

Législation des soins critiques

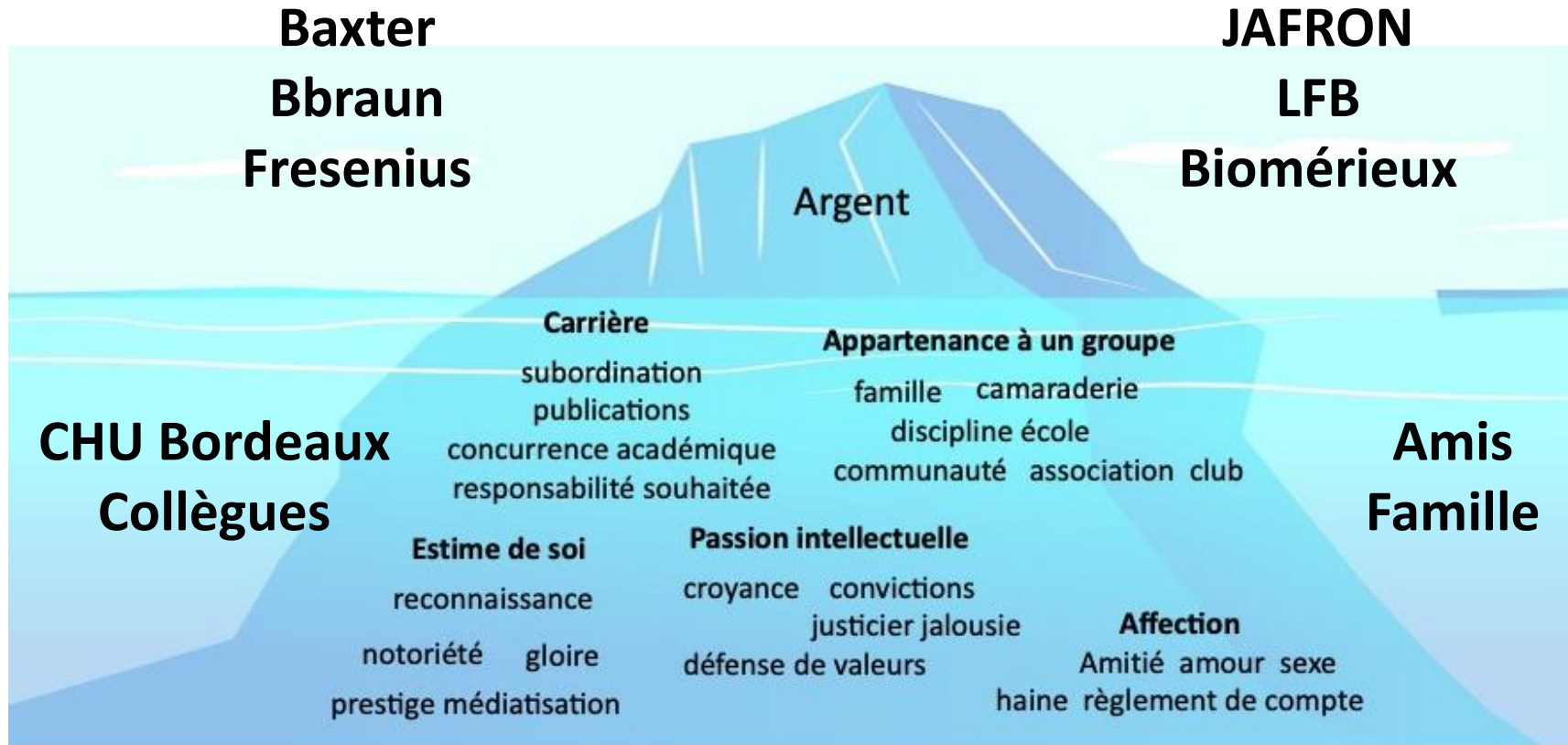


Pr O. JOANNES-BOYAU

CHU Bordeaux

Olivier.joannes-boyau@chu-bordeaux.fr

Liens d'intérêts



Le cadre de la réforme des activités de soins critiques

- **Prévue par Ma Santé 2022 et repris au sein du Ségur de la santé**
- **Deux décrets et un arrêté**
- **Les modifications majeures portent sur :**
 - Le périmètre d'autorisation élargi au **champ des soins critiques**, regroupement des lits pour disposer de plateaux de taille suffisante
 - La **requalification des unités de surveillance continue isolées** d'une réanimation en **unités de soins renforcées** hors du champ des soins critiques
 - La **transformation des USC adossées en unités de soins intensifs polyvalents contiguës**
 - Le renforcement de la **territorialisation** de l'offre de soins critiques

Le cadre de la réforme des activités de soins critiques

- **Actions et calendrier :**

- Réalisation dans les 18 mois de l'évaluation/ratios IDE
- Entrée en vigueur décrets juin 2023
- Révision PRS entre juin et novembre 2023 puis délivrance nouvelles autorisations
- Délais de mise en conformité de 5 ans sur les ratios/2 ans sur les autres dispositions, à compter de la notification de l'autorisation
- Poursuite des travaux sur les soins renforcés au 1^e semestre 2022 ?

Les impacts de la réforme des soins critiques : conditions d'implantation (CI)

- **Une modalité, les soins critiques adultes ou pédiatriques, plusieurs mentions :**
 - Réanimation et soins intensifs polyvalents contiguës (et de spécialité le cas échéant : voir ci-dessous),
 - Soins intensifs de cardiologie,
 - Soins intensifs de neurologie vasculaire,
 - Soins intensifs d'hématologie,
 - Soins intensifs polyvalents dérogatoires,
- Les unités de soins intensifs de spécialité non contiguës :
 - Unités de soins intensifs de néphrologie,
 - Unités de soins intensifs respiratoires,
 - Unités de soins intensifs d'hépto-gastroentérologie,
 - Unités de sons intensifs de cardiologie pédiatrique



Définition de chaque mention : Cf. décret CI



Définition des conditions de transfert des patients : Cf. décret CI



Définition des moyens nécessaires à chaque mention : Cf. décret CI

