



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **FEUILLE DE ROUTE ET RÉFORME SOINS CRITIQUES**

DOS 21-06-2022

---

# La réforme des autorisations au sein de la feuille de route soins critiques

## Axe 1 : Une opportunité pour bâtir une véritable filière de soins critiques

- 1.1. Renouveler le cadre de fonctionnement des activités de soins critiques
- 1.2. Renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins
- 1.3. Adapter le modèle de financement aux enjeux d'organisation de la filière



### Réforme des autorisations

## Axe 2 : Fluidifier les parcours pour répondre à l'accroissement prévisible des besoins

## Axe 3 : Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales

- 3.1. Soutenir la démographie médicale des spécialités de Médecine Intensive Réanimation et d'Anesthésie-réanimation
- 3.2. Fidéliser les personnels paramédicaux

## Axe 4 : Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques, sous l'égide des ARS

## Axe 5 : Aménager une élasticité de l'offre de soins critiques pour faire face aux variations d'envergure

## FEUILLE DE ROUTE SOINS CRITIQUES REFORME DES AUTORISATIONS

### Orientations :

Elargir le périmètre d'autorisation de la réanimation au **champ des soins critiques dans son ensemble** pour une approche plus intégrée.

Requalifier en **unité de soins renforcés hors du champ des soins critiques les unités de surveillance continue (ex-USC) isolées** ou à distance d'une réanimation.

Transformer les **ex-USC contigües à la réanimation en unités de soins intensifs polyvalents (USIP)** afin de:

- **garantir un continuum de prise en charge** des patients à risque de défaillance permettant de renforcer encore la qualité et sécurité de la prise en charge
- et de **mutualiser ces lits et les équipes avec l'unité de réanimation** pour en augmenter le capacitaire lorsque nécessaire.

## La réforme des autorisations au sein de la feuille de route soins critiques

### Orientations :

- Regrouper les lits pour disposer de **plateaux de soins critiques** de taille suffisante pour consolider le niveau d'obligations structurelles de seuil capacitaire par unité, de locaux, d'équipements et de mutualisation d'équipes pour la permanence médicale et la continuité des soins.
- Au-delà des 3 modalités d'autorisation identifiées pour les soins intensifs de cardiologie, de neurologie vasculaire et d'hématologie, laisser de la souplesse pour d'éventuelles unités de **soins intensifs d'autres spécialités** (notamment néphrologie, respiratoire et HGE) dès lors qu'elles sont implantées sur un site avec un plateau de soins critiques.
- Renforcer l'attractivité pour les soignants et la qualité des prises en charge notamment:
  - trajectoire de révision des ratios IDE en réanimation vers 1 IDE pour 2 lits ouverts, à partir d'une évaluation d'une part de la charge en soins des IDE et des besoins de soins des patients par rapport à d'autres spécialités et d'autre part des capacités de formation initiale
  - plan de formation aux soins de réanimation pour les IDE de 8 semaines pour les premières affectations en soins critiques
  - constitution d'une réserve sanitaire de compétences en soins critiques

## FEUILLE DE ROUTE SOINS CRITIQUES REFORME DES AUTORISATIONS

### Actions et calendrier :

- Publication des décrets (conditions d'implantation et de fonctionnement) **en avril 2022**
- Réalisation dans les 18 mois suivants de l'évaluation/ratios IDE susmentionnée
- 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<sup>e</sup> semestre 2022

## ACTIVITE DE SOINS CRITIQUES

### Définition de l'activité de soins critiques :

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.

### Modalités de l'activité de soins critiques :

L'activité de soins critiques est exercée selon les deux modalités suivantes : Soins critiques adultes et Soins critiques pédiatriques.

#### La modalité soins critiques adultes comprend les mentions suivantes :

- Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Soins intensifs polyvalents dérogatoires
- Soins intensifs de cardiologie
- Soins intensifs de neurologie vasculaire
- Soins intensifs d'hématologie
- 

#### La modalité soins critiques pédiatriques comprend les mentions suivantes :

- Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant
- Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires
- Soins intensifs pédiatriques d'hématologie

## MODALITES « Soins critiques adultes »

Adhésion DSR soins critiques/structuration de la filière territoriale

Site avec la réanimation adulte

**Mention 1°**  
**« Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »**

Unité de réanimation

+

USIP contiguë

(ex USC à proximité immédiate de la réa)

