie aiguë ;*
- *le choix du patient;*
- *la disponibilité en lit;*
- *la charge en soins infirmiers ;*
- *la politique d'admission du service ;*
- *les conséquences médico-légales possibles;*
- *l'état fonctionnel du patient;*
- *le souhait de la famille ;*
- *l'âge du patient;*
- *le coût de la prise en charge;*
- *le respect par le patient des recommandations médicales.»*

¹² Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M, Pateron D. Admission en réanimation du sujet âgé à partir du service des urgences. État des lieux. Société de réanimation de langue française. 2008 Publié par Elsevier Masson SAS. Consulté sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0812-Reanimation-Vol17-N8-p790_801.pdf

5 DES BESOINS DE COORDINATION EN INTRA HOSPITALIER

Les difficultés actuelles concernant les flux et l'organisation des transports vers les unités de soins critiques sont les suivantes :

- L'indisponibilité temporaire ou récurrente des transports médicalisés, source de délais dans la mise en œuvre des décisions ;
- La coordination entre les unités de soins non critiques et les fonctions support de brancardage pour l'organisation du flux vers les soins critiques ;
- La démographie médicale incompatible avec les impératifs de transports intra-établissement médicalisés qui étaient la règle.

Les principales pistes évoquées par le groupe de travail pour faciliter l'organisation des transports vers les soins critiques sont :

- La possibilité de fixer une durée prévisionnelle de séjour à l'entrée du malade pour préparer la sortie et son transport. A minima un recueil des DMS, pour l'évaluer, peut-être effectué par le DIM, mais un raisonnement en chemins cliniques peut aussi aider à anticiper les sorties. Un travail de construction de parcours types, validé en CME, peut fluidifier les transferts. Les transferts vers l'aval ainsi anticipé sont plus facilement organisables ;
- Le développement des transports infirmiers intra hospitaliers ;
- Les fonctions de brancardage intra hospitaliers peuvent aussi être centralisées et optimisées, comme le proposent les logisticiens pour d'autres domaines d'activité.

6 PROPOSITIONS D' ACTIONS

6.1 Ce qu'il faut faire

- Définir et diffuser une liste des signes (cliniques, biologiques, biométriques) d'une détérioration non prévue de l'état des patients ;
- Faire monter en compétences les personnels soignants non médicaux pour qu'ils reconnaissent le plus rapidement possible les signes d'une détérioration non prévue de l'état des patients ;
- Assurer un socle commun de connaissance en soins critiques et signes d'alerte à l'ensemble des personnels soignants non médicaux de l'établissement ;
- Être attentifs aux maquettes en personnels soignants non médicaux pour que la charge de travail permette la surveillance et l'évaluation des patients ;
- Sur le modèle de la « Chaîne de Survie Intra Hospitalière » écrire une procédure d'alerte et mettre à disposition les ressources et les moyens pour réagir à cette alerte, dont une ligne téléphonique dédiée ;
- Définir la procédure de réponse à l'alerte selon la structure de l'établissement, qui pourra aller de la décision de transfert (décrire le processus de prise de décision et de mise en œuvre),

pour les établissements sans unité de soins critiques, à, pour les établissements les mieux dotés, la mise en œuvre d'une équipe mobile de réanimation ;

- Regrouper les plateaux de soins critiques (fait écho à la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003), et le faire à proximité des plateaux médicotechniques ;
- Organiser et diffuser les procédures aux points de rupture (entrée, mutation, sortie).

6.2 Ce qu'il faut probablement faire

- Écrire des chemins cliniques, les utiliser, et considérer une sortie de chemin clinique comme une alerte ;
- Concevoir, déployer et évaluer un ou des scores d'alerte avancés ; formaliser les réponses à ces alertes ; automatiser les scores avancés (ressources humaines et matérielles à adapter) ;
- Intégrer et anticiper de fait les lits de soins critiques dans certains parcours médicaux et chirurgicaux lourds ;
- Intégrer et anticiper de fait les moyens en structures et en lits nécessaires après la prise en charge en soins critiques ;
- S'appuyer sur l'expérience des personnels soignants non médicaux et ne pas négliger parfois une alerte non factuelle (inquiétude, préoccupation, etc.) ;
- Organiser les plateaux de soins critiques en gardant une certaine « porosité » entre ceux permettant une suppléance aiguë prolongée et ceux ne le permettant pas de façon prolongée, pour pouvoir dimensionner les ressources selon les pics et creux d'activité.

6.3 Ce qu'il ne faut probablement pas faire

- Disperser et sur spécialiser les lits de soins critiques (hors USIC et USINV) ;
- Utiliser les lits d'UHCD comme des lits de soins critiques.

6.4 Ce qu'il ne faut pas faire

- Utiliser les ressources des soins critiques, personnels et lits, pour des patients ne le justifiant pas mais pour résoudre des problèmes organisationnels ou structurels, en salle de surveillance post-interventionnelle, ou dans les plateaux d'hospitalisation pour soins non critiques ;
- Utiliser des places de salle de surveillance post-interventionnelle comme lits de soins critiques.

Chapitre 2 :

Organisation territoriale des soins critiques

L'objectif de ce chapitre est de préciser comment l'offre hospitalière peut s'organiser sur un territoire autour de la gradation des soins critiques, puis comment les acteurs en santé peuvent orienter un patient. En effet, ces unités prennent en charge des patients en détresse vitale avérée ou potentielle, mais la mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières est majeure. De plus les équipes soignantes, médicales et non médicales doivent acquérir puis maintenir des compétences spécifiques, et travailler dans un environnement multidisciplinaire pour assurer de meilleures chances aux patients. C'est pour ces raisons que de nombreux pays réorganisent depuis une dizaine d'années leur offre hospitalière en soins critiques, avec un regroupement des lits et une concentration des compétences, ce qui nécessite de travailler à la gradation de l'offre pour porter des filières de soins critiques, dans lesquels se projettent les parcours des patients.

1 UN PILOTAGE INSTITUTIONNEL

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 confirme l'ARS dans son rôle central, puisque c'est elle qui définit « les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd » (CSP article L 1434-3), que ce soit « pour les territoires de démocratie sanitaire » ou pour les « zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements lourds » (CSP article L 1434-9)¹³. Un territoire dans lequel est organisée une gradation des soins critiques correspond bien à une de ces zones.

L'ARS peut ainsi définir une méthodologie de projet et répartir les rôles afin d'embarquer tous les acteurs en faisant prévaloir un esprit de coopération, et outiller le projet avec la mise en place d'instances de travail, de suivi et d'arbitrage, comme dans le retour d'expérience ci-dessous :

¹³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Retour d'expérience : en région Rhône-Alpes

L'ARS Rhône-Alpes dès 2001 a créé un laboratoire de coopération entre les professionnels de santé, destiné à s'épanouir dans un territoire limité par la géographie alpine. Le Réseau Nord Alpin des Urgences est né, fédération hospitalière qui regroupe dès 2015 tous les établissements publics et privés du territoire, embarque 21 services d'urgences et 3 SAMU, 12 filières dont plusieurs intègrent les soins critiques, et les plateaux médicotechniques lourds. La fédération repose sur une convention et dispose d'un budget annuel de 500 000 euros dotés par MIG à l'hôpital d'Annecy où se situe la cellule de coordination du réseau, dont 350 000 euros sont dédiés aux ressources humaines permettant la coordination. Chaque année un bilan d'activité est fourni par le réseau qui sert de base de discussion pour le financement. Le réseau peut ainsi s'appuyer sur un ETP médical (réparti sur 3 têtes) ayant la direction de la cellule, d'un chef de projet et de 8 responsables techniciennes d'étude clinique qui s'occupent des filières (gestion des registres etc.).

Pour ouvrir une nouvelle filière, le besoin vient du terrain par les urgentistes. Chaque filière repose sur la mise en place d'un bureau scientifique composé d'urgentistes et de médecins spécialistes issus des établissements de la région. Le bureau scientifique permet aux professionnels de s'accorder pour construire des filières raisonnées et de rédiger les référentiels de prise en charge. Il est également l'instance d'évaluation des pratiques basée sur les registres. Le temps consacré par les professionnels en bureau pour rendre les filières effectives et évaluer leur fonctionnement repose sur le bénévolat.

Le RENAU développe une méthode de travail pragmatique basée sur l'identification des problèmes par les professionnels et la construction de protocoles régionaux en accord avec les recommandations scientifiques internationales. La commission scientifique du RENAU valide les différents protocoles rédigés en bureau avant publication. La diffusion est assurée au moyen du carnet de protocoles, du site internet (<https://www.renau.org/>) et de l'application smartphone du RENAU. L'évaluation des actions entreprises est réalisée par la cellule épidémiologique du RENAU à partir de registres d'évaluation ou d'enquêtes transversales. Ces résultats permettent d'adapter chaque année les procédures régionales pour une efficacité optimale.¹⁴

¹⁴ Dr Belle L, Dr Ageron F-X. Le RENAU, 13 ans au service de l'urgence et de la santé publique 2001-2015.

2 UNE ORGANISATION

Dans la littérature, plusieurs modèles d'organisation territoriale sont décrits comme répondant aux contraintes suivantes :

- Capacité à imposer une organisation territoriale : existence d'autorité centrale, de règles, d'incitations
- Volonté pour définir un territoire : étendue, découpage en zones de chalandise, infrastructure du territoire
- Connaissance de la démographie : taille, répartition et profil des patients
- Étude de l'accessibilité : temps et risques liés au transport et aux délais de prise en charge
- Recherche du rapport coûts / bénéfiques : amortissement des coûts via des économies d'échelle, coûts du transport des patients (hélicoptère, ambulances, etc.)
- Connaissance de la disponibilité des ressources : distribution et/ou préférences géographiques du personnel soignant

Ces modèles de répartition territoriale des soins critiques nécessitent plus ou moins d'intervention de la part d'autorités centralisées, capables d'encadrer et de veiller à l'implémentation de politiques territoriales.

En réponse aux contraintes, la littérature montre qu'il existe deux grandes tendances organisationnelles : la régionalisation et la fragmentation.

2.1 Régionalisation

Les établissements de santé sont repérés selon le **niveau de soins critiques** qu'ils peuvent fournir (gradation), puis mis en réseau. C'est un modèle avec **transfert des patients** et les problèmes d'accessibilité y sont importants.

Les unités de soins critiques aux capacités étendues ou associées à des plateaux médicotechniques lourds sont désignées comme référentes d'un réseau incluant des unités satellites voisines de plus petite capacité. Ces unités référentes traitent en particulier les cas complexes, laissant les patients nécessitant des soins moins avancés aux unités satellites, que ce soit en première intention ou une fois qu'ils ne nécessitent plus de niveau très spécialisé ni de plateau médicotechnique lourd.

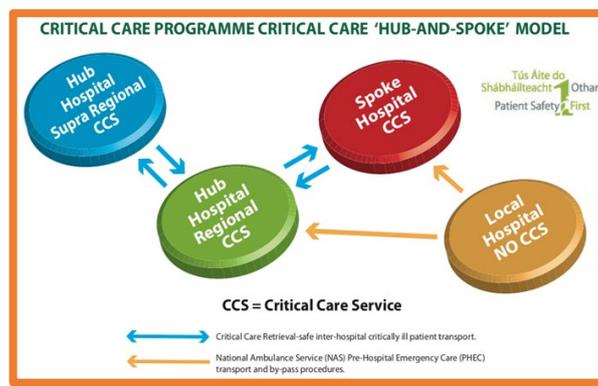
Le modèle de régionalisation est le plus fréquemment cité dans la littérature. Dans plusieurs pays il est présenté comme une extension naturelle de la logique de centralisation initiée par le « closed-model staffing » : modèle d'équipe médicale spécialisée et dédiée uniquement à l'activité de soins critiques. Ce modèle d'équipe médicale est une évolution parfois récente dans certains pays, mais est la règle en France.

Les obstacles principaux à la régionalisation incluent la résistance des parties prenantes et le manque d'autorité centralisée pour réglementer et appliquer le système. De plus, les patients et leurs familles pourraient être réticents au transfert inter hospitalier car cela pourrait les éloigner de leur domicile et de leurs médecins habituels.

Retour d'expérience : en République d'Irlande

Après une étude du recours et des besoins en soins critiques menée à la fin des années 2000, la République d'Irlande mène une politique de réforme de la santé publique au sein de laquelle la régionalisation des soins critiques - historiquement fragmentés - occupe une place importante. Le nouveau modèle prévoit la création de quelques unités « pivots » d'envergure, équipées pour traiter les cas les plus sévères. Les centres de plus petite taille, mieux dispersés sur le territoire, proposent des soins moins complexes et permettent aux patients d'être traités plus près de leur domicile, notamment lorsque les soins nécessitant un plateau médicoteknique lourd ne sont plus prescrits.

Ce modèle « hub and spoke » définit une organisation régionale centralisée, hiérarchisée et connectée.



Les hôpitaux locaux sont liés aux hôpitaux pivots en formant un réseau hospitalier, avec services de transport et connectivité entre hôpitaux pour avoir de la visibilité sur les capacités en lit. La réorganisation du système passe par un rééquilibrage des ressources et du personnel sur le territoire qui a été mené au niveau national.

Les petites unités redondantes ou peu efficaces sont fermées, tandis que les unités pivots centralisées prennent de l'ampleur. L'estimation de la capacité est obtenue à partir d'un recensement annuel qui répertorie le nombre de lits de soins critiques et le personnel mis en place.¹⁵

L'Irlande a également défini la gradation de ces soins critiques par la mise en place de la configuration « hub-and-spoke » qui est un modèle de délivrance des soins pour le système hospitalier, de sorte que les patients adultes gravement malades puissent accéder à un niveau approprié de soins critiques. Le terme « hub-and-spoke » est un terme utilisé pour désigner un système d'organisation des patients qui est connecté, centralisé et hiérarchisé.

