

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN REANIMATION EN SITUATION PANDEMIQUE

OBJECTIF

La pandémie grippale pourra conduire à un nombre important de patients relevant de soins de réanimation par effet direct du virus sur l'organisme, ou par décompensation d'une pathologie chronique préexistante.

Compte tenu des formes cliniques connues, la réanimation respiratoire pourra varier d'une assistance ventilatoire relativement simple à la prise en charge d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë avec éventuelle défaillance multiviscérale associée. La durée de séjour en réanimation pourra ainsi varier fortement d'un patient à l'autre, de quelques jours à 2-3 semaines (la médiane de durée de ventilation pour les séries publiées de patients H1N1 est de 10 jours).

La spécificité de cette discipline et les capacités limitées d'hospitalisation imposent dès à présent :

- de prévoir des modalités d'accueil ;
- d'organiser, en collaboration avec les services de maladies infectieuses et les équipes opérationnelles d'hygiène, une prise en charge adéquate des patients grippés relevant de soins de réanimation (diagnostic, thérapeutique, précautions barrières, utilisation du masque FFP2).

Les critères d'admission en service de réanimation restent les mêmes pour les patients grippés et les patients non grippés, à savoir un état médical mettant en jeu le pronostic vital.

L'organisation des soins en période de pandémie ainsi que les recommandations des autorités sanitaires, concernant l'activité de réanimation, se basent sur :

- la transmissibilité et la pathogénicité virales ;
- l'état de protection de la population et des professionnels de santé (couverture vaccinale, mesures barrières).

Afin de prévenir la circulation du virus à l'intérieur de l'établissement, tout malade grippé doit être isolé dans une chambre à un lit ou, le cas échéant, dans une chambre à plusieurs lits avec d'autres malades grippés (Pour la question du regroupement éventuel des patients grippés, se référer à la fiche sur la « Conduite à tenir devant la déclaration de signes évocateurs de grippe dans un établissement de santé » publiée sur http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe/IMG/pdf/Grippe_H1N1_-_cas_hospitaliers.pdf)

RECOMMANDATIONS

1 - Les capacités d'hospitalisation

En prévision d'une pandémie grippale, les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être doublées, dans les établissements ayant une autorisation d'activité en réanimation, en particulier en mettant en œuvre précocement les plans de déprogrammation qui permettront :

- de libérer des places de réanimation. Il est toutefois à noter que la déprogrammation ne libèrera pas un grand nombre de places, car peu de patients issus de chirurgie programmée passent en réanimation ;
- d'utiliser les salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI) et leurs personnels compétents rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires : chaque place de SSPI étant le plus souvent équipée d'un moniteur complet et de fluides médicaux (avec respirateurs sur place ou redéployés à partir notamment des blocs opératoires), ce type de structure est à privilégier dans la recherche de l'augmentation des capacités ;
- de convertir des secteurs de surveillance continue en secteurs de réanimation, sous réserve de la disponibilité en fluides (oxygène, air médical et vide), tout en gardant des lits de surveillance continue comme lits d'aval des lits de réanimation ;

- d'utiliser des secteurs de soins intensifs (notamment de pneumologie ou à orientation respiratoire) ;
- d'assurer la disponibilité, le cas échéant par déprogrammation, de lits d'aval pour les patients de réanimation.

Il conviendra de prévoir dans les plans d'organisation d'établissement (annexe pandémie grippale du plan blanc), d'un département (annexe pandémie grippale du plan blanc élargi) ou d'une région (notamment pour les prises en charges spécifiques telles la réanimation néonatale ou pédiatrique, etc.) :

- la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une optimisation de l'affectation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection des personnels de santé ;
- une organisation des soins en réanimation préservant de la contagiosité des patients grippés.

En application du principe de l'isolement des patients grippés (*cf. supra*), dans cette situation d'augmentation des capacités d'hospitalisation en réanimation, ces patients seront accueillis de façon privilégiée dans les services de réanimation eux-mêmes et écartés des salles ou secteurs ne permettant pas cet isolement.

