

FICHE REFLEXE – n°2019 - 02 – 20 – TB MB

Objet : Réforme du droit des Autorisations. Groupe de Travail
Réanimation. 4^{ème} réunion

Date de réunion : 20/02/2019

Rédacteur : Michèle BRAMI, Thierry BECHU, Dr Ph TOURRAND

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 :

- Recommandations de la HAS
- Gradation :
 - o Focus sur les soins intensifs
 - USIC (CNP Cardio)
 - USINV (CNP Neuro)
 - o Données sur les USI et USC isolées

Documents de référence : PPT (non encore parvenu) + Analyse FHP-MCO ci-jointe + Grille enquête ANAP + recommandations SFNV de 2001 et circulaire DHOS du 22 mars 2007.

Débats :

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

Préalablement à cette réunion se tenait une autre réunion pilotée par l'ANAP dont l'objet était de confirmer la mise en place d'une enquête à l'aide d'une grille d'enquête ci-jointe.

Cette enquête sera réalisée auprès de quatre expériences françaises et deux expériences étrangères avec deux à trois jours sur place.

Cinq thèmes constituent la grille d'enquête.

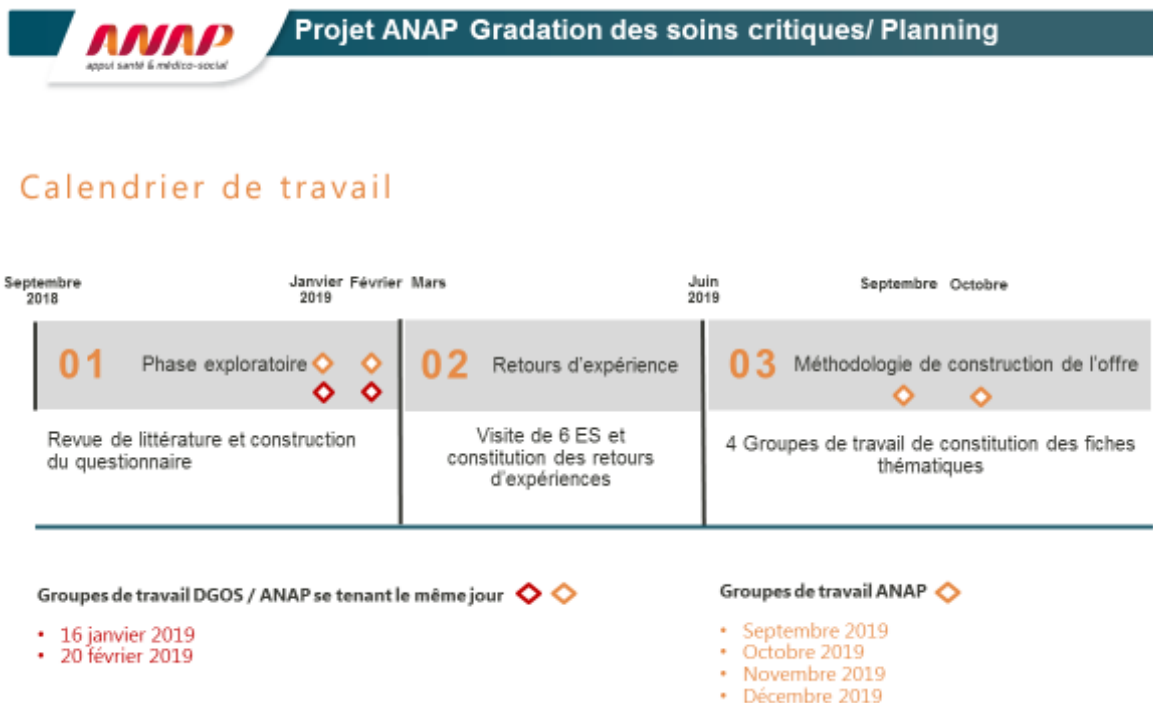
- Organisation territoire
- Parcours patient
- Pilotage et gouvernance
- RH
- Qualité