Site avec réanimation adulte

Mention d'autorisation
« Réanimation et soins intensifs »

Unité de réanimation



**Unité de soins intensifs polyvalents
contiguës (USIP)**

Unités de soins intensifs de spécialité :

- **Unité de soins intensifs de néphrologie**
- **Unité de soins intensifs respiratoires**
- **Unité de soins intensifs d'Hépatogastroentérologie**

Site avec ou sans réanimation adulte

Mentions d'autorisation
«USIC», «USINV» et «USIH»

**Unité de soins intensifs
de cardiologie**

**Unité de soins intensifs
de neurologie vasculaire**

**Unité de soins intensifs
d'hématologie**

Site sans réanimation adulte

Mention d'autorisation
**«soins intensifs polyvalents
dérogatoires»**

**Unité de soins intensifs
polyvalents**

**Upgrade d'ex USC ou
ex USI indifférenciées isolées**

Hors soins critiques : Ex USC à distance de la réanimation ou isolées non upgradées en USI => soins renforcés

MODALITES « Soins critiques pédiatriques »

site avec réanimation pédiatrique

Mention 1° « réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »

Unité de réanimation pédiatrique
de recours

+

USI PED polyvalents contigüe
(ex USC PED à proximité immédiate)

Possibilité USI PED SPE
notamment Cardio

Mention 2° « réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »

Unité de réanimation pédiatrique

+

USI PED polyvalents contigüe
ex USC PED à proximité immédiate)

Possibilité USI PED SPE
notamment Cardio

site sans réanimation pédiatrique

**Mention 3°
« soins intensifs pédiatriques
polyvalents dérogatoires »**

USI PED
polyvalents dérogatoires

ex USC PED upgradée
ex USI PED indifférenciée

site avec ou sans réanimation pédiatrique

**Mention 4°
« soins intensifs pédiatriques
d'hématologie »**

USI PED
d'hématologie

ex USI PED d'hémato
ex USII PED indifférenciée à
dominante hémato

« Art. R. 6123-34-3. – I. – Les titulaires de la mention 1° sous la modalité soins critiques adultes de l'article R. 6123-34-1 et les titulaires des mentions 1° ou 2° sous la modalité soins critiques pédiatriques de l'article R. 6123-34-2 doivent s'organiser en plateau technique de soins critiques comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une unité de soins intensifs polyvalents contiguë.