¹⁵ HSE, Irlande, Model of Care for Adult Critical Care, 2014. Consulté sur : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/model-of-care-for-adult-critical-care.pdf>

2.2 Fragmentation

C'est un modèle où les unités de soins de différentes tailles, la graduation et la spécialisation sont distribuées sur le territoire de façon non régulée. Cela correspond souvent à une situation *ad hoc* apparaissant sans planification délibérée. Cependant ce modèle se subdivise souvent en deux variantes nécessitant quant à elles un effort de planification.

2.2.1 Fragmentation appuyée par la télémédecine

Elle comporte la mise en relation d'unités de soins dispersées géographiquement via des outils de communication en temps réel. Le plus souvent, la télémédecine établit des relations unidirectionnelles avec une équipe de réanimateurs centralisée servant plusieurs établissements. La télémédecine permet de limiter voire d'éliminer les contraintes liées à la dispersion géographique des unités de soins critiques. C'est un modèle avec **transfert d'informations**.

Revue de littérature : au Canada

*Le programme « CritiCall » mis en place dans la province Canadienne de l'Ontario est l'un des plus anciens exemples d'organisation territoriale des soins critiques basée sur la télémédecine. Son rôle est de soutenir les petites unités de soins critiques dans le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients via une communication téléphonique établie avec des équipes médicales hautement qualifiées. « CritiCall » soutient par ailleurs depuis 2014 l'implémentation du programme « Virtual Critical Care » (Soins Critiques Virtuels). Ce programme, plus avancé techniquement, dote 22 hôpitaux d'un accès à un centre de soins critiques connecté par visio-conférence, disposant également de capacité d'accès électronique aux dossiers médicaux des patients.*¹⁶

2.2.2 Fragmentation avec coopération

Elle comporte la mise en commun de ressources au sein d'un réseau d'unités de soins dispersées dans une région, dans le but de favoriser l'apprentissage et les synergies. Ce modèle nécessite de désigner certains centres comme responsables de la coordination du réseau et du partage d'information. C'est un modèle qui **transfère de la compétence**.

¹⁶ Ontario, Ministry of health, Critical Care Strategy, CritiCall Ontario. Consulté sur : <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/criticalcare/criticalcall.aspx>

2.3 Une modélisation trop schématique

Bien que les modèles organisationnels soient distincts, ils ne sont pas nécessairement exclusifs les uns des autres, la coexistence de plusieurs modèles est possible. Les modèles s'adaptent aux territoires et chaque champ d'un modèle est interdépendant des autres. Naturellement, chaque modèle possède des avantages et des inconvénients qui doivent être pris en compte au regard de leur contexte d'implémentation. Par ailleurs, les territoires concernés prennent parfois en compte la collaboration avec les pays voisins, mettant en place des programmes transfrontaliers communs. C'est le cas par exemple de la France et de la Belgique, où des hôpitaux établissent des conventions de coopération.

Revue de littérature : Comparaison de modèles d'organisation et de coopérations en soins critiques

Dans le tableau ci-dessous qui reprend les éléments de deux publications¹⁷, les bénéfices et risques sont évoqués en comparant le type d'organisation « modèle » à une organisation fragmentée sans transfert d'information ni de compétence :

¹⁷ Nguyen Y-L, Kahn J M., and Angus D.C. Reorganizing Adult Critical Care Delivery : The Role of Regionalization, Telemedicine, and Community Outreach. ATS journals, 2010. Consulté sur <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.200909-1441CP> et Strauch U, Bergmans D, Marx G and Roekaerts P. The changing landscape of intensive care medicine. Acta Anaesth. Belg., 2015. Consulté sur : https://www.sarb.be/site/assets/files/1142/02-strauch_et_al.pdf

Modèles	Bénéfices potentiels	Risques potentiels	Freins potentiels	Zone électorale
Régionalisation	Survie accrue	Difficulté d'accès aux soins	Identification des centres de référence	Zones urbaines
		Réduction de spécialistes pour les ES périphériques	Méthode pour superviser et réguler le système	
	Meilleure utilisation des ressources	Augmentation du volume pour les centres de référence	Résistance des prestataires de soins (compétence) et patient (éloignement)	Si le maillage du transport médical d'urgence est robuste
		Discontinuité des soins		
Fragmentation télé-médecine	Survie accrue	Virtualisation de la relation patient à médecin	Résistance des prestataires de soins : problèmes médico-légaux	Zones rurales
	Expertise des soignants maintenue	Confidentialité médicale compromise		Grandes distances entre hôpitaux
	Harmonisation des pratiques	Perte de télé-médecine pour panne, maintenance et temps d'immobilisation	Coûts infrastructures	Petits hôpitaux sans personnel médical en SC 24/24
Fragmentation coopération	Survie accrue	Difficultés d'évaluation de l'efficacité du système	Manque d'installations et d'équipements (NTIC commun aux hôpitaux)	Petites régions
	Économies de coûts			
	Analyse comparative	Equilibre des ressources et des personnels disponibles dans la région		Système de communication efficace entre les hôpitaux
	Harmonisation des pratiques			

2.4 Des points communs aux trois modèles

Dans ces trois modèles, la nécessité de régulation de l'offre est nécessaire pour initier, encadrer et réguler la mise en place de filières en soins critiques selon la gradation des soins organisée. Que celle-ci soit initiée par l'autorité régulatrice ou qu'elle vienne des acteurs de terrain, pour être valide elle doit définir et organiser les éléments suivants :

- S'inscrire dans un territoire délimité ;
- Cartographier sur ce territoire l'offre disponible en soins critiques en précisant le niveau dans la gradation (lits ouverts et ressources humaines adaptées disponibles), et l'offre disponible en plateaux medicotechniques ;
- Coordonner les acteurs de terrain, de transport et d'accueil pour éviter la dégradation de l'état de santé du patient.

2.5 La situation en France début 2020

Le décret n° 2002-466 du 5 avril 2002 décrivant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue n'a pas précisé de modèle d'organisation territorial français. Il n'y a pas de méthodologie partagée d'organisation de la gradation ni des coopérations au sein de territoires identifiés. Il prévaut 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.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 renforce la nécessité d'organisation territoriale de l'offre de soin pour plus d'efficacité, mais ne met pas en évidence de méthodologie universelle de construction de cette organisation, le territoire notamment n'y trouve pas de définition précise. De nombreux « territoires » administratifs ou sanitaires existent en France : 13 régions métropolitaines, pratiquement autant de territoires de démocratie sanitaire que de départements soit 101, des barrières géographiques variées, 135 groupements hospitaliers publics (et une offre privée elle aussi se regroupant aussi), 29 CHRU et 53 CHU, 101 SAMU et 466 SMUR... : lequel ou lesquels retenir ?

Réflexion du groupe de travail

Le modèle dominant en France reste la fragmentation sans télé-médecine ni coopération institutionnalisée, avec des situations très différentes d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre au sein des régions (quelques expériences de coopérations). L'existence d'équipes de réanimateurs dédiées à chaque unité (closed model staffing), qui est la règle depuis longtemps dans notre pays, n'y a pas entraîné de prolongation vers la régionalisation contrairement à ce qui s'est passé dans plusieurs autres pays.

Des initiatives régionales tentent depuis peu d'organiser cette offre autour des modèles de régionalisation mais aussi de fragmentation avec télémédecine. C'est le cas notamment en Île-de-France :

Revue de littérature : territorialiser l'offre de soins critiques en France

« Il semble impératif de graduer l'offre de soins critiques au sein des territoires, et en particulier en grande couronne, et au sein des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Cette gradation des soins critiques doit probablement s'organiser autour d'unités de réanimation référentes pour les unités de plus petite taille ou les USC isolées du territoire. »¹⁸

3 DANS UN TERRITOIRE

3.1 Des frontières géographiques

La région apparaît d'emblée comme une première enveloppe « naturelle », englobant en France métropolitaine des populations allant de plus de 12 millions d'habitants pour l'Île-de-France à 2,5 millions pour la moins peuplée. Cependant aucune des îles françaises n'atteint le million d'habitants, et la Guyane ne regroupe que 230.000 personnes. La valeur médiane de population est d'un peu plus de 5 millions d'habitants par région hors départements et territoires d'outre-mer. Si hors Île-de-France, la population dans chaque région reste dans le même ordre de grandeur, les densités et typologies de population sont très différentes d'une région à l'autre. La géographie, le contexte socio-économique et les moyens de déplacement sont eux aussi très différents d'une région à l'autre, si bien que les éléments sont réunis pour qu'au sein de chaque région, il soit nécessaire de définir un ou des territoires dans lesquels sera organisée l'offre de soins critiques. Au-delà de la définition d'un espace géographique limité, qualifié par une appartenance juridique ou historique (territoire national, département...), une ou des limites naturelles (montagne, fleuve, routes...) il faut tenir compte d'autres niveaux d'appréciation.

¹⁸ Agence régionale de santé Île-de-France, Projet Régional de Santé 2018-2022 consulté sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

3.2 Des frontières imposées par les temps de déplacements des patients ou des ressources

Les capacités à transférer les patients, les informations ou les ressources sont très structurantes dans un territoire, et ainsi vont jusqu'à participer à en dessiner les contours. Plusieurs actions peuvent être réalisées, plus ou moins associées, pour affiner les limites d'un territoire dans lequel développer la filière en soins critiques.

3.2.1 *Frontières temporelles rayonnantes*

- Recenser et positionner sur la région les établissements porteurs d'une autorisation en soins critiques, en précisant le niveau.
- Recenser les différents modes de transports accessibles dans la région, la rapidité qu'ils permettent et leur accessibilité.
- Cartographier ensuite les zones d'accès aux différents sites d'offre de soins critiques en rayonnant à partir de chaque site selon les temps d'accès. Ce type d'information est déjà disponible pour les temps d'accès aux SAU (Cartostat Atlasante, répartition en moins de 30 minutes, 31 à 60 minutes, plus de 60 minutes).
- Évaluer les temps de trajets entre les différents sites d'offre de soins critiques, pour anticiper les temps de transports secondaires, mais aussi évaluer les contraintes pour les soignants si des temps partagés sont envisagés entre ces différents sites.
- Pour tous ces temps, il faut préciser l'impact des variations saisonnières (tourisme) et des variations climatiques.

3.2.2 *Frontières dessinées par les coopérations*

- Étudier les coopérations entre communes : fréquence de certains échanges entre des villes, souvent liée en plus des distances à la qualité des moyens de transport entre ces deux villes, avec un impact aussi bien pour les proches que pour les soignants. Des données sont accessibles auprès de l'Observatoire des Territoires, en recherchant par exemple le nombre quotidien de navettes domicile-travail.
- Rechercher, dans le champ sanitaire et dans le champ médico-social, les coopérations entre structures, entre équipes, entre praticiens, soit à partir des informations des professionnels, soit par repérage des flux grâce aux outils montrant les transferts entre établissements, comme ORFEE.
- Aider à émerger une dynamique d'intérêt puis d'association, comme dans le cas du RENAU, à partir d'un collectif initial. Ces nouvelles coopérations peuvent repousser des frontières et redessiner des territoires.

3.2.3 Frontières opérationnelles

Les unités de soins critiques sont liées à des établissements de soins et déjà entre ces structures, selon la spécialisation des soins critiques ou le plateau medicotechnique nécessaire aux patients, des transferts peuvent être nécessaires et mobiliser les équipes de SMUR. Mais d'autres transferts de patients sont à prévoir :

- Prendre en compte les liens d'amont : en amont ce sont les structures de soins primaires tels les médecins correspondants des SAMU, les Hôpitaux de Proximité et les SAU qui sont amenés à dépister des décompensations de fonction vitale.
- Analyser aussi les liens d'aval des soins critiques, où à nouveau les soignants de premier niveau ou le tissu médico-social sont à même d'accueillir le patient, ayant récupéré ou stabilisé ses fonctions vitales, et n'ayant plus besoin de soins lourds aigus.
- Décrire les limites en temps et conditions d'accès ou de transfert de l'amont vers la filière, à l'intérieur de la filière, de la filière vers l'aval. Le SMUR est le plus sollicité et il faut en préciser les limites logistiques et organisationnelles : combien d'équipes et quel temps d'équipes peut-on prévoir de mobiliser en fonction de l'activité prévue et quelle étendue de territoire peut-on ainsi fédérer ?

Les données d'activité potentielles sont accessibles par le PMSI à travers différents outils, mais les données des observatoires régionaux, et singulièrement des observatoires régionaux des urgences, sont à considérer de près.

Réflexion du groupe de travail

Le modèle largement employé en Amérique du Nord des unités de soins critiques géographiquement éloignées mais fonctionnellement regroupées grâce aux outils de communication et à l'informatique hospitalière, les « e ICU », en pratique une régionalisation mais aussi partiellement une fragmentation appuyée sur la télémédecine, dessine des territoires très étendus dans lesquels les distances sont plus compatibles avec des transferts d'information et partiellement de compétence qu'avec des transferts de patients. Ce modèle s'appuie aussi sur des équipes soignantes très différentes des équipes françaises. Ce modèle n'est pas retenu par le groupe de travail dans un premier temps, car et la géographie, les distances, et la mobilisation de davantage de médecins spécialisés en réanimation en France, ne paraissent pas le justifier.

Même si plusieurs professionnels en soins critiques privilégient donc le modèle avec transfert des patients dans un territoire *ad hoc*, l'ARS Île-de-France écrit en 2018 s'appuyer sur le développement de la télémédecine, montrant par-là la perméabilité des modèles mais aussi participant à une définition peut être nouvelle des territoires :

Revue de littérature : en France

« Le développement de la télémédecine doit permettre d'assurer le partage et le transfert des compétences ainsi que l'homogénéisation des pratiques médicales, notamment entre les unités de surveillance continue isolées et l'unité de réanimation référente. L'accès aux centres de réanimation experts/spécialisés sera également facilité. »¹⁹

4 DES OUTILS POUR ORIENTER LES PATIENTS

Au sein de chaque territoire, les professionnels de santé, régulateurs mais aussi médecins de soins primaires ou responsables de soins critiques, doivent orienter le patient vers la bonne filière de soins critiques. La connaissance précise de l'offre disponible à l'heure de la décision est nécessaire.

