

FICHE REFLEXE – n° 2019 - 04 - 32 - MD

Objet : GT Soins critiques (5^{ième} réunion)

Date de réunion : 03/04/2019

Rédacteur : Thierry BECHU / Dr Matthieu DERANCOURT

Participants à la réunion : CNP MIR, CNP AR, ARS GE, DGOS, FHF, CNP CARDIO, CNP PEDIATRIE, Collège infirmier français, FEHAP, UNICANCER, CNP NEURO, ANAP

Problématique / Ordre du Jour :

- Gradation des soins critiques « adultes »
- Niveau « Réanimation » (conditions d'implantation et CTF)

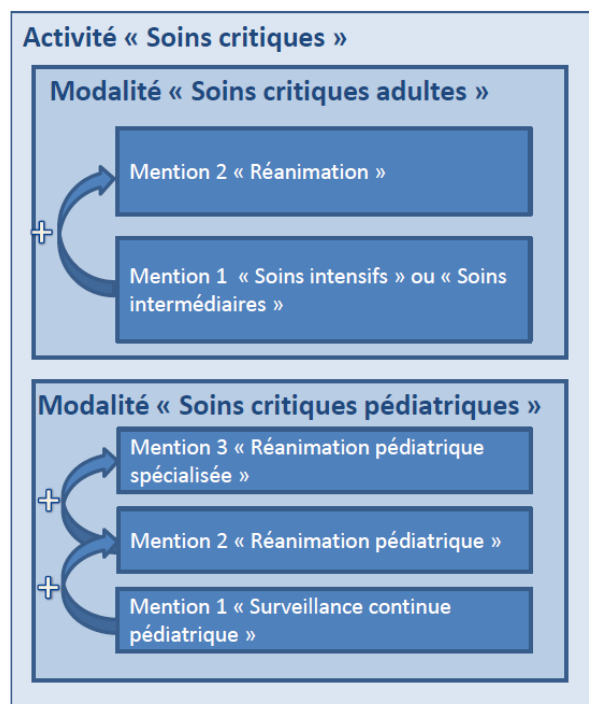
Documents de référence :

Point 1 : Gradation des soins critiques « adultes »

Rappel méthodologique sur la gradation

- Délimitation d'une activité de soins par des niveaux de prise en charge.
- Bonne allocation des ressources en fonction des besoins de la population.
- Un niveau est « chaîné » à l'autre dans une relation (« qui peut le plus, peut le moins »).
- Un niveau dispose par rapport à l'autre dispose de spécificités retranscrites dans les CI/CTF.

L'idée avancée par la DGOS : la gradation existe au sein même d'une activité médicale, à savoir, selon le CNP, il y a plusieurs gradation d'USIC. Le terme « Mention » à la place de « Grade » apparaît pour la première fois.



Les critères pour déterminer le périmètre de chaque niveau :

- **Technicité des actes**
- **Typologie des patients**
- **Et Environnement adapté (technique, RH, écosystème)**

Le CNP AR souligne qu'il faut « penser » à la notion de charge de soins mais également à celle de « parcours ».
Actuellement, la situation est la suivante :

- Droit des autorisations : uniquement la REA
- Reconnaissance contractuelle : USI, USC

La DGOS rappelle que les propositions HAS, CNP AR et MIR font état d'une vision en deux niveaux REA et SI (comprenant l'USC)

Trois scenarii sont proposés à ce stade

- **Numéro 1 : Système par modalité**

Activité de soins critiques unique :

Plusieurs modalités parfois gradées, parfois à mention unique.

- Modalité polyvalente (REA, USI).
- Modalité pédiatrie (REA PED SPE, REA PED, SI PED).
- Modalité cardiologie (USIC).
- Modalité « XXX » (USI XXX).

Chaque modalité a ses OQOS au sein du PRS.

Un tel schéma pose la question de la lisibilité pour les professionnels et une complexité de gestion administrative.

Echanges

(DGOS) : Dans le scénario 1 : on peut envisager une Modalité « neurovasculaire » (« XXXX »).

(FHP-MCO) : Est-ce que la Modalité polyvalente est l'USC ?

(DGOS) : Modalité polyvalente (scénario 1) = SI et USC.

(CNP AR) Ne pas faire figurer « XXXX » mais inscrire d'emblée les spécialités fonctionnant en SI de spécialité.

(CNP Cardio) Les SI s'inscrivent dans des parcours, des réseaux.

