



Analyse et propositions de la CNDCH à la mission confiée à l'IGAS sur le pilotage du capacitaire des soins critiques en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins.

Préambule

A l'invitation de la mission de l'IGAS composée de P. SUDREAU, du Pr B. FENOLL, d'A. DENIEUL, d'O.FELIX, la CNDCH apporte sa contribution aux deux volets de l'étude :

- dresser un état des lieux approfondi du capacitaire en soins critiques adultes (réanimations, soins continus, soins intensifs de spécialité) sur le territoire métropolitain et ultra marin, en temps « normal » ;
- formuler des recommandations concrètes permettant de mieux anticiper les situations de crise, en renforçant l'adaptabilité et l'agilité des secteurs de soins critiques.

Il convient de souligner **la sensibilité de l'objet de cette mission tant elle comporte des enjeux aussi complexes que nombreux**, particulièrement pour les centres hospitaliers, que soit dans les périodes de crise de type épidémique ou que ce soit au long cours. Ces enjeux sont de plusieurs ordres :

- **en terme d'offre de soins territoriale** : la réanimation et les soins critiques constituent des activités structurantes pour l'ensemble des activités hospitalières : urgence médicale, chirurgie, cardiologie, ... Ainsi, toute évolution portée dans le champ des soins critiques a un impact direct sur l'ensemble des activités et donc sur l'offre de soins et l'attractivité même des établissements. De façon indirecte, la présence de soins critique conditionne le « panier d'activités minimal » que tout centre hospitalier doit disposer pour assumer sa responsabilité populationnelle. A cet égard, cette approche territoriale doit trouver une traduction dans le régime des autorisations en cours de réforme : concrètement, les autorisations doivent contribuer de façon nette à corriger l'actuelle iniquité territoriale de la répartition des lits de réanimation et des soins critiques, que ce soit en métropole ou dans les territoires ultra-marins. Cette iniquité particulièrement rendue visible par la crise épidémique n'est plus acceptable.
- **en terme de compétences** : la compétence des personnels médicaux et non médicaux ne fait aucun doute et constitue l'atout majeur de ces unités. Pour autant, les problématiques de ressources humaines sont particulièrement aiguës, sans doute les plus sensibles aujourd'hui. Des dispositifs spécifiques pour rendre ces unités attractives en terme de recrutement et de

fidélisation des personnels médicaux doivent donc être identifiés sans tarder, les effectifs médicaux pouvant être le sujet majeur de fragilité, se traduisant, dans certains établissements par le recours à l'intérim médical qui trouvera, du fait de la loi RIST, des limites dans moins de 6 mois : à cet égard, il convient d'anticiper dès à présent avec le concours des ARS cette future situation d'impossibilité de recourir à une rémunération hors référence réglementaire à des intérimaires. Par ailleurs, les excès de l'hyperspécialisation a trouvé ses limites et contraignent à repenser la question des effectifs médicaux en charge de ces unités. Le lien avec les universités de façon à garantir l'implication des internes dans toutes ces unités doit également être conforté au bénéfice de tous les établissements, y compris de taille moyenne. Concernant les personnels non médicaux, il faut convenir des modalités de renforts souples et rapides en cas de pics d'activité, sans reposer quasi exclusivement sur le renfort par des IADE : la crise a montré les conséquences délétères de cette captation sur l'activité chirurgicale. Sans ouvrir la voie d'une spécialisation des personnels non médicaux, évolution qui ne ferait qu'induire des facteurs supplémentaires de rigidité, la formation et le maintien des compétences doivent être traités de façon renouvelée, à l'aune de l'expérience tirée de la crise épidémique.

- **en termes financiers** : ainsi, le financement est inadapté : son niveau structurellement insuffisant a pour conséquence de fragiliser grandement les unités, voire d'expliquer la fermeture de certaines unités, et ce malgré leur utilité structurante dans les filières médicales.
- **en terme d'organisation et d'architecture** : l'identification d'unités n'est pas toujours optimale sur le plan architectural : cette réalité particulièrement forte dans les centres hospitaliers souvent contraints en terme de surfaces a constitué pendant la crise un point de difficulté, conduisant à identifier au sein des SSPI des unités supplémentaires. Ainsi, le volet investissement des Accords du Ségur doit apporter une réponse spécifique pour conforter durablement, y compris en période de crise épidémique, ces unités.
- **en terme de pilotage à la fois stratégique et opérationnel** : le rôle et la place à la fois des établissements-supports de GHT et des ARS sont à clarifier et renforcer. Dans ce pilotage, la contribution du secteur privé devra être promue et réellement organisée : la gestion de la crise a montré que la collaboration et la participation de tous à la gestion de la crise ont été loin d'être uniformes selon les territoires.