« II. – L'unité de réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

« III. – Les unités de soins intensifs polyvalents contiguës et les unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires en l'absence d'une unité de réanimation sur le site assurent la prise en charge des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. Lorsque le patient présente une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation.

« Art. D. 6124-27. – I. – Toute unité de soins critiques comprend au moins les secteurs suivants :

« 1° Un secteur d'accueil composé d'au moins une pièce de détente pour les proches des patients et une pièce dédiée aux entretiens entre l'équipe soignante et les familles, dans le respect de la confidentialité ;

« 2° Un secteur d'hospitalisation constitué de chambres individuelles avec un équipement adapté à l'âge, à la sécurité des soins et au confort des patients, dans le respect de leur intimité. Ce secteur comprend des postes de soins adaptés aux besoins du service permettant la surveillance des patients, la gestion de leurs dossiers et les transmissions médicales et paramédicales. Dans les unités pédiatriques, l'équipement permet l'accueil des accompagnants ;

« 3° Un secteur technique et administratif adapté aux activités de l'unité ;

« 4° Un secteur d'hébergement des médecins assurant la permanence médicale, au sein ou à proximité immédiate de l'unité de réanimation ;

« 5° Un secteur adapté pour des réunions collectives quotidiennes permettant l'accueil de l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale de l'unité et équipé des outils numériques nécessaires à la réalisation de réunions à distance.

Déchocage ?

« Art. D. 6124-27-2. – Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site :

« 1° D'un outil informatisé de gestion des lits mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques ;

« 2° D'outils numériques nécessaires aux activités de télésanté ;

« 3° D'un dossier patient numérisé adapté à l'organisation des soins critiques ;

« 4° D'un plan de flexibilité de l'organisation de son capacitaire et de ses ressources humaines permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;

« 5° D'un plan de formation aux soins de réanimation prévoyant notamment une période de formation pour les infirmiers prenant leur fonction dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de huit semaines, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

« Art. D. 6124-28-4. – L'équipe non médicale de l'unité de réanimation comprend au moins :

« 1° Deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;

« 2° Un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;

« 3° Un masseur-kinésithérapeute en mesure d'intervenir sept jours sur sept dans l'unité, justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;

« 4° Un psychologue ;

« 5° En tant que de besoin un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.

« Les personnels mentionnés aux 1° et 2° sont placés sous la responsabilité d'un cadre de santé.

« Art. D. 6124-28-5. – L'équipe non médicale d'une unité de soins intensifs, polyvalente ou de spécialité, de mention 1° ou 2° mentionnées à l'article R. 6124-34-1 comprend au moins :

« 1° Un infirmier pour quatre lits ouverts ;

« 2° De jour, un aide-soignant pour quatre lits ouverts et, de nuit, un aide-soignant pour huit lits ouverts ;

« 3° Un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en soins critiques ;

« 4° En tant que de besoin un psychologue, un diététicien, un ergothérapeute et du personnel à compétence biomédicale.