Les objectifs poursuivis sont :

- Un meilleur accès aux soins
- Le bon soin au bon patient
- La QVT
- L'Efficienc e économique

Les terrains d'enquête cibles à ce jour : Irlande ; Allemagne ; Grenoble, Annecy (AURA) ; GRAND EST (ALSACE-MOSELLE) et les autres – Nancy, Strasbourg, Metz) ; NORMANDIE (Caen) ;

Le calendrier de travail de cette enquête est rappelé :



20

La DGOS annonce la volonté de trouver une définition générale des soins critiques avec une nouvelle dénomination : Soins Critiques qui englobe les actuelles réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

I. Recommandations de la HAS

Le Dr Philippe CABARROT procède à la présentation des travaux du Groupe HAS. **Ces travaux répondent à une saisine de la Ministre leur demandant de travailler sur une logique de gradation des soins.**

La composition du groupe a été la suivante : CNP MIR, SRLF, CNP AR, SFAR, ANAP et des membres de la HAS dont le Dr Philippe CABARROT. Cette présentation n'est pas validée par le collège HAS à ce stade.

Le groupe a effectué des constats et une analyse de la littérature.

Constats :

- Dispositif complexe et hétérogène : Réa avec USC adossés, USIC, UNV, USI pneumo, USI héματο, USC autonome, USI gastro, USI mixte, ...
- Selon l'avis des professionnels de la réanimation, cette hétérogénéité est de nature à pouvoir générer des dysfonctionnements dans la continuité et/ou dans la permanence des soins susceptibles d'entraîner une perte de chance pour les patients, notamment en nuit profonde ou lors des week-ends, particulièrement en regard de la présence médicale discontinuée.

Dans la littérature, et dans les réglementations de différents pays, il est souvent décrit sous le terme « intensive care », trois types de structure : réanimation, soins intensifs, soins intermédiaires.

Mais, le groupe HAS reconnaît que la transposition en trois niveaux ne va pas de soi. Selon le groupe, il convient de raisonner à partir d'un nouveau socle de définition de niveaux basé sur des critères

- cliniques (risque de défaillance ou défaillance avérée)
- charges en soins ou de moyens (médicaux, paramédicaux, techniques suppléance d'un ou de plusieurs organes ou non)
- de permanence des soins et de continuité des soins,
- d'éligibilité et/ou de pertinence.

Les orientations suivantes sont présentées :

- un niveau 1 ou unité de réanimation : patient en défaillance mono ou multi organe
- un niveau 2 ou unité de soins intensifs (USI) : patients en situation aiguë à risque de défaillance avec présence H24 et 7/7J d'un médecin sur le site hospitalier avec une organisation opérationnelle.
- Les différentes spécialités concernées par les SI devront en définir les conditions de fonctionnement notamment en termes de compétences du médecin de garde sur place et son implication dans le fonctionnement du service aux heures ouvrables et les astreintes opérationnelles des médecins d'autres disciplines concernées.
- Selon les établissements de santé, différentes USI
 - Polyvalentes
 - Spécialisées : notammentUSIC, USNV, et USI de chirurgie spécialisée
- La place des USC post-opératoire est à préciser
- Le regroupement architectural des unités de soins critiques devra être privilégié près des réanimations et des plateaux techniques.
- Il n'est pas retenu de seuil minimum d'activité tant pour le volume des patients que pour les actes de réanimation courante mais il n'est pas exclu d'envisager des autorisations ciblées pour certaines techniques hyperspécialisées (type ECMO, échanges plasmatiques) ou certaines pathologies (défaillance hépatique aiguë, greffe d'organe).
 - Le groupe HAS recommande malgré tout une taille minimum de 10-12 lits pour le niveau 1 (réa) et 6 lits pour le niveau 2.
 - Pour les unités de grande taille notamment dans le cadre de regroupement des USI, le taux de présence des médecins doit être évalué en fonction des besoins.
 - L'ARS devra gérer dans une logique de territoire les activités hyperspécialisées dans le cadre de contrats dédiés.
 - Exiger un projet de service
 - Renforcer la pertinence des admissions
 - Exiger un suivi en continu d'un tableau de bord d'indicateurs qualité/sécurité avec deux niveaux :
 - Socle Minimal de sécurité avec indicateurs obligatoires
 - Batterie d'indicateurs d'amélioration de la qualité
 - Tenue de registres
 - Sécuriser la capacité de ces structures par la définition de seuils minimaux en personnels médicaux et paramédicaux selon le niveau.
 - Anticiper les évolutions : téléconsultation, système communicant, télémétrie, télé surveillance
 - Soins critiques pédiatriques avec trois niveaux : Réanimation pédiatrique, USC pédiatrique, réanimation pédiatrique spécialisée ;