Ces principaux éléments de réflexion ont été présentés lors de l'audition menée le 15 avril 2021.

Depuis l'audition, le bureau de la CNDCH a poursuivi ses travaux, notamment via une enquête pilotée par Caroline CHASSIN et dont les résultats sont présentés en annexe du présent document.

Figurent ci-après les réponses posées par les membres de la Mission IGAS.

*Francis SAINT-HUBERT
Président de la CNDCH*

1- Pilotage des soins critiques « en temps normal » :

Vos propositions sur les indicateurs permettant d'adapter au mieux le capacitaire des soins critiques aux besoins courants de santé (indices populationnels, prise en compte du vieillissement de la population, temps d'accès aux unités de soins critiques, exigences en termes de plateaux techniques, ...)

Les indicateurs permettant d'adapter le capacitaire ne peuvent s'appuyer exclusivement sur des indicateurs et statistiques externes uniformes. Concrètement, pour les raisons évoquées dans le préambule, les spécificités locales doivent pouvoir être prises en compte :

- géographiques (zones montagneuses / isolées) ;
- économiques (variations populationnelles liées au tourisme et à ses risques / niveau de pauvreté de la population locale) ;
- organisationnelles (sous-densité médicale / concurrence public - privé) ;
- sanitaires (variations épidémiques en période hivernale / variations structurelles liées aux activités chirurgicales en amont des soins critiques).

Il conviendrait de déterminer le portefeuille minimum d'offre publique de santé pour une population d'un territoire donné : cette offre de soin comprend immanquablement un capacitaire en soins critiques de proximité avec un recours identifié assurant une prise en charge correcte de la population. La crise sanitaire a montré que si les transferts de patients pouvaient être organisés à grande échelle, le modèle a rapidement trouvé ses limites et ne peut pas devenir un mode de fonctionnement normalisé sans compter que les dernières phases de l'épidémie ont montré un positionnement de l'entourage des patients de plus en plus rétif à ces transferts.

Points forts / points faibles du pilotage du capacitaire en soins critiques (sur ou sous dimensionnement par rapport aux besoins de santé, répartition public / privé / ESPIC, disparités régionales, dynamiques territoriales et GHT, impact des fluctuations saisonnières...)

Points forts du pilotage capacitaire ?

- Durant la crise, l'actuelle gradation des soins critiques (USI / USC / Réanimation) a permis la souplesse nécessaire lorsque les ressources ont été mutualisées.

Points fort de nos réanimations :

- Un savoir-faire médical et paramédical certain.
- Des équipements à la pointe dans des établissements qui ont pu investir.

Points faibles du pilotage capacitaire :

- Sous-financement chronique qui a conduit à fermer des unités, d'où une fragilisation de multiples filières de soins dans les territoires.
- Sous-effectif médical chronique qui empêche de piloter de façon stratégique le capacitaire tant ce facteur est déterminant.
- Hyper spécialisation des médecins : certains MAR ne peuvent pas (ne savent pas/plus) réaliser des actes réanimatoires après un certain temps passé exclusivement au bloc... L'hyper spécialisation et le manque de pratique limitent les complémentarités des équipes,

particulièrement dans les établissements de proximité. Cela a constitué une difficulté majeure durant la période de mobilisation capacitaire de soins critiques COVID.

- Hyper concentration du capacitaire dans les grands centres (CHU) au détriment d'une offre de soins de proximité qui nécessite des lits de soins critiques pour être complète dans des zones géographiques peuplées mais éloignées des métropoles. Cette hyper concentration a eu des effets en cascade qu'il convient de maîtriser au plus vite tant pour les périodes de crises que pour les périodes plus classiques : cette hyper concentration a conduit, dans certains territoires, au démantèlement progressif des activités en amont et en aval des soins critiques (par exemple pour la gastroentérologie ou la traumatologie, activités de base en établissement de santé et qui justifient la présence de lits de soins critiques en aval de certaines prises en charge).
- Reconnaissance insuffisante des IDE en réanimation comme des professionnels capables d'intervenir en responsabilité pour des gestes techniques maîtrisés.

