
EQUIPE DE REANIMATION DE TERRITOIRE

Exemple de l'équipe de Réanimation de Territoire du Nord Val d'Oise

Dr Eric BOULET

PH Réanimation Médico-Chirurgicale CH René Dubos

Responsable Structure Interne de Réanimation Polyvalente du GHCPD

Chef de Pôle Médecine d'Urgence – CH René Dubos - Pontoise



HISTORIQUE

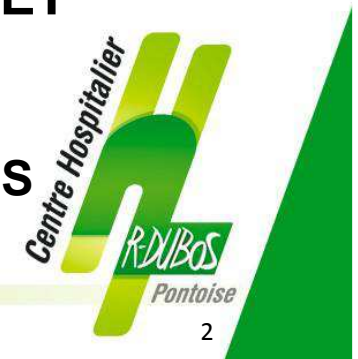
- **Sollicitation en 3/2010 par la réanimation de Beaumont/Oise :**
 - Équipe médicale en difficulté (4,5 ETP)
 - Retraite du chef de service en 10/2011
 - Volonté du GHCPPO de maintenir une réanimation et urgences
 - Incitation et aide ARS
- **« Acceptation » (plus que réel besoin) de l'exercice multisite de la part du CHRD:**
 - TO des lits en réanimation à 95-100% et difficultés de place pour certains patients du territoire de santé
 - Mais à **certaines conditions.....**
 - **Bonnes conditions de travail et un “ intérêt » pontoisien.....**



LES BASES DE LA REFLEXION

- **AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS DE REANIMATION SUR LE TERRITOIRE DE SANTE:**
 - Augmenter le nombre de Journée-lits disponibles et limiter le taux de fuite
 - Favoriser les passerelles entre établissements :
 - Spécialités médicales : neurologie, néphrologie, pneumologie,.....
 - SSR neurologiques et gériatriques
- **UN INTERET PONTOISIEN**
- **EXTENSION DU PRINCIPE A D'AUTRES FILIÈRES ET SPECIALITÉS :**

REANIMATION = “CHEVAL DE TROIE” du multisite ---→ URGENCES



HISTORIQUE : les pré-requis

- **Du coté du GHCPO :**

- Locaux de qualité : existants
- Equipe paramédicale correctement dimensionnée et motivée, secrétariat dédié et encadrement infirmier unique (Jour et Nuit)
- Matériel nécessaire :
 - Fibroscopes bronchiques (3), Echocardiographe et sonde ETO (1)
 - Moniteurs d'épuration extra rénale (2) et Ventilateurs performants
 - Dossier patient informatisé (ICIP de Philips déjà installé)
- A terme, un PH pontoisien responsable de structure interne
- Un service d'urgence actif et des services d'aval motivés



HISTORIQUE : les pré-requis

- **Du coté du CH René Dubos :**
 - **Eviter de déstabiliser** l'équipe médicale et para-médicale et homogénéisation des pratiques
 - **Volontariat** des médecins +++:
 - Autre mode d'exercice : taille de l'établissement, accès moindre aux spécialités, moins de lignes de garde sur place,....
 - Plus de temps pour les activités transversales et de bibliographie +++
 - Financier : prime multisites
 - **Un seul employeur** pour les PH partagés, le CHRD:
 - Gestion des gardes, du TTA, des plannings centralisée
 - **Un seul planning** tenu par un pontoisien afin de distribuer au mieux les ressources médicales sur 2 sites.
 - **Des conditions de travail générales** identiques: disponibilité des lits d'aval, radiologie, accès aux spécialités,.....
 - **Limiter les temps de trajet** :adaptation des plannings
 - **Étendre l'activité multisite aux para médicaux**

LES MOYENS : lits et praticiens

	GHCPO	PONTOISE	TOTAL Réalisé
Lits Réanimation	8 (+1)	18	26 (+1)
Lits USC	4	10 (-2 en 11/2015)	12
Lits USINV	0	4 (+2 en 11/2015)	6***
Besoins médicaux/Jour	3 M / 2 AM/Garde	7 M et AM / gardes et AO	10
ETP Médical	4,5	11,5	17 (+1)*
Internes	0	5	5 (+3)**

- a) ***1 poste supplémentaire** a été financé par le GHCPO pour l'équipe territoriale.
- b) ***Une convention** signée entre les 2 établissements régit le financement de 4 ETP (moyenné) par le GHCPO pour assurer l'activité de réanimation sur les 2 sites selon un planning modifiable selon les impératifs (CM, CA, CF, activités transversales,...)
- c) ****3 postes ETP** ne sont pas pourvus : **financement du TTA** intégralement payé et **postes d'internes supplémentaires** dont 1 au GHCPO.
- d) *****passage à 6 lits d'USINV** en rendant 2 lits USC à Pontoise compte tenu du faible TO en USC2 et en USC au GHCPO.