+

Possibilité USI de spécialité, notamment

- USI de néphrologie
- USI respiratoires
- USI d'Hépto-Gastro-entérologie

Site sans la réanimation adulte

**Mention 2°**  
**« soins intensifs polyvalents dérogatoires »**

USIP  
dérogatoires

(ex USC upgradée ou  
ex USI indifférenciée  
hors USC, USINV, USINH)

Site avec ou sans la réanimation adulte

**Mention 3°**  
**Soins intensifs de cardiologie**

USIC

**Mention 4°**  
**Soins intensifs de neurologie vasculaire**

USINV

**Mention 5°**  
**Soins intensifs d'hématologie**

USIH

(ex USI spé ou indifférenciée  
ou ex USC spé upgradée )

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

# ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE ADULTES

Mentions

Typologies de patients pris en charge

Mentions	Typologies de patients pris en charge
1 Réanimation et soins intensifs polyvalents	<p>présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës</p> <p>+</p> <p>pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance</p>
2 Soins intensifs polyvalents dérogatoires	<p>sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës</p> <p>+</p> <p>pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.</p>
3 Soins intensifs de cardiologie	<p>présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie cardiovasculaire</p> <p>+</p> <p>Imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance</p>
4 Soins intensifs de neurologie vasculaire	<p>présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie neuro-vasculaire</p> <p>+</p> <p>imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive</p>
5 Soins intensifs d'hématologie	<p>présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique</p> <p>+</p> <p>imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile</p>



## 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 USI PED indifférenciée à  
dominante hémato

# ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE PEDIATRIQUES

Mentions

Typologie de patients de moins de 18 ans pris en charge

1	Réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs polyvalents	présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës	+	pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance	+	pathologies rares et/ou prises en charge complexes
2	Réanimation pédiatrique et soins intensifs polyvalents	présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës	+	pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance		
3	Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës	+	pouvant impliquer, de façon transitoire, le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation pédiatrique		
4	Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique	+	imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile		

## EVOLUTION DES SEUILS CAPACITAIRES ET DES RATIOS PNM EN SOINS CRITIQUES

Dénominations actuelles	Seuil capacitaire /unité et ratio PNM actuels	Nouveaux seuils capacitaires par unité ratio PNM IDE et AS
Réanimation adulte	<u>Seuil capacitaire par unité</u> 8 lits (dérogation à 6) <u>Ratio PNM :</u> 2 IDE/5 patients 1 AS/4 patients	<u>Seuil capacitaire</u> 8 lits, 10 lits si création ou reconstruction (dérogation à 6) <u>Ratio PNM H24 :</u> 2 IDE/5 lits ouverts et 1 AS/4 lits ouverts (validité 5 ans) : trajectoire inscrite à 2 IDE/4 lits ouverts (rapport au 1 <sup>er</sup> ministre sur la charge en soins des IDE dans les 18 mois après parution des décrets)
Réanimation pédiatrique spécialisée Réanimation pédiatrique	Pas de seuil capacitaire mais obligation d'activité annuelle <u>Ratio PNM :</u> Rea ped spécialisée 1 IDE/2 patients 1 AS/4 patients Ratio PNM Rea ped 2 IDE/5 patients 1 AS:4 patients	<u>seuil capacitaire :</u> Réa péd de recours : 8 lits, 10 lits si création ou reconstruction de l'existant Réa péd : 6 lits, 8 lits création ou reconstruction (dérogation à 4) <u>Ratio PNM H24 :</u> Réa ped de recours : 2 IDE / 4 lits ouverts et 1 AS/4 lits ouverts Réa ped : 2 IDE / 5 lits ouverts et 1 AS/4 lits ouverts
Surveillance continue et Surveillance continue pédiatrique	Pas de seuil, reco circulaire 2003 : moitié capacité de la REA Pas de ratio PNM	<u>Création de seuils capacitaires USI</u> USIP, USIP dérogatoire, USIC, USIH : 6 lits USINV : 4 lits <u>Création de ratios PNM USI adulte et pédiatrique</u> (reprise ratio USIC): USIP/SPE/dérogatoire/USIC/USINV/USIH : 1 IDE/4 lits ouverts et 1 AS/4 lits ouverts de jour et 8 lits ouverts de nuit USI PED Hémato : 1 IDE/4 lits ouverts et 1 AS/6 lits ouverts <u>Révision du calcul par lit ouvert : lits occupés et lits disponibles (exploitables) pour recevoir de nouveaux patients</u>
Soins intensifs soins intensifs de cardiologie	<u>Seuil capacitaire USIC :</u> 6 lits <u>Ratio PNM USIC :</u> 1 IDE et AS/4 patients jour 1 IDE et AS/8 patients nuit	