Evolution souhaitée ou non de la typologie actuelle différenciant réanimations, soins continus, soins intensifs de spécialité

Dans les établissements de « périphérie » à vocation de prise en charge de proximité, les unités de soins critiques pourraient être organisées avec plus de souplesse. Disposer de lits de soins critiques adaptables et modulables en fonction de la gravité de l'état de santé des patients semble être la solution la plus adaptée.

Par ailleurs, ces mêmes unités pourraient disposer de lits équipés en matériel et « armables » à tout moment en mutualisant les moyens avec les dispositifs déjà en place dans les établissements pour assurer des urgences par exemple (constitution d'équipes de renfort internes en quelque sorte constituées avec la fermeture d'une salle de bloc, l'appui des astreintes opérationnelles dans un système organisé pour cela et donc protocolisé. Cela suppose des compétences partagées et acquises). Nombre d'établissements et/ou de territoires ont constitué durant la crise des équipes médicales et paramédicales de réserve pour intervenir en renfort ou en substitution des équipes COVID de réanimation.

Votre évaluation de l'état actuel et des perspectives d'évolution sur le sujet des ressources humaines (personnel médical, personnel non médical)

Le risque d'une paupérisation globale du système par manque de médecins est le risque considéré comme majeur :

- l'absence de régulation de l'implantation des équipes médicales ;
- conjuguée avec la démographie médicale déclinante (cf. numéris clausus en vigueur depuis plusieurs dizaines d'années) ;
- la paupérisation du système public de santé (fragilisation progressive des moyens publics alors que les rémunérations sont attrayantes dans le privé) ;
- l'alourdissement des contraintes de service public (continuité et permanence des soins de plus en plus lourdes car portées par des médecins de moins en moins nombreux).

Il en résulte une situation d'une très grande fragilité dans certaines régions : un réel sous-équipement qui ne permet plus de répondre aux besoins de la population. Dans ce contexte défavorable, les établissements publics en arrivent à se concurrencer et certains GHT concentrent peu à peu les moyens dans les établissements-supports pour assurer leur propre survie au détriment des populations périphériques.

Mesures innovantes et efficaces qui, à votre connaissance, ont été mises en œuvre (dynamiques territoriales marquantes, partenariats public /privé innovants, initiatives originales dans la gestion des ressources humaines, actions de formation, gestion des équipements, des médicaments, ...)

Certaines mesures ont montré leur pertinence :

- la constitution d'équipes communes médicales sur un territoire plus large que celui de l'établissement. Ces équipes médicales doivent préférentiellement être structurées en postes partagés plutôt qu'en mise à disposition pour éviter les retours en arrière après la crise sanitaire. Ce point, largement souligné par la CNDCH, montre la nécessité qu'à l'échelle des GHT, de véritables outils permettant de constituer de véritables équipes territoriales poussaient être développés.
- la constitution de pools d'IDE formées à la réanimation par GHT afin de venir en aide tour à tour aux établissements en tension. Pour autant, malgré l'intérêt de ces dispositifs, force est de constater que dans les faits, durant la crise épidémique, les établissements-supports ont souvent concentré les moyens et les unités périphériques n'en ont pas eu de bénéfice.
- l'état régulier des lits disponibles et la mise en place de tableaux de suivi partagés entre les services de réanimation au sein d'un même GHT et entre les pilotes de différents GHT pour évaluer les moyens disponibles et organiser la répartition des patients en situation de tension ont faciliter la période de tension.

Freins et blocages que vous identifiez dans le pilotage des soins critiques

Comme indiqué précédemment, la difficulté la plus importante concerne le recrutement des médecins dans les limites de la réglementation. Non seulement la ressource nationale est réduite mais les recrutements au sein de l'union européenne sont difficiles et impossibles au-delà de l'union européenne.