LES REANIMATIONS : ORGANISATION

- **AU CHRD:**

- 3 unités de 6 lits de réanimation
- 1 unité de soins continus de 8 lits
- 1 unité de SI de néphrologie de 2 lits et 1 lits pour techniques (pose de drains, de catheters, échographies,...)
- 1 unité de 6 lits de SI neurovasculaires dépendant des neurologues

- **AU GHCPO :**

- 1 unité de 8 lits de réanimation
- 1 unité de 4 lits de soins continus
- 1 lit de déchocage



ORGANISATION MEDICALE ACTUELLE

- **Plannings** des 2 services et liste de garde réalisés par 1 PH bi-site.
- **Chefferie de service GHCPO** assurée par un PH bi-site, différente de la chefferie de Pontoise
- **Certains PH restent fixes** sur chaque site :
 - 2 au GHCPO . Liaison avec les autres services, activités transversales (CLUD,CLIN,CME,Qualité,....)
 - 3 au CHRD . Chef de service, PH en temps partagé avec la coordination des prélèvements d'organes, PH responsable des SI néphrologiques et unité technique
- **Les autres PH tournent sur le GHCPO :**
 - 2 à 50% (1 mois/2)
 - 7 font 3-4 semaines de rotation, tous ont tous les mois des gardes sur les 2 sites.



ACTIVITE DE LA REANIMATION DE TERRITOIRE

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
REA GHCP0						
Age moyen	63,5	65,5	63,1	66,5	64,8	64,7
DMS brute	11,24	11,37	7,69	8,12	7,9	7,8
Décès (%RSS-%RUMs)*	39,5-34,2	34,8-32,2	27,2-24,9	28,1-25,2	29,3-24,5	23,5-20,3
Taux Occupation réel	87,7%	88,4%	92,8%	92,8%	97,5%	95%
REA PONTOISE						
Age moyen	57,2	57,2	59	58,2	58,4	62
DMS brute	5,7	5,7	6,3	6,52	5,8	6,4
Décès (%RSS-%RUMs)*	19-16	20-15,5	22,5-18,9	22,7-18,3	20,6-16,5	25,4-20,5
Taux Occupation réel	100,6%	94,5%	94,6%	91,3%	88,5%	90%
* Le % de décès témoigne des patients décédés dans l'établissement (%RSS) ou en réanimation (%RUM)						

- Nette réduction de la mortalité en réanimation au GHCP0 par modification du profil des patients admis
- La réduction de la DMS au GHCP0 due aux modifications de prise en charge augmente la disponibilité des lits sur la CHT
- « normalisation » du profil des patients de réanimation du GHCP0



ACTIVITE DE LA REANIMATION DE TERRITOIRE

	2010	2011	2012	2013	2014	%/2010	Capacité Lits en 2014/2010
CHRD (Séjours/Patients)	1444/1364	1328/1259	1351/1272	1342/1273	1686/1605	+17%/+17%	+27%
REA (RUM/RSS)	1 042/1002	923/892	849/818	957/915	855/814	-18%/-19%	+0%
USC (RUM/RSS)	402/362	405/367	502/454	385/358	831/791	+106%/+118%	+150%
CHIPO (Séjours/Patients)	410 /400	497 /485	478 /456	474 /470	470 /463	+15% /16%	+0%
REA (RUM/RSS)	227/217	326/318	297/279	322/320	335/328	+47%/+51%	
USC (RUM/RSS)	183/183	171/167	181/177	152/150	135/135	-25%/-26%	
TOTAL GCS / Unité REA-USC Séjours/Patients)	1854/1764	1825 /1744	1829 /1728	1816 /1743	2156 /2068	+16% /+17%	+18% /+18%
REA (Séjours/Patients)	1269/1219	1249/1210	1146/1097	1279/1235	1190/1142	-6%/-6%	
USC (Séjours/Patients)	585/545	576/534	683/631	537/508	966/926	+65%/+70%	

- augmentation de 17% du nombre de patients pris en charge sur le territoire de santé par augmentation capacitaire en USC à Pontoise
- Et meilleure répartition des admissions entre les 2 sites avec « le bon patients au bon endroit » et probablement des rapprochements de domicile.