Réflexion du groupe de travail

Le groupe de travail souligne le besoin de connaître l'offre disponible sur le territoire en temps réel, avec des données opérationnelles et valides, tant en disponibilité de lits et des équipes, qu'en possibilité d'accès aux plateaux médicotechniques, pour orienter les patients.

En pratique il s'agit de faire coïncider la gradation du besoin déterminé par la gradation de l'état de santé du patient (niveau de surveillance requis, soins, type et nombre de suppléances nécessaires) et la gradation de l'offre de service des différents établissements (compétences et disponibilité du personnel soignant, infrastructure, taille et types des unités, équipements, etc.)

4.1 Connaître les disponibilités en lits

Les répertoires opérationnels des ressources (ROR) sont des référentiels de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales de chacune des régions. Ce sont des outils destinés à aider les professionnels à connaître l'offre de santé disponible afin d'améliorer le parcours du patient. Organisé par chaque région il devrait être l'outil qui permette d'avoir accès à ces données puisqu'il est censé proposer une information exhaustive de l'offre de santé régionale (et extrarégionale dans quelque cas en expérimentation). Il est rarement automatisé et interconnecté aux systèmes d'information hospitaliers, ce qui permettrait de connaître le nombre de lits libre/disponible en temps réel. Le plus souvent il est déclaratif, avec un rafraichissement annuel au minimum, et ne couvre que

¹⁹ Agence régionale de santé Île-de-France, Projet Régional de Santé 2018-2022 consulté sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

le registre opérationnel des lits théoriquement disponibles, sans forcément décrire aussi les plateaux médicotecniques disponibles. Au quotidien, c'est donc plutôt la gestion des aléas qui prévaut avec des appels ciblés (sortie de patient de réanimation pour prendre un patient qui attend aux urgences par exemple).

Des pistes sont explorées pour faciliter l'autonomisation du recueil de la disponibilité des lits sur le territoire :

- Exporter automatiquement les données (entrées, mouvements, sorties) de l'outil informatique de gestion administrative de l'établissement dans le support informatique du répertoire opérationnel des ressources de la région, ou dans le support informatique des régulations régionales, notamment des SAMU.
- Exporter automatiquement les données (entrées, mouvements, sorties) de l'outil métier des unités de soins critiques dans le support informatique du répertoire opérationnel des ressources de la région, ou dans le support informatique des régulations régionales, notamment des SAMU.
- Automatiser la remontée de la vacance en lits, mais aussi des lits dédiés aux soins critiques dans les référentiels de structure lors de leurs évolutions.

Retour d'expérience : en République d'Irlande

Dans le cadre de la refonte de son système de santé et des soins critiques, la République d'Irlande a mis en place un « Bed Bureau » basé sur un outil Web qui permet la communication entre les hôpitaux.

Il fournit des informations en temps réel sur l'occupation des lits dans toutes les unités afin d'optimiser l'utilisation des ressources en lits de soins critiques. Il permet également de faciliter le transfert clinique des patients entre hôpitaux en communiquant les informations sur le service de récupération et les coordonnées du médecin référent. Enfin, il permet de soutenir les hôpitaux en cas de période de surtension majeure des capacités en lit.²⁰

Retour d'expérience : en région Occitanie

SAMU 31 : Un logiciel de Gestion des lits libres en Occitanie permet de connaître et d'afficher dans les salles de régulation du SAMU le niveau d'activité des SAU et le niveau de remplissage des Unités de Soins Critiques de la région.

En interface avec la plupart des logiciels de gestion des SAU publics et soins critiques publics, il doit encore être rempli manuellement par les SAU et les soins

²⁰ HSE, Irlande, Model of Care for Adult Critical Care, 2014. Consulté sur : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/model-of-care-for-adult-critical-care.pdf>

critiques privés faute d'interface (développement en cours).

Pour l'occupation des lits de soins critiques un code couleur est généré à partir des données produites par l'équipe de soins : vert pour un lit libre, rouge pour un lit occupé non libérable de façon prévisible, et orange pour un lit occupé mais potentiellement libérable.

Cette dernière information peut aider dans les périodes « hôpitaux en tension ». Une unité de soins critiques qui serait toujours en rouge sur tous ses lits invite à réfléchir soit à une amélioration de la gestion des flux de patients soit à dimensionner plus largement cette unité.

Tableau de Bord des LITS CRITIQUES			Mardi 24 Septembre 2019 17:39		
REA POLYVALENTE			SC POYLVALENTS		
CH ST GAUDENS	2	17:30	CH ST GAUDENS	0	17:30
CHU ONCOPOLE	2	17:29	CHU ONCOPOLE	1	17:29
CHU PURPAN	7	17:29	CHU PURPAN	1	17:29
CHU RANGUEIL	2	17:29	CHU RANGUEIL	3	17:29
REA SPECIALISEE CHU			SC SPECIALISES CHU		
Cardio Vasculaire	0	17:29	Digestifs	3	17:29
Grands Brûlés	3	17:29	Maxillo-Faciaux	0	17:29
Néonatale	1	17:29	Néphrologiques	0	17:29
Neurochirurgicale	2	17:29	Neurochirurgicaux	1	17:29
Pédiatrique	0	17:29	ORL	2	17:29
Unité de Transplantation	0	17:29	Pédiatriques	0	17:29
SOINS INTENSIFS CHU			Traumatologiques	1	17:29
			Unité de Transplantation	0	17:29

4.2 Connaître la disponibilité médicotechnique

La connaissance de la position dans la gradation de chaque unité de soins critiques des établissements du territoire est nécessaire mais pas toujours suffisante. Il faut aussi savoir orienter les patients vers les bons établissements en croisant les possibilités en soins critiques avec :

- **l'offre de soins critiques spécialisés**, notamment avec des techniques de suppléances non obligatoires dans toutes les unités de soins critiques, comme l'oxygénation par membrane extra-corporelle, les systèmes de détoxification dans l'insuffisance hépatique, les monitorages spécifiques pour des patients cérébro-lésés aigus, etc.
- **la disponibilité d'équipements lourds** : bloc opératoire avec circulation extracorporelle possible, technique interventionnelle guidée par imagerie, « trauma center », etc.
- **la possibilité de mobiliser des équipes médicales spécifiques** : neurochirurgiens, chirurgiens cardio-thoraciques, opérateurs formés aux techniques lourdes d'imagerie interventionnelle, etc.

Réflexion du groupe de travail

Actuellement il n'y a pas de référentiel national, qui serait décliné régionalement comme le ROR, conçu pour répertorier ces ressources.

Le groupe de travail souligne l'importance de la prise en compte de ces ressources pour orienter des patients, et la nécessité d'en avoir une connaissance actualisée « au fil de l'eau », car un équipement lourd peut être en panne ou en maintenance, une équipe d'opérateurs fragilisée ponctuellement par une maladie, etc.

Un référentiel régional, potentiellement accessible auprès du SAMU, est nécessaire pour éviter les pertes de chance par erreur d'orientation. Il faut aussi organiser la collecte des informations et sensibiliser les acteurs de ces filières spécifiques.

Au Danemark la visite de l'hôpital et la rencontre des équipes y travaillant en soins critiques et aux urgences a permis de comprendre un fonctionnement ergonomique et fiable du repérage tant des ressources que des patients.

Retour d'expérience : au Danemark

Visite au Danemark, Odense University Hospital : par radio identification des patients et du matériel, la numérisation et la visualisation du parcours interne est possible au fil de l'eau, horodaté, réalisant un véritable suivi logistique du patient doublant le suivi logistique du matériel.

5 UN BESOIN DE COORDINATION

Les parcours des patients qui intègrent un ou des passages en soins critiques ne sont pas simples ni dénués de danger. Plusieurs décisions d'orientations, suivies d'autant de transports, peuvent être nécessaires. Pour diminuer les risques d'aggravation du patient, une bonne coordination des acteurs de terrain, de transport et d'accueil est nécessaire.

Les enjeux sont triples :

- Pour les patients : la possibilité de lui assurer le transport dans les meilleures conditions, de temps et de technicité, et de l'amener au bon endroit (bon niveau de soins critiques et bon plateau technique), pour éviter les pertes de chance et les aggravations.
- Pour les soignants : l'amortissement des périodes de surcharge par l'amélioration de la gestion des adressages en fonction des capacités d'accueil et la répartition potentielle sur plusieurs sites.
- Pour le système de santé : l'amélioration de la pertinence des hospitalisations et des transports, avec une rationalisation de la mobilisation de ressources.

Les difficultés actuelles concernant les flux et l'organisation des transports vers les unités de soins critiques sont les suivantes :

- L'indisponibilité temporaire ou récurrente des transports médicalisés, source de délais dans la mise en œuvre des décisions.
- La transmission au service d'accueil d'informations incomplètes avant l'arrivée du patient, pouvant gêner l'anticipation des soins à prodiguer en urgence.
- Le retour à vide des SMUR après un transfert vers un autre hôpital, « immobilisant » de fait des ressources rares pendant plusieurs heures dans certaines régions.

Quelques pistes sont évoquées par le groupe de travail :

- Développer des transports inter hospitaliers par des infirmières formées à ces pratiques avancées.
- Améliorer la transmission d'informations, à la fois complètes et actualisées, au service d'accueil.
- Optimiser les retours des équipes de SMUR grâce à une gestion centralisée des transports, notamment secondaires, en s'inspirant de la gestion de la logistique des transporteurs routiers.

Finalement devant des demandes justifiées, des degrés d'urgence précisés, des services d'accueil prévenus et disponibles, c'est bien d'un effort de coordination par un organisme central au territoire qui est nécessaire.

Deux retours d'expérience montrent que des avancées importantes sont possibles et déjà à l'œuvre, dans quelques régions françaises mais aussi à l'étranger. Pour exemple les réalisations de l'ORUMIP en Occitanie, et celles de la République d'Irlande.

Retour d'expérience : en région Occitanie

Depuis les années 2000, la Fédération de Médecine d'Urgence et l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées, et maintenant d'Occitanie, ont développé une suite logicielle pour la régulation mais aussi le recueil et la transmission d'informations, dans le but d'assurer une régulation efficace au sein de la région.

La démarche permet également que les données soient transmises et partagées à travers tous les acteurs du système de santé en temps réel par des accès web paramétrables sans lourde installation technique chez les utilisateurs, à partir d'ordinateurs fixes ou de dispositifs mobiles, tablettes et smartphones.

Le module « Transports Urgents Coordonnés par le SAMU », fournit à l'unité d'accueil un accès en temps réel à l'état clinique du patient, aux soins engagés, aux diagnostics portés. L'équipe qui va prendre en charge le patient dispose d'informations pour préparer les moyens, techniques et humains, pouvant agir sans retard dès l'arrivée du patient. Particulièrement dans le contexte de

défaillance de fonction vitale qui caractérise les patients admis en soins critiques, cette anticipation des soins limite le risque de perte de chance pour le patient, et permet aux équipes soignantes de se préparer aux soins.

Le module TUCS est renseigné par les équipes du Service d'Aide Médicale Urgente et l'équipe d'intervention grâce à un outil dédié proposant une fiche d'intervention par patient et par intervention. Il permet également de participer à la bonne régulation des patients transportés en situation d'urgence ; de sécuriser le parcours de tous les patients transportés par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation et régulés par les Services d'Aide Médicale Urgente, ce qui intéresse au plus haut point l'organisation de la gradation des soins critiques. Enfin ce module permet aussi d'enrichir par les informations qui y sont recueillies la base de données de l'Observatoire Régional des Urgences et participer ainsi à la politique de mise en place d'une offre cohérente avec les besoins de la population.

La saisie des informations y est facile (dictée vocale possible) et rapide (moins de 3 minutes sur le site d'intervention, 65% des informations ayant été entrées dans le système par la régulation (données administratives, heure d'appel, lieu d'intervention demandé...). Le rafraichissement des données étant automatique toutes les minutes le service d'accueil est ainsi assuré d'avoir accès à des données fiables et récentes. Les données peuvent également être extraites pour alimenter les dossiers patients des unités d'accueil.²¹

²¹ ORU Midi-Pyrénées/Occitanie Panorama 2017 P33/34 & 36/37. https://www.oruoccitanie.fr/?page_id=1314

Retour d'expérience : en République d'Irlande

En République d'Irlande, la réforme prévoit d'importants efforts pour le développement et l'encadrement du transport des patients recevant des soins critiques car la mise en place du modèle de régionalisation « Hub and Spoke » a induit une concentration territoriale des soins critiques plus forte qui génère une augmentation du besoin de transport de patients.

Le pays a donc formé du personnel en nombre suffisant pour répondre sans délais aux besoins, médicaux et non médicaux.

Les transferts vers des unités de soins critiques sont sécurisés par la nomination d'un médecin responsable de celui-ci, qu'il soit lui-même acteur du transfert ou qu'il supervise le service qui le fait, car le pays a beaucoup recours aux « advanced paramedics » formés spécifiquement avec des compétences et des droits étendus. La régulation est chaque jour dirigée par un médecin spécifique possédant les compétences pour prendre des décisions cliniques concernant la pertinence et la sécurité de chaque transfert. La régulation des transports est centralisée sur deux villes (Dublin et Cork) ce qui est rendu possible par la superficie modeste du pays, 70.273 km² pour moins de 5 millions d'habitants (assez proche d'une région française) et sans relief contraignant.

Malgré les efforts de formation les ressources médicales restent rares et en pratique la réception des appels et l'orientation des patients est gérée par des téléopérateurs ayant bénéficié d'une formation diplômante dispensée par l'« International Academies of Emergency Dispatch », et utilisant les supports du « Medical Priority Dispatch System ». Ils sont ainsi très autonomes pour proposer une orientation et mettre en relation le médecin de soins primaires adresseur et le médecin de l'unité d'accueil ; de leur discussion en présence du téléopérateur découle la décision ; une fois la décision prise, le téléopérateur organise le transport du patient²².

