

FICHE REFLEXE – n° 2019 - 10 – n°111 - MD/TB

Objet : GT Soins critiques « Adultes »

Date de réunion : 9 octobre 2019

Rédacteur : Thierry BECHU / Dr Matthieu DERANCOURT / Dr Ph TOURRAND

Participants à la réunion : FHP MCO, FHF, FEHAP, CNP Cardio, CNP MIR, CNP AR, CNP MU, CNP NEURO, DGOS, HAS, UNICANCER, ARS GE, ARSIF, CNP Cardio

Problématique / Ordre du Jour :

- Rappel des principes de la gradation en soins critiques
- Point sur la REA (niveau 2)
- Point sur les SI polyvalents (niveau 1)
- Soins intensifs de spécialité (niveau 1)
- CCL – Calendrier prévisionnel

Documents de référence : PPT non communiqué à ce jour.

Historique des travaux et prévisionnel de fin d'année

Séances 1 et 2 (10/2018 et 12/2018) :

Etat des lieux sur les 3 composantes des soins critiques :

- Réanimation,
- Soins intensifs,
- Surveillance Continue

Le dispositif actuel est mixte : réanimation soumise à autorisation et USC relevant de reconnaissances contractuelles inscrites au CPOM de l'ES ;

Les données d'activité, revue de la littérature et de la réglementation Internationale et sémantique « soins critiques » ont été abordées avec l'appui de ANAP.

Séances 3 et 4 (01/2019 et 02/2019) :

Vers un cadre d'autorisation élargi « activité de soins critiques » :

- Réflexions sur les perspectives d'évolution à partir des recommandations sur le fonctionnement des USC (Collectif CNPs AR -MIR, MU - avril 2018)
- Proposition de définition du périmètre général de l'activité de soins critiques.
- Première approche de la gradation : niveau « réanimation »
 - Propositions HÂS : déterminants qualité et sécurité autorisations soins critiques
 - Gradation : réflexion sur le niveau « soins intensifs »
 - Focus USIC (CNP Cardio), USINV (CNP Neuro)
 - Etude en cours en lien avec les ARS sur les reconnaissances contractuelles des USI et USC

Séances 5, 7 et 8 (04/2019, 07/2019 et 10/2019)

Gradation des soins critiques adultes -définitions- caractérisation de chaque niveau

- CI-CTF soins critiques : dispositions générales et particulières

Séances 6 et 8 (06/2019 et 10/2019)

- Gradation des soins critiques pédiatriques – définitions
- CI-CTF communes aux SC et particulières aux SC pédiatriques

Séances 9 et 10 (11/2019 et 01/2020)

Séances plénières

- Finalisation des pré-projets de décrets
- CI-CTF SC adultes et pédiatriques

Format des futurs décrets concernant les Ci et CTF

Conditions d'implantation	Conditions techniques de fonctionnement
Article 1 : définition	Article 1 : locaux
Article 2 : gradation	Article 2 : équipements
Article 3 : continuité/permanence	Article 3 : ressources humaines
Article 4 : environnement	Article 4 : qualité et sécurité
Article 5 : seuils (le cas échéant)	Article 5 : systèmes d'information

Point 1 : Rappel des principes de la gradation en soins critiques

CI – Les définitions (rappel)

SCA (soins critiques adultes) et SCP (soins critiques pédiatrie)

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge de patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances.

L'autorisation de soins critiques est exercée suivant deux modalités :

- Soins Critiques Adultes **SCA** ;
- Soins Critiques Pédiatriques **SCP**.

SCP

La modalité pédiatrique comprend les mentions suivantes : cf. FR GT Soins critiques « Pédiatrie » du matin même jour.

SCA

La modalité adulte comprend les mentions suivantes :

*Etat des discussions sur la gradation
Schéma global de discussion*

Réanimation

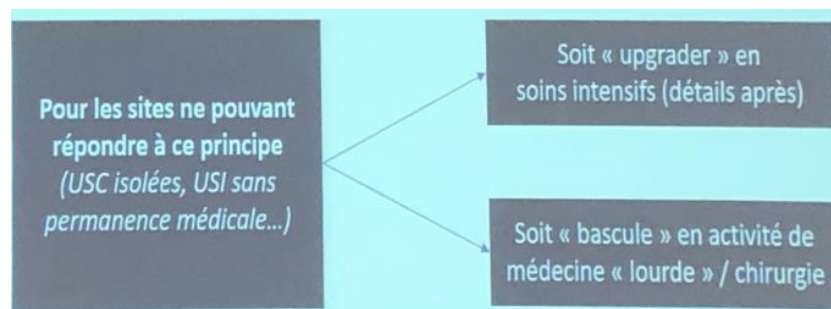


Soins intensifs

Etat des discussions sur la gradation : USC autonomes

Orientation soumise à arbitrage

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.



