**FICHE REFLEXE – n° 2019 - 07 – n°- TB/MD/PT**

| | |
|---|---|
| **Objet** : GT Soins critiques – 7e réunion | **Date de réunion : 3 juillet 2019** |

**Rédacteur : Thierry BECHU / Dr Matthieu DERANCOURT**

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

**Problématique / Ordre du Jour :**

Introduction : articulation travaux du GT soins critiques et financement
1- Gradation des soins critiques adultes
2- CI - CTF REANIMATION
3- Calendrier prévisionnel de travail

**Documents de référence :** Document CNP cardiovasculaire / Document CNP AR et CNP MIR

**Introduction articulation du GT soins critiques et financement**

**Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins**, rappelle l'enjeu de la mise à jour des règles de financement destinée à permettre de répondre aux besoins. Cela implique d'aborder en premier lieu le sujet de l'organisation des soins avant d'envisager de « comment la financer ». Les travaux touchant au cadre d'autorisation des soins critiques sont très structurants. La refonte va faire bouger les gradations. **La question du financement viendra après**.

**Le préalable est de définir clairement le périmètre et la gradation des missions de l'activité de soins permettant d'identifier les typologies de patients et les charges en soins qui déterminent les moyens requis pour la sécurité des soins.**

Le groupe de travail de la réforme des autorisations d'activité de soins n'a pas vocation à aborder et régler les questions financières, cependant il peut être force de propositions pour éclairer le débat sur le modèle de financement le mieux adapté aux soins critiques, c'est-à-dire en cohérence avec la réalité des besoins en soins.

(Plusieurs membres du GT) Demande d'études d'impacts. Quel calendrier ?
(Thomas D.) Une demande va être faite aux ARS afin d'avoir connaissance des enquêtes qu'elles auraient pu faire sur cette thématique.

Les représentants des fédérations (dont la FHP MCO) et CNP du GT attendent beaucoup des **résultats des études d'impact pour éclairer la faisabilité de la réforme du cadre d'autorisation des soins critiques**, en particulier sur la gradation des soins intensifs et de surveillance continue, champ où les informations issues des reconnaissances contractuelles ne permettent pas une lisibilité de la charge en soins et de la couverture horaire en termes de présence médicale de l'existant.

Le CNP AR et la FHP MCO alertent sur le calendrier de la réforme. Le cadre d'autorisation de l'activité de soins critiques est structurant pour les autres activités de soins. Quid de l'articulation et la temporalité des passages devant le Conseil d'Etat et publication des décrets avant les décrets soins critiques ?

Thomas DERCOHE confirme ce séquençage. Le pilotage unifié de la réforme permettra la mise en cohérence des différents travaux en cours. Au besoin, des ajustements des premiers textes qui sortiront pourront être envisagés. Par ailleurs, des études seront menées associant les ARS sur la faisabilité de la mise en œuvre de la réforme tant au niveau du processus d'autorisation que de la révision du SRS et l'accompagnement des établissements de santé pour l'application du nouveau cadre réglementaires qui les concerne.

FHP MCO – Tous droits réservés

**Point 1 : Gradation des soins critiques adultes**

**Les sujets qui font encore débat :**

1/ Evolution des définitions REA - SI polyvalents - SI spécialisés

Problématique de la frontière entre la REA et les SI

La suppléance en SI : notion de durée limitée avant transfert en réa ...

2/ Individualisation des SI spécialisés / SI polyvalents :

USIC, USINV, autres spécialités ?

3/ Place des SI polyvalents « autonomes « (ex USC non adossés à la réa)

Problématique de la frontière entre soins critiques et médecine ou chirurgie (soins post-opératoires)

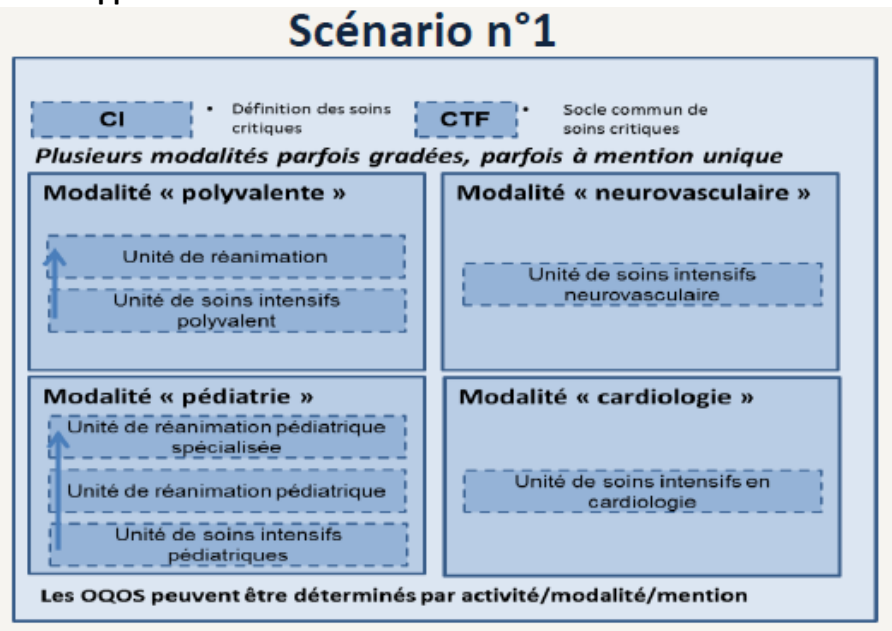
Les USC sur site sans réa se situent à proximité des urgences ou des services de médecine ou de chirurgie.