A cela s'ajoutent de multiples contraintes qui s'accroissent :

- la T2A et la concurrence entre établissements qu'elle induit inévitablement : dans ce système, chaque établissement a un intérêt crucial à conserver ses capacités sans quoi ses autres filières seront remises en cause. Il en résulte une difficulté majeure de procéder à la restructuration de l'offre de soins. Dans ce contexte, les établissements dont les unités de petite taille sont les plus en situation de risque sans disposer de véritables leviers.
- le financement uniforme des services de soins, quel que soient les contraintes des territoires : cela est un frein à l'accomplissement des missions de service public et de la prise en compte de la responsabilité populationnelle. Les activités étant financées au même tarif quel que soit la zone géographique, les frais générés par une équipe, par exemple, de 4 médecins assurant la permanence des soins ne seront couverts en intégralité que si le niveau d'activité est suffisant alors que ce service peut être indispensable pour des raisons d'accessibilité aux soins car situé dans une zone géographique reculée et sous-dense.
- la concurrence directe du secteur privé dans certains territoires. Concrètement certains territoires sont marqués par un secteur privé qui capte l'activité programmée et laisse la permanence des soins et les services coûteux au secteur public, bien que ces derniers soient indispensables à leur propres activité (comme les soins critiques) aux seuls hôpitaux publics...

- l'absence de co-responsabilité entre les établissements d'un même GHT concernant des stratégies de coopération. Les alliances peuvent davantage être portées en fonction des intérêts des établissements et non dans une approche d'intérêt général.
 -
- Accès quasi impossible à la réserve sanitaire.

Éléments de souplesse et / ou d'efficacité que vous souhaiteriez voir renforcés dans ce pilotage (y compris si cela implique des changements d'ordre réglementaire) :

- une réflexion relative à la reconnaissance des IDE de réanimation et au maintien des compétences pour les personnels ayant muté dans d'autres services ;
- une réflexion relative à l'installation de médecins prenant en compte les nécessités de fonctionnement du service public : modalités définies permettant de pouvoir s'installer en privé, partage de la contrainte de la permanence des soins (participation obligatoire du privé à cette contrainte) ...
 -
- Simplification des modalités de gestion et de recrutement des professionnels de santé (réglementation trop contraignante, rendant impossible les recrutements dans certains territoires, et donc favorisant la fermeture des services ou les entorses à la réglementation).

Pilotage des soins critiques en temps de crise (au regard notamment de la crise COVID).

Facteurs clefs de succès permettant agilité et souplesse

- Rééquilibrer le capacitaire en soins critiques des territoires en tenant compte de données populationnelles, géographiques, démographiques ...
- Rendre plus souple la frontière entre réanimation, surveillance continue et soins intensifs.
- Piloter le capacitaire en soins critiques à l'échelle territoriale.
- Disposer de ressources médicales et paramédicales en nombre suffisant y compris pour absorber les phases de crise.
- Mettre en place un vaste plan de formation des équipes médicales et paramédicales en appui des dispositifs de réserve mis en place.
- Faciliter la mobilisation des professionnels du secteur privé (résoudre les problématiques d'assurance, de perte de rémunération, de compétences et de responsabilités).
- Financer les unités de soins critiques par des crédits de missions d'intérêt général plus conséquents.

Points de blocage freinant cette agilité et cette souplesse

- Absence de ressources humaines en nombre suffisant pour faire fonctionner les équipes au quotidien et de telle sorte qu'il n'y ait plus de situations marquées par la déprogrammation d'autres activités, ce qui crée d'autres problématiques de santé publique.
- Compétences des MAR semblant inadaptées à la réanimation par manque de pratique du fait de l'hyper spécialisation.

- Manque de formation des IDE à la spécificité de la réanimation en particulier et des soins critiques en général.
- Absence de mécanisme d'incitation des équipes du secteur privé à venir en appui du secteur public, même en temps de crise : difficulté à mobiliser les effectifs du privé, absence de partage de la contrainte de la permanence des soins, concurrence déloyale constatée sur certains territoires.
- Manque de lits d'aval (SSR).
- Manque d'outils numériques de communication (visio, tableaux de bord partagés, suivi capacitaire).
- L'absence de responsabilité partagée entre les établissements d'un même GHT.

Mesures innovantes et efficaces qui, à votre connaissance, ont été mises en œuvre (cf. supra).