Cette bascule ne pourrait s'effectuer qu'à deux conditions :

- Identification claire de ces unités en médecine/chirurgie ;
- Garantie de qualité et sécurité de ces unités par rapport à t'existant

(FHP MCO) Le débat porte sur la présence 24/24 d'un médecin et non sur la permanence : C'est la question de la présence sur place ou de l'astreinte pour assurer la « présence 24/24 ». De notre point de vue, l'astreinte suffit et aucun indicateur ne permet de conclure à un besoin de présence 24h/24 systématique.

(FEHAP) Importance de la qualification du médecin de permanence. Pas opposé à une bascule en médecine ou chirurgie, il faudra que cela soit intégré dans ces autorisations.

(FHP MCO) Il est absolument nécessaire de faire le lien avec les autres GT dont notamment le GT Cancer (où le recours à l'USC figure). Sans ces liens et les repositionnements des futurs ex-USC, demain Soins Intensifs Polyvalents, il n'est pas possible de se positionner.

(DGOS) Si cette orientation se confirme, l'harmonisation sera faite entre les différents GT.

(FHF) Sur la permanence médicale : un médecin compétent en soins critiques dédié. Mais est-ce que l'on n'exclut pas les USINV qui peuvent fonctionner sous forme d'astreinte opérationnelle ?

➤ **Demande du GT de transmettre les contributions respectives**

(DGOS) Si ces USC isolés répondent à la définition des soins critiques, ils pourront devenir des SI.

(FHF) Un certain nombre d'ARS ont lancé des audits d'USC.

(Certains membres du GT) Une réflexion en termes de territoire de santé est nécessaire.

(CNP AR) Il faut garantir H24 7J/7 dans l'ES une compétence en soins critiques. L'aspect dédié ou non peut être discuté. Ce praticien peut s'appuyer sur des astreintes opérationnelles de spécialité.

Etat des discussions autour des soins intensifs de spécialité

Orientation soumise à arbitrage

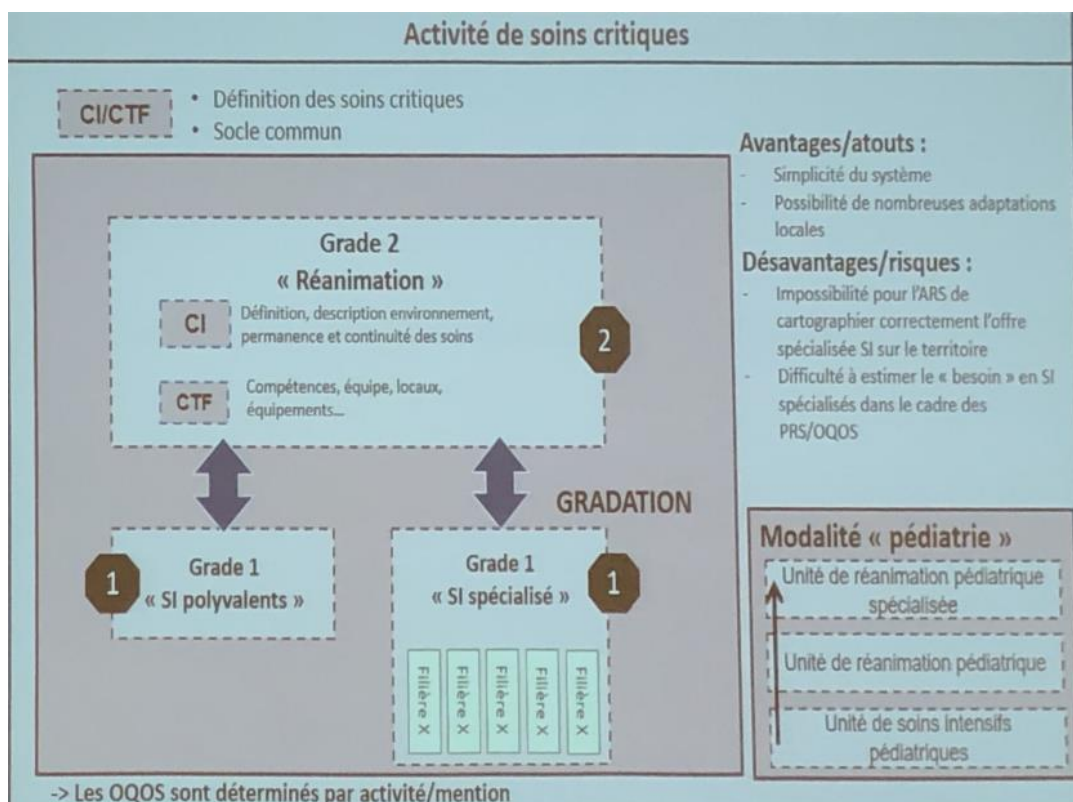
Rappel du contexte : de nombreuses spécialités médicales ont développé des unités soins intensifs spécifiques, parfois avec des capacités très réduites et pas forcément en lien architectural avec les unités de réanimation ou de soins intensifs polyvalents. L'ensemble du GT a souligné l'hétérogénéité du dispositif actuel.