**Tableau de conversion terminologie « SOINS CRITIQUES »**

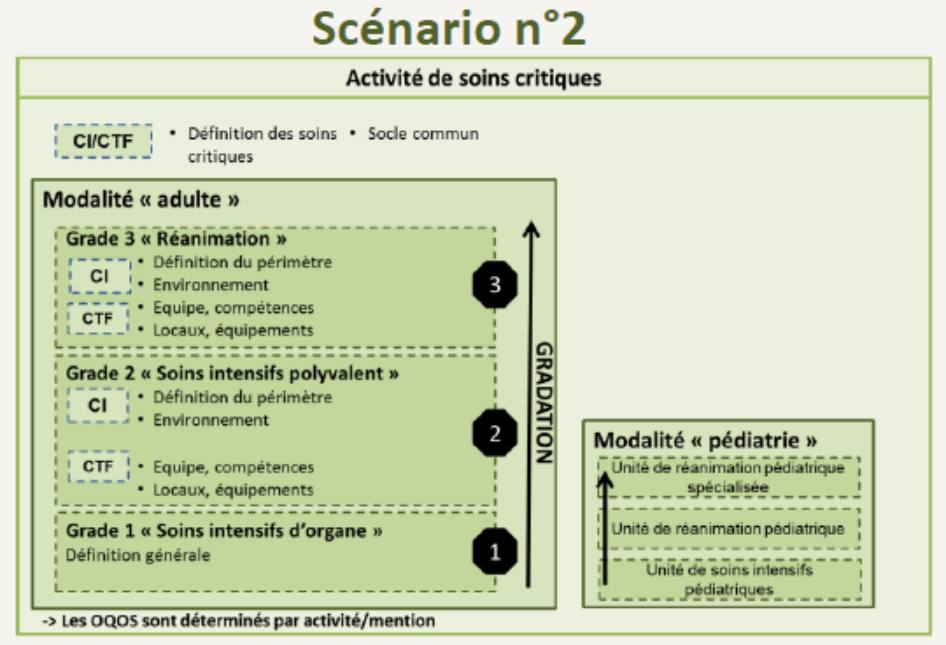
Objectif : aboutir à une stabilisation à fin d'été 2019 du tableau de conversion des soins critiques pour la rédaction des décrets des autres activités de soins de la vague 1 de la réforme, à terme pour une conversion générale.

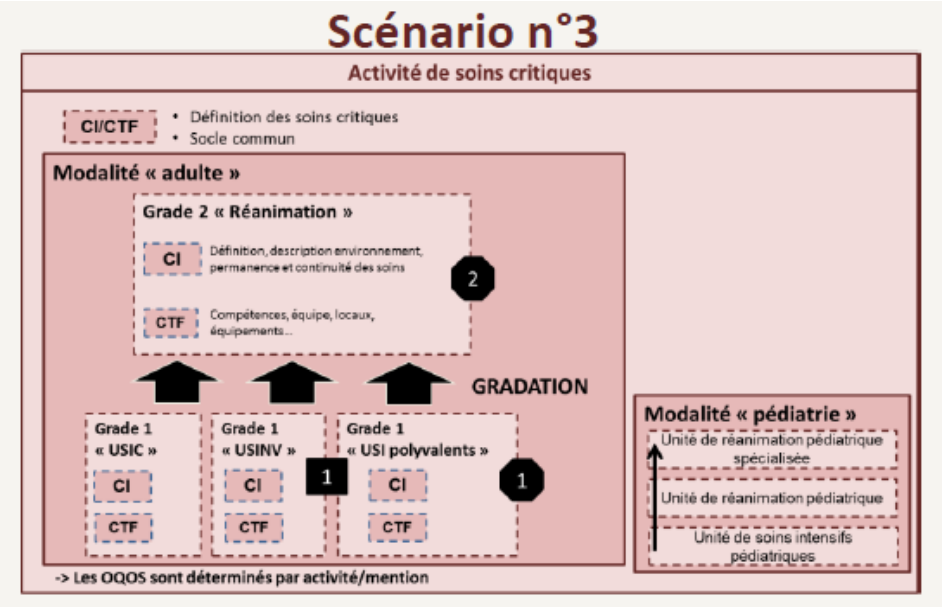
| Actuellement | | Futur (hypothèses de modifications) |
|---|---|---|
| Unité de réanimation | = | Unité de réanimation |
| Unité de soins intensifs (dont USIC) | ≠ | unité de soins intensifs d'organe ou spécialisés (USIC, USINV, ..) |
| Unité de surveillance continue | ≠ | Unité de soins intensifs polyvalents |
| Unité de réanimation pédiatrique spécialisée | ≠ | Unité de réanimation pédiatrique de recours ou de référence |
| Unité de réanimation pédiatrique | = | Unité de réanimation pédiatrique |
| Unité de surveillance continue pédiatrique | = ou ≠ | Unité de surveillance continue pédiatrique<br>Unité de soins intensifs pédiatriques |

**Gradation soins critiques – Rappel 3 scénarios**




FHP MCO – Tous droits réservés




(CNP Cardio) Scénario 1 => modalité distincte USIC déclinée en 2 types (avec ou sans PTI)

*Transmission post GT par le CNP cardiovasculaire de proposions de rédaction réglementaire à partir de la trame de textes existants applicables aux USIC => en pièce jointe*

(CNP Neuro) Scénario 1 => modalité distincte USINV déclinée en 2 types (avec ou sans PTI)