²² HSE, Irlande, Model of Care for Adult Critical Care, 2014. Consulté sur : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/model-of-care-for-adult-critical-care.pdf>

L'expérience de construction complète d'une gradation de l'offre et d'une régulation centralisée menée en Rhône-Alpes est intéressante, même si elle ne concerne pas les soins critiques mais la traumatologie. Portés par l'ARS, les acteurs de ce réseau ont su entraîner tous les acteurs de tous les secteurs dans une dynamique au profit des patients et leur méthodologie d'initiation, de déploiement, et de maintien est riche d'enseignements.

Retour d'expérience : en région Rhône-Alpes

En Rhône-Alpes, chaque année, on déplore plus de 700 décès consécutifs à un traumatisme (Source CépiDc). Ce problème de santé publique représente un défi pour l'organisation territoriale des soins dans la région.

Avant la mise en place de réseaux de traumatologie en 2009, l'orientation des traumatisés graves reposait sur l'évaluation clinique des équipes de secours présentes sur les lieux de l'accident. En cas de refus ou de manque de précision sur les plateaux techniques disponibles, l'orientation était réalisée sur le centre hospitalier de proximité. Cette absence d'organisation formalisée entraînait des erreurs d'orientation, des allongements du temps de prise en charge pré-hospitalière, et une augmentation de la morbidité et de la mortalité. L'absence de désignation officielle et d'un cahier des charges des centres hospitaliers contribue également aux erreurs d'orientation.

Afin de constituer une filière territoriale en traumatologie, les parties prenantes se sont appuyées sur l'existence du réseau nord alpin des urgences (RENAU). La constitution d'une filière en traumatologie pour la région Auvergne Rhône-Alpes était voulue par les praticiens. C'est le modèle anglo-saxon de Trauma System qui a été retenu pour structurer la filière. Cette organisation permet de formaliser l'orientation et l'accueil des traumatisés graves en désignant des centres de traumatologies référents au niveau régional (Trauma center) et en définissant les établissements de santé en fonction de leurs ressources. En réunion de bureau (annuelles ou biannuelles), les professionnels ont fait l'inventaire de ce qui existait puis ont étudié un algorithme de triage. Celui-ci a permis de faire de la recherche et de la veille sur le sur-triage dans les gros trauma centers et les sous-triages.

La filière repose sur le triage des patients à partir de leur évaluation sur les lieux de l'accident pour les orienter vers un centre hospitalier en capacité de traiter définitivement l'ensemble de leurs blessures. Ainsi, afin de rendre effectif le concept de « trauma system », le bureau scientifique a défini le classement des établissements par niveau de soins possible, puis a organisé les soins pré-hospitaliers et les transferts inter hospitaliers.

Ces travaux ont permis d'aboutir à la classification des établissements en 3 niveaux de soins en traumatologie sévère. Les critères permettant de définir les niveaux de soins hospitaliers pour la prise en charge des traumatisés graves sont de plusieurs types : le plateau technique de l'établissement de soins, l'organisation interne de l'établissement (présentiel des compétences requises),

le volume d'activité (maintien des compétences) et la situation géographique. Concernant l'organisation des soins pré-hospitaliers, seuls les SMUR sont en capacité d'évaluer la gravité des patients traumatisés graves et de diminuer les erreurs d'orientation (sous-triage).

L'évaluation initiale sur les lieux de l'accident doit être rapide, comprenant les signes vitaux et les lésions anatomiques de gravité. Un bilan initial au SAMU centre 15 doit être réalisé dans les 5 minutes suivant l'arrivée du SMUR afin d'anticiper un éventuel renfort hélicoptéré. Ces éléments permettent ensuite de définir la gravité du patient sur des critères partagés et connus de tous, et d'évaluer la situation du traumatisé selon une échelle de gradation à 3 niveaux.

Les professionnels n'ont pas de visibilité sur les lits disponibles au sein des établissements, ainsi, si la demande de lit est légitime, l'établissement repéré se met par principe en capacité d'avoir un lit disponible. Ce qui a été discuté et validé en amont dans les référentiels ne peut pas être remis en cause. Le délai entre l'accident et le traitement définitif des lésions traumatiques conditionne la survie. Le transport direct des lieux de l'accident à un centre de traumatologie est essentiel pour atteindre cet objectif.

Toutefois, lorsque l'admission sur le trauma centre de niveau I n'est pas possible initialement ou lorsque le patient est initialement stable (Grade C) puis se dégrade secondairement, un transfert inter hospitalier (TIH) devra être effectué. Afin d'optimiser les délais, les transferts inter hospitaliers doivent être facilités pour les centres demandeurs. Dans cet objectif, chaque centre de niveau I met à disposition un numéro de téléphone unique 24/7 pour toute demande concernant un patient traumatisé grave. La veille à ce numéro de téléphone doit être assurée par un praticien sénior responsable de la prise en charge des traumatisés graves sur son trauma center (Trauma team leader) ; il peut s'agir d'un urgentiste, d'un anesthésiste-réanimateur, d'un chirurgien. L'objectif est de simplifier la démarche du demandeur du TIH afin que ce dernier puisse se concentrer sur la prise en charge du patient, et stabiliser son état en attendant son transfert. Le centre du niveau supérieur n'a pas le droit de refuser le malade.

Le retour du patient sur un hôpital moins doté mais redevenu adapté aux soins, souvent plus proche du lieu de vie du patient, reste difficile. C'est notamment pour le patient non opéré qu'il est le plus difficile d'obtenir l'accord de l'hôpital proche. Ces transferts représentent environ 15% de l'activité, et les retours précoces entre 3 et 5%. L'évaluation du réseau de traumatologie est assurée par un registre de pratiques permanent incluant les patients traumatisés graves sur la région et reposant sur un dossier patient standardisé en pré hospitalier.²³

²³ RENAU, Dr AGERON F-X pour les Réseaux d'Urgence. Cahier des charges TSAAR. Réseau de traumatologie sévère en région Auvergne Rhône-Alpes. 2017. Consulté sur : <https://www.renau.org/media/2018/01/555-2018-cahier-charges-tsaar.pdf>

Au Danemark aussi, une coordination entre une équipe de gestion des flux hospitaliers et les régulateurs des urgences permet d'organiser au mieux l'entrée des patients dans la filière de soins critiques dont ils ont besoin.

Retour d'expérience : au Danemark

Visite au Danemark, Odense University Hospital : le médecin « maître des lits, des flux et de la logistique » de l'ensemble de l'hôpital (Flow master) est épaulé par une infirmière « Flow coordinating nurse ». Les données du suivi par radio identification des patients et du matériel sont accessibles en temps réel pour la gestion des entrées non programmées de tout niveau.

L'efficacité est renforcée par la participation des médecins généralistes à cette régulation par leur évaluation initiale obligatoire. Selon une première évaluation le médecin généraliste reçoit le patient en centre de santé, puis assure les soins avec la ville, ou appelle le 112 ou les Urgences Hospitalières.

Cette anticipation rendue possible par la pertinence et la caractérisation des adressages permet d'organiser les urgences autour de différents parcours : les urgences vitales sous 6 minutes (red patient) ; le Fast-track (Parcours-Rapide) en l'absence d'urgence vitale (blue patient) sous 20 minutes ; sinon l'admission sous 4 heures si une hospitalisation est nécessaire sans caractère d'urgence extrême.

6 PROPOSITIONS D' ACTIONS

6.1 Ce qu'il faut faire

- Promouvoir une organisation en réseau des soins critiques avec une vision stratégique (expérience du RENAU) ;
- S'appuyer sur un soutien national et régional ;
- Constituer un groupe de pilotage multi disciplinaire et multi professionnel (rôle ARS) ;
- Définir le territoire ;
- Cartographier l'offre en soins critiques et en plateau médicotechnique au sein de ce territoire, en précisant le niveau dans la gradation ;
- Modéliser l'organisation par les équilibres entre transferts des patients, des informations et des compétences ;
- Engager tous les secteurs d'établissements de santé (public et privé) dans la construction de l'offre territoriale ;
- Réfléchir au niveau territorial à la répartition des ressources humaines en intégrant la question du maintien de la compétence et l'anticipation des postes vacants.

6.2 Ce qu'il faut probablement faire

- Développer des outils et les automatiser pour disposer en temps réel de la disponibilité des lits ;
- Développer des outils et les automatiser pour disposer en temps réel de la disponibilité des plateaux médicotechniques ;
- Développer les outils de communication sur l'ensemble du parcours patient pour anticiper les soins ;
- Lors des épisodes d'augmentation d'activité organiser le territoire pour que tous les acteurs participent à la réponse aux besoins ;
- Développer des alternatives pertinentes pour épargner le temps de travail médical (T2IH...) ;
- Introduire des outils de logistique dans l'organisation des transferts de patients pour optimiser l'utilisation des ressources SMUR ;
- Mettre en place un pilotage territorial en impliquant tous les acteurs hospitaliers, et réfléchir à intégrer ou informer les partenaires des soins primaires ;
- Mettre en place une procédure pour traiter les erreurs d'orientation ;
- Développer outil informatique un permettant de qualifier et faire savoir le niveau d'occupation des services de réanimation.

6.3 Ce qu'il ne faut probablement pas faire

- Exclure de principe certains acteurs ;
- Mettre en place un dispositif pour suivre les anomalies sans y adosser un dispositif de traitement de ces anomalies.

6.4 Ce qu'il ne faut pas faire

- Rester dans un modèle fragmenté non communiquant et non coopérant ;
- Figé les organisations sans garder une capacité d'adaptation

Chapitre 3 :

Indicateurs et tableaux de bord

Le Code de la Santé Publique oblige à mettre en place des indicateurs de suivis de la territorialisation de la politique de santé (Article R6132-3), ce qui conforte les préoccupations exprimées lors des groupes de travail début 2019.

Pour produire les propositions de ce guide l'ANAP, accompagnée du COPIL, s'est appuyée :

- Sur les travaux de la Haute Autorité de Santé sur l'organisation des parcours et l'évaluation des réseaux de santé ;
- Sur les données de la littérature ;
- Sur les éléments recueillis lors de deux visites, en Irlande et au Danemark, ayant permis de recueillir les éléments qualitatifs et de suivi de cette filière dans deux pays qui ont mené des réformes structurelles il y a 5 ans ;
- Sur des retours d'expérience français métropolitains, le RENAU et le TUCS ;
- Sur ses propres travaux de retours d'expérience des GHT, des filières et des équipes médicales de territoire ;

Avec une validation en groupe de travail.

Conformément aux préconisations de la Haute Autorité de Santé les indicateurs qui seront retenus sont :

- Précis
- Factuels
- Simples à recueillir
- Basés sur des données fiables et complètes
- Et ils traduisent bien l'état actuel des connaissances.

De plus, dans le contexte de l'organisation des filières de soins critiques en France, les indicateurs retenus seront de deux types (processus et résultats) et pourraient aider au pilotage de deux des trois axes du système de soins (qualité et sécurité des soins, qualité de vie au travail des professionnels, efficience économique).

Deux points d'attention sont à signaler :

- Le recueil doit être fait au maximum de façon transparente, sans travail supplémentaire pour les soignants ; l'apport des systèmes d'information hospitaliers est majeur, de même que le rôle des directions de l'information médicale, et des responsables assurances qualité. Néanmoins certains indicateurs interrogent un parcours entier et des techniques de chaînage entre séjours plus ou moins faciles doivent être mis en œuvre.
- Le regroupement des lits de soins critiques sous le FINESS de l'établissement en un tout rend l'identification des unités participant à un parcours impossible et le référentiel de structure devra à terme permettre une individualisation des unités de soins critiques.

1 POURQUOI DES INDICATEURS EN SOINS CRITIQUES ?

La production d'indicateurs sert trois objectifs :

- Apprendre : analyser les écarts après l'introduction de différents modes d'organisation, de nouvelles pratiques médicales ou de nouvelles technologies par exemple. Comparer différentes unités de soins ou différentes filières.
- Établir des références : fournir des éléments précis, factuels, à l'HAS et aux sociétés scientifiques pour définir des standards de pratiques (ex : mesures d'hygiène), des objectifs de performance (ex : délais de prise en charge des patients) ou calibrer les moyens mis en œuvre (ex : nombre d'infirmiers par patients).
- Piloter l'amélioration de la performance : suivre les indicateurs au niveau des établissements ou du système de santé.

Revue de littérature : aux États-unis

« La médecine intensive est une spécialité présente dans tous les pays et la recherche épidémiologique entre les pays fournit des données importantes sur la disponibilité des ressources de soins intensifs, les bonnes pratiques et les alternatives pour la délivrance des soins. Comprendre la diversité des systèmes de santé nous permet d'explorer cette riche variabilité et de mieux comprendre la nature des systèmes de prestation et leur impact sur les résultats. »²⁴

2 POURQUOI DES INDICATEURS DE FILIERE EN SOINS CRITIQUES ?

La structuration du parcours de soins a également une forte influence sur l'interprétation des indicateurs de performance. La durée de séjour, la morbidité et la mortalité d'une unité de soins critiques dépendent fortement de deux facteurs :

1. la nature et qualité des soins reçus par le patient avant son admission en soins critiques ;
2. le moment et l'état dans lequel le patient se trouve lorsqu'il est transféré en dehors.