A ce stade 3 scénarios se dégagent :

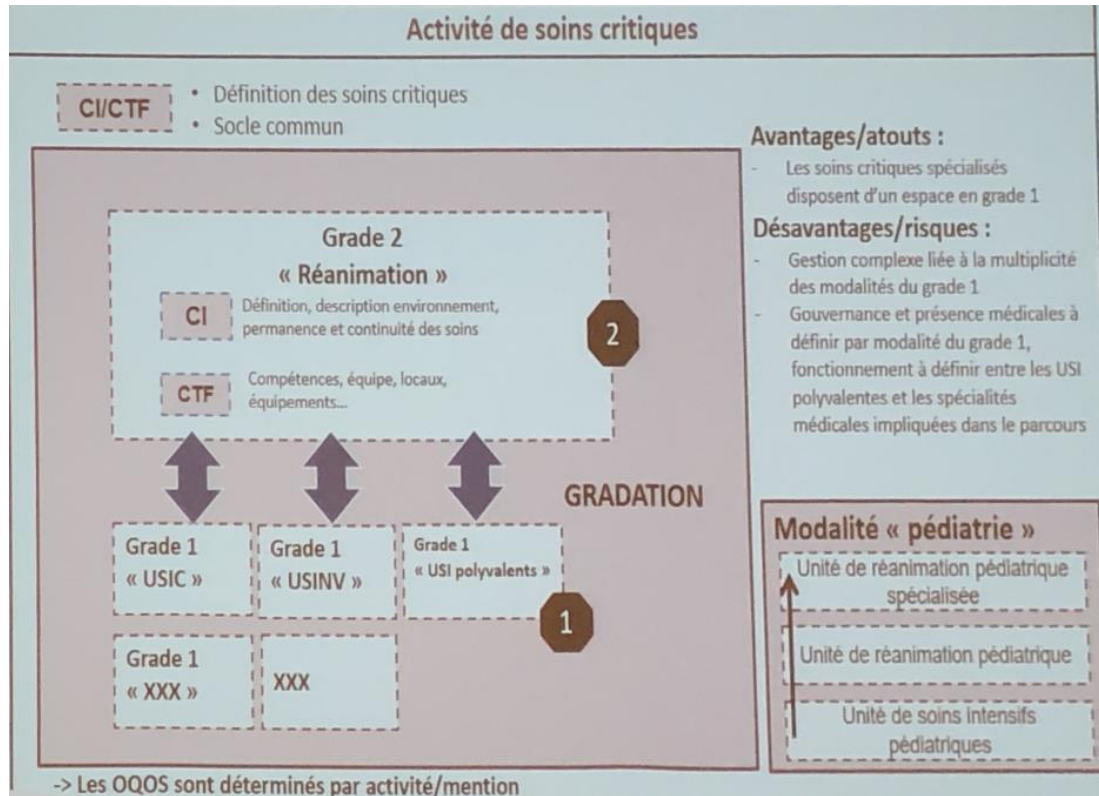
- Scénario 1 : Une mention « Soins intensifs de spécialité » en filières
- Scénario 2 : Deux mentions de spécialités (SIC et SINV) et une mention soins intensifs polyvalent ayant pour mission de coordonner les autres filières spécialisées dans l'établissement.
- Scénario 3 : Des mentions spécifiques pour chaque spécialité