FHP MCO – Tous droits réservés

| Scénario 1 | MODALITE USIC | MODALITE USINV |
|---|---|---|
| Spécificité de la spécialité | Filière de soins cardio déjà structurée<br>Lien fort entre USIC et PTI<br>Fonctionnement en réseau régional | Pathologies fréquentes avec des enjeux majeurs de santé publiques, spécificités de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, maillage territorial dense déjà existant avec des professionnels formés et dédiés. |
| Justification CI-CTF particuliers | Espace d'autorisation dédié à la cardiologie avec définition de sa gouvernance, de sa présence médicale<br>Ensemble de l'offre des SC cardiologiques : des USC cardiologiques aux USIC à la frontière de la réanimation | Espace d'autorisation dédié à la neurologie avec définition de sa gouvernance, de sa présence médicale.<br>Cohérence de la gradation des structures avec la pratique de la thrombectomie, organisation territoriale avec les PTI |
| Gradation/PTI | **2 niveaux :**<br>**USIC 1 (dont USC cardio) => site sans PTI**<br>Permanence médicale : au moins un médecin sur place ou à défaut sur site disponible immédiatement (si médecin non cardio, astreinte cardiologue)<br>**USIC 2 => site avec PTI (ou convention lien étroit à PTI)**<br>Permanence médicale : cardiologue dédié (ES publics, hors service de jour : interne validation 3 semestres de médecine cardiovasculaire, 1 semestre réa et 1 semestre USIC et au moins 26 gardes en cardio comme médecin junior // astreinte médecin USIC ) | **2 niveaux :**<br>**USINV 1 => site sans PTNRI**<br>Permanence médicale :<br>**USINV 2 => site avec PTNRI**<br>**2a => site sans NC / 2b => site avec NC**<br>Permanence médicale : |
| Avantages pour le CNP | 2 types d'autorisation des SC cardiologiques selon des critères simples, lisibles, définis à priori.<br>Liens et obligations lisibles entre modalités de SC :<br>Modalité Cardiologie < Modalité Réanimation<br>Evite la gradation des USI polyvalents, ensemble plus hétérogène et complexe que les USIC | 2 types d'autorisation des SC neurologiques selon des critères simples, lisibles, définis à priori.<br>Liens et obligations lisibles entre modalités de SC :<br>Modalité Neurologie < Modalité Réanimation<br>Evite la gradation des USI polyvalents, ensemble plus hétérogène et complexe que les USINV |
| Risque sans modalité | Négation des spécificités des SC cardiologiques<br>Diminution lisibilité de l'offre de soins liée aux PTI | Négation des spécificités des SC neurologiques<br>Diminution lisibilité de l'offre de soins liée aux PTI |

(ARS Grand Est) Scénario 3. Question de la frontière entre REA et SI : proposition de mentionner dans les CI/CTF des SI les notions d'évolutivité et de durée maximale de mise en œuvre de la suppléance, nécessitant si prolongation transfert en réanimation.

(CNP AR et CNP MIR) Définitions Réa-SI polyvalents et spécialisés- contributions rédaction réglementaire

*Transmission post GT de leur dernière version commune consolidée ➔ en pièce jointe*

Pour les USC « autonomes » (sans présence médicale 24/24), elles ne peuvent pas relever des soins critiques ➔ « soins de proximité ».

De plus, on ne sait pas quel est le profil des médecins travaillant dans les USC.

(FHF)

<u>La réanimation = niveau 3</u> commun à l'ensemble de la filière des soins critiques

<u>Le niveau 2</u> = USI polyvalentes, USI de cardiologie, USI neuro vasculaires, USI hématologie. Chacune des modalités du niveau 2 définit ses conditions techniques de fonctionnement, comme pour les USIC :

- USIC avec cardiologie interventionnelle et obligation de réanimation sur place
- USINV : travail de définition à faire sous l'égide du CNP de neurologie
- USI hématologie : CI et CTF à définir avec le CNP d'Hématologie
- USI polyvalente : concerne les actuelles USC liées fonctionnellement et géographiquement à une unité de réanimation, bénéficiant de ce fait d'une permanence sur place dédiée assurée par un médecin qualifié MIR ou réanimation. Des reconnaissances contractuelles limitées pourraient être accordées localement par les ARS pour reconnaître la spécificité de certaines USI, remplissant les conditions des USI polyvalentes, mais qui ont une orientation disciplinaire particulière.

FHP MCO – Tous droits réservés

Le niveau 1 = USC où la permanence des soins est assurée (**médecin présent dans l'établissement 24h sur 24)** mais pas dédiée. Les USIC n'ayant pas la cardiologie interventionnelle pourraient également être à ce niveau de gradation.

**Les USC sans médecin sur place (permanence médicale) dans l'établissement devront être sorties du champ des soins critiques** : création de lits identifiés de soins renforcés ou des unités de soins renforcés (à l'exemple de ce qui existe pour les soins palliatifs) pour les spécialités médicales dont dépendent ces lits/unités pour assurer des soins renforcés dans les disciplines médicales et chirurgicales.

(FHP MCO)
Vigilance+++ sur les USC autonomes qui répondent à un vrai besoin. La présence médicale 24/24 n'est pas toujours nécessaire / La notion de compétences est la plus importante. Les USC autonomes posent-elles des problèmes de qualité et de sécurité des soins actuellement ?
**Attention à la cohérence globale** : dans le GT cancer, on fait référence dans les travaux à l'USC. Si l'USC est « sortie » des soins critiques, est-ce que les professionnels du GT Cancer accepteront que l'on fasse référence en place de l'USC à une unité de « soins de proximité ».
**Attention à ne pas créer de déserts dans les régions**. Il faut tenir compte de la réalité de terrain (en termes de pratiques) et de la démographie médicale.

**Point 2 : CI – CTF REANIMATION :**

***Proposition CNP AR et CNP MIR au 4 juillet***

**Définition « soins critiques »**

| **Régime actuel art. R6123-33 CSP** | |
|---|---|
| Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.<br><br>… | ***« Les soins critiques sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigues mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances. »***<br><br>***« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent une ou plusieurs défaillances aigues mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et impliquant le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances. »***<br><br>***« Les soins intensifs sont destinés à des patients qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigue mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et impliquant le recours à une méthode de suppléances. »*** |

FHP MCO – Tous droits réservés

**Définition réanimation**

| Régime actuel art. R6123-33 CSP | |
|---|---|
| Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. | ***"Les unités de réanimation sont organisée pour prendre en charge des patients qui présentent une ou plusieurs défaillances aigues mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et impliquant le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances.«*** |

(Plusieurs membres du GT) Proposition d'enlever « directement ».