Soins critiques

- Chambre standard surface = 20-25 m²



Evolution du capacitaire et des ratios soins critiques adultes

Dénominations actuelles	Seuil capacitaire /unité et ratio PNM actuels	Dénominations futures	Seuil capacitaire /unité et ratio PNM projetés
REANIMATION ADULTE (autorisation/OQOS)	Seuil capacitaire par unité 8 lits (dérogation 6) Ratio PNM : 2 IDE / 5 patients 1 AS / 4 patients	MENTION « SOINS CRITIQUES » (REA+USIP/SI de spécialité respiratoire, néphro, HGE)	PM : 2 MIR/MAR en journée (mutualisation équipe REA+USIP) Ratio PNM 1 AS/4 lits ouverts et 2 IDE / 5 lits ouverts (<i>durée validité 5 ans</i>) : <i>trajectoire 2 IDE pour 4 lits ouverts</i> 1 kiné 7/7, 1 psychologue = obligatoires, autres +/-
SURVEILLANCE CONTINUE (CPOM)	Pas de seuil Recommandation circulaire 2003 = moitié des lits de REA Pas de ratio PNM	USIP pour les ex- USC accolées à la réanimation <i>USIP dérogatoires</i> Soins renforcés pour les ex-USC isolées	Seuil capacitaire par unité : 4 pour l'USINV, 6 lits pour les autres USI (polyvalente et de spécialité)
SOINS INTENSIFS (CPOM)	Dispositions limitées à l' USC : SEUIL CAPACITAIRE PAR UNITE : 6 lits Ratio PNM Jour : 1 IDE et AS/4 patients Nuit : 1 IDE et AS/8 patients	SI CARDIO (autorisation/OQOS)	Ratio PNM unique rehaussé (USIP/USINV/USIC/USIH) : JOUR : 1 IDE pour 4 lits ouverts et 1 AS /4 lits ouverts NUIT : 1 IDE pour 4 lits ouverts et 1 AS /8 lits ouverts 1 kiné, autres +/-
		SINV (autorisation/OQOS)	
		SI Hémato (autorisation/OQOS)	

Ratios PNM – modalité « soins critiques pédiatriques »

Dénominations actuelles	Ratio PNM actuels	Dénominations futures	Ratio PNM projetés Extension à la notion de « lit ouvert » (lits occupés et lits disponibles pour de nouveaux patients)
Réanimation pédiatrique spécialisée (autorisation)	2 IDE / 4 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 1 « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 4 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Réanimation pédiatrique (autorisation)	2 IDE / 5 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 5 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Surveillance continue pédiatrique (reconnaissance contractuelle)	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention « Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	<u>CREATION</u> 1 IDE / 4 lits ouverts* 1 AS ou AP / 4 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
		Autorisations, Mention « Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	
		Autorisations, Mention 3 « Soins intensifs polyvalents dérogatoires »	<u>CREATION</u> JOUR = 1 IDE / 4 lits ouverts* et 1 AS ou AP / 4 lits ouverts* NUIT = 1 IDE / 4 lits ouverts et 1 AS ou AP / 8 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Soins intensifs (reconnaissance contractuelle)	Néant	Autorisations, Mention 4 « Soins intensifs pédiatriques d'hématologie »	<u>CREATION</u> 1 IDE / 4 lits ouverts* 2 AS ou AP / 6 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE

Permanence médicale – modalité « soins critiques adultes »

Type de site	Type d'Unité	Organisation en journée	Organisation en dehors de services de jour
Site avec la réanimation Plateau de soins critiques	Unité de réanimation	Au moins deux médecins de l'équipe médicale des deux unités (MIR, MAR, le cas échéant autres médecins spécialisés disposant d'une formation ou expérience en soins critiques)	Présence d'un MIR ou MAR dédié aux activités des deux unités contigües ou à proximité immédiate (compatible avec la permanence médicale)
	USIP contigüe		
Site avec la réanimation	Autres USI (hors USIC, USINV, USIH)	Equipe médicale de l'unité (médecins spécialisés dans la discipline concernée)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques (dont MIR ou MAR non dédié aux activités du plateau SC) + astreinte opérationnelle ou présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline de l'USI de spécialité
Site sans la réanimation	USIP dérogatoires	Equipe médicale de l'unité (MIR, MAR, le cas échéant autres médecins spécialisés disposant d'une formation ou expérience en soins critiques)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + astreinte opérationnelle d'un MIR ou MAR pour l'USIP pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins
Site avec ou sans la réanimation	USIC	Equipe médicale de l'unité (médecins spécialisés en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou en pathologies cardiovasculaires)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques (dont MIR ou MAR non dédié aux activités du plateau SC) + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline (cardio)
	USINV	Equipe médicale de l'unité (médecins avec une expertise neurovasculaire)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques (dont MIR ou MAR non dédié activités du plateau SC) + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire Autorisation NRI : présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline
	USIH	Equipe médicale de l'unité (médecins spécialisés en hématologie)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques (dont MIR ou MAR non dédié aux activités du plateau SC) + astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé dans la discipline