Quel que soit le scénario, exigeance d'un socle soins intensifs commun qu'il soit polyvalent ou de spécialités

Scénario 1



Scénario 2



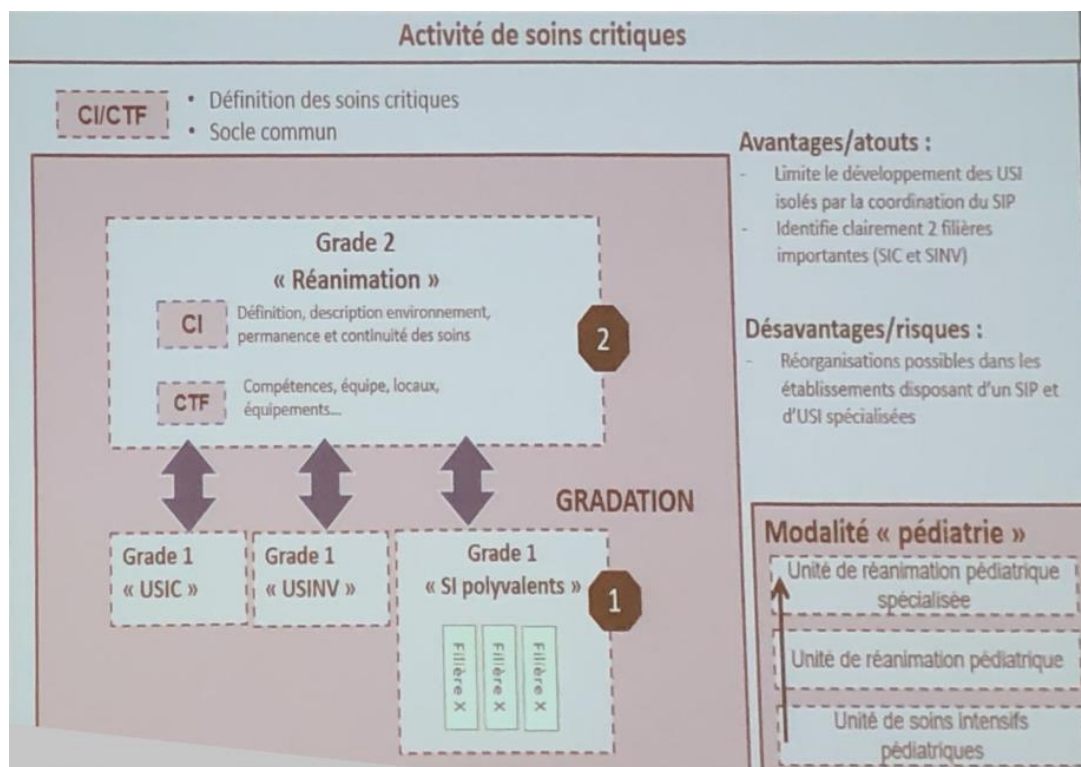
Avantages/atouts :

- Les soins critiques spécialisés disposent d'un espace en grade 1

Désavantages/risques :

- Gestion complexe liée à la multiplicité des modalités du grade 1
- Gouvernance et présence médicales à définir par modalité du grade 1, fonctionnement à définir entre les USI polyvalents et les spécialités médicales impliquées dans le parcours

Scénario 3



Avantages/atouts :

- Limite le développement des USI isolés par la coordination du SIP
- Identifie clairement 2 filières importantes (SIC et SINV)

Désavantages/risques :

- Réorganisations possibles dans les établissements disposant d'un SIP et d'USI spécialisées

Point 2 : Soins intensifs polyvalents (SIP)

Structuration des CI/CTF

- Mention « soins intensifs polyvalents » assurant la prise en charge 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.