Demande FHP-MCO : nécessité de mesurer les impacts de cette nouvelle organisation.

Réponse HAS : La mesure des impacts de ces effets est nécessaire et insiste sur la présence sur place d'un praticien.

Le CNP ARE insiste sur la présence médicale y compris en niveau 2 (comprenant pour eux les USC). Ce nouveau dispositif met fin au régime contractuel au profit d'un régime d'autorisation ;

Faisant suite à une réaction FHP-MCO, la CNP MIR souligne que l'USC seule n'est pas exclu de ce schéma.

La FHF est très favorable à la mise en place de normes de moyens. La FHP-MCO rappelle sa préférence pour les normes de compétences.

II. Gradation :

a. Focus sur les soins intensifs

- USIC (CNP Cardio)

Cette présentation commence par un bref état des lieux :

- 270 USIC avec 277 845 admissions dont 29% en secteur privé.
- 53% des USIC réalisent moins de 1200 admissions et 11% moins de 600.
- 49% des admissions concernent les infarctus et le reste est de l'insuffisance cardiaque et des troubles du rythme.
- 47% des admissions sont effectuées par le SAMU.
- DMS de 2 jours

L'objectif du CNP Cardio est de stratifier la demande en soins et expertises autour de **3 niveaux d'USIC** en s'appuyant sur des réseaux et filières en soins critiques cardiologiques.

Le CNP met en avant 3 niveaux d'USIC I, II, III selon :

- Le risque d'événements et l'intensité du monitoring : niveau des patients cardiovasculaires aigus
- Les gestes techniques : technicité de l'hôpital et plateau technique cardiologique
- La charge globale en soins : distribution des patients dans les unités de soins critiques non cardiologiques.

A chaque niveau d'USIC, des spécificités

- Pour l'équipe médicale et paramédicales
- Pour l'équipement et les locaux
- Pour le réseau interne de spécialités et le réseau régional d'USIC.

Niveau 1 = Soins intensifs cardiovasculaires essentiels.

Niveau 2 = Soins cardiovasculaires avancés.

Niveau 3 = Réanimation cardiovasculaire.

Au niveau régional, la stratification des pathologies et l'organisation par niveau permettent un fonctionnement en réseau.

- USINV (CNP Neuro)

La CNP Neuro rappelle les recommandations SFNV de 2001 et la circulaire DHOS du 22 mars 2007 (ci-jointes)

En synthèse :

- Equipe médicale et paramédicale formée en neurologie vasculaire
- Unité individualisée d'au moins 4 lits, surveillance visuelle des patients
- En moyenne 2-4 jours
- Permanence médicale
- Médecin titulaire DIU neurovasculaire
- Articulation avec des lits dédiés UNV
- Equipe multidisciplinaire
- Accès prioritaire 24/24h imagerie, explorations cardiovasculaires monitoring cardio-respiratoire.

b. Données sur les USI et USC isolées

Un état des lieux est présenté sur la base des données : Argos, SAE, PMSI :

- ARS IDF,
- Grand EST et
- Occitanie.

En IDF, 118 Unités de surveillance continue identifiées dont 42% sont « isolées ». En Grand Est, 104 unités dont 52 sont isolées. L'accès est mis sur la problématique des lits non regroupés au sein d'un unité au regard des échanges précédents.