(FEHAP) Il faut inscrire également la pneumologie.

(CNP AR) Ce schéma a la faiblesse de ne plus distinguer le niveau de gradation avec la réanimation, dit autrement, on ne reconnaît pas le statut de recours de la réanimation.

- **Numéro 2 : Système de gradation unique**

Modalité « adulte »

Grade 3 REA

Grade 2 SI polyvalent

Grade 1 SI d'organe/spécialisé

+ une modalité pour la pédiatrie (REA Pédiatrique Spécialisée, REA Pédiatrique, SI Pédiatrique)

Un tel schéma offre une plus faible lisibilité de l'offre par spécialité, mais elle apporte une grande lisibilité de la lisibilité de l'offre de soins.

Echanges

(FHP-MCO) : Le SI polyvalent n'est pas le recours du SI d'organe/spécialisé.

(CNP AR) : le CNP ne perçoit la gradation nécessaire et cela nécessite un lien plus évident avec la nature du plateau technique.

- **Numéro 3 : variante de la gradation unique**

Grade 2 : REA

Grade 1 : SI d'organe/spé et Grade 1 : SI polyvalent

+ une modalité pour la pédiatrie (REA Pédiatrique Spécialisée, REA Pédiatrique, SI Pédiatrique)

Echanges.

(CNP AR) : Il faut traiter les liens entre les structures de grade 1 et grade 2.

(FEHAP) : Finalement le grade 2 n'a pas forcément ce « qui peut le plus peut le moins ».

(CNP Cardio) : Le grade 1 d'organe/spécialisé pourrait être divisé. Pour les organes, il faut s'inspirer de la modalité pédiatrie : unité de SI cardio de niveau II, unité de SI cardio de niveau I (organisation similaire pour la neuro).

(CNP AR) : Quel est l'objectif de cette gradation ? Plateau technique ou tarification ?

(DGOS) : La Gradation de l'offre de soins en premier lieu. Mais comme actuellement, cela peut se traduire aussi en 3 tarifications.

(UNICANCER) : Ce scénario semble correspondre à l'organisation déjà mise en place.

(FHF) : Demande de précision : il s'agit d'une gradation des activités et non pas d'une gradation des établissements de santé.

Cette position est confirmée par la DGOS.

(DGOS) : Faisant suite à une question FHP-MCO, une fois un ou deux scénarios « validés » par le GT, des études d'impacts sur l'offre territorial seront faites.

EN SYNTHÈSE A CE STADE

Scénario 2 : la DGOS ne le retient pas. Elle souhaite poursuivre la réflexion sur les scénarii 1 et 3.

La FHF et la FHP-MCO soulignent qu'il ne faut pas rechercher à tout prix une présence médicale sur site et/ou au sein du service USC qui n'est pas nécessaire. Au sein des USC, la FHP-MCO souligne que des études ont démontré que la charge en soins est l'élément clef plus qu'une présence médicale sur site 24/24 en particulier pour les USC autonomes.

Point 2 : Retour sur les contributions et définitions

De nombreux débats sur les définitions dans les contributions reçues de la part des CNP.

Définition de la réanimation

Les propositions / réflexions des CNP MIR/AR :

- Patients qui présentent ou sont « susceptibles » de présenter une ou plusieurs défaillances.
- Quelle articulation avec les SI d'organes ? → Exemple : une défaillance respiratoire peut conduire directement en REA.

→ « **Pouvant impliquer** » le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance » au lieu « impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».

→ (CNP AR) In fine à l'issue des débats, le choix d'une rédaction plus « tranchée » est effectué, à savoir : Retrait de « pouvant impliquer » et donc par parallélisme suppression de « susceptible » au début de la définition.

Au final : « patients qui présentent une ou plusieurs défaillances d'organe aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance ».

Définition des SI d'organes/spécialisé

Les SI d'organes sont pratiqués dans une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients

- (CNP NEURO) : Supprimer le « pouvant impliquer »
- (CNP AR) La notion d'organe n'est pas forcément la plus pertinente mais celle de spécialité est plus adaptée.

Définition des SI polyvalents

Hypothèses des liens entre soins critiques et certaines activités de soins en cours de réforme :

- Autres activités interventionnelles (+ oncologie),
- Cardiologie interventionnelle,
- Neuroradiologie interventionnelle,
- Chirurgie.
- Les sujets « chirurgie cardiaque » et « neurochirurgie » ne sont pas encore abordés dans les GT.
⇒ A faire avec les GT Autorisations en cours et à venir.

