

FICHE REFLEXE – n°2019 - 01 – 03 – MB

Objet : Réforme du droit des Autorisations. Groupe de Travail Réanimation. 3^{ème} réunion

Date de réunion : 16/01/2019

Rédacteur : Dr Philippe TOURRAND, Michèle BRAMI

Participants à la réunion DGOS, HAS (Christian Espagno), ARS Occitanie, Conf des DG de CHU, cadres de santé pub, ANAP (P. Blanchet), plusieurs représentant des CNP concernées dont Bertrand Guidet, et le CNP de Cardiologie avec le Dr Cattan. Collège des IDE, FEHAP, FHF, Unicancer, FHP MCO.

Problématique / Ordre du Jour :

- Périmètre et définition, avec notamment la présentation de la contribution de l'ANAP et celle de la SFAR
- Eléments de gradation.

Documents de référence : PPT (non encore parvenu)

Débats :

La réunion est pilotée par Sylvie ESCALON, sous-directrice adjointe de la Régulation de l'Offre de Soins à la DGOS.

Le CNP de pédiatrie a été invité mais n'a pas pu être représenté aujourd'hui.

Point 1 : Restitution de la présentation de l'ANAP, qui a eu lieu le matin même

Le Dr Blanchet expose la méthode de travail de l'ANAP

1^{er} temps Partage des données de la littérature, et comparaison avec les systèmes d'autres pays : Irlande (qui a compétemment transformé son système de soins critiques en 2014), Allemagne (qui a dû procéder à la réunification de 2 systèmes différents), Pays nordiques.

2^{ème} temps : envisager les filières.

Elles reposent sur les coopérations entre structures et supposent la définition d'indicateurs pour suivre les évolutions, et des pistes pour savoir répondre aux surtensions, et comment analyser la pertinence des soins.

Un document papier a été diffusé pour représenter ces questions.

Point 2. Présentation du travail des CNP médecine intensive, anesthésie réanimation et médecine d'urgence sur les USC.

Les CNP ont tout d'abord pointé les difficultés :

- Seulement 65% des séjours en USC font l'objet d'une facturation du supplément spécifique
- D'où une distorsion par rapport aux USI
- Les USC sont différentes selon qu'il existe ou pas une unité de réanimation sur place.
- Pour la SFAR, il n'existe pas de taille, ni de densité de personnel, ni d'articulation avec la réanimation, définies par les textes.

La SFAR s'est donc donné pour objectif de proposer des recommandations aux tutelles, en utilisant la méthodologie des Recommandations Formalisées d'Experts (RFE).

Elle a retenu 5 champs :

- Typologie des patients
- Structure des USC
- Gestion paramédicale
- Organisation médicale
- Articulation avec les GHT.

A noter que le groupe d'experts qui a travaillé comprenait un seul représentant du secteur privé (le docteur Blanchet) qui a quitté le groupe avant la fin des travaux pour rejoindre l'ANAP.

Les points forts de cette présentation portent sur :

- Les lits doivent être regroupés et une unité doit comporter au minimum 6 lits
- Le personnel para médical (IDE + ASQ) doit être au moins de 0,4/patient. Ce personnel qui doit avoir reçu une formation spécifique (qui aujourd'hui n'existe pas) peut être mutualisé avec celui de la Réa.
- **Un médecin doit être présent 24h/24, 7j/7.**
- La charge en soins n'est pas mesurée, faute d'outils performants, les outils existants étant démodés.
- La proximité d'un plateau technique est évoquée mais non définie.

Point 3 : Présentation des travaux de la Société Européenne de Cardiologie (SEC)

Le représentant du CNP de cardiologie évoque les travaux de la SEC, qui distingue 3 niveaux de « soins critiques en cardiologie »

- Le plus lourd, celui qui recourt à l'ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation), (*technique de circulation extra-corporelle offrant une assistance à la fois cardiaque et respiratoire à des patients dont le cœur et/ou les poumons ne sont pas capables d'assurer un échange gazeux compatible avec la vie*).
- Le niveau 2 concerne les patients soignés pour une cardiopathie isolée sans autre défaillance.
- Le niveau 3 est le niveau « de base ».

Les personnels médicaux et paramédicaux travaillant dans ces unités doivent avoir une formation spécifique, complémentaire du DES de cardiologie.