- Coordination territoriale des soins critiques directement par les acteurs des soins critiques dans un GHT ou en inter GHT, avec intervention éventuelle de l'ARS : partage d'informations en temps quasi réel, vision du bilan capacitaire, partage de protocoles...
- Constitution d'unités de soins critiques éphémères par transformation de capacitaire ou par réouverture temporaire de lits fermés.
- Partenariats public/privé sur différents champs : capacités d'aval du privé pour les unités COVID du public, conventions de déportation d'activité, mise à disposition de moyens humains ou matériels,
- Constitution de réserves sanitaires médicales et/ou paramédicales grâce à la formation progressive et régulière des équipes. Ces réserves ont pu être constituées également avec des professionnels du secteur privé. Elles ont parfois été territorialisées.

Vos propositions pour améliorer ce pilotage en situation de crise.

Public/privé :

1. Inscrire dans les devoirs et obligations de tout professionnel de santé de contribuer aux missions de service public (pour que la mobilisation du secteur privé soit aussi un devoir). Il ne s'agirait que d'un juste retour à l'égard de la population qui finance dans son intégralité le système de santé et la formation des professionnels.
2. Constituer des équipes de réservistes publics et privés.

Capacitaire :

1. Rééquilibrer le capacitaire en lits de soins critiques (trop de zones véritablement sous dotées)
2. Organisation des soins critiques en filières cohérentes avec le plateau technique de chaque établissement.
3. Modularité des lits à structurer dans les établissements (capacité à monter des équipes éphémères grâce à des lits prêts à être armés).
4. Stocks d'équipements départementaux.

Pilotage :

1. Partage des données, des protocoles et des informations tant sur les soins critiques que sur la déprogrammation chirurgicale...
2. Maintenir voire renforcer les liens avec les établissements universitaires de recours (en particulier concernant les protocoles de prise en charge).
3. Cellules régionales de coordination des transferts.
4. Coordination par les SAMU et les ARS en temps de crise.
5. Mener une réflexion spécifique sur la thématique des transports inter-hospitaliers.

Ressources humaines :

1. Réelles coordinations territoriales tant sur le plan médical que paramédical qu'administratif (avec responsabilités partagées pour être en phase avec les coopérations).
2. Valorisation institutionnelle des postes multi-sites : les praticiens à poste partagé doivent avoir des rôles clefs dans les GHT.
3. Formation continue des équipes aux techniques des soins critiques pour plus de souplesse dans la gestion des crises (pour dépasser les conflits liés aux sur-spécialisations)
4. Attractivité de la carrière hospitalière pour les médecins et les paramédicaux : cela ne passe pas que par la rémunération mais aussi par les conditions de travail (la permanence des soins, le travail d'équipe, l'opportunité donnée de développer des projets au sein du territoire avec autonomie et prise d'initiative).
5. Refonte des compétences des paramédicaux pour recentrer les médecins sur leur rôle (élargissement des compétences IDE).
6. Élargir ce sujet à d'autres soignants en soins critiques : kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...

Annexe 1 - Résultat de l'enquête menée auprès de centres hospitaliers en 2021

L'enquête fut menée du 27 avril au 12 mai 2021 auprès d'établissements-support et établissements-partie, sur le principe de réponses libres à trois questions :

- 1- **Les principaux freins et blocages que vous identifiez dans le pilotage des soins critiques**
- 2- **Les éléments de souplesse et /ou d'efficacité que vous souhaiteriez voir renforcés dans ce pilotage (y compris si cela implique des changements d'ordre réglementaire).**
- 3- **Vos propositions pour améliorer le pilotage des lits de soins critiques en situation de crise.**

Est reproduit ci-dessous le verbatim des établissements.

1- Principaux freins et blocages que vous identifiez dans le pilotage des soins critiques