Un socle global que doit respecter tout SIP :

Compétences / Equipe / Permanence / Continuité

Environnement / Locaux / Equipements / Qualité Sécurité des Soins

Des CTF spécifiques en fonction de 3 situations distinctes :

SIP « intégré »	SIP « adossé »	SIP « isolé »
Mutualisation	Gestion des transferts, gestion de la continuité	Conventions avec une réanimation, transferts...

(CNP AR) « pouvant impliquer » au lieu « impliquant ».

CI Environnement

L'autorisation pour la mention « soins intensifs polyvalents » ne peut être accordée que si le titulaire dispose, sur le même site, soit d'une autorisation de médecine soit d'une autorisation de chirurgie en hospitalisation complète.

L'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose, surplace, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année d'un accès :

- Sur site à des moyens techniques permettant de pratiquer des examens en scanographie, angiographie et radiologie interventionnelle ;
- Le cas échéant par convention, à un plateau technique de biologie permettant la réalisation des examens dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité ;
- Le cas échéant, d'un accès à des équipements de biologie délocalisée dans l'unité de réanimation.

(Plusieurs membres du GT)

Radiologie interventionnelle ! C'est excessif. A supprimer.

Scanner sur place : OK

Ajouter échographie

Plutôt angioscanner

Accès bio délocalisée sur place

CTF Locaux

L'unité de soins intensifs polyvalent comprend au moins les espaces suivants :

1° Un secteur d'accueil ;

2° Un secteur d'hospitalisation ;

3* Un secteur technique et [administratif] ;

4° Un ou plusieurs local(ux) permettant, en son sein ou à proximité immédiate, d'assurer la permanence médicale surplace vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

(CNP AR) La salle d'accueil des proches doit figurer.

(Plusieurs membres du GT) Même position sur ce dernier point.

(FHP MCO) Proposition de formuler en cas « de réorganisation, de restructuration, il faut prévoir la salle d'accueil (...) »

(DGOS) Deux formulations sont possibles :

- 1- Prévoir une montée en charge
- 2- Prévoir en cas de réorganisation, de restructuration

CTF- Equipements et Lits

Le site de soins intensifs polyvalents comprend, au moins :

- Des équipements permettant de réaliser, dans les chambres de l'unité, lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et, d'endoscopie bronchique et digestive ;
- [Six] lits dans son secteur d'hospitalisation. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant les soins intensifs polyvalents 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) Demande de reformuler les endoscopies (pas nécessairement au sein du service) et ajouter les équipements de surveillance multiparamétrique.

(CNP Cardio) Préciser 1 IDE pour 4 lits

(CNP AR) Préciser la « fraction de personnel » par lit ouvert

(FHF) Ajouter respirateur dans les équipements.

CTF – Ressources humaines médicales

L'équipe médicale d'une unité de SIP comprend :

- 1° Un ou plusieurs médecins spécialisés en médecine intensive et de réanimation
- 2° Un ou plusieurs médecins spécialisés en anesthésie-réanimation ;
- 3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une compétence en soins critiques.

La permanence médicale dédiée est assurée dans l'unité soit par un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation, soit par un médecin spécialisé en médecine intensive et de réanimation soit par un médecin ayant une compétence en soins critiques.

Le responsable d'une unité de SIP est un médecin spécialisé soit en anesthésie-réanimation soit en médecine intensive et de réanimation.

(Plusieurs membres du GT) Reformuler l'équipe doit être constituée de médecins provenant des filières. Difficultés à faire converger ces CTF si l'on doit intégrer également la notion de spécialisation.

CTF- Ressources humaines paramédicales

A ce stade, pas de proposition de la DGOS.

(CNP AR) Proposition de 0.4 ETP paramédical par lit ouvert.

Les 3 propositions des SIP par rapport à la REA

Le SIP « intégré »	Le SI « adossé »	Le SI « isolé »
<p>En cas de proximité immédiate de l'unité de SIP avec l'unité de réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le responsable d'une unité de réanimation peut également être responsable de l'unité de SIP. La permanence et la continuité des soins peuvent être communes en dehors du service de jour. 	<p>Si l'unité de soins intensifs polyvalents n'est pas située en continuité avec l'unité de réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le responsable d'une unité de réanimation peut également être responsable de l'unité de SIP. Il est établi un protocole organisant le transfert des patients entre ces unités. 	<p>Si le site ne dispose pas d'une autorisation pour l'activité de soins critiques, mention « réanimation », alors l'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'une convention avec un autre site autorisé à la mention « réanimation ».</p> <p>Cette convention précise les conditions de transfert et d'accès des patients à cette unité de réanimation</p>

(Plusieurs membres du GT) Intégré → il faut une équipe médicale / paramédicale intégrée
Confusion sur « isolé » : présence sur site ou dans l'unité ?