**Définition Réanimation - Nombre de modalités**

| Régime actuel art. R6123-33 CSP | |
|---|---|
| .... <br><br> L'activité de soins de réanimation s'exerce selon les trois modalités suivantes : <br> 1° Réanimation adulte ; <br> 2° Réanimation pédiatrique ; <br> 3° Réanimation pédiatrique spécialisée. | ***"Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent une ou plusieurs défaillances aigues mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et impliquant le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances."*** <br><br> ***L'activité de soins de réanimation s'exerce selon les deux modalités suivantes:*** <br> ***1 Réanimation adulte;*** <br> ***2 Réanimation pédiatrique. »*** <br><br> ***Divergence avec le GFRUP (cf. GT SC pédiatrique 25 juin) qui propose le maintien de la 3e modalité avec une évolution de la terminologie plus appropriée :*** <br> ***3° Réanimation pédiatrique de recours*** |

**Enjeux des soins critiques pédiatriques en 2019 :** Cf. fiche réflexe sur les soins critiques pédiatriques du GT du 25 juin 2019.

**Réanimation (CI) - Permanence/continuité des soins/transferts**

| Régime actuel art. R6123-34 CSP | |
|---|---|
| Les unités de réanimation : <br> 1° Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients ; <br><br> 2° Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients. | ***Les unités de soins critiques assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients et le transfert dans les autres unités d'hospitalisation dès que leur état de santé le permet.*** <br><br> *Remarques :* <br> *Les soins critiques se substituent ici à la seule réanimation.* <br> *Le deuxième paragraphe est supprimé avec l'inclusion de la question des transferts dans le seul paragraphe descripteur.* |

FHP MCO – Tous droits réservés

**Réanimation adulte : capacité en lits – dérogation**

| Régime actuel Art. R6123-37 CSP<br>Sous -section 2 « réanimation adulte » | |
|---|---|
| L'unité de réanimation comporte au minimum huit lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur général de l'agence régionale de santé peut fixer cette capacité minimale à six lits. | ***"L'unité de réanimation comporte au minimum dix lits. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant la réanimation impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population, le directeur général de l'agence régionale de santé peut déroger à ce seuil capacitaire minimal.«*** |

(Plusieurs membres du GT) Proposition de passer à 10 lits
(D'autres membres du GT) Plancher à 6 lits
(FHP MCO) Quel est l'argument pour passer à 10 lits ?
(ARS Grand Est) En accord pour les 10 lits. Pour l'aspect dérogatoire, peut-être mettre un minimum.
(CNP AR) En dessous d'un certain nombre de lits, il y a la problématique du maintien des compétences.

**Réanimation : environnement**

| Régime actuel Art. R6123-38 CSP | |
|---|---|
| L'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 nécessaire à un établissement de santé pour exercer l'activité de soins de réanimation mentionnée au 15° de l'article R. 6122-25 ne peut lui être accordée que :<br><br>1° S'il dispose en **hospitalisation complète** d'installations de **médecine** et de **chirurgie ou** d'installations de **chirurgie.** Toutefois, **à titre dérogatoire**, l'autorisation d'exercer l'activité de soins de réanimation peut être délivrée à un établissement de santé ne disposant que d'installations de **médecine en hospitalisation complète** s'il a conclu avec un ou plusieurs établissements de santé disposant d'installations de chirurgie une **convention** organisant le transfert des patients dans ces établissements ;<br><br>2° S'il comporte au moins une **unité de surveillance continue ;**<br><br>3° S'il est en mesure **soit** d'accueillir lui-même les patients dans une **unité de soins intensifs**, **soit** de les faire **transférer** dans un établissement disposant d'une telle unité avec lequel il a passé une **convention.** | ***" L'autorisation prévue ....***<br><br>***… ne peut lui être accordée que:***<br>***1) s'il dispose en hospitalisation complète d'installations de médecine et de chirurgie ou d'installations de chirurgie.***<br>***2) s'il comporte au moins une unité de soins intensifs polyvalents«***<br><br>*Remarques:*<br>*- Pas de réanimation sans installation de chirurgie.*<br>*- Un soins intensifs de spécialité sur site est insuffisant pour autoriser l'existence d'une unité de réanimation.*<br>*- plus de paragraphe 3* |

FHP MCO – Tous droits réservés

## Réanimation et SI : permanence médicale

| Régime actuel art. R6123-38-6 CSP | |
|---|---|
| L'activité de soins de réanimation est exercée dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à la disposition exclusive de l'unité.<br><br>L'unité de réanimation est organisée :<br><br>1° Dans les établissements publics de santé, en unité fonctionnelle, service, département ou fédération ;<br><br>2° Dans les établissements de santé privés, en unité individualisée. | *"L'activité de soins critiques est exercée dans des établissements de santé comportant une ou plusieurs unités organisées à cette fin, pouvant assurer à tout moment la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale à disposition exclusive de l'unité."*<br><br>*"Pour les unités de réanimation, la permanence médicale est assurée sur place dans l'unité par des médecins de spécialité en soins critiques (AR et /ou MIR)."*<br><br>*"Pour les unités de soins intensifs, la permanence médicale est sur place (sur site) par des médecins avec une compétence attestée en soins critiques. Cette compétence attestée en soins critiques est acquise par qualification de la discipline pour les médecins AR et/ou MIR. Pour les unités de soins intensifs de spécialité et pour les médecins de la spécialité d'organe concernée, la compétence en soins critiques est une compétence attestée en soins critiques spécifiques à l'organe de la spécialité (déterminé par les CNP)"* |

## Réanimation : locaux au sein de l'unité

| Régime actuel Art. D6124-27<br>Dispositions communes adulte-ped | |
|---|---|
| L'unité de réanimation dispose de locaux distribués en trois zones :<br>1° Une zone d'accueil, située en amont de la zone technique et de la zone d'hospitalisation, permettant le contrôle des flux entrants de personnels, de malades, de visiteurs et de matériels ;<br>2° Une zone d'hospitalisation ;<br>3° Une zone technique de nettoyage, de décontamination et de rangement de matériel.<br>**Art. D6124-28**<br>L'unité de réanimation dispose d'une pièce, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur la place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. | *"L'unité de réanimation dispose de locaux adaptés à ses besoins pour assurer une libre circulation complète dans les couloirs distribués en trois zones:*<br>*1) idem*<br>*2) idem*<br>*3) idem*<br>*4) Une zone dédiée, en son sein ou à proximité immédiate, permettant à l'équipe médicale et paramédicale d'assurer l'ensemble des activités administratives obligatoires ou d'assurer les nécessaires démarches de sécurité qualité des soins ou de production des indicateurs de pertinence d'activité auxquels sont subordonnés l'obtention de l'autorisation de fonctionnement de l'unité de réanimation.*<br><br>*L'unité de réanimation dispose d'une pièce exclusivement dédiée, en son sein ou à proximité immédiate, permettant aux médecins d'assurer la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.*<br><br>*L'unité de réanimation dispose d'une pièce exclusivement dédiée, en son sein ou à proximité immédiate, permettant à l'équipe d'assurer les entretiens avec les proches des patients hospitalisés vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.*<br><br>*L'unité de réanimation dispose, en son sein ou à proximité immédiate, pour chaque médecin de l'équipe l'unité de réanimation d'un espace de travail dédié, permettant d'assurer sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. les activités extra cliniques (administratives, synthèse de dossier clinique préparation de RCP, RMM, ...) associées à son travail clinique."»* |