- **Manque de personnel spécialisé** en raison d'une **politique de limitation de la formation** de ces professionnels de santé
 - **Manque de salle de bloc opératoire** dans l'établissement permettant un renforcement des soins critiques tout en permettant un maintien du programmé élevé.
 - **Aucun renfort en personnel venant du privé** qui concentre 75 % des salles de bloc opératoire avec les professionnels qualifiés IADE/MAR
 - **Problème de maintien de niveau de compétences pour des MAR** ne faisant plus que de l'anesthésie, en difficulté pour prendre en charge des patients de réanimation.
 - Le **capacitaire en lits de réanimation déjà trop tendu en période "normale"** est incapable de faire face à des variations brutales des besoins. De plus, la segmentation des lits de soins critiques (USIC USINV...) donne **peu de plasticité à l'évolution des capacités**. De plus la mise en œuvre opérationnelle des transferts reste compliquée en temps de crise dès lors que l'accord préalable des familles est nécessaire.
 - Essentiellement, **la démographie médicale de réanimateurs, y compris d'internes, et la pénurie d'IDE ou IADE compétentes** et d'AS (tout services).
 - Beaucoup de **lits de soins continus recensés sur le territoire, toutes structures confondues mais pas tous opérationnels**.
 - Gestion complexe des adaptations régulières des **capacités d'hospitalisation** en fonction des phases de la crise sanitaire.
 - **Disponibilité des effectifs** médicaux et paramédicaux.
 - **Pratiques de l'ARS parfois variables**, en passant tantôt par le pilotage territorial, tantôt par chaque établissement :
- **Au niveau paramédical** : attractivité IDE et AS en soins critiques qui doit être renforcée par une revalorisation salariale et diplômante de leur métier. Un absentéisme trop important avec des effectifs de bases très justes. Nécessité d'augmenter la formation initiale et continue, en poursuivre la formation de réserviste. Difficulté à mobiliser les soignants formés à la réanimation.
- **Au niveau médical** : Un sous-effectif médical réanimateur et anesthésiste dans le Département avec un manque d'attractivité. Absence de fédération de toutes les réanimations et USC du Département. Pas de facilité de visio conférence. Pas de tableau de bord avec indicateurs partagés sur l'ensemble des réanimation et usc. Pas de gestion des lits commune. Pas de partenariat public privé en réanimation usc et aussi en chirurgie. Pas de SSR spécialisés clairement identifiés.

2- Les éléments de souplesse et /ou d'efficacité que vous souhaiteriez voir renforcés dans ce pilotage (y compris si cela implique des changements d'ordre réglementaire).

- **Augmentation des lits de soins critiques dans les hôpitaux publics** qui ont répondu avec succès à la crise avec des lits supplémentaires activables en cas de crise (exemple pour l'hôpital, possibilité d'augmenter de 2 lits de réanimation et 1 lit USC)
- En cinq ans, « **plan Marshall de la formation des professionnels paramédicaux** » dans les soins critiques et les blocs opératoires pour arriver à un objectif 5 % de chômage structurel permettant d'éradiquer l'intérim, d'améliorer les conditions de travail par du personnel en nombre suffisant
- **Rééquilibrer l'offre chirurgicale publique** : cible de 50 % a minima sur chaque département permettant de disposer de réserve de personnel en cas de nécessité sur la gestion de crise sachant que 85 % des patients COVID ont été pris en charge à l'hôpital public. D'autre part, les hôpitaux publics ont la responsabilité en première ligne des situations sanitaires exceptionnelles.
- **En période de crise sanitaire, il semble que le principe de l'accord préalable** à un transfert entre unités de soins critique des familles ne permet pas d'utiliser au mieux l'ensemble des capacités disponibles. Des lors que des restrictions aux grands principes fondamentaux du droit et des libertés publiques (liberté d'aller et venir) sont mis en place, il devient difficile de comprendre que des principes de rang juridique inférieur (libre choix de son établissement de soin) continuent à prévaloir.
- **Un pôle territorial de soins critiques sous la responsabilité de l'établissement support.**
 - Affectation du nombre de lits de soins critiques en fonction de **critères populationnels**.
 - Adaptation des effectifs paramédicaux au regard du nombre de patients hospitalisés.
 - Meilleure répartition des internes en fonction du nombre de lits par service.
 - « **Universitarisation** » des services de réanimation pour les rapprocher encore davantage de leur CHU de rattachement
- **Financement d'un sureffectif** correspondant à 10 lits de réanimation pour mobiliser des personnels supplémentaires en période de tension : en période régulière, ces personnels seraient affectés à des missions transversales : hygiène, qualité, douleur...
- **Evolution du mode de financement** par MIG ou assouplissement des critères USC pour créer un volant d'IDE spécialisées mobilisables pour crises épidémiques.
- **Etre clair sur la définition des soins critiques** et sur les critères de prise en charge au sein des différentes structures affichant des soins continus.
- **Créer un vecteur plus pertinent que le "plan blanc"** pour permettre aux établissements de s'adapter et de gérer une crise dans la durée.
- **Se poser la question d'une "légalisation" des cellules de crise** pour sécuriser juridiquement leurs décisions ou maintenir le fait que seul le directeur est responsable.
- **Rendre plus facile la mobilisation des professionnels** dans le cadre de la collaboration publique/privée
- **Concertation des pilotes territoriaux** pour apprécier la nécessité ou non d'upgrader des services de surveillance continue.