Permanence médicale – modalité « soins critiques pédiatriques »

Type de site	Type d'Unité	Organisation en journée	Organisation en dehors de services de jour
Site avec la réanimation pédiatrique de recours et/ou la réanimation pédiatrique Plateau technique de soins critiques pédiatriques constitué d'au moins une unité de réanimation et une USIP pédiatriques	Unité de réanimation USIP pédiatriques	Equipe médicale commune des deux unités (pédiatres, MIR ou MAR avec une compétence en réanimation pédiatrique (pas de qualification ordinale de réanimateur pédiatrique).	Présence d'un médecin de l'équipe médicale des deux unités contigües ou à proximité immédiate (compatible avec l'organisation de la permanence médicale) Possibilité de permanence mutualisée avec l'unité de réanimation néonatale si les deux unités sont à proximité immédiate + astreinte d'un médecin de l'autre spécialité
Site sans la réanimation	USIP pédiatriques dérogatoires	Equipe médicale de l'unité	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale + Astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents.
Site avec ou sans la réanimation	USIH pédiatriques	Equipe médicale de l'unité (médecins spécialisés en pédiatrie, en hématologie)	Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques + Astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale (spécialisés en pédiatrie ou en hématologie)

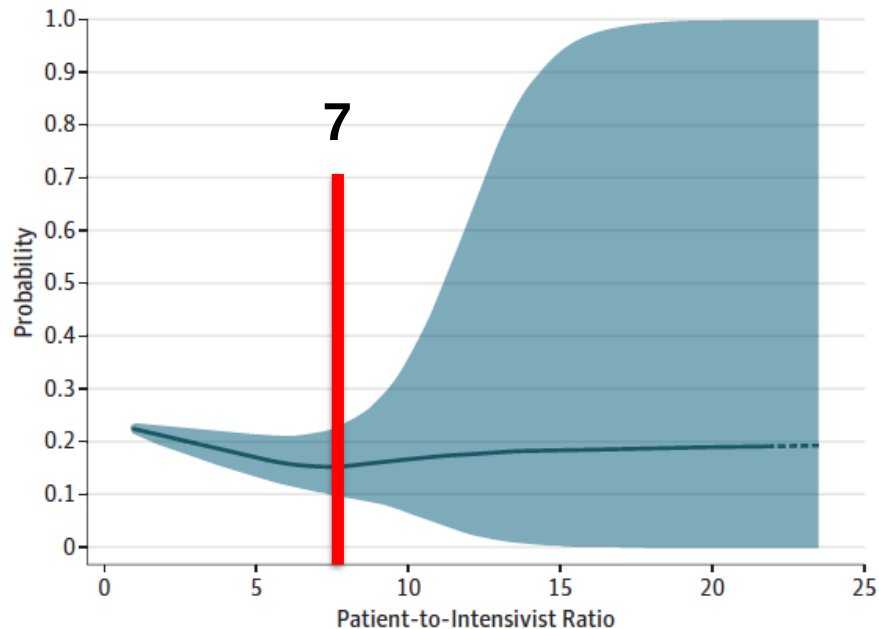


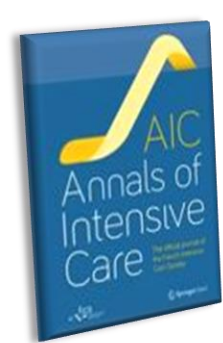
Association of Intensive Care Unit Patient-to-Intensivist Ratios With Hospital Mortality

Hayley B. Gershengorn, MD; David A. Harrison, PhD; Allan Garland, MD, MA; M. Elizabeth Wilcox, MD, MPH; Kathryn M. Rowan, DPhil; Hannah Wunsch, MD, MSc