FHP MCO – Tous droits réservés

**Réanimation (CTF) : équipements dédiés/secteur opératoire**

| Régime actuel Art. D6124-28-1 CSP (1/2) | |
|---|---|
| L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :<br><br>1° Des équipements mobiles permettant de réaliser, éventuellement dans les chambres de l'unité de réanimation lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et, pour la réanimation adulte, d'endoscopie bronchique et digestive ;<br><br>2° D'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 6124-97 à D. 6124-102 ; | ***« L'activité de réanimation ne peut être autorisée que si l'établissement de santé dispose sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année :***<br>***1°Des équipements mobiles permettant de réaliser, dans les chambres de l'unité de réanimation, lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et, d'endoscopie bronchique et digestive, de circulation extra-corporelle.***<br>***2°D'un secteur opératoire organisé de façon à mettre à la disposition de l'unité au moins une salle aseptique et des moyens de surveillance post-interventionnelle répondant aux conditions fixées par les articles D. 6124-97 à D. 6124-102 ;***<br><br>*Remarques :*<br>*- il faut inclure ici la référence aux techniques de dialyse et échanges qui sont actuellement traités dans un décret spécifique.*<br>*- la référence à "mobile" n'est plus pertinente.*<br>*- la distinction "réanimation adulte" en opposition à la réanimation pédiatrique n'est actuellement plus pertinente.* |

**Réanimation (CTF) : moyens techniques site ou convention**

| Régime actuel Art. D6124-28-1 CSP (2/2) | |
|---|---|
| 3° De moyens techniques permettant de pratiquer les examens en scanographie, angiographie et, pour la réanimation adulte, imagerie par résonance magnétique ;<br><br>4° D'un laboratoire en mesure de pratiquer des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.<br><br>Les établissements ne disposant pas des moyens prévus aux 2° à 4° ci-dessus peuvent passer une convention avec un établissement en disposant.<br><br>Lorsque la prestation est assurée par convention, elle l'est dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité. | ***3) de moyens techniques permettant de pratiquer des examens en scanographie H24 J7/7, angiographie, radiologie interventionnelle et imagerie par résonance magnétique;***<br>***4) D'un plateau technique de biologie (mais qui n'est pas obligatoirement sur place) avec un accès aux examens H24 dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité.***<br>***5) Des équipements de biologie délocalisée dans l'unité de réanimation comprenant au minimum les gaz du sang, lactate, Na/K, hémoglobine et équipement de glycémie.***<br>***Les établissements qui ne disposent pas des moyens prévus aux 2° et 4° ne peuvent pas disposer d'unité de réanimation.***<br>***6) un système d'information pour fournir en temps réel et automatiquement les indicateurs opposables. »***<br>*Remarque: le dernier paragraphe est à supprimer sauf si l'accès par convention des ressources des points 1° et 3° sont abandonnés;* |

FHP MCO – Tous droits réservés

**Réanimation : qualification médicale H24**

| Régime actuel Art. D6124-29 CSP | |
|---|---|
| Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie aux articles D. 6124-31 pour la réanimation adulte et D. 6124-34 pour la réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée. Dans les établissements publics de santé et les établissements privés d'intérêt collectif, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée respectivement aux articles D. 6124-31 et D. 6124-34 est placé en astreinte opérationnelle. | ***« Dans toutes unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin de spécialités en soins critiques de réanimation (qualifiés en soins critiques, AR et IR).***<br><br>***Le responsable d'une unité de réanimation pour adulte est issu d'une discipline de spécialités en soins critiques de réanimation (qualifiés en soins critiques, AR et IR). »***<br><br>*Deux remarques:*<br>*- plus de distinction entre ESPIC, privé et le public*<br>*- plus de distinction entre les réanimations à orientation médicale ou chirurgicale.*<br>*- les médecin de la spécialité AR et MIR en phase de responsabilité (selon la R3C) qui auront donc une licence de remplacement et une qualification ordinale spécifique pourront assurer la permanence des soins de l'unité de réanimation.*<br>*- les médecine détenteur des diplômes AR ou IR peuvent contribuer à la permanence des soins dans une unité de réanimation sans restriction sur l'appartenance à l'équipe* |

**Réanimation adulte : équipe médicale**

| Régime actuel Art. D6124-31 CSP | |
|---|---|
| L'équipe médicale d'une unité de réanimation adulte comprend :<br>1°Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;<br>2°Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;<br>3°Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. | *Remarques :*<br>*- les paragraphes 2 et 3 ne sont plus appropriés.*<br>*- le dimensionnement de l'équipe de jour doit être garante d'une collégialité de l'organisation des soins critiques de réanimation. Cette garantie impose qu'il y a plus d'un médecin de spécialité en soins critiques de réanimation par jour.*<br>*Cette proposition se substitue d'un ratio en activité de jour de 1 médecin de spécialité de soins critiques de réanimation /5 lits de réanimation (ou 1 / 4 lits comme le propose certaines recommandations de sociétés savantes).*<br>*Cette logique permet aussi de moduler la dimension de l'équipe de jour avec le poids selon les charges de soins et les besoins des décisions collégiales induites par des activités techniques exceptionnelles et additionnelles comme des CEC, ... ).*<br>*- l'équipe s'entend comme un nombre de médecins de spécialité en soins critiques de réanimation présent sur site géographique (pas sur un site géographique multiples d'un GHT ou établissement multisite).* |

