

Note pour information

Stratégie régionale Unités de soins intensifs polyvalents dérogatoires

1. Textes de références

- Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques
- Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques
- Instruction de la DGOS du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques
- Note d'information du 2 avril 2024 relative au maintien transitoire des reconnaissances contractuelles des unités de surveillance continue (USC) hors champ des soins critiques
- Ordonnance du Juge des référés, tribunal administratif de Rennes, du 29 mars 2024

2. Contexte

La publication des décrets en 2022 a marqué l'aboutissement des travaux de réforme menés depuis 2018. Elle porte une volonté d'évolution majeure dans l'organisation de l'offre de soins critiques. Sa mise en œuvre s'inscrit dans le cadre de l'axe 1 « bâtir une véritable filière de soins critiques » de la feuille de route soins critiques 2022-2025, élaborée sur la base des propositions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2021. Le fort impact de la crise Covid a donné une nouvelle dimension à cette réforme. L'enjeu de flexibilité de l'organisation capacitaire a été souligné, impliquant l'adaptabilité du fonctionnement des unités aux besoins courants et exceptionnels de prise en charge en réanimation, tout comme celui de la fluidité des parcours de prise en charge post réanimation nécessitant un renforcement du capacitaire en soins intensifs, en intégrant la part des lits de surveillance continue armés et mobilisés durant la crise.

Ainsi, la réforme des soins critiques repose sur le regroupement de capacités de prise en charge modulables, la consolidation des équipes formées aux soins critiques et un dispositif spécifique régional chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques.

L'un des objectifs de la réforme est d'unifier l'offre de soins critiques aujourd'hui segmentée, peu lisible notamment en raison d'un cadre réglementaire limité à l'activité de réanimation et d'un dispositif de reconnaissance contractuelle des activités de soins intensifs (USI) et de surveillance continue (USC) peu encadré.

La modalité « soins critiques adultes » comprend les cinq mentions suivantes (article R 6123-34-1 du CSP) :

- Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant » (UREA)
- Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires » (USIP dérogatoires)
- Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)
- Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)
- Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)

Le périmètre de l'activité de soins critiques consiste en « la prise en charge des 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 suppléance. »

Chaque mention fait l'objet d'une autorisation distincte, un site peut donc être titulaire d'une ou de plusieurs mentions. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), fixés en nombre d'implantations par mention dans le SRS, sont à mettre en cohérence avec ceux des autres activités de soins impliquées dans la filière de soins relevant de la spécialité.

Dans le cas des USIP dérogatoires adultes, les conditions techniques d'implantations et de fonctionnement prévoient principalement les éléments suivants :

Dénominations Ancien décret	Dénominations Nouveau décret	Permanence médicale Nouveau Décret	Ratios PNM*** projetés	Ratio PNM Ancien décret	Dimension minimale des unités Nouveau décret	Environnement Nouveau décret
Surveillance continue ADULTE (reconnaissance contractuelle) Cas des USC dans un ES NON autorisé à la réanimation	Autorisations, Mention 2 « Soins intensifs polyvalents dérogatoires » ADULTE	En dehors des services de jour, par au moins - Présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ; - ET d'une astreinte opérationnelle MIR* ou MAR**.	JOUR 1 IDE pour 4 lits ouverts 1 AS / 4 lits ouverts NUIT 1 IDE pour 4 lits ouverts 1 AS / 8 lits ouverts	Pas de ratio PNM	6 lits Si création : 8 lits	<i>Sur site :</i> Moyens d'hospitalisation à temps complet de CHIRURGIE. <i>Sur site ou par convention :</i> - Moyens d'hospitalisation à temps complet de MEDECINE - accès à Unité de REANIMATION - Radiologie conventionnelle, angiographie par scanner, échographie - Bactériologie, hématologie, biochimie, hémostase et gaz du sang

*MIR : médecin intensif réanimateur

**MAR : médecin anesthésiste réanimateur

***PNM : personnel non médical

En outre, les textes disposent que ces unités doivent prévoir :

- Un accueil, une prise en charge diagnostique et thérapeutique, une surveillance des patients et un transfert si besoin vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année,
- Un équipement permettant :
 - o « La réalisation, dans les chambres de l'unité, lorsque les conditions de prise en charge du patient le justifient, d'exams de radiologie, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive ;
 - o « La surveillance paramétrique continue ;
 - o « Le cas échéant, la réalisation de façon transitoire d'actes de suppléance d'organe, à l'exception des actes de circulation extracorporelle.