Revue de littérature : aux États-Unis

Toujours aux USA, lors de l'étude de 2012, Srinivas Murphy et Hannah Wunsch ont aussi pu écrire : « Un acte de réanimation inadéquat dans un service mal équipé peut entraîner une plus grande détérioration physiologique. À l'opposé un excellent acte de réanimation en service d'urgence ou dans un service d'hospitalisation général pourrait entraîner une stabilité et limiter

²⁴ Murthy S, Wunsch H. Clinical review: International comparisons in critical care - lessons learned. Crit Care 16, 2012. Consulté sur : <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc11140>

les troubles physiologiques présents lors de l'admission en soins critiques. Ces patients peuvent ne pas sembler graves en fonction d'un système de notation (physiologique) donné, mais peuvent mal évoluer en raison de la gravité réelle de leur défaillance sous-jacente. »²⁵

3 DES INDICATEURS DEJA INTERNATIONALEMENT DEFINIS

Plusieurs pays, dont la Hollande, la France, l'Espagne, l'Italie et l'Allemagne, associés au groupe de travail animé par les European Society of Intensive Care Medicine et celui porté par la Society of Critical Care Medicine ont, en 2017, formulé des indicateurs de qualité et produit un outil pour évaluer la performance des organisations en soins critiques. La proposition retient au final 74 indicateurs, regroupés en 11 thèmes.

Revue de littérature

Table 2

Distribution of scores among the various dimensions, the numbers of indicators, and the maximum scores on the quality assessment instrument

Dimension	No. indicators	Maximum score
Structure	38	76
Physical structure	4	8
Human resources	14	28
Continued education and training	2	4
Protocols and routines	12	24
Material resources	6	12
Process	17	34
Safety processes	7	14
Work processes	10	20
Outcome	7	14
Final scores	62	124

Répartition des scores entre les différentes dimensions, le nombre d'indicateurs et les scores maximum sur l'instrument d'évaluation de la qualité²⁶

²⁵ Murthy S, Wunsch H. Clinical review: International comparisons in critical care - lessons learned. Crit Care 16, 2012. Consulté sur : <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc11140>

²⁶ Ribeiro de Carvalho A.G, Paula A, de Moraes P, Sobreira Tanaka L.M, Vieira Gomes R. and Moura da Silva A.A. Quality in intensive care units: proposal of an assessment instrument, BMC Res Notes. 2017; Consulté sur : <https://d-nb.info/1140195816/34>

4 DES INDICATEURS PARFOIS DEJA UTILISES EN ROUTINE

Comme l'Angleterre, la République d'Irlande par exemple recueille des indicateurs qui enrichissent leur rapport annuel. La production des indicateurs, dans ce pays où les services de soins critiques ne sont pas tous informatisés, est encore bien souvent manuelle, avec l'effort fait de mettre à disposition de chaque unité de soins critiques des compétences en gestion de la qualité.

Retour d'expérience : en République d'Irlande

Indicateurs recueillis pour 2017 en République d'Irlande et quelques exemples de tableau de bord :²⁷

TABLE 2.1: INICUA DATASET	
Dataset	Examples
Pre-ICU admission data	Demographic data, hospital transfer details, length of stay in hospital prior to ICU admission
Severity of illness scoring systems	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II), ICNARC, Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score
Chronic illness	Metastatic, cardiovascular, other chronic disease
Interventions in ICU	Ventilation, invasive monitoring, dialysis, nutrition, transfers to theatre.
Organ support	Respiratory, cardiovascular, renal and gastrointestinal support
Data to support HIPE coding	Diagnosis (current) during ICU stay, hours of ventilation
Infection in ICU	Unit- and hospital-acquired infection
Organ donation	Potential and actual organ donation
Post-ICU discharge data	Outcome and length of stay in unit, ward and hospital; patient journey details

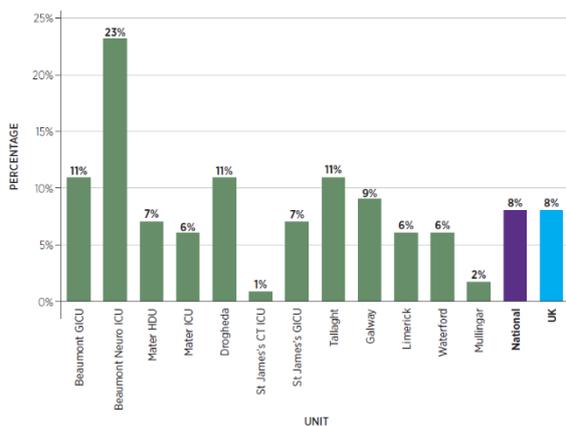
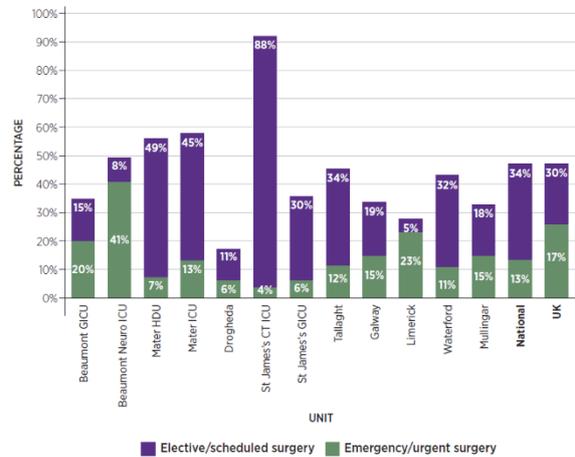


FIGURE 5.6: ADMISSIONS DIRECT TO THE UNIT AFTER TRAUMA (AS A PERCENTAGE OF ALL ADMISSIONS)*

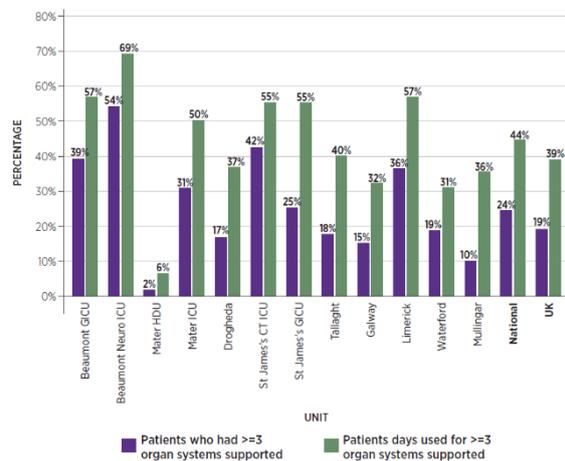


FIGURE 5.20: (I) ADMISSIONS WHO HAD 3 OR MORE ORGAN SYSTEMS SUPPORTED (AS A PERCENTAGE OF ALL ADMISSIONS) AND (II) UNIT DAYS WITH 3 OR MORE ORGAN SYSTEMS SUPPORTED (AS A PERCENTAGE OF ALL PATIENT DAYS)*

²⁷ HSE, Irlande, Model of Care for Adult Critical Care, 2014. Consulté sur : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/model-of-care-for-adult-critical-care.pdf>

Figure 5.6 : pourcentage d'admissions directes dans l'unité après un traumatisme par rapport à l'ensemble des admissions

Figure 5.20 : pourcentage de patients requérant au moins 3 suppléances de fonctions vitales en bleu, pourcentage des journées avec au moins trois suppléances de fonctions vitales par rapport à la durée des séjours en soins critiques des patients.

Selon les organisations en réseau ou non, et le type de gradation des soins critiques retenu, les pays se sont organisés pour piloter leur système de santé avec une liste souvent plus restreinte d'indicateurs. La province canadienne de l'Ontario depuis 2012 utilise douze indicateurs, aux Pays-Bas aussi, la province du Québec en utilise 19 après un important travail collectif de sélection.

Un indicateur fréquemment retenu est la mortalité. Mais ces dernières années des chercheurs militent pour étendre l'utilisation d'indicateurs mesurant non pas la mortalité, mais la qualité de vie post-traitement. Ces indicateurs « Health Related Quality of Life » (HrQOL) présenteraient plusieurs atouts :

- Guider l'orientation des patients en tenant compte du rapport risque/bénéfice des traitements, et leurs conséquences à long terme pour chaque patient.
- Selon les modèles et donc les pays, permettre une modulation des modes de financement.

Revue de littérature : aux Pays-Bas

« La capacité de mesurer la qualité de vie d'un patient après son admission en soins critiques pourrait être utile à bien des égards.

Premièrement, cela pourrait aider les patients et leurs proches à prendre des décisions. Deuxièmement, cela pourrait aider les familles à se préparer à prendre soin du patient après la sortie de l'hôpital. Troisièmement, cela pourrait aider les médecins de soins critiques à fournir des informations utiles, à éviter les désillusions et éventuellement à prendre des décisions de traitement.

Quatrièmement, cela pourrait aider la société à réaliser dans quelles unités de soins critiques les patients ont une bonne perspective de guérison et donner aux décideurs politiques en matière de santé et aux compagnies d'assurances un aperçu des besoins en unités de soins critiques. »²⁸

²⁸ Timmers TK, Verhofstad MH, Moons KG, Leenen LP. Intensive care performance: How should we monitor performance in the future? World J Crit Care Med 2014. Consulté sur <https://www.wjnet.com/2220-3141/full/v3/i4/74.htm>

5 PEU D'INDICATEURS DE FONCTIONNEMENT EN FILIERE

Bien que les indicateurs soient tous intéressants à considérer, le groupe de travail a souhaité s'appuyer sur l'expérience irlandaise et sur un retour d'expérience englobant plusieurs groupements hospitaliers de territoires fait par l'ANAP en 2017, avec une attention particulière portée sur ce que nous ont appris les équipes médicales de territoire, pour faire des propositions.

Un des principaux objectifs est de s'assurer que le plus souvent, le recueil sera automatique et transparent pour les soignants ; c'est pourquoi les premiers tableaux présentent les indicateurs en précisant s'ils s'appuient ou non sur des données déjà produites en routine par les équipes ou les structures. Les trois derniers tableaux présenteront les indicateurs retenus comme les plus « porteurs de sens » pour les membres du groupe de travail, selon leur « posture métier » ; cette double mise en perspective montre que sur chaque territoire et avec les acteurs des filières en soin critique un travail de priorisation des indicateurs devra être fait régulièrement pour construire et faire évoluer des tableaux de bord supportables et informatifs.

6 LES INDICATEURS RECOMMANDES

La littérature nationale et internationale est riche, diverse, et s'il existe quelques indicateurs partagés émergents, on observe une grande variabilité des informations recueillies, de leur utilisation et de leur mode de production dans les unités. Or, le groupe de travail, rejoignant les demandes exprimées par le groupe plus large réuni au ministère pour travailler sur la réforme des autorisations, a souhaité maintenir en axe fort le fait que les indicateurs :

- soient produits soit au fil de l'eau par les outils (notamment informatiques) de dossier patient informatisé, de monitoring, de gestion des admissions ;
- soit plus rarement et de façon très sélective soient saisis une fois par an ;
- reprennent des informations déjà recueillies dans les unités et ayant intrinsèquement un sens pour les acteurs du système de santé.

Leur fonction sera bien d'apporter des éléments de compréhension pour le suivi de la démarche globale autour de la gradation des soins critiques et de la mise en réseau des unités, et non de devenir progressivement des objectifs en eux-mêmes. Dans un contexte de filière de soins, potentiellement multi établissements, des indicateurs de résultats et de processus ont été retenus mais pas d'indicateur de structure.

Pour chaque catégorie d'indicateur il est précisé s'ils sont issus de données déjà produites en routine par les unités de soins critiques, s'ils sont aisés à centraliser, si leur interprétation demandera un chaînage entre différents établissements de soins ou non, et quel est leur support actuel dans les établissements.

6.1 Indicateurs de résultats

6.1.1 *Qualité et sécurité des soins*

Données déjà produites en routine			
Indicateurs de résultats - Qualité et sécurité des soins	1	Case mix	PMSI
	2	Age des patients	PMSI
	3	Sexe des patients	PMSI
	4	Scores de gravité et mortalité prédite	DPI
	5	Pourcentage patients ventilés	DPI
	6	Suppléance cardiovasculaire	DPI
	7	Suppléance rénale	DPI
	8	Suppléance nutritionnelle	DPI
	9	Nombre de suppléances	DPI
	10	Nombre admissions après chirurgie	DPI
	11	Nombre admissions après traumatisme	DPI
	12	Nombre admissions avec une insuffisance rénale aiguë	DPI
	13	Nombre admissions avec sepsis	DPI

Données déjà produites mais un chaînage est nécessaire pour étudier l'ensemble du parcours			
Indicateurs de résultats - Qualité et sécurité des soins	14	Pourcentage de décès séparant toute population, les risques faibles, les diagnostics principaux	PMSI et DPI
	15	Mort cérébrale et don d'organes	DPI
	16	Taux d'infection acquise	DPI, déclaration des infections nosocomiales
	18	Taux de réadmission précoce Nombre de réadmissions moins de 48h après un transfert au sein de la filière avec retour à l'unité précédente, ou de réadmissions en soins critiques après sortie de la filière, divisé par le nombre de transferts programmés et de sorties programmées	PMSI par les RUM ou source GAM
	19	Nombre d'unités par parcours dans la filière	PMSI
	20	Nombre de transferts médicalisés par parcours dans la filière	PMSI

Données nécessitant le plus souvent une saisie nouvelle et une analyse de cause			
Indicateurs de résultats	17		
-		Taux de refus (refus liés à l'impossibilité d'assurer des soins critiques réellement nécessaires)	Registre à tenir, difficile en routine ; mais danger à chercher surtout si le taux d'occupation d'un des maillons du parcours est > 95%
Qualité et sécurité des soins			

6.1.2 *Qualité de vie au travail des professionnels*

Données déjà produites ou demandant une saisie ponctuelle			
Indicateurs de résultats	21	Taux d'intérimaires médicaux (hors organisation de la PDS) par unité de soins critiques	DAM
	22	Taux d'unités de réanimation où la collégialité est rendue possible (deux médecins ou plus dans la journée)	DAM
-	23	Taux d'absentéisme du personnel médical et du personnel non médical des unités de soins critiques	Bilan social
Qualité de vie au travail des professionnels	24	Taux de rotation du personnel médical et du personnel non médical des unités de soins critiques	Bilan social
	25	Les temps médicaux nécessaires sont évalués (soins, permanence, formation, partages en équipes, transports), les temps réalisés suivis même dans les fonctionnements en temps partagé, au sein d'une équipe médicale de territoire ou autre.	DAM
	26	Les efforts liés à l'exercice territorial sont évalués et rémunérés (déplacements, temps d'échange)	Déclaratif (Oui, Non, NA)
	27	Le développement professionnel continu est organisé et suivi pour tous les PM et PNM travaillant dans les filières	Source DAM et DRH, automatisable par recueil des actions de FMC