3- Vos propositions pour améliorer le pilotage des lits de soins critiques en situation de crise.

- **Coordination départementale et régionale en lien étroit avec l'ARS** à l'exemple de ce qu'a fait l'ARS PACA avec implication forte des chefs de service médicaux et cadres soignants.
- **Privilégier une approche décentralisée au niveau d'un territoire homogène.** La régulation organisée par l'ARS PACA durant la crise est apparue également comme performante (point hebdomadaire et régulation des transferts) ; en revanche la problématique du capacitaire reste entière (elle l'était déjà avant la crise qui n'a fait qu'accentuer la situation).

- **Mettre en place une forme de dispositif de "réservistes"** sur le modèle militaire où il y a possibilité de rappel des lors que l'on a cessé ses fonctions (retraités récents) et ce, pendant un temps à définir et en s'appuyant sur un dispositif de formation faisant appel à la simulation. Cette mesure permettrait le cas échéant d'armer des lits supplémentaires dans des délais relativement brefs.
- **Créer une cellule régionale d'organisation des transferts et de régulation** des parcours de prise en charge
- **Faciliter la mobilité** des personnels en interne et en externe
- **Constituer une réserve sanitaire à l'échelle régionale.**
- Il faut élargir le capacitaire sur le département ; chose actée et en cours de réalisation;
- De plus, lors de réhabilitations et constructions à venir, prévoir un potentiel d'augmentation par aménagement des capacités d'hospitalisation permettant de transformer une partie des chambres en salle réanimation. Assurer la formation d'IDE volontaires de façon à les mobiliser en cas de besoin ; stages réguliers au sein de services soins critiques.
- **Anticiper les phases de montée en puissance** en disposant des moyens de mobiliser des personnels soignants régulièrement formés pour sécuriser les adaptations.
- **Anticiper les "stocks" d'équipements médicaux** pour réagir mieux qu'au début de la crise sanitaire en cours.
- Structurer un pilotage de ces moyens à déterminer (G.H.T., départemental, inter-départemental, régional).
- **Confirmer le pilotage territorial.**
- Augmenter le nombre de lits critiques dans le Département
- Créer une réserve sanitaire médicale et paramédicale.
- **Pouvoir transformer les lits d'USC en lits de réanimation** quitte à faire des travaux, et l'intégrer dans les nouveaux travaux d'USC et dans les équipements.
- **Faciliter le recours aux cliniques privées comme aval des unités d'hospitalisation publique.**
- Augmenter les moyens de transports (hélicoptère, UMH secondaire)
- Déclenchement d'heures supplémentaires systématique pour les soignants.
- Possibilité pour les PH des zones en difficultés de prendre des gardes payées à la hauteur des intervenants extérieurs. Mettre au moins en place un prime multisites conséquente.
- **Soutenir les PH en postes partagés sur deux sites** : prime conséquente, participation aux instances, responsabilité dédiée, correspondant administratif dédié.
- **Avoir une répartition et une visibilité de la chirurgie majeure programmée.**
- **Développer un outil de gestion départemental** des lits de réanimations qui soit prévisionnel sur la journée pour faciliter les placements SAMU et les transferts inter établissement.
- **Avoir un numéro d'appel unique de réanimation de garde** (gestion des lits locale dans chaque réanimation USC).
- **Gestion des séjours en réanimation et médecine sur le GHT.**
- Tableau de bord réanimation USC sur le public et le privé (TO, DMS, typologie, IGS 2).
- **Visuel sur les flux urgents et les places d'aval.**
- Validation des compétences médicales et paramédicales.
- Partager les procédures de soins, favoriser les interactions (réunions, visioconférences, site web GHT).
- Identifier les compétences et spécificités de chaque service en plus des filières connues par le partage des CV. en y intégrant le privé également.
- **Conserver et entretenir les liens universitaires.**