Point 3 : Tableau de conversion possible des soins critiques

<u>Aujourd'hui</u>	<u>Demain</u>
Unité de Réanimation	Unité de Réanimation
USI (y compris USIC)	Soit USI d'Organe / Spécialisé, Soit USI polyvalent
USC	USI Polyvalent
Unité de Réanimation Pédiatrique Spécialisée	Unité de Réanimation Pédiatrique Spécialisée
Unité de Réanimation Pédiatrique	Unité de Réanimation Pédiatrique
USC Pédiatrique	USI Pédiatrique

Point 4 : REANIMATION conditions d'implantations (CI) et conditions techniques de fonctionnement (CTF)

En synthèse concernant les locaux :

- Un service de réanimation doit pouvoir avoir accès sur site à un plateau d'imagerie et de biologie et l'organisation du bâtiment doit pouvoir faciliter les accès au bloc opératoire, SSPI, ...

Méthodologie proposée pour recueillir l'avis des participants.

La DGOS doit nous adresser « rapidement » les slides correspondants afin que les membres du GT puissent également faire état de leurs propositions d'évolution d'ici le prochain GT.

Synthèse / points à retenir :

- **Deux scénarios (1 et 3)** vont être affinées par la DGOS et les contributions en retour des membres du GT sont attendues d'ici le 30 avril. La DGOS devrait également mener, une fois deux scénarios stabilisés, des études d'impact sur l'offre territorial.

Il faut traiter les liens entre les structures de Grade 1 et Grade 2, c'est-à-dire entre les réanimations et les soins critiques.

Un point de vigilance : ne pas mettre en place des « supers » réanimations localisées uniquement dans les grandes agglomérations.

Toutes les réanimations ne répondent pas forcément au « qui peut le plus peut le moins ». Il faut tenir compte, notamment du plateau technique proche de la réanimation.

Pour les soins critiques de d'organe/de spécialité, une gradation pourrait être envisagée : unité de SI XXXX de niveau II et unité SI XXXX de niveau I.

Il a été réaffirmé par la DGOS que le modèle était bien une gradation des activités et non des établissements de santé.

A ce stade, la DGOS a indiqué que le scénario retenu (décrivant les gradations) ne présupait pas d'une tarification « découpée » selon les gradations qui seraient retenues.

- **REANIMATION conditions d'implantations (CI) et conditions techniques de fonctionnement (CTF) :**

La DGOS doit nous adresser rapidement les slides correspondants afin que les membres du GT puissent également faire état de leurs propositions d'évolution d'ici le prochain GT.

- **Définitions Réanimation, Soins critiques polyvalents et Soins critiques d'organe**

Concernant les soins critiques d'organe, il reste une discussion entre utiliser le terme « organe » ou le terme « spécialité ».

Enfin, la DGOS souhaite échanger avec la FHP MCO sur le sujet des USC autonomes et leur place (ou leur « conversion ») dans les nouvelles orientations.

Ces USC remplissent actuellement un rôle indispensable dans leurs établissements (« filet de sécurité ») et n'engendrent pas de « surfacturations » compte-tenu des conditions de facturation des suppléments journaliers à des listes d'actes et de diagnostics.

Vigilance sur ces USC (même convertie en Soins critiques) concernant les futures conditions techniques de fonctionnement notamment sur la présence médicale (majoritairement en astreinte et non en garde sur place).

Tableau de conversion possible des soins critiques

<u>Aujourd'hui</u>	<u>Demain</u>
Unité de Réanimation	Unité de Réanimation
USI (y comprisUSIC)	Soit USI d'Organe / Spécialisé, Soit USI polyvalent
USC	USI Polyvalent
Unité de Réanimation Pédiatrique Spécialisée	Unité de Réanimation Pédiatrique Spécialisée
Unité de Réanimation Pédiatrique	Unité de Réanimation Pédiatrique
USC Pédiatrique	USI Pédiatrique

Prochaines étapes :

- 1- Contribution écrite pour le 30/4 concernant les trois scénarios
- 2- Prochaine réunion le 29 mai (attention nouvelle date)
- 3- Séance dédiée REA PEDIA le 3 juillet (+ en amont réunion de travail transversale GT PERINAT et GT SOINS CRITIQUES)

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

Problématique des USC « autonomes ».
La DGOS doit nous solliciter pour faire un point sur ce sujet d'ici mai.