Synthèse / points à retenir :

La DGOS annonce la volonté de trouver une définition générale des soins critiques avec une nouvelle dénomination : Soins Critiques qui englobe les actuelles réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

I. Recommandations de la HAS

Les orientations HAS suivantes sont présentées :

- un niveau 1 ou unité de réanimation : patient en défaillance mono ou multi organe
- un niveau 2 ou unité de soins intensifs (USI) : patients en situation aiguë à risque de défaillance avec présence H24 et 7/7J d'un médecin sur le site hospitalier avec une organisation opérationnelle.
- Les différentes spécialités concernées par les SI devront en définir les conditions de fonctionnement notamment en termes de compétences du médecin de garde sur place et son implication dans le fonctionnement du service aux heures ouvrables et les astreintes opérationnelles des médecins d'autres disciplines concernées.
- Selon les établissements de santé, différentes USI
 - Polyvalentes
 - Spécialisées : notamment USIC, USNV, et USI de chirurgie spécialisée
- La place des USC post-opératoire est à préciser
- Le regroupement architectural des unités de soins critiques devra être privilégié près des réanimations et des plateaux techniques.
- Il n'est pas retenu de seuil minimum d'activité tant pour le volume des patients que pour les actes de réanimation courante mais il n'est pas exclu d'envisager des autorisations ciblées pour certaines techniques

hyperspécialisées (type ECMO, échanges plasmatiques) ou certaines pathologies (défaillance hépatique aiguë, greffe d'organe).

- Le groupe HAS recommande malgré tout une taille minimum de 10-12 lits pour le niveau 1 (réa) et 6 lits pour le niveau 2.
 - Pour les unités de grande taille notamment dans le cadre de regroupement des USI, le taux de présence des médecins doit être évalué en fonction des besoins.
 - L'ARS devra gérer dans une logique de territoire les activités hyperspécialisées dans le cadre de contrats dédiés.
 - Exiger un projet de service
 - Renforcer la pertinence des admissions
 - Exiger un suivi en continu d'un tableau de bord d'indicateurs qualité/sécurité avec deux niveaux :
 - Socle Minimal de sécurité avec indicateurs obligatoires
 - Batterie d'indicateurs d'amélioration de la qualité
 - Tenue de registres
 - Sécuriser la capacité de ces structures par la définition de seuils minimaux en personnels médicaux et paramédicaux selon le niveau.
 - Anticiper les évolutions : téléconsultation, système communicant, télémétrie, télé surveillance
- Soins critiques pédiatriques avec trois niveaux : Réanimation pédiatrique, USC pédiatrique, réanimation pédiatrique spécialisée ;

II. Gradation :

a. Focus sur les soins intensifs

- USIC (CNP Cardio)

L'objectif du CNP Cardio est de stratifier la demande en soins et expertises autour de **3 niveaux d'USIC** en s'appuyant sur des réseaux et filières en soins critiques cardiologiques.

Le CNP met en avant 3 niveaux d'USIC I, II, III selon :

- Le risque d'événements et l'intensité du monitoring : niveau des patients cardiovasculaires aigus
- Les gestes techniques : technicité de l'hôpital et plateau technique cardiologique
- La charge globale en soins : distribution des patients dans les unités de soins critiques non cardiologiques.

Niveau 1 = Soins intensifs cardiovasculaires essentiels.

Niveau 2 = Soins cardiovasculaires avancés.

Niveau 3 = Réanimation cardiovasculaire.

- USINV (CNP Neuro)

La CNP Neuro rappelle les recommandations SFNV de 2001 et la circulaire DHOS du 22 mars 2007. (ci jointes les pièces jointes)

Prochaines étapes :

Les prochaines réunions sont fixées selon le calendrier suivant :

- 3 avril 2019
- 15 mai 2019
- 3 juillet 2019
- 2 octobre 2019

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. (Réanimation, Soins Intensifs et Surveillance Continue)