Le redéploiement de lits de réanimation nécessaires jusqu'au doublement des capacités doit être anticipé. Le redéploiement des moyens humains utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésistes-réanimateurs, infirmiers anesthésistes (IADE), etc.) vers l'activité de réanimation contribue à une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation.

L'augmentation des capacités de réanimation accueillant les patients grippés peut se hiérarchiser ainsi :

- Grade 1 : lits de réanimation ;
- Grade 2 : G1 + lits de SSPI (ou G1 + lits de surveillance continue, selon possibilité locale) ;
- Grade 3 : G2 + lits de surveillance continue (ou G2 + lits de SSPI, selon possibilité locale) ;
- Grade 4 : G3 + lits de soins intensifs.

2 - Le personnel

Le renforcement des équipes médicales et paramédicales s'effectuera dans le respect de la réglementation en vigueur, en particulier concernant la composition qualitative minimale des équipes médicales et paramédicales (articles D.6124-29 à D.6124-34-5 du Code de la santé publique).

Les personnels médicaux

Les effectifs médicaux peuvent être suppléés et renforcés par :

- le rappel de réanimateurs retraités depuis moins de 3 ans et ceux appartenant à la réserve sanitaire ;
- le redéploiement des anesthésistes-réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires ;
- le redéploiement des médecins ayant acquis une expérience en réanimation (médecins prenant des gardes en réanimation, internes ayant validé deux semestres dans un service de réanimation).

Ainsi, une équipe pour 8 à 10 patients, centrée autour d'un réanimateur (réanimateur médical ou anesthésiste -réanimateur) aidé d'un autre médecin, pourrait à titre d'exemple se structurer comme suit :

- 1^{ère} ligne : l'équipe s'organise autour des réanimateurs du site aidés des réanimateurs et anesthésistes du corps de réserve ;
- 2^{ème} ligne : les anesthésistes-réanimateurs dont les activités au bloc opératoire ont été déprogrammées ;
- 3^{ème} ligne : les médecins ayant acquis une expérience en réanimation (médecins prenant des gardes en réanimation, internes ayant validé deux semestres dans un service de réanimation) ;

- 4^{ème} ligne : Appel à des anesthésistes-réanimateurs ou des réanimateurs venant d'autres établissements, en tenant compte de leur organisation propre.

Les personnels infirmiers

Le personnel paramédical de renfort (IADE, Infirmiers diplômés d'état (IDE), Aides-soignants (AS)) doit être recherché parmi les effectifs d'anesthésie et de réanimation :

- IADE et IDE ayant exercé dans un service de réanimation et retraités depuis moins de 3 ans ;
- IADE et IDE en activité et ayant exercé dans ces services depuis moins de 3 ans ;
- IADE exerçant habituellement dans les blocs opératoires ;
- après épuisement des recours à ces catégories de personnels, il sera possible de faire appel à des IDE d'autres services pour effectuer des tâches ne nécessitant pas de compétence spécifique en réanimation.

En cas de nécessité de recourir à de tels personnels, en fonction de la charge de travail, il pourra être envisagé la densification des effectifs soignants afin de garantir la sécurité des soins.

Il est indispensable que ces personnels de renfort bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi (tutorat) par du personnel qualifié. Exemple pour une équipe de 3 personnes : 2 IDE de réanimation, ou 1 IDE de réanimation et 1 IADE dont l'activité au bloc opératoire a été déprogrammée, encadrent 1 ou 2 IDE venant d'autres unités (redéployés, retraités).

Les aides-soignants

La suppléance et le renfort en aides-soignants seront recherchés parmi le personnel des blocs ou des services dont l'activité aura été déprogrammée.