Point 3 - Eléments issus de l'enquête auprès des ARS

Nombres de sites disposant d'une réanimation ou d'une USI ou d'une USC	797	
Sites ne comprenant qu'une USC « autonome »	389	49%
Sites ne comprenant qu'une USI sans réanimation	99	12%
Sites comprenant une réanimation	309	39%
Nombre de sites avec réa, USI ou USC AVEC une autorisation de chirurgie	741	93%
Nombre de sites avec réa, USI ou USC SANS une autorisation de chirurgie	56	7%

Réanimation - Nombre de lits et nombre de sites par région

REGIONS	Total Lits	Nombre réa	Nombre moyen de lits
AURA	577	36	16
BFC	203	10	20,3
BRETAGNE	160	9	17,8
CENTRE VAL DE LOIRE	180	10	18
CORSE	18	2	9
GRAND EST	468	25	18,7
GUADELOUPE	27	2	13,5
GUYANE	13	1	13
HAUTS DE France	452	32	14,1
ILE DE France	1 148	67	17,1
MARTINIQUE	26	1	26
NORMANDIE	236	14	16,9
NOUVELLE AQUITAINE	415	22	18,9
OCCITANIE	458	34	13,5
OCEAN INDIEN	56	3	18,7
PAYS DE LOIRE	181	8	22,6
PACA	447	35	12,8
TOTAL	5 065	311	16,88

Point 4 : Soins intensifs de spécialité

Mention soins intensifs adultes de spécialité assurant la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigue de l'organe de la spécialité mettant en jeu à court terme leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements préventifs et/ou des traitements spécifiques à l'organe de la spécialité et/ou pouvant impliquer une méthode de suppléance spécifique à l'organe de la spécialité. »

Obligations :

- Moyens d'hospitalisation complète : seuil capacitaire en lits de l'unité
- Equipements
- Environnement
- Permanence médicale sur place : dédiée ou du site
- Compétences médicales de la spécialité
- Responsabilité médicale de l'unité
- Personnel médical
- Personnel non médical

Exemple USINV

Mention soins intensifs adultes de spécialité assurant la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une défaillance aigue de l'organe de la spécialité mettant en jeu à court terme leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements préventifs et/ou des traitements spécifiques à l'organe de la spécialité et/ou pouvant impliquer une méthode de suppléance spécifique à l'organe de la spécialité. »

Permanence médicale sur place (proposition CNP NV) :

- USINV2 : permanence médicale sur place par un médecin compétent en NIV2
- USINV1 : permanence médicale en astreinte opérationnelle (et non sur site) par un neurologue de l'USINV ou par un autre médecin reconnu compétent en NIV1 par le responsable de l'USINV et en lien par télé-médecine avec le neurologue de permanence d'une USINV2.

Synthèse et points à retenir

Point 1 : Rappel des principes de la gradation en soins critiques

CI – Les définitions (rappel)

SCA (Soins Critiques Adultes) et SCP (Soins Critiques Pédiatrie)

L'activité de soins critiques consiste en la prise en charge de patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléances.

L'autorisation de soins critiques est exercée suivant deux modalités :

- Soins critiques adultes ;
- Soins critiques pédiatriques.

SCP

La modalité pédiatrique comprend les mentions suivantes : cf. FR GT Soins critiques « Pédiatrie » du matin même jour.