LES POINTS POSITIFS

- **Pour les patientsUne amélioration incontestable de l'offre de soins :**
 - **Une réanimation préservée au GHCPO** : services d'aval de médecine-chirurgie et des urgences « sécurisés »
 - **Prise en charge commune Pontoise-GHCPO facilitée** en cas de besoin : cardiologie, néphrologie,pneumologie.....
 - **Uniformisation** des protocoles de soins
- **Un plus pour l'équipe soignante du GHCPO**



LES POINTS POSITIFS

- **Globalisation des moyens** avec « gain » d'un ETP sur l'équipe de territoire, gains de postes d'internes
- **Autre mode d'exercice au GHCPO** qui n'est pas hôpital « tête de pont » (CHRD):
 - Profil patient autre ++
 - Moindre activité sur la journée et les gardes
 - Temps dédié aux activités transversales plus facile: bibliographie, cours, études cliniques,....
 - Autre équipe médicale et para médicale : réduction du stress
- **“Bouffée d'oxygène”** pour les 2 PH de réa GHCPO
- **Un supplément de salaire** : prime multi-site
- **Régulation des flux sur le site de Pontoise** au prix d'une baisse de l'activité

LES POINTS NEGATIFS (1)

- **Pour les praticiens du CHRD:**
 - **Difficultés relationnelles** (PH de REA du CHRD) :
 - Mauvaise compréhension des enjeux et des nécessités
 - **Difficultés d'adaptation** dans le nouvel établissement en raison de cultures du soin différentes
 - **Déstabilisation de l'équipe médicale** : activité bi-site non naturelle pour les réanimateurs
 - **Déstabilisation de l'équipe para médicale du CHRD** :
 - Turn-over des praticiens de rea au CHRD, plus de jeunes médecins.
 - Télescopage avec un changement de management du service en 2011
 - **Fatigue accrue** : transports, adaptation permanente a de nouvelles situations,....



LES POINTS NEGATIFS (2)

- **Chefferie de service au GHCPO difficile :**
 - Présence à 30-35% du temps.....
 - Acceptation difficile, sur plusieurs années, par les PH du GHCPO
 - Sentiment de “ne pas pouvoir faire bien”
 - Réunions institutionnelles des 2 établissements difficiles à suivre
- **Le personnel para-médical n’a pas suivi :**
 - difficultés statutaires!
 - Et pourtant surement un vrai plus!!...L’avenir?



LES POINTS NEGATIFS (3)

- **Pour les patients** : je n'en vois pas.....
- **Pour les établissements**: plus de contraintes
 - Homogénéisation des conditions de travail des PH
 - Limiter les tracas administratifs
 - **Des directeurs multisites**
 - **Pour Pontoise une baisse des recettes en réanimation....donnée à bien intégrer!**
- **Pour l'ARS ?**



LES IMPERATIFS POUR Y ARRIVER....

- Equipes médicales des 2 sites **bien informées** en accord avec le projet avec quelques « leaders »
- Une relative **proximité géographique** (<30 mn)
- **Un projet médical commun** aux établissements : GCS de moyens, CHT, GHT ?
 - **Soutien administratif** des directions hospitalières
 - **Supprimer les différences de traitement:**
 - Gestion homogène du temps médical et des statuts
 - TTA et congés, prime pour les PHC aussi
 - Statuts,.....: tous les postes sur le même établissement
 - **Soutient logistique** fort : PM et PNM, matériel et locaux
 - **Reconnaissance du travail fait** et sa pénibilité, écoute

LES IMPERATIFS POUR Y ARRIVER....

- **Un soutien médical fort :**
 - Au sein des 2 services de réanimation (leader motivé)
 - Recrutement médical de PH « multi-site »
 - CME active dans les établissements pour favoriser le multi-site: passerelles de soins à mettre en place
 - Participation d'autres praticiens au multi-site afin de partager les efforts et les réflexions sur ce mode d'activité.
- **Un soutien administratif**
- **De la « bienveillance » de la part de tous**



CONCLUSION

- **LE REFAIRE?**

- Pas certain.....car beaucoup d'inconvénients pour les PH
- Mais expérience enrichissante, construction de projets,....
- **Domage que les para-médicaux ne participent pas!**
 - Enrichissement aux contact d'équipes différentes
 - Mais problèmes statutaires.....
- **Mais les patients y trouvent certainement leur compte avec une amelioration notable de l'offre de soins globale**

MERCI