6.1.3 *Efficiences du service rendu*

Données nécessitant une saisie ponctuelle ou une recherche PMSI sans saisie supplémentaire			
Efficiences du service rendu	28	Harmonisation des pratiques au sein des unités de la filière	Déclaratif (<i>non démarrée, en cours, complète, une fois par an</i>)
	29	La transmission des informations médicales entre praticiens travaillant dans les unités de soins critiques d'une filière est organisée, sécurisée et opérationnelle	Déclaratif contrôlable (<i>non, partiellement, complètement, complètement et automatisée</i>)
	30	Évaluation de qualité du service rendu par filière, ponctuellement et séquentiellement pour apprécier l'évolutivité dans le temps	Déclaratif contrôlable, par exemple suivi organisé post soins critiques, qualité de vie post soins critiques...
	31	Taux de fuite hors du territoire de patients nécessitant des soins critiques	PMSI

6.2 Indicateurs de processus

6.2.1 *Qualité et sécurité des soins*

Données déjà produites ou demandant une saisie ponctuelle			
Indicateurs de processus - Qualité et sécurité des soins	32	Les parcours multi unités ou multi sites sont anticipés par des protocoles écrits de façon collaborative et diffusés, sous forme de chemins cliniques possibles par situation clinique	Déclaratif et contrôle : non, partiellement, totalement ou presque
	34	Nombre et pourcentage des sorties ou transferts non prévus (nuit...)	GAM
	35	Sorties directes pour le domicile	GAM
	37	Réadmission non prévue en soins critiques	GAM
	38	DMS après sortie de soins critiques	PMSI

Données nécessitant un travail collectif supplémentaire de saisie et d'analyse (en l'état actuel des ressources informatiques de suivi de parcours)			
Indicateurs de processus - Qualité et sécurité des soins	33	Temps d'attente avant admission (somme des temps écoulés entre les demandes d'admission primaire ou de transfert et la réalité des mouvements)	Plusieurs sources à interroger et nécessité d'un travail collectif en lien avec les SI pour être automatisé
	36	Sorties retardées de plus de 24h (somme des temps écoulés entre les demandes de transfert/sortie et la réalité des mouvements, plusieurs sources à interroger)	Plusieurs sources à interroger et nécessité d'un travail collectif en lien avec les SI pour être automatisé

6.2.2 Qualité de vie au travail des professionnels

Données nécessitant une saisie ponctuelle			
Indicateurs de processus - Qualité de vie au travail des personnels	39	Charte constitutive de la filière emportant une description des acteurs et des valeurs partagées	Déclaratif (<i>non, oui partiellement, oui totalement</i>)
	40	Pourcentage de filières supportées par des équipes médicales de territoire	Déclaratif
	41	Une régulation des filières de soins critiques est en place dans le territoire	Déclaratif
	42	La régulation des filières de soins critiques dispose en temps réel du nombre de lits libres par type de soins critiques dans tous les établissements du territoire	Déclaratif (<i>NA, non, oui ; non automatisé, oui automatisé</i>)
	43	La régulation des filières de soins critiques a connaissance en temps réel de la disponibilité des plateaux médicotechniques dans tous les établissements du territoire	Déclaratif (<i>NA, non, oui ; non automatisé, oui automatisé</i>)

6.2.3 *Efficiency*

Données déjà produites			
Indicateurs de processus	44	Nombre de lits de chaque type de soins critiques par établissement dans le territoire et somme par type	SAE si actualisée, ou ROR si actualisé, ou répertoire des lits régionaux
	45	Volume d'activité en nombre de séjours, nombre de patients uniques, nombre de journées de chaque type de soins critiques par établissement dans le territoire et somme par type	PMSI
Efficiency	46	Taux d'occupation de chaque unité de soins critiques du territoire (croiser le nombre de lits ouverts et le nombre de journées réalisées), pour détecter celles qui ont atteint un seuil de risque de fonctionnement (par exemple 95% de remplissage peut être accompagné d'une difficulté à recevoir au sein de la filière)	SAE et PMSI
	47	DMS en séparant les patients décédés des survivants, pour l'ensemble du parcours en soins critiques	PMSI
	48	Taux de participation des unités de soins critiques : Nombre d'unités de soins critiques participant au réseau/nombre total d'unités de soins critiques dans le territoire par type et au total, par secteur et au total	Données ARS et SAE

6.3 Une priorisation à faire pour une mise en œuvre progressive

Nous venons donc de lister les indicateurs classés selon leur facilité de recueil et d'automatisation. Mais dans le cadre du groupe de travail, les participants ont privilégié des indicateurs selon la pertinence de l'information pour construire un tableau de bord et aider au pilotage des filières. Mais ces indicateurs ne sont pas tous faciles à construire :

6.3.1 Pour les médecins réanimateurs

TOP	N° de l'indicateur	Libellé
1	16	Taux d'infection acquise
2	17	Taux de refus (refus liés à l'impossibilité d'assurer des soins critiques réellement nécessaires)
3	18	Taux de réadmission précoce
4	26	Les efforts liés à l'exercice territorial sont évalués et rémunérés (déplacements, temps d'échange)
5	29	La transmission des informations médicales entre praticiens travaillant dans les unités de soins critiques d'une filière est organisée, sécurisée et opérationnelle
6	37	Réadmission non prévue en soins critiques
7	42	La régulation des filières de soins critiques dispose en temps réel du nombre de lits libres par type de soins critiques dans tous les établissements du territoire
8	45	Volume d'activité en nombre de séjours, nombre de patients uniques, nombre de journées de chaque type de soins critiques par établissement dans le territoire et somme par type
9	46	Taux d'occupation de chaque unité de soins critiques du territoire (croiser le nombre de lits ouverts et le nombre de journées réalisées), pour détecter celles qui ont atteint un seuil de risque de fonctionnement.
10	47	DMS en séparant les patients décédés des survivants, pour l'ensemble du parcours en soins critiques

6.3.2 Pour un SMUR

TOP	N° de l'indicateur	Libellé
1	14	Pourcentage de décès séparant toute population, les risques faibles, les DP
2	18	Taux de réadmission précoce
3	30	Évaluation de qualité du service rendu par filière, ponctuellement et séquentiellement pour apprécier l'évolutivité dans le temps
4	31	Taux de fuite hors du territoire de patients nécessitant des soins critiques
5	33	Les parcours multi unités ou multi sites sont anticipés par des protocoles écrits de façon collaborative et diffusés, sous forme de chemins cliniques possibles par situation clinique
6	37	Réadmission non prévue en soins critiques
7	42	La régulation des filières de soins critiques dispose en temps réel du nombre de lits libres par type de soins critique dans tous les établissements du territoire
8	43	La régulation des filières de soins critiques a connaissance en temps réel de la disponibilité des plateaux médicotechniques dans tous les établissements du territoire
9	46	Taux occupation de chaque unité de soins critiques du territoire (croiser le nombre de lits ouverts et le nombre de journées réalisées), pour détecter celles qui ont atteint un seuil de risque de fonctionnement.
10	47	DMS en séparant les patients décédés des survivants, pour l'ensemble du parcours en soins critiques

6.3.3 Analyse par un Directeur

TOP	N° de l'indicateur	Libellé
1	14	Pourcentage de décès séparant toute population, les risques faibles, les DP
2	15	Mort cérébrale et don d'organes
3	30	Évaluation de qualité du service rendu par filière, ponctuellement et séquentiellement pour apprécier l'évolutivité dans le temps
4	31	Taux de fuite hors du territoire de patients nécessitant des soins critiques
5	33	Les parcours multi unités ou multi sites sont anticipés par des protocoles écrits de façon collaborative et diffusés, sous forme de chemins cliniques possibles par situation clinique
6	35	Sorties directes pour le domicile
7	44	Nombre de lits de chaque type de soins critiques par établissement dans le territoire et somme par type
8	45	Volume d'activité en nombre de séjours, nombre de patients uniques, nombre de journées de chaque type de soins critiques par établissement dans le territoire et somme par type
9	46	Taux d'occupation de chaque unité de soins critiques du territoire (croiser le nombre de lits ouverts et le nombre de journées réalisées), pour détecter celles qui ont atteint un seuil de risque de fonctionnement.
10	47	DMS en séparant les patients décédés des survivants, pour l'ensemble du parcours en soins critiques

6.4 Un travail par territoire ou par région

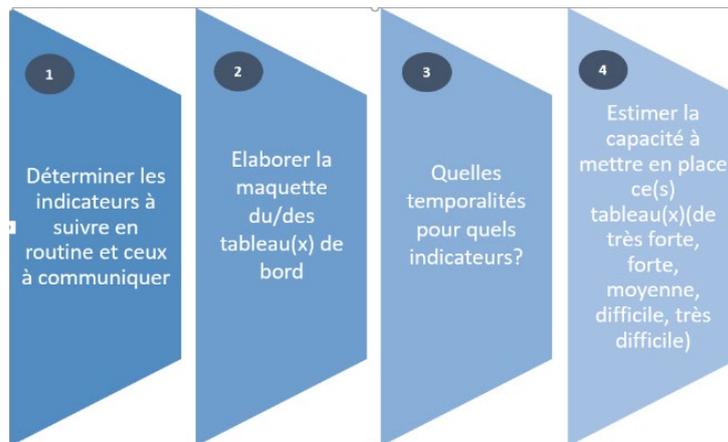
Selon la pertinence et la facilité de mise en œuvre des indicateurs sélectionnés, chaque territoire ou chaque région peut construire son suivi et plus tard son tableau de bord. Il est trop tôt dans la démarche territoriale en France pour acter des bonnes pratiques « universelles » ; les observatoires régionaux pourraient aider et travailler avec les équipes la faisabilité et le rapport coût de production/bénéfice de pilotage, notamment pour les indicateurs suivants :

- Taux de refus (refus liés à l'impossibilité d'assurer des soins critiques réellement nécessaires, par unité et par filière) ;
- Évaluation de qualité du service rendu par filière, ponctuellement et séquentiellement pour apprécier l'évolutivité dans le temps ;
- Réadmission non prévue en soins critiques ;
- Régulation des filières de soins critiques appuyée sur la connaissance en temps réel de la disponibilité des plateaux médicotéchniques dans tous les établissements du territoire.

7 LES TABLEAUX DE BORD

L'intérêt de recueillir des indicateurs est de pouvoir qualifier des activités et en suivre l'évolution dans le temps, mais aussi de pouvoir suivre l'impact des modifications structurelles ou organisationnelles que porte ou subit l'activité étudiée.

Les indicateurs ci-dessus sont donc destinés à alimenter des tableaux de bord. Selon le niveau de responsabilité ou de pilotage de l'utilisateur du tableau de bord sa composition, sa présentation, son taux de rafraîchissement sont amenés à être différents.



Revue de littérature : au Canada

En 2018 l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec) a mené un travail pour définir des indicateurs en unité de soins critiques permettant « des mesures objectives de la qualité des soins et services offerts ».

Les indicateurs de résultats sont peu nombreux et proches de ceux retenus ici. Les auteurs concluent qu'il s'agit d'une démarche appelée à évoluer dans le temps, et soulignent que « la documentation de données semble représenter un enjeu de taille, ce qui pourrait, à court terme, rendre particulièrement ardue la collecte... et le monitoring d'indicateurs...

Au lieu de considérer la création d'un nouveau registre ou base de données le comité recommande plutôt d'explorer la possibilité d'élargir la portée d'une base de données existante... ». L'approche ici de l'ANAP est voisine, puisque beaucoup d'indicateurs sont en fait déjà produits dans chaque unité de soins critiques et sont dans les DPI, d'autres sont déjà présents dans le PMSI. ²⁹

²⁹ Trudelle N., Ferrari N., De Guise M., Truchon C., Gagné V. Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Direction des services de santé et de l'évaluation des technologies, 2018. Consulté sur :

Retour d'expérience : en République d'Irlande

Ayant besoin au début des années 2000 de profondément refonder l'offre hospitalière en soins critiques, la République d'Irlande a mené un important travail de connaissance et de compréhension avant de finaliser la réforme en 2015.

Les objectifs du large recueil d'information étaient de définir le mode de financement, l'offre nécessaire sur l'ensemble du territoire, la gouvernance des soins critiques à mettre en place, les bonnes pratiques, le dimensionnement des équipes, les besoins en transports, les indicateurs pertinents pour réaliser les audits de pilotage, les équipements et infrastructures nécessaires.

L'audit complet a eu lieu en 2008 et est publié en 2009, permettant au « National Critical Care Program » de progressivement construire un « Model of Care for Adult Critical Care » et un « Model of Care for Paediatric Critical Care ». Initiateur du « Hub and spoke model » pour l'organisation territoriale de l'offre, qui est décrit dans le premier chapitre de ce recueil, le système de santé irlandais, avec une gouvernance associant soignants et administratifs, est piloté en éclairant les décisions par la mise en forme de nombreuses informations, dont les indicateurs qualité qui ont largement inspiré la liste proposée dans ce recueil.

Il est remarquable qu'en l'absence d'informatisation complète des unités de soins critiques irlandaises, ce pays, de la taille d'une région française, ait su mobiliser des ressources pour que chaque unité soit dotée d'un(e) ou deux qualifié(s) pour collecter et transmettre les données.

Le « National Office of Clinical Audit » est ainsi à même de produire tous les ans un rapport d'activité, plus complet d'année en année, présentant les résultats qualitatifs, financiers... et les comparant à ceux du National Health Service de Grande Bretagne.³⁰

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Indicateurs_soins_intensifs.pdf

³⁰ HSE, Irlande, Model of Care for Adult Critical Care, 2014. Consulté sur : <https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/model-of-care-for-adult-critical-care.pdf>

Points d'attention

Le niveau de difficulté de production automatique (notamment s'il faut un chaînage des données entre différents établissements) des indicateurs peut en freiner l'intégration dans les tableaux de bord.