SCA

La modalité adulte comprend les mentions suivantes :

Etat des discussions sur la gradation

Schéma global de discussion

Réanimation

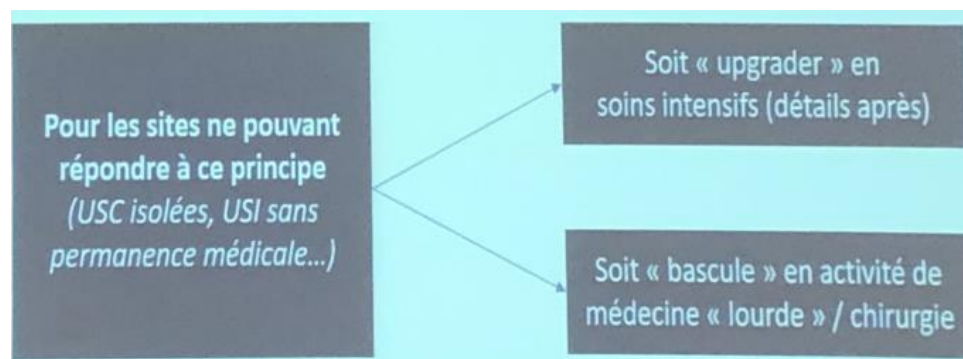


Soins intensifs

Etat des discussions sur la gradation : USC autonomes

Orientation soumise à arbitrage

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.



Cette bascule ne pourrait s'effectuer qu'à deux conditions :

- Identification claire de ces unités en médecine/chirurgie ;
- Garantie de qualité et sécurité de ces unités par rapport à l'existant

(FHP MCO) Le débat porte sur la présence 24/24 d'un médecin et non sur la permanence : C'est la question de la présence sur place ou de l'astreinte pour assurer la « présence 24/24 ». De notre point de vue, l'astreinte suffit et aucun indicateur ne permet de conclure à un besoin de présence 24h/24 systématique. Il est absolument nécessaire de faire le lien avec les autres GT dont notamment le GT Cancer (où le recours à l'USC figure). Sans ces liens et les repositionnements des futurs ex-USC, demain Soins Intensifs Polyvalents, il n'est pas possible de se positionner.

Etat des discussions autour des soins intensifs de spécialité

Orientation soumise à arbitrage

Rappel du contexte : de nombreuses spécialités médicales ont développé des unités soins intensifs spécifiques, parfois avec des capacités très réduites et pas forcément en lien architectural avec les unités de réanimation ou de soins intensifs polyvalents. L'ensemble du GT a souligné l'hétérogénéité du dispositif actuel.

A ce stade, 3 scénarios se dégagent :

- Scénario 1 : Une mention « Soins intensifs de spécialité » en filières
- Scénario 2 : Deux mentions de spécialités (SIC et SINV) et une mention soins intensifs polyvalent ayant pour mission de coordonner les autres filières spécialisées dans l'établissement.
- Scénario 3 : Des mentions spécifiques pour chaque spécialité

Quel que soit le scénario, exigence d'un socle soins intensifs commun qu'il soit polyvalent ou de spécialités

Point 2 : Soins intensifs polyvalents (SIP)

Structuration des CI/CTF

Mention « soins intensifs polyvalents » assurant la prise en charge 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.

Un socle global que doit respecter tout SIP :

Compétences / Equipe / Permanence / Continuité
Environnement / Locaux / Equipements / Qualité Sécurité des Soins

Des CTF spécifiques en fonction de 3 situations distinctes :

SIP « intégré »	SIP « adossé »	SIP « isolé »
Mutualisation	Gestion des transferts, gestion de la continuité	Conventions avec une réanimation, transferts...

(CNP AR) « pouvant impliquer » au lieu « impliquant ».

CI Environnement

L'autorisation pour la mention « soins intensifs polyvalents » ne peut être accordée que si le titulaire dispose, sur le même site, soit d'une autorisation de médecine soit d'une autorisation de chirurgie en hospitalisation complète.

L'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose, surplace, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année d'un accès :

- Sur site à des moyens techniques permettant de pratiquer des examens en scanographie, angiographie et radiologie interventionnelle ;
- Le cas échéant par convention, à un plateau technique de biologie permettant la réalisation des examens dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité ;
- Le cas échéant, d'un accès à des équipements de biologie délocalisée dans l'unité de réanimation.

(Plusieurs membres du GT)

Radiologie interventionnelle ! C'est excessif. A supprimer.