- Un ensemble d'outils et notamment :
 - 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 ;
 - Des outils numériques nécessaires aux activités de télésanté ;
 - Un dossier patient numérisé adapté à l'organisation des soins critiques ;
 - 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 ;
 - 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.
 - Une permanence médicale en dehors des services de jour, par au moins :
 - La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;
 - Une astreinte opérationnelle par un médecin spécialisé en médecine intensive réanimation ou en anesthésie- réanimation pour l'unité de soins intensifs polyvalents
 - Un médecin coordonnateur de l'unité de soins intensifs
 - De faire partie de la filière territoriale de soins critiques visant à :
 - Favoriser et structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients
 - Développer l'expertise en soins critiques notamment par télésanté. Le titulaire adhère au dispositif spécifique régional de soins critiques de sa région.

Dans la feuille de route des soins critiques, les USC devaient donc disparaître pour être transformées soit en USIP (dérogatoires si ces unités n'étaient pas accolées à une UREA), ou en Unités de soins renforcés (USR), ces dernières n'étant plus intégrées à la définition des soins critiques et devant faire l'objet de précisions importantes (définition des soins renforcés, définitions de profil patient USIP et USR).

Faute de précisions sur les unités de soins renforcés à la date de mise en concertation du PRS Bretagne, l'ARS et les différentes instances de consultation avaient convenu de différer la mise en place des USIP dérogatoires à la publication de l'ensemble des textes apportant les éléments de cadrage attendus.

Cependant, saisi en référé, le Tribunal administratif de Rennes a enjoint à l'ARS de fixer les implantations d'USIP dérogatoires dans un délai de 6 mois à compter de la notification de son ordonnance.

Par ailleurs, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a publié le 2 avril 2024 une note d'information relative au maintien transitoire des reconnaissances contractuelles des unités de surveillance continue (USC) hors champ des soins critiques. Ces unités doivent prendre en charge « les patients qui présentent une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë avec un état de santé stable, sans risque de défaillance d'organe prévisible à court terme, nécessitant des soins complexes ou lourds ainsi qu'une surveillance clinique et biologique répétée et méthodique. ». La prise en charge en USC est soumise à un régime juridique relativement souple avec peu de normes à respecter. A date, le financement de ces unités demeure identique aux USC existantes.

3. L'état des lieux breton

Pour mémoire, actuellement en Bretagne, nous disposons de 37 établissements de santé reconnus pour l'activité d'USC adulte, dont 28 sont en situation d'USC isolée. La Bretagne présente, avec la région Bourgogne Franche-Comté, le plus important taux d'équipement en USC isolées de France. Une étude en 2021 réalisée par le

Dr Huntzinger (Centre hospitalier de Bretagne Atlantique) faisait état d' « USC isolées bretonnes très hétérogènes, insuffisamment intégrées aux filières de malades graves, ayant finalement peu été utilisées pendant la crise COVID. »

La Bretagne dispose également de 2 USC pédiatriques reconnues à Vannes (CHBA) et Lorient (GHBS).

Afin de fixer des OQOS d'USIP dérogatoire, il s'est ainsi agi de déterminer l'évolution des USC actuelles vers des USIP dérogatoires ou vers des USC.

4. Méthode mise en place

Selon l'instruction accompagnant les décrets, les USIP dérogatoires ont vocation à accueillir *“des patients susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance dans l'attente, le cas échéant, d'un transfert en réanimation”*.

Nous avons réuni le groupe technique régional (GTR) soins critiques pour définir des lignes directrices afin de déterminer le nombre d'implantations cible.