2017

Figure 3. Association of Patient-to-Intensivist Ratio and Ultimate Hospital Mortality

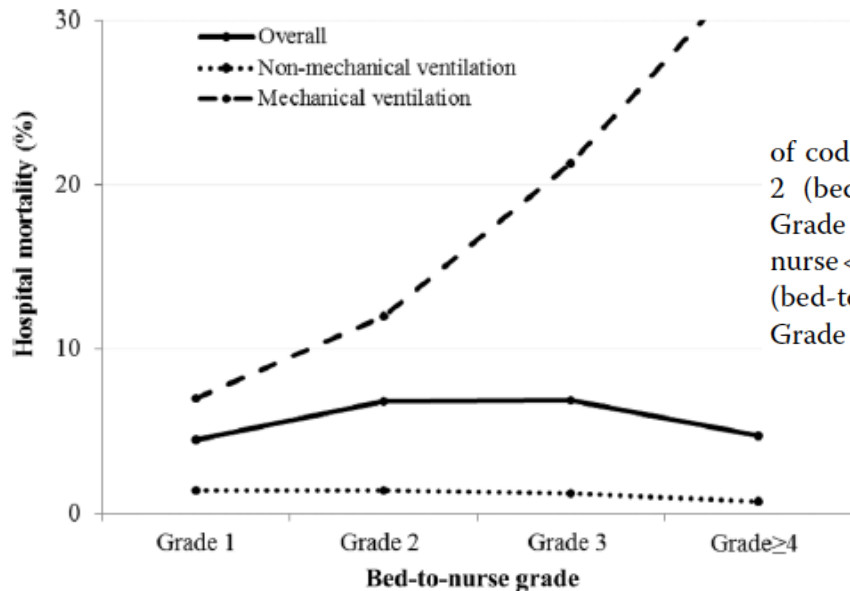




The effect of bed-to-nurse ratio on hospital mortality of critically ill children on mechanical ventilation: a nationwide population-based study

Minyoung Jung^{1†}, Hyejeong Park^{2,3†}, Danbee Kang^{3,4}, Esther Park², Kyeongman Jeon², Chi Ryang Chung², Jeong Hoon Yang², Gee Young Suh^{2,3}, Eliseo Guallar^{3,5}, Juhee Cho^{3,4} and Joongbum Cho^{2*} 

2020



of codes: Grade 1 (bed-to-nurse < 0.50, the best), Grade 2 (bed-to-nurse < 0.63), Grade 3 (bed-to-nurse < 0.77), Grade 4 (bed-to-nurse < 0.88), Grade 5 (bed-to-nurse < 1.00), Grade 6 (bed-to-nurse < 1.25), Grade 7 (bed-to-nurse < 1.50), Grade 8 (bed-to-nurse < 2.0), and Grade 9 (bed-to-nurse ≥ 2.0 , the worst). When we con-

Fig. 1 Unadjusted hospital mortality according to ICU bed-to-nurse grade

Obligations renforcées – retex de la crise sanitaire (D.6124-27-2)

- 1 **outil informatisé de gestion des lits** mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques ;
- 2 **outils numériques** nécessaires aux activités de **télésanté** ;
- 3 **dossier patient numérisé** adapté à l'organisation des **soins critiques** ;
- 4 **plan de flexibilité** de l'organisation de son **capacitaire** et de ses **ressources humaines** permettant d'anticiper un surcroît d'activité en réanimation, dans un contexte de variations saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un **volet de formation** afin de constituer et maintenir sur site une **réserve de professionnels de santé formés** pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- 5 **plan de formation aux soins de réanimation** prévoyant **notamment** une période de **formation pour les infirmiers prenant leur fonction** dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de **huit semaines**, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

Concept de plateau de soins critiques – site avec la réanimation

La mention 1 des soins critiques adultes et les mentions 1 et 2 des soins critiques pédiatriques impliquent une **organisation en plateau technique de soins critiques constitué d'au moins une unité de réanimation et d'au moins une USIP contigüe**, avec des chambres équipées à l'identique et un pilotage médical et paramédical commun.