Point 4 : Le débat sur ces propositions

Il existe une certaine confusion, du fait de l'existence de structure plus ou moins spécialisées, prenant en charge des patients de lourdeurs différentes, certains médicaux d'autres post chirurgie.

La FHP MCO fait observer qu'on assiste à un glissement important : dans les structures actuelles, on organise des unités de **SURVEILLANCE** continue et le projet présenté par les sociétés savantes décrit des activités d'unité de **SOINS** continus.

Si on veut ainsi donner une fonction différente à ces structures, il faudra être averti du risque que cela fait peser sur les structures existantes, et ne rien décider sans étude d'impact préalable.

La FHP MCO ajoute également qu'il faudra aussi définir le niveau de compétence du médecin dont la présence est requise 24h/24 : pourra t il s'agir d'un interne, éventuellement remplaçant, comme à l'hôpital public, ou exigera-t-on un sénior, comme en clinique privée ?

Point 5. Présentation par la DGOS de la méthode de gradation.

La DGOS expose ses définitions de la gradation (chaque niveau fait ce que fait le niveau précédent, et en plus, fait quelque chose de plus compliqué) et de la segmentation (chaque niveau fait quelque chose que les autres ne font pas).

Pour Bertrand Guidet, il existe en fait deux niveaux de réanimation, auxquels il fait rajouter toutes les techniques spécialisées par organe ou par fonction.

La HAS doit préciser sa vision de cette gradation des soins critiques.

De plus, la DGOS souhaite que le schéma soins critiques résolve également les questions relatives à l'articulation avec la réanimation pédiatrique, et la réanimation pédiatrique spécialisée.

Les conditions d'implantation doivent s'attacher à la description et à la structuration de l'offre.

Les conditions techniques de fonctionnement doivent décrire le socle minimal, les mesures relatives à la qualité et à la sécurité des soins, et la prise en charge des innovations.

Pour sa part le représentant du CNP réanimation demande quelle sera l'articulation entre certification et autorisation, et qui prendra en charge les évaluations nécessaires.

La FHP MCO rappelle que la certification ne porte que sur un établissement dans son ensemble et non sur un service, fut-il de réanimation.

Point 6 : Rappel des éléments de consensus.

La DGOS rappelle que le Groupe de travail a accepté le principe d'une approche regroupée de la réanimation, des soins intensifs et de la surveillance continue, sous le terme de « **soins critiques** ».

Il importe de donner une définition générale des trois segments de cette activité, et d'être attentif aux spécificités de la pédiatrie.

Cette définition serait : patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances avec risque de recours à une suppléance

La DGOS souhaite écarter le principe d'activité « reconnue » au profit des seules activités « autorisées ».

Synthèse / points à retenir :

Devant la diversité des structures aujourd'hui définies comme « unité de surveillance continue », (adossées ou non à une unité de réanimation, offrant une présence médicale permanente ou non, spécialisée sur un type de pathologie ou non, prenant en charge des pathologies médicales ou après chirurgie), la DGOS a sollicité

- L'ANAP pour définir les organisations, filières et gradation
- La SFAR pour présenter sa vision des USC

Et attend l'avis de la HAS.

Les CNP des spécialités concernées présentent un travail d'analyse qui introduit un glissement sémantique important, en définissant ses recommandations pour une unité de soins continus, alors que les textes actuels n'envisagent que les unités de surveillance continue. Les CNP proposent une capacité minimale de 6 lits, un personnel para médical de 0,4 agent (IDE + ASQ) par patient, et une présence médicale permanente 24/24 et 7/7.

La FHP MCO a fait remarquer la différence entre surveillance et soins continus, et la nécessité de procéder à des études d'impact préalablement à toute décision, et interroge sur la compétence du médecin présent : interne ou senior ?

Le groupe de travail accepte le principe du regroupement de ces activités sous le terme générique de « soins critiques », et l'idée d'un risque vital pour les définir.

Prochaines étapes :

Les prochaines réunions sont fixées selon le calendrier suivant :

- 20 février 2019 à 14h
- 17 avril 2019 à 14h
- 22 mai 2019 à 14h
- 3 juillet 2019 à 14h

Enjeux pour les établissements à court, moyen et long terme :

- Modification des conditions de mise en œuvre de la réanimation, voire de la totalité des « soins critiques » dans les établissements de santé.