Le résultat qui est proposé à la concertation procède d'une synthèse entre les différentes propositions recueillies. Les acteurs s'accordent pour définir le besoin populationnel de ces unités sur la base des éléments suivants :

- La typologie des USC existantes,
- Le profil des patients accueillis dans ces unités actuellement,
- La filière dont ces patients relèvent,
- L'organisation actuelle du territoire.

Sur les critères à prendre en compte pour qualifier les USC éligibles au statut d'USIP dérogatoires, un consensus s'est dégagé pour retenir les critères suivants reposant sur les textes réglementaires : intégration de l'unité dans une filière de soins critiques (unités travaillant en amont et en aval des réanimations, prises en charge des patients 24h sur 24 et 7 jours sur 7), profil de patients pris en charge médical et chirurgical, plateau technique (biologique et radiologique et chirurgical) accessible 24h sur 24, agilité de l'établissement en cas de Situation sanitaire exceptionnelle (SSE) et prise en compte de la chirurgie oncologique digestive complexe et de la chirurgie digestive urgente.

La proposition faite par l'ARS intègre également d'autres déterminants (notamment de santé publique) pour qualifier les USIP dérogatoires adultes et pédiatriques :

- Equité interdépartementale et nationale
 - o Taux d'équipement proche entre territoires et vis-à-vis du reste de la nation
- Efficience du système de santé
 - o Polyvalence de l'activité (médico-chirurgicale)
 - o Inscription dans une filière de soins critiques
 - o Prendre en compte les ES dépositaires d'une autorisation de SU avec seuil de passage significatif
- Qualité et sécurité des soins
 - o Masse critique d'activité
 - o Considérer certaines chirurgies à risque (Chirurgie carcinologique œsophagienne et chirurgie urgente)
 - o Participation aux situations sanitaires exceptionnelles et notamment au regard des organisations territoriales planifiées dans le cadre du plan ORSAN
- Politique
 - o Respect de la lettre et de l'esprit des textes
 - o Prise en compte de la fragilité de certains territoires en termes de réponse
 - o Respect des équilibres entre offreurs de soins et des complémentarités territoriales installées.



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Au regard de ces considérations, la proposition retenue dans le cadre de la révision du PRS figure en annexe 1. Elle prévoit 10 OQOS d'USIP dérogatoires adultes pour la région Bretagne, aboutissant à la transformation d'environ 1/3 des USC actuelles en USIP dérogatoires. Elle permettrait de positionner la région Bretagne au 3^{ème} rang des régions les mieux dotées en USIP dérogatoires adultes.

Elle fixe également 3 OQOS d'USIP dérogatoires pédiatriques permettant à tous les départements de bénéficier d'un accès à un service de soins critiques pédiatriques.

ANNEXE 1

Modalités de l'activité de soins		SOINS CRITIQUES																											
		Territoire Finistère - Penn Ar Bed				Territoire Lorient Quimperlé				Territoire Brocéliande - Atlantique				Territoire Haute-Bretagne				Territoire St-Malo Dinan				Territoire d'Armor				Territoire Cœur de Breizh			
		Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS	Nombre d'autorisations délivrées	Créations Suppressions Reconstitutions	Schéma cible PRS							
Adultes	Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant	4*	0	4	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	1	0	-	0							
	Soins intensifs polyvalents dérogatoires	0	+2	2	0	-	0	0	+1	1	0	+4	4	0	-	0	0	+2	2	0	+1	1							
	Soins intensifs de cardiologie	-	+4	4	-	+1	1	-	+1	1	-	+2	2	-	+1	1	-	+1	1	-	-	0							
	Soins intensifs de neurologie vasculaire	-	+2	2	-	+1	1	-	+1	1	-	+1	1	-	+1	1	-	+1	1	-	+1	1							
	Soins intensifs d'hématologie	-	+1	1	-	-	0	-	-	0	-	+1	1	-	-	0	-	-	-	-	0	0							
Pédiatrie	Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0							
	Réanimation et soins pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	1	-	1	0	-	0	0	-	0	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0							
	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	0	-	0	0	+1	1	0	+1	1	0	-	0	0	-	0	0	+1	1	0	-	0							
	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	+1	1	-	-	0	-	-	0	-	-	0							

* dont HIA Clermont Tonnerre - arrêté du 13 mai 2024