FHP MCO – Tous droits réservés

| Régime actuel Art. D6124-31 CSP | |
|---|---|
| L'équipe médicale d'une unité de réanimation adulte comprend :<br>1°Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;<br>2°Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;<br>3°Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé. | *L'équipe médicale d'une unité adulte comprend plusieurs médecins de spécialité en soins critiques de réanimation (qualifiés en réanimation, AR ou IR) et est dimensionnée pour assurer la présence :*<br>*1) en activité de jour (quotidienne, hors nuit et WE), un effectif de médecins de spécialités en soins critiques de réanimation (qualifiés en soins critiques, AR et IR) garante d'une collégialité de l'organisation des soins critiques de réanimation (donc au moins deux médecins pour assurer une collégialité).*<br>*2) en activité de garde, d'un médecin de spécialités en soins critiques de réanimation (qualifiés en soins critiques, AR et IR) et exclusivement dédié pour l'unité de réanimation.«* |

**Réanimation adulte : équipe non médicale / ratio personnel / patients**

| Régime actuel Art. D6124-32 CSP | |
|---|---|
| Sous la responsabilité d'un cadre infirmier,<br>l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum :<br>- deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ;<br>- un aide-soignant pour quatre patients.<br>**Art. D6124-33 CSP**<br>L'établissement de santé est en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et dispose, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale. | *l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend :*<br>*1) au minimum selon la taille en lits de l'unité 7J/7 et H24:*<br>*- deux temps plein infirmiers ou infirmières pour cinq lits;*<br>*- une temps plein aide-soignant pour quatre lits.*<br>*- un temps plein paramédical additionnel, transversal, (ce sont les ressources RH pour assurer les transports intra-hospitaliers vers plateaux techniques (imagerie, bloc,...) en autonomie (réactivité à tous moments));*<br>*et*<br>*2) un temps plein de jour 5J/7 et dédié à l'unité de réanimation le jour 7J/7 de:*<br>*- au moins un Kinésithérapeute justifiant d'une compétence attestée en réanimation.*<br>*3) un temps de jour 5J/7 dédié à l'unité de :*<br>*- coordinateur de parcours de soins dédié à l'unité de réanimation;*<br>*- psychologue;*<br>*- diététicien;*<br>*- assistante sociale. »* |

***Post-réunion, transmission par la DGOS :***

- **Proposition décret soins critiques CNP AR et CNP MIR**
- **Propositions de la cardiologie pour le projet d'évolution du régime d'autorisation des activités de soins critiques.**

Ces documents sont joints à la fiche réflexe.

FHP MCO – Tous droits réservés

**Synthèse / Points à retenir**

## I. Articulation du GT soins critiques et financement

**Thomas DEROCHE, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins**, rappelle l'enjeu de la mise à jour des règles de financement destinée à permettre de répondre aux besoins. Cela implique d'aborder en premier lieu le sujet de l'organisation des soins avant d'envisager comment la financer. Les travaux touchant au cadre d'autorisation des soins critiques sont très structurants. La refonte va faire bouger les gradations. **La question du financement viendra après**.
Les représentants des fédérations (dont la FHP MCO) et CNP du GT attendent beaucoup des **résultats des études d'impact pour éclairer la faisabilité de la réforme du cadre d'autorisation des soins critiques**, en particulier sur la gradation des soins intensifs et de surveillance continue, champ où les informations issues des reconnaissances contractuelles ne permettent pas une lisibilité de la charge en soins et de la couverture horaire en termes de présence médicale de l'existant.

**Le CNP AR et la FHP MCO alertent sur le calendrier de la réforme**. Le cadre d'autorisation de l'activité de soins critiques est structurant pour les autres activités de soins. Quid de l'articulation et la temporalité des passages devant le Conseil d'Etat **et publication des décrets avant les décrets soins critiques ?**
Thomas DEROCHE confirme ce séquençage. Le pilotage unifié de la réforme permettra la mise en cohérence des différents travaux en cours. Au besoin, des ajustements des premiers textes qui sortiront pourront être envisagés. Par ailleurs, des études seront menées associant les ARS sur la faisabilité de la mise en œuvre de la réforme tant au niveau du processus d'autorisation que de la révision du SRS et l'accompagnement des établissements de santé pour l'application du nouveau cadre réglementaires qui les concerne.

## II. Gradation des soins critiques adultes

**Les sujets qui font encore débats :**

1/ Evolution des définitions REA - SI polyvalents - SI spécialisés

Problématique de la frontière entre la REA et les SI

La suppléance en SI : notion de durée limitée avant transfert en réa ...

2/ Individualisation des SI spécialisés / SI polyvalents :

USIC, USINV, autres spécialités ?

3/ Place des SI polyvalents « autonomes « (ex USC non adossés à la réa)

Problématique de la frontière entre soins critiques et médecine ou chirurgie (soins post-opératoires)

Les USC sur site sans réa se situent à proximité des urgences ou des services de médecine ou de chirurgie.