Remarques :

- Dès à présent, chaque établissement de santé doit procéder au recensement du personnel médical et paramédical qui répond aux critères énoncés. Il est important, pour que cette liste reste opérationnelle, qu'elle soit mise à jour régulièrement.
- En cas de prise en charge d'enfants à partir de 20-kgs dans des services de réanimation adulte, ces services devront pouvoir bénéficier de la présence et/ou des conseils de personnels spécialisés en réanimation pédiatrique (pédiatres, puéricultrices et auxiliaires de puériculture).

Formation et tutorat des personnels médicaux et paramédicaux :

La sécurité de l'activité nécessite la maîtrise de raisonnements spécifiques et de gestes techniques (respirateurs, intubation / extubation, drogues cardio et vaso-actives, etc...) qui ne peuvent pas faire l'objet d'une formation rapide. Aussi, les personnels rappelés ou redéployés doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi (tutorat) avec du personnel rompu aux techniques, qui doivent être anticipés.

Enfin, tous les personnels venant renforcer le pool des effectifs de réanimation bénéficient d'une information sur l'importance des règles d'hygiène dont les consignes d'habillement et de déshabillage.

3 - Les moyens matériels

Les équipements minimum nécessaires au doublement des capacités incluent notamment par patient pris en charge : un monitoring multiparamétrique, un respirateur, des seringues électriques, un système d'aspiration.

L'acquisition de 100 respirateurs et de 34 ECMO (*External Corporal Membrane Oxygenation*) par l'EPRUS permettra de renforcer les moyens en respirateurs mobilisés dans le cadre, notamment, de la déprogrammation en fonction des situations locales.

Le doublement des capacités des services de réanimation implique le doublement des consommables et des produits pharmaceutiques, et en particulier des fluides médicaux : stocks, livraisons, débits des installations doivent être vérifiés, adaptés et anticipés.

Les techniques d'assistance respiratoire à risque de dissémination du virus dans l'environnement par aérosolisation (masques à haute concentration et ventilation non invasive) doivent être utilisées avec prudence. La possibilité d'isoler le patient d'une part et, d'autre part, de protéger le personnel par le port de masques FFP2 ou la vaccination doivent être prises en compte.

Désinfection des respirateurs

Les mesures habituelles de désinfection sont efficaces : remplacement de l'ensemble du circuit inspiratoire et expiratoire à usage unique entre deux patients et désinfection de la machine avec un détergent désinfectant adapté préconisé par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (liste positive des désinfectants - juin 2009).

4 - La post réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions liées à la réanimation, l'objectif étant de répondre à une libération des lits de réanimation, dès que possible.

Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité des unités de réanimation.

Les unités de surveillance continue sont à réserver, le plus longtemps possible, comme lits d'aval de la réanimation.

Quand les lits de surveillance continue sont convertis en lits de réanimation, un secteur de « surveillance continue » est constitué provisoirement à partir des lits rendus disponibles des services de chirurgie ou de médecine déprogrammés ou transférés au mieux à proximité des lits de réanimation, ou à défaut dans un autre bâtiment ou un établissement proche.

La poursuite éventuelle des mesures d'isolement dans l'unité d'accueil dépend de la durée du séjour en réanimation. La durée de la période contagieuse est incertaine. Pour les formes graves ayant reçu un traitement antiviral, il est communément admis que le maintien de précautions barrière pendant une dizaine de jours est raisonnable. Une décision individualisée est conseillée.

5 - Anticipation des opérations de déprogrammation :

L'ensemble de ces actions nécessite au préalable que chaque région, sous la coordination de l'ARH, établisse un état des lieux :

- des capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de surveillance post interventionnelle, des soins intensifs et de surveillance continue et des lits d'aval. Ce recensement doit être réalisé pour les secteurs adulte et pédiatrique ;
- des moyens matériels, notamment des respirateurs ;
- des capacités de stockage et de distribution en fluides médicaux des établissements ;
- des moyens en personnel soignant susceptible de suppléer ou de renforcer d'autres unités de soins.