Enfin si seules des données globalisées par établissements dans certains gros CH sont accessibles, il faudra d'abord se donner les moyens de les recueillir par unité de soins critiques, ce qui peut aussi en retarder la disponibilité.

Dans le contexte réglementaire qui impose de « développer l'approche territoriale de l'offre de soins à la population », et demande aux ARS « d'élaborer des projets territoriaux de santé » pour « organiser les parcours de santé » le travail avec des indicateurs sur les soins critiques pourraient s'appuyer sur les missions des observatoires régionaux en santé.

Chapitre 4 :

Gestion des changements

Les projets aussi transversaux que l'organisation en filière autour de la gradation des soins critiques, entre établissements sur un territoire, mais aussi en intra hospitalier, nécessitent que de nombreux acteurs du système de santé coopèrent au quotidien : les soignants, les SMUR, les fonctions supports des établissements, les administrations, les ARS, etc.

Le but ultime est bien d'assurer aux patients le meilleur parcours possible, que ce parcours l'amène dans le secteur public, le secteur privé lucratif, le secteur privé non lucratif, ou dans un enchaînement des différents secteurs en lui assurant à chaque étape les meilleurs soins possibles.

Dans un système de santé reconnu comme fractionné, non communiquant et peu coopérant (cf. Chapitre 1), des coopérations ont pourtant déjà existé entre hôpitaux et ont fait l'objet de nombreux travaux de l'ANAP. Que ce soit en considérant les Coopérations Hospitalières de Territoire ou les Groupements Hospitaliers de Territoire, les travaux ne sont tournés que vers l'hôpital public mais le présent guide s'appuie sur certaines des propositions déjà formulées, notamment dans le « Guide méthodologique des coopérations territoriales »,³¹ en les actualisant.

1 DES COOPERATIONS NECESSAIRES

1.1 Les incitations règlementaires fortes

A la suite de la publication de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, le Code de la Santé Publique mis à jour précise :

Article L1434-9

L'agence régionale de santé délimite :

1° Les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région ;

2° Les zones donnant lieu :

a) A la répartition des activités et des équipements mentionnés à l'article L.1434-3;

b) A l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité

³¹ ANAP, Guide méthodologique des coopérations territoriales, 2011.
<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/>

définies aux articles L.6211-16, L. 6212-3, L. 6212-6, L. 6222-2, L. 6222-3, L. 6222-5 et L. 6223-4.

Article L1434-3

Le schéma régional de santé :

1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12.

Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux;

2° Fixe, pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L. 1434-9 :

- Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ;

- Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

- Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;

-...

Article L1434-10

I. - A. - L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.³²

1.2 Des objectifs majeurs

- Assurer un accès aux soins critiques préservant les chances de survie des patients en organisant les parcours dans un territoire cohérent.
- Assurer les meilleurs soins à chaque instant grâce à l'harmonisation et la mise en cohérence des pratiques, le maintien des compétences, mais aussi la transmission fluide des informations pertinentes entre chaque étape.

³² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

1.3 Des contraintes croissantes

- La raréfaction des moyens humains qui pèse lourd sur l'organisation des soins critiques, très consommateurs tant pour la continuité de soins que pour la permanence des soins.
- La recherche d'économies d'échelle en diminuant notamment les mauvaises orientations, les examens redondants, etc.

1.4 Des acteurs multiples

Que les filières en soins critiques soient décrites au sein des Projets Régionaux ou Territoriaux en santé, mais aussi dans les Projets des Établissements eux-mêmes, leur conception puis leur mise en œuvre au quotidien, leur évaluation, leur évolution éventuelle, toutes ces étapes sollicitent de nombreux acteurs ou représentants.

1.4.1 *Représentants des utilisateurs*

Les premiers parmi eux sont les représentants des utilisateurs, membres des CRUC mais aussi des associations de patients. Les représentants des élus, des maires notamment, font aussi partie des forces à interroger et mobiliser, ainsi que des représentants des Conseils Régionaux et Départementaux. Enfin en raison de leur proximité avec les patients dans leur lieu de vie la participation des représentants des Unions Régionales de Professionnels de Santé est aussi nécessaire.

1.4.2 *Représentants des offreurs de soins*

Sont nécessaires tant les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux, publics, privés non lucratifs ou privés lucratifs en capacité de proposer des soins critiques, que les représentants des soignants, médecins et non médecins, exerçant dans ces structures. En plus de leur participation à la construction des filières, ils sont les acteurs de la mise en œuvre auprès des patients, mais aussi la source au fil de l'eau de la connaissance des disponibilités en équipes soignantes, lits et plateaux médicotechniques.

1.4.3 *Représentants des régulateurs-facilitateurs*

Au quotidien, et à l'exception des filières intra hospitalières, les Centres Régionaux de Coordination et d'Appui, les régulations des SAMU, les SMUR, ont en France un rôle central pour solliciter l'offre de soins au regard des besoins, puis assurer le transport des patients en état de détresse vitale. Leur place est naturelle parmi les acteurs à solliciter dans un projet de filières de soins critiques.

Si l'organisation prévoit aussi des transferts d'information le rôle des systèmes d'information est important, et des membres des groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé peuvent être sollicités.

1.4.4 *Un rôle organisateur des membres des Agences régionales de santé*

Que ce soit dans l'organisation des concertations, dans la production des projets régionaux de santé, dans la définition des territoires, la production des projets territoriaux de soin et l'aide à la signature des contrats locaux de soin, puis dans l'observation et le suivi du service rendu, l'ARS a dans la loi un

rôle central. Les membres de la direction de l'offre de soins, mais aussi les délégués territoriaux, et les membres des observatoires régionaux sont à même aussi de participer à la co-construction des filières de soins critiques.

2 MAIS COOPERER NE VA PAS DE SOI

2.1 N'oublier personne autour de la table

La définition d'un territoire dans lequel organiser la gradation de l'offre en soins critiques tout en assurant un accès à ces soins de toute la population de ce territoire mobilise beaucoup de compétences dont la combinaison va nécessiter des compromis et parfois des arbitrages. Une question au départ d'un projet de coopération dans ce domaine est donc logiquement celle des parties prenantes qu'il va falloir reconnaître et mobiliser.

Revue de littérature : en France

« Une partie prenante est un groupe ou un individu pouvant affecter ou être affecté par l'activité (Freeman, 1984) »³³, ici les soins critiques.

Une organisation est durable si elle reconnaît les intérêts de ses parties prenantes (5^{ème} principe de la responsabilité sociétale) qui peuvent être différents des siens et même parfois contraires. Ainsi, dans le cadre de divers projets, qu'ils soient organisationnels ou stratégiques, il est important de mobiliser les bonnes parties prenantes sur les bons sujets afin de garantir la réussite du projet. À cette fin, la méthodologie d'identification des parties prenantes peut être mobilisée.

Travailler avec ses parties prenantes passe par plusieurs étapes. Tout d'abord l'identification et la hiérarchisation des parties prenantes, puis il convient de sélectionner les priorités de dialogue pour enfin définir le niveau d'association de chaque partie prenante.

³³ Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, Club du développement durable des établissements publics et entreprises publiques, « Guide du dialogue avec les parties prenantes », 2013. Consulté sur : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/CDDEP_Guide%20du%20dialogue%20avec%20les%20parties%20prenantes.pdf

Précautions de lecture

Dans le cadre de la démarche proposée, l'ANAP s'est inspirée du « Guide du dialogue avec les parties prenantes »³⁴ rédigé par le « Club du développement durable des établissements publics et entreprises publiques ».

La méthodologie proposée est issue des travaux de réflexions du groupe de travail et ne prétend pas être exhaustive et déterminante pour tous les contextes.

Ces travaux ont vocation à inspirer les professionnels souhaitant initier cette démarche dans leur territoire. Il sera alors nécessaire de l'adapter à leur contexte et projet.

2.2 Identification et hiérarchisation des parties prenantes

Selon le projet et le contexte, les parties prenantes seront différentes, et certaines seront plus impliquées que d'autres ; il convient donc de bien identifier les partenaires en amont. Une liste des parties prenantes peut être établie à partir d'une liste existante, ou d'un brainstorming. Dans le cadre d'un projet de filière territoriale en soins critiques, la liste peut être longue, à construire sous l'égide de l'ARS.

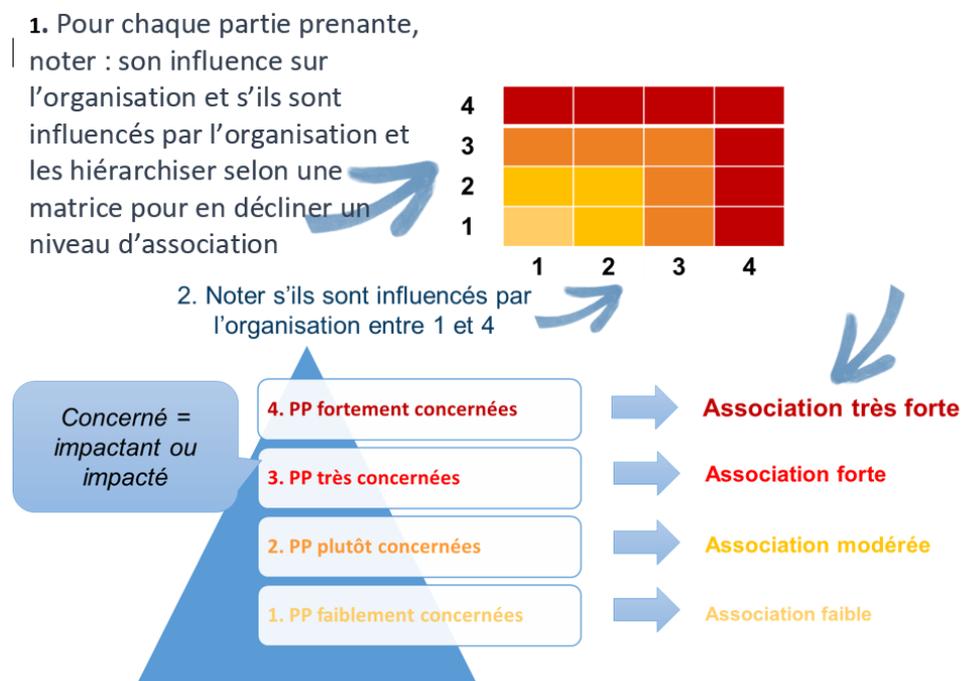
Voici un exemple d'acteurs à mobiliser :

- Pour l'ARS : Directeur Général, Directeur de l'Offre de Soins, Directeur de la Performance, Délégué Territorial, référent pour le Répertoire Opérationnel des Ressources, référent pour les Observatoires Régionaux de la Santé ;
- Pour les patients : représentant des usagers, qu'ils soient sollicités par l'intermédiaire des Commissions des Usagers des établissements ou par leur représentativité au sein d'organisations régionales ou nationales ;
- Les élus : les élus représentant la population ont aussi un rôle de lien avec les politiques d'investissement et d'aménagement du territoire ; à discuter aussi dans ces projets l'implication des conseils départementaux et régionaux ;
- Pour les soignants hospitaliers : Président de CME hospitalière, Responsables de Pôles intégrant les soins critiques, chef de services en soins critiques, et quatuor/cadre supérieur de pôle, cadre d'unité, chefs de service et cadres d'unités en lien fort avec l'activité de soins critiques (SAU, blocs opératoires, pharmacie, imagerie, biologie).
- Pour les soignants de soin primaire : représentants des URPS, des CPTS
- Pour les SAU, SMUR et SAMU : représentants médicaux et organisationnels

³⁴ Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, Club du développement durable des établissements publics et entreprises publiques, « Guide du dialogue avec les parties prenantes », 2013. Consulté sur : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/CDDEP_Guide%20du%20dialogue%20avec%20les%20parties%20prenantes.pdf

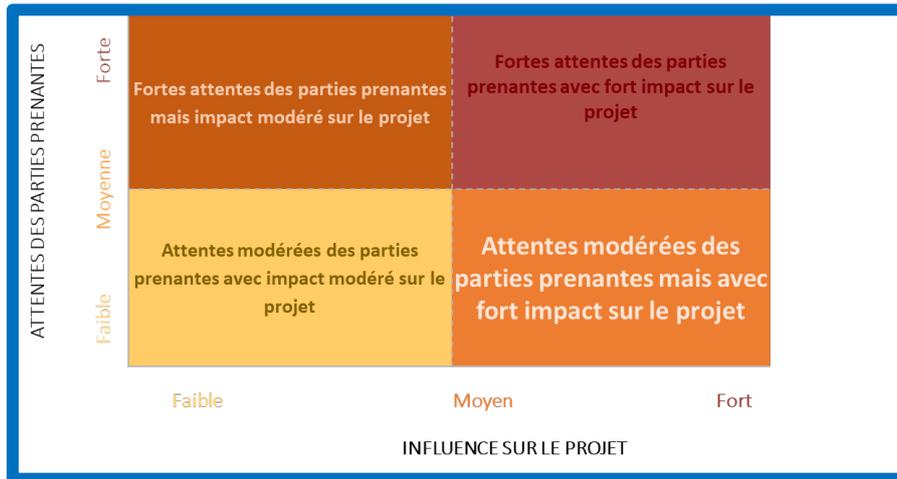
- Pour les établissements sanitaires : représentant des directions de tous les établissements MCO du territoire retenu, mais aussi SSR et HAD, représentant des directions de la transformation et des organisations ;
- Pour les fonctions support : représentant des services de gestion des entrées et mouvements, des secrétariats, représentants des brancardiers en intra-établissement, des ambulanciers en extrahospitaliers, etc...
- Pour la gestion des informations : DSIO d'établissements, représentant des Groupements régionaux d'appui au Développement de l'e-Santé, mais aussi médecins DIM, d'établissement et de GHT ;
- Pour les démarches qualité : représentants des bureaux d'assurance qualité et de gestion des risques des établissements, représentant des ARS pour l'aide à la gestion des risques sanitaires, etc...
- Pour la qualité de vie au travail : représentant des personnels hospitaliers
- Pour les capacités de financement et le suivi des impacts des filières : représentant de l'Assurance maladie, représentant des directions financières en établissements ;

Cette longue liste fait entrevoir l'impossibilité de construire et mener un projet avec autant de personnes au même niveau d'implication, d'où la nécessité de les hiérarchiser. À cette fin nous pouvons utiliser une matrice permettant de prendre en compte à la fois l'impact de chaque partie prenante sur le projet, et la façon dont elle sera elle-même affectée.