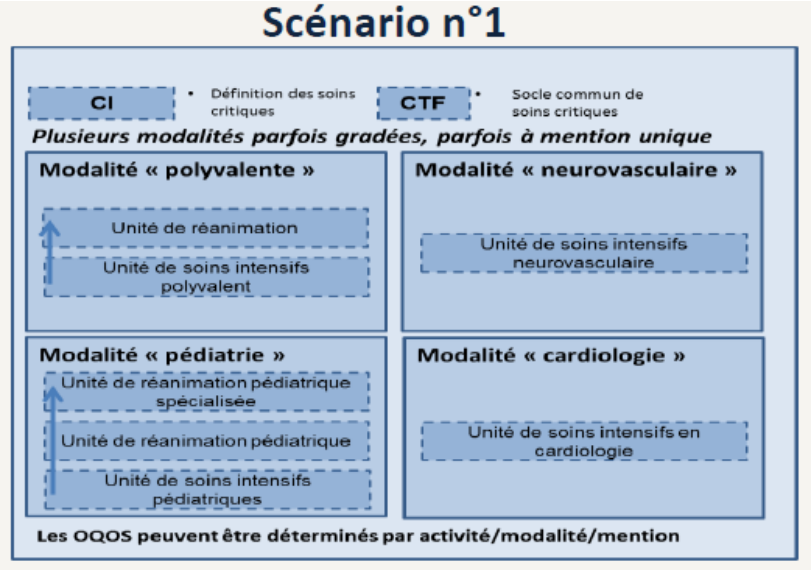
**Tableau de conversion terminologie « SOINS CRITIQUES »**

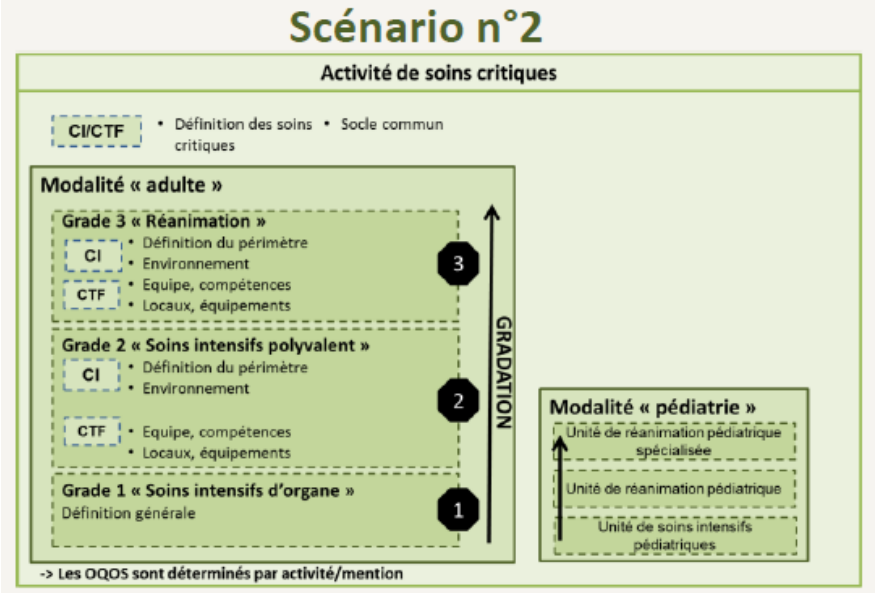
Objectif : aboutir à une stabilisation à l'été 2019 du tableau de conversion des soins critiques pour la rédaction des décrets des autres activités de soins de la vague 1 de la réforme, à terme pour une conversion générale.

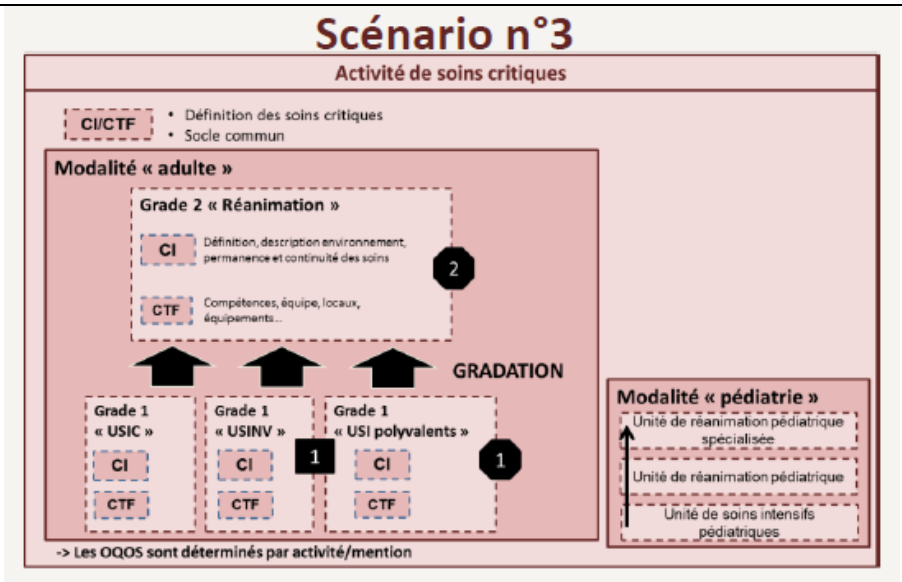
| Actuellement | | Futur (hypothèses de modifications) |
|---|---|---|
| Unité de réanimation | = | Unité de réanimation |
| Unité de soins intensifs (dont USIC) | ≠ | unité de soins intensifs d'organe ou spécialisés (USIC, USINV, ..) |
| Unité de surveillance continue | ≠ | Unité de soins intensifs polyvalents |
| Unité de réanimation pédiatrique spécialisée | ≠ | Unité de réanimation pédiatrique de recours ou de référence |
| Unité de réanimation pédiatrique | = | Unité de réanimation pédiatrique |
| Unité de surveillance continue pédiatrique | = ou ≠ | Unité de surveillance continue pédiatrique<br>Unité de soins intensifs pédiatriques |

FHP MCO – Tous droits réservés

**Gradation soins critiques – Rappel 3 scénarios**






(CNP Cardio) Scénario 1 => modalité distincte USIC déclinée en 2 types (avec ou sans PTI)

*Transmission post GT par le CNP cardiovasculaire de proposions de rédaction réglementaire à partir de la trame de textes existants applicables aux USIC => en pièce jointe*