Scanner sur place : OK

Ajouter échographie

Plutôt angioscanner

Accès bio délocalisée sur place

CTF Locaux

L'unité de soins intensifs polyvalent comprend au moins les espaces suivants :

- 1° Un secteur d'accueil ;
- 2° Un secteur d'hospitalisation ;
- 3° Un secteur technique et [administratif] ;
- 4° Un ou plusieurs local(ux) permettant, en son sein ou à proximité immédiate, d'assurer la permanence médicale surplace vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

CTF- Equipements et Lits

Le site de soins intensifs polyvalents comprend, au moins :

- Des équipements permettant de réaliser, dans les chambres de l'unité, lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, des examens de radiologie classique, d'échographie et, d'endoscopie bronchique et digestive ;
- [Six] lits dans son secteur d'hospitalisation. A titre dérogatoire, après analyse des besoins de la population et lorsque l'éloignement de l'établissement pratiquant les soins intensifs polyvalents 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) Demande de reformuler les endoscopies (pas nécessairement au sein du service) et ajouter les équipements de surveillance multiparamétrique.

CTF – Ressources humaines médicales

L'équipe médicale d'une unité de SIP comprend :

- 1° Un ou plusieurs médecins spécialisés en médecine intensive et de réanimation
- 2° Un ou plusieurs médecins spécialisés en anesthésie-réanimation ;
- 3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une compétence en soins critiques.

La permanence médicale dédiée est assurée dans l'unité soit par un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation, soit par un médecin spécialisé en médecine intensive et de réanimation soit par un médecin ayant une compétence en soins critiques.

Le responsable d'une unité de SIP est un médecin spécialisé soit en anesthésie-réanimation soit en médecine intensive et de réanimation.

(Plusieurs membres du GT) Reformuler l'équipe doit être constituée de médecins provenant des filières. Difficultés à faire converger ces CTF si l'on doit intégrer également la notion de spécialisation.

CTF- Ressources humaines paramédicales

A ce stade, pas de proposition de la DGOS.

(CNP AR) Proposition de 0.4 ETP paramédical par lit ouvert.

Les 3 propositions des SIP par rapport à la REA

Le SIP « intégré »	Le SI « adossé »	Le SI « isolé »
<p>En cas de proximité immédiate de l'unité de SIP avec l'unité de réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le responsable d'une unité de réanimation peut également être responsable 	<p>Si l'unité de soins intensifs polyvalents n'est pas située en continuité avec l'unité de réanimation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le responsable d'une unité de réanimation peut 	<p>Si le site ne dispose pas d'une autorisation pour l'activité de soins critiques, mention « réanimation », alors l'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'une convention avec un autre site</p>

de l'unité de SIP.

- La permanence et la continuité des soins peuvent être communes en dehors du service de jour.

également être responsable de l'unité de SIP.

- Il est établi un protocole organisant le transfert des patients entre ces unités.

autorisé à la mention « réanimation ».

Cette convention précise les conditions de transfert et d'accès des patients à cette unité de réanimation

Point 3 : Soins intensifs de spécialité

Mention soins intensifs adultes de spécialité assurant la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe de la spécialité mettant en jeu à court terme leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements préventifs et/ou des traitements spécifiques à l'organe de la spécialité et/ou pouvant impliquer une méthode de suppléance spécifique à l'organe de la spécialité. »

Obligations :

- Moyens d'hospitalisation complète : seuil capacitaire en lits de l'unité
- Equipements
- Environnement
- Permanence médicale sur place : dédiée ou du site
- Compétences médicales de la spécialité
- Responsabilité médicale de l'unité
- Personnel médical
- Personnel non médical

Exemple USINV

Mention soins intensifs adultes de spécialité assurant la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe de la spécialité mettant en jeu à court terme leur pronostic vital ou fonctionnel et imposant des traitements préventifs et/ou des traitements spécifiques à l'organe de la spécialité et/ou pouvant impliquer une méthode de suppléance spécifique à l'organe de la spécialité. »

Permanence médicale sur place (proposition CNPNV)

USINV2 : permanence médicale sur place par un médecin compétent en NV2

USINV1 : permanence médicale en astreinte opérationnelle (et non sur site) par un neurologue de l'USINV ou par un autre médecin reconnu compétent en NV1 par le responsable de l'USINV et en lien par télé-médecine avec le neurologue de permanence d'une USINV2.

Prochaines étapes :

- Deux séances plénières les 27/11/2019 et 15/01/2020 : finalisation des pré-projets de décrets et CI/CTF SC adultes et pédiatriques.

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)
- Nouvelles définitions des « soins critiques » regroupant ces trois unités existantes.
- Avenir « incertain » des USC autonomes sans présence médicale sur site 24h/24h