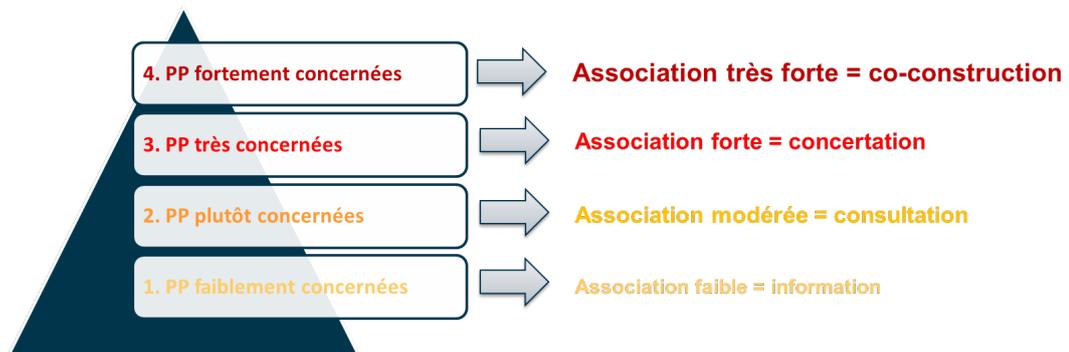
2.2.1 Sélection des priorités de dialogue et association des parties prenantes

Ensuite, il faut définir les sujets prioritaires à aborder avec les parties prenantes : ce sont les sujets attendus par les parties prenantes, qui devront être traités en priorité pour que le projet soit validé par ces dernières. Chaque partie prenante a des sujets d'intérêt qui ne sont pas nécessairement communs ou priorisés de la même façon. Pour cela, une matrice de matérialité peut être utilisée, qui prend en compte les attentes des parties prenantes et l'influence de ces attentes sur le projet.



Il convient donc d'associer ces parties prenantes selon leur influence sur le projet de filière. À ce titre, différents niveaux d'association peuvent être envisagés :

- La co-construction : la partie prenante est impliquée dans la réflexion initiale, la conception, la définition et la priorisation des actions mais aussi dans la mise en œuvre du projet et son évaluation, avec un fort pouvoir et poids dans les décisions finales.
- La concertation : la partie prenante est impliquée dans la réflexion initiale, la conception, la définition et la priorisation des actions avec plus ou moins de participation dans la mise en œuvre du projet et son évaluation, mais c'est une partie prenante à qui la décision finale ne revient pas.
- La consultation : il s'agit de la partie prenante dont l'avis est recueilli lors de la réflexion initiale et la définition des actions.
- L'information : la partie prenante est faiblement concernée par le projet, elle sera ciblée uniquement par des actions de communication.



2.3 Assumer les ressentis des acteurs pour une coopération durable

Les coopérations en soins critiques dans un territoire doivent inclure tous les établissements d'un territoire de tous les secteurs de soin (public, privé lucratif et privé non lucratif). Pour construire les projets de transformation inter et intra hospitalières proposés dans les deux chapitres précédents, tous les acteurs doivent coopérer, sur le court, le moyen et le long terme. Au regard des objectifs et des ressources à mobiliser aussi, la coopération doit être durable !



*Or, faire coopérer des entités hétérogènes
dont les intérêts sont souvent divergents ne se décrète pas.
Pour accepter la prise de risque que constitue une telle perspective,
les partenaires doivent tisser des relations de confiance entre eux.*³⁵

Le travail de l'ANAP met en avant les neuf piliers d'une coopération durable :

- **Pilier N°1** : reconnaître que, dans une situation complexe, aucun partenaire ne détient à lui seul LA réponse capable de satisfaire l'ensemble des acteurs concernés ;
- **Pilier N°2** : bâtir ensemble l'énoncé d'une finalité commune, acceptée de tous, avant de définir les objectifs détaillés du projet ;
- **Pilier N°3** : tenir compte du fait que les représentations individuelles des acteurs déterminent leurs comportements ;
- **Pilier N°4** : construire une représentation commune des attraits, peurs et tentations que peut susciter le projet pour les différents partenaires ;
- **Pilier N°5** : utiliser cette représentation commune comme outil d'évaluation des actions à engager et de leurs résultats ;
- **Pilier N°6** : établir simultanément un plan de management des objectifs, un plan de gestion des risques et une charte des bonnes pratiques relationnelles ;
- **Pilier N°7** : veiller à ce que tous les membres de l'équipe projet participent à la définition du plan de gestion des risques et de la charte des bonnes pratiques relationnelles ;
- **Pilier N°8** : garantir les mêmes droits pour tous dans l'élaboration des plans de gestion des objectifs et des risques et de la charte des bonnes pratiques relationnelles ;
- **Pilier N°9** : s'assurer que tous connaissent la répartition des responsabilités et des délégations.

³⁵ ANAP, « Coopérer ne va pas de soi », 2018. Consulté sur :
<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/cooperer-ne-va-pas-de-soi/>



*9 grands principes... et un prérequis pour le promoteur du projet :
s'engager à mettre en œuvre au moins 60 % des propositions d'actions
énoncées par les parties prenantes.³⁶*

Cette représentation commune des attraits, des peurs et des tentations autour d'un projet d'organisation territoriale en soins critiques entraînant tous les acteurs en soins critiques du territoire, au moins les parties prenantes fortement concernées, peut permettre de reconnaître :

- Des objectifs pour la réalisation desquels des moyens et des stratégies devront être mis en œuvre ;
- Des dangers contre lesquels des précautions seront nécessaires ;
- Des valeurs risquant d'être transgressées ce qui poussera les parties prenantes à décrire les bonnes pratiques nécessaires.

Le plan d'action complet pourra être enrichi par cette démarche, et la territorialisation des soins critiques aura plus de chance de se mettre progressivement en place s'il y a beaucoup d'attraits pour lesquels les moyens sont libérés, d'éviter les blocages que provoquerait un niveau important de peurs non prises en compte, de ne pas provoquer des conflits en ignorant des tentations transgressant les valeurs partagées.

3 PROPOSITIONS D' ACTIONS

3.1 Ce qu'il faut faire

- Créer un collectif en entraînant tous les acteurs nécessaires dans la co-construction et la concertation, sans négliger les acteurs territoriaux devant être consultés ou informés, à chaque étape décisive des coopérations ;
- Au sein de ce collectif tenir compte régulièrement des ressentis des acteurs pour limiter le risque de blocage ou de conflit ;
- Respecter les règles de travail en commun : écoute, respect mutuel, confidentialité, entraide
- Être clair et franc sur l'offre de soin que peut porter chaque offre de soins dans les filières de soins critiques lors de la construction de l'offre territoriale ;
- Faire appel sur un territoire à toutes les équipes des établissements sanitaires pouvant offrir l'accès à des unités de soins critiques ;

³⁶ ANAP, « Coopérer ne va pas de soi », 2018. Consulté sur :

<https://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/cooperer-ne-va-pas-de-soi/>

- Construire ensemble et actualiser régulièrement une cartographie non seulement des plateaux médicotechniques mais aussi des « sur compétences » (insuffisance hépatique aiguë, circulation extra corporelle, etc.) ;
- S'appuyer sur le collectif créé pour mettre en place une dynamique d'évaluation et de transformation progressive tout en sécurisant les parcours des patients (le bon patient dans le bon lit, etc.) ;
- Communiquer en interne mais aussi vis-à-vis de la ville sur les activités en coopération.

3.2 Ce qu'il faut probablement faire

- Aider tous les acteurs du territoire en partageant les besoins de ressources humaines, de formations et d'équipements et en créant une dynamique positive pour toutes les équipes ;
- Maintenir la compétence de toutes les équipes par des projets de formation, mais aussi de temps de travail partagés ;
- Organiser des transferts de compétences (télémédecine par exemple) notamment pour faciliter l'accès à des sur spécialités en soins critiques et organiser si nécessaire un transfert de patients ;
- Formaliser certaines règles de fonctionnement des coopérations (temps d'échanges nécessaires, tenue de réunions, suivi des évènements graves, etc.) ;
- Formaliser les règles de transfert des patients, de transfert des informations et de transfert des compétences ;
- Grâce au collectif renforcer la réponse en responsabilité sociétale de tous les établissements et de leurs équipes ;
- Gérer au sein des coopérations le prévisionnel en ressources humaines et en compétences nécessaires aux soins critiques ;
- Tendre à une harmonisation des statuts quand du temps partagé est nécessaire à la coopération ;
- Tendre à un engagement collectif autour de chaque patient dont le parcours de soins fait appel à la filière de soins critiques (partage complet et continu des informations, analyse partagée de dossiers en staff collectif par exemple).

3.3 Ce qu'il faut probablement ne pas faire

- Éloigner de plus d'une heure de trajet routier les établissements ayant besoin d'équipes soignantes en soins critiques (hors territoires particuliers comme les îles, ou de circonstances météorologiques défavorables) ;
- Laisser sans aide, en formation et en ressources humaines, une unité de soins critiques jugée nécessaire dans l'organisation territoriale des soins critiques ;
- Trop formaliser les règles de fonctionnement des coopérations, et ne jamais évaluer la pertinence de la formalisation ni la faire évoluer.

3.4 Ce qu'il ne faut pas faire

- Concentrer les moyens autour de quelques établissements avec un plateau médicotechnique étendu, en négligeant les nécessités de soins critiques proches des populations ;
- Au nom de grands principes d'organisation, laisser certains acteurs porter seuls dans un territoire une offre de soins critiques alors que les ressources humaines constatées sont insuffisantes, en nombre ou en formation, sans possibilité d'aide.

Remerciements

Cette publication a mobilisé régulièrement un groupe de travail composé des personnes suivantes, que nous remercions sincèrement :

- Dr. BOULET Éric, médecin anesthésiste-réanimateur, groupe hospitalier de territoire Nord-Ouest Vexin Val d'Oise ;
- Pr. CASTELAIN Vincent, médecin réanimateur, centre hospitalier régional universitaire de Strasbourg ;
- Dr. DEWEERDT Éric, médecin urgentiste, représentant l'observatoire régional des urgences d'Occitanie ;
- Mme. FAUJOUR Véronique, directrice adjointe, Direction des coopérations et de la stratégie aux Hospices Civils de Lyon ;
- Dr. GROS Antoine, médecin anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier de Versailles ;
- Dr. HENNICHE Adeline, médecin urgentiste, centre hospitalier de Sallanches ;
- Dr. HEYER Laurent, médecin anesthésiste-réanimateur, président du conseil national professionnel de la société française d'anesthésie réanimation ;
- Dr. KAIOMAR Michel, médecin anesthésiste-réanimateur, centre hospitalier intercommunal Fréjus Saint-Raphaël ;
- Dr. PAJOT Olivier, médecin réanimateur, référent urgences et soins critiques auprès de l'Agence régionale de santé d'Île de France ;
- Pr. PERRIGAULT Pierre-François, médecin anesthésiste-réanimateur, chef du pôle neurosciences, tête et cou au centre hospitalo-universitaire de Montpellier ;
- Dr. PETIT MAIRE, médecin anesthésiste-réanimateur, conseil national professionnel de la société française d'anesthésie réanimation.

Et pour les retours d'expérience :

- Dr. BELLE Loïc, cardiologue, médecin responsable RENAU ;
- Dr. DEWEERDT Éric, médecin urgentiste, représentant l'observatoire régional des urgences d'Occitanie ;
- Dr. Pierre Roucolle, Samu 31
- Ms. Annette BERTELSEN ARBES, Ambassade du Danemark à Paris, France ;
- Ms. Anne SMETANA, Deputy Director, Healthcare Denmark ;
- Pr. Jens SCHIERBECK, Head of Department, Lead Consultant, Anaesthesiology and Intensive Care, Odense University Hospital, Denmark ;
- Pr. Michael HANSEN-NORD, Chief Physician, Head of Emergency Department, Odense University Hospital, Denmark ;
- Dr. Pale MARK CHRISTENSEN, General Practitioner, Doctors Lærkevej, Denmark ;
- Dr. Knud DAMGAARD ANDERSEN, Consultant, Odense Municipality, Denmark ;
- Ms. Christine MEINHARDT WILLE, Manager at Tornbjerg Fripleshjem, Denmark ;
- Ms. Una QUILL, Programme Manager – Critical Care Programme, HSE, Irlande ;
- Dr. Michael POWER, National Clinical Lead, Critical Care Programme, National Clinical Programmes, HSE, Ireland ;
- Dr. Brian KINIR, College of Anesthesiologists, Ireland ;
- Mr. Martin McCORMACK, CEO, College of Anesthesiologists, Ireland ;
- Dr. Colm HENRY, Chief Medical Officer, Health Service Executive (HSE), Dublin, Ireland ;
- Dr. Vida Hamilton, National Clinical Advisor Group Lead, Acute Operations, HSE, Ireland ;
- Dr. Dermot Doherty, Clinical Lead, National Ambulance Service/Critical Care Retrieval Service, Ireland ;
- Dr. David Menzies, Clinical Lead, Adult Critical Care Retrieval Service, Dublin, Ireland ;
- Dr. Rory Dwyer, National Office of Clinical Audit (NOCA), Ireland.

Auteurs de la publication

- Patrick Blanchet
- Noémie Pierron
- Margaux Allain