(CNP Neuro) Scénario 1 => modalité distincte USINV déclinée en 2 types (avec ou sans PTI)

| Scénario 1 | MODALITE USIC | MODALITE USINV |
|---|---|---|
| Spécificité de la spécialité | Filière de soins cardio déjà structurée<br>Lien fort entre USIC et PTI<br>Fonctionnement en réseau régional | Pathologies fréquentes avec des enjeux majeurs de santé publiques, spécificités de la prise en charge diagnostique et thérapeutique, maillage territorial dense déjà existant avec des professionnels formés et dédiés. |
| Justification CI-CTF particuliers | Espace d'autorisation dédié à la cardiologie avec définition de sa gouvernance, de sa présence médicale<br>Ensemble de l'offre des SC cardiologiques : des USC cardiologiques aux USIC à la frontière de la réanimation | Espace d'autorisation dédié à la neurologie avec définition de sa gouvernance, de sa présence médicale.<br>Cohérence de la gradation des structures avec la pratique de la thrombectomie, organisation territoriale avec les PTI |
| Gradation/PTI | **2 niveaux :**<br>**USIC 1 (dont USC cardio) => site sans PTI**<br>Permanence médicale : au moins un médecin sur place ou à défaut sur site disponible immédiatement (si médecin non cardio, astreinte cardiologue)<br>**USIC 2 => site avec PTI (ou convention lien étroit à PTI)**<br>Permanence médicale : cardiologue dédié (ES publics, hors service de jour : interne validation 3 semestres de médecine cardiovasculaire, 1 semestre réa et 1 semestre USIC et au moins 26 gardes en cardio comme médecin junior // astreinte médecin USIC ) | **2 niveaux :**<br>**USINV 1 => site sans PTNRI**<br>Permanence médicale :<br>**USINV 2 => site avec PTNRI**<br>**2a => site sans NC / 2b => site avec NC**<br>Permanence médicale : |
| Avantages pour le CNP | 2 types d'autorisation des SC cardiologiques selon des critères simples, lisibles, définis à priori.<br>Liens et obligations lisibles entre modalités de SC :<br>Modalité Cardiologie < Modalité Réanimation<br>Evite la gradation des USI polyvalents, ensemble plus hétérogène et complexe que les USIC | 2 types d'autorisation des SC neurologiques selon des critères simples, lisibles, définis à priori.<br>Liens et obligations lisibles entre modalités de SC :<br>Modalité Neurologie < Modalité Réanimation<br>Evite la gradation des USI polyvalents, ensemble plus hétérogène et complexe que les USINV |
| Risque sans modalité | Négation des spécificités des SC cardiologiques<br>Diminution lisibilité de l'offre de soins liée aux PTI | Négation des spécificités des SC neurologiques<br>Diminution lisibilité de l'offre de soins liée aux PTI |

(CNP AR et CNP MIR) Définitions Réa-SI polyvalents et spécialisés- contributions rédaction réglementaire

*Transmission post GT de leur dernière version commune consolidée ➔ en pièce jointe*

Pour les USC « autonomes » (sans présence médicale 24/24), elles ne peuvent pas relever des soins critiques ➔ « soins de proximité ».

De plus, on ne sait pas quel est le profil des médecins travaillant dans les USC.

FHP MCO – Tous droits réservés

(FHF)
La réanimation = niveau 3 commun à l'ensemble de la filière des soins critiques

Le niveau 2 = USI polyvalentes, USI de cardiologie, USI neuro vasculaires, USI hématologie. Chacune des modalités du niveau 2 définit ses conditions techniques de fonctionnement, comme pour les USIC.

Le niveau 1 = USC où la permanence des soins est assurée (**médecin présent dans l'établissement 24h sur 24)** mais pas dédiée. Les USIC n'ayant pas la cardiologie interventionnelle pourraient également être à ce niveau de gradation.

**Les USC sans médecin sur place (permanence médicale) dans l'établissement devront être sorties du champ des soins critiques** : création de lits identifiés de soins renforcés ou des unités de soins renforcés (à l'exemple de ce qui existe pour les soins palliatifs) pour les spécialités médicales dont dépendent ces lits/unités pour assurer des soins renforcés dans les disciplines médicales et chirurgicales.

(FHP MCO)
Vigilance+++ sur les USC autonomes qui répondent à un vrai besoin. La présence médicale 24/24 n'est pas toujours nécessaire/ La notion de compétences est la plus importante. Les USC autonomes posent-elles des problèmes de qualité et de sécurité des soins actuellement ?
**Attention à la cohérence globale** : dans le GT cancer, on fait référence dans les travaux à l'USC. Si l'USC est « sortie » des soins critiques, est-ce que les professionnels du GT Cancer accepteront que l'on fasse référence en place de l'USC à une unité de « soins de proximité ».
**Attention à ne pas créer de déserts dans les régions**. Il faut tenir compte de la réalité de terrain (en termes de pratiques) et de la démographie médicale.

## III. CI – CTF REANIMATION

**A ce stade, propositions essentiellement issues des CNP AR et CNP MIR.**

Points abordés :
- Définition « soins critiques »
- Définition réanimation
- Définition Réanimation - Nombre de modalités
- Enjeux des soins critiques pédiatriques en 2019 : cf. fiche réflexe sur les soins critiques pédiatriques du GT du 25 juin 2019.
- Permanence/continuité des soins/transferts
- Réanimation adulte : capacité en lits – dérogation ➔ vigilance sur le nb de lits (proposition de passer à 10)
  (FHP MCO) Quel est l'argument pour passer à 10 lits ?
- Environnement
- Permanence médicale
- Locaux au sein de l'unité
- Equipements dédiés/secteur opératoire et moyens techniques site ou convention
- Qualification médicale H24
- Réanimation adulte : équipe médicale et équipe non médicale / ratio personnel / patients

***Post-réunion, transmission par la DGOS :***
- **Proposition décret soins critiques CNP AR et CNP MIR**
- **Propositions de la cardiologie pour le projet d'évolution du régime d'autorisation des activités de soins critiques.**

Ces documents sont joints à la fiche réflexe.

FHP MCO – Tous droits réservés

**Prochaines étapes** :

- 9 octobre 2019 (pédiatrique matin et adultes après-midi)
- 27 novembre 2019 (soins critiques adultes et pédiatriques)

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

- Problématique des USC « autonomes ».
- 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)
- Maintien des unités de réanimation, unités de soins intensifs et des unités de surveillance continue.
- Nouvelles définitions des « soins critiques » regroupant ces trois unités existantes.

FHP MCO – Tous droits réservés