## Méthodologie Feuille de route régionale Soins critiques Nouvelle-Aquitaine

### Axes de travail : 5 orientations ( document de travail)

#### 1°) Bâtir une véritable filière de soins critiques régionale et départementale

- ✓ Recenser l'offre de soins critiques dans notre région et dans chaque territoire;
- ✓ Définir, autoriser , sur des critères connus, les unités existantes en : réanimation, USIP, USIP dérogatoire, USI spécialisée et USR ;
- ✓ Etablir un plan précis de gradation des soins, notamment entre réanimations et USIP dérogatoire dans des établissements sans réanimation/ Audits / Etudes PMSI
- ✓ Formaliser les trajectoires et les circuits patients ; l'enjeu est de prendre en charge « le bon patient au bon endroit »
- ✓ Evaluer les unités actuelles de soins continus en tant qu'amont et aval des prises en charge de réanimation et encadrer leur transformation, soit en USIP dérogatoire, soit en USR selon des critères définis sous l'égide de l'ARS (décret 2022)



## 2°) Fluidifier les parcours pour répondre à l'accroissement prévisible des besoins

- ✓ Répondre à l'accroissement prévisible des besoins de réanimation;
- ✓ Cartographier régulièrement le capacitaire en soins critiques et le rapporter à l'accroissement éventuel de la population pour l'ajuster au plus près des besoins;
- ✓ Nécessité de redéfinir régulièrement les trajectoires des patients critiques, en fonction des besoins
- ✓ Départementaliser la prise en charge graduée :
  - ✓ les unités de soins critiques référentes, dotées de plateaux techniques lourds, traitent les cas les plus complexes;
  - ✓ les cas critiques plus « légers » sont pris en charge dans les unités USIP satellites ou les USIP par dérogation. Pour cela : ne pas hésiter à transférer les patients en garantissant leur pertinence
- ✓ Elaborer une recommandation régionale ou départementale ou intra GHT de la filière de soins critiques sur les admissions en réanimation des patients très âgés (> 80 ans) (augmentation de 28% de cette patientèle en 2030)

### 3°) Lever les fortes tensions sur les ressources humaines

- ✓ Améliorer l'attractivité du métier de soignants en réanimation ; coordonner en GHT les formations,
- ✓ Améliorer l'attractivité de la profession IDE / AS en réanimation – USIP : **formation, création d'un groupe de soignants inter-établissements de formation dans chaque filière départementale du GHT**
- ✓ Ré évaluer le ratio IDE / lits ouverts en réanimation selon la charge de travail ; justifier ainsi le futur ratio 1 IDE / 2 lits ouverts
- ✓ Evaluer la charge et le niveau de travail dans nos réanimations et USC actuelles
- ✓ Former une réserve de soignants en soins critiques (médecins et IDE)
- ✓ Ré évaluer les modes de financements des réanimations et des USIP ( modèle national)

## 4°) Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins

- ✓ Généraliser l'accès quotidien au ROR;
- ✓ Création d'outils de pilotage en choisissant des indicateurs de niveau et charge en soins et les suivre régulièrement, sous l'égide de l'ARS (indicateurs PMSI, visites sur place...)
- ✓ Créer un registre des refus d'admissions en réanimation et USIP;
- ✓ Sensibiliser les soignants à la qualité et la sécurité des soins;
- ✓ Optimiser les échanges entre établissements : GHT filière de soins critiques dans chaque département ; cette filière avec l'agence départementale et l'ARS siège formaliserait la coopération entre les établissements de santé
- ✓ Animer par l'incitation de création dans le GHT d'une filière soins critiques, sous l'égide du service MIR référent : inscription de chaque unité dans un réseau départemental et régional
- ✓ Inclure les établissements privés dans chaque filière GHT soins critiques
- ✓ Créer un outil de télésanté, accessible pour tous, même dans le lieu de vie (médecin traitant), telle une télé-expertise sous l'égide d'un CHU, aidé par l'ARS