La **contiguïté s'entend au même niveau et en liaison directe** permettant une **organisation commune et modulable des moyens des deux unités sous le même pilotage médical et paramédical**.

Gage de sécurité et de qualité de soins, ce continuum de fonctionnement permet de consolider les équipes mutualisées et de faciliter leurs conditions de travail, notamment pour l'intégration des temps de formation ainsi que le compagnonnage des nouveaux soignants.

Une souplesse à l'obligation de contiguïté est accordée aux actuels titulaires d'une autorisation de réanimation disposant de deux unités existantes à proximité immédiate (dans le même bâtiment ou dans un bâtiment accolé, sous réserve que la distance soit compatible avec l'organisation de la permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques).

Articulation des soins critiques adultes et pédiatriques

Prise en charge de patients mineurs en unités adultes, sous certaines conditions

Article R.6123-34-4 modifié :

I- A titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients âgés de moins de 18 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adulte sur site ou par convention avec un titulaire de l'autorisation de l'activité de soins critiques adultes, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

II- Dans le cadre de la filière de soins pédiatriques, les enfants de plus de 15 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes sur site ou par convention établie entre les titulaires de l'autorisation de l'activité de soins critiques pédiatriques et adultes, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité de soins.

Intégration d'une obligation à l'article D6124-27-2 :

- organisation formalisée permettant la prise en charge des patients mentionnés au 1° de l'article R.6123-34-4

Recommandations DGOS

C. Dispositions transitoires et délais de mise en œuvre

1. *Sur l'adaptation aux nouveaux ratios infirmiers en unité de soins intensifs*

Un **délai de cinq ans** est accordé aux futurs titulaires à compter de la notification de l'autorisation pour se mettre en conformité avec les **ratios infirmiers** instaurés pour toutes les **unités de soins intensifs**.

2. *Sur la notion de contiguïté du plateau de soins critiques*

Les futurs titulaires ont un **délai de deux ans** à compter de la notification de leur autorisation pour se mettre en **conformité avec les conditions d'implantation**, néanmoins une **souplesse additionnelle de délai** est accordée aux **actuels titulaires d'autorisation de réanimation** s'agissant de l'**exigence de contiguïté en faveur d'une proximité immédiate de l'USIP** (ex-USC), et ce pour la durée totale de l'autorisation, **soit 7 ans**. En revanche, si le titulaire entreprend une restructuration du plateau de soins critiques avant l'échéance de son autorisation, il devra respecter l'exigence de contiguïté.

Recommandations DGOS

La notion de proximité immédiate s'entend dans le même bâtiment ou dans un bâtiment accolé, sous réserve que la distance soit compatible avec l'organisation de la permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques³²

Indicateurs pouvant se traduire par une hausse ou une baisse des besoins de recours aux soins critiques, intégrant un taux cible d'occupation à 80% d'une unité de soins critiques nécessaire à la fluidité de gestion des patients entrants et sortants et à l'accueil H24.

FEUILLE DE ROUTE REGIONALE SOINS CRITIQUES OBJECTIFS OPERATIONNELS 2023-2028

1°) Bâtir une véritable filière de soins critiques régionale et départementale : **Comite régional de suivi FDR et DSR**



Révision du PRS – 2023-2028

Activités de soins critiques

RÉUNIONS DU COMITÉ RÉGIONAL DU DISPOSITIF SPECIFIQUE REGIONAL

- Proposition composition :
- 3 représentants de MIR et 3 représentants MAR de CHU+3 représentants directions CHU,
- représentants Fédérations FHF, FHP, FEHAP,
- 3 représentants de MAR des Etablissements de santé publics, privés, ESPIC et directions
- ARS DOS et ARS DD 19,33,64,87.

Réforme des autorisations de soins critiques

Guide de déploiement de son SI de soins critiques

Les 4 questions à se poser pour développer
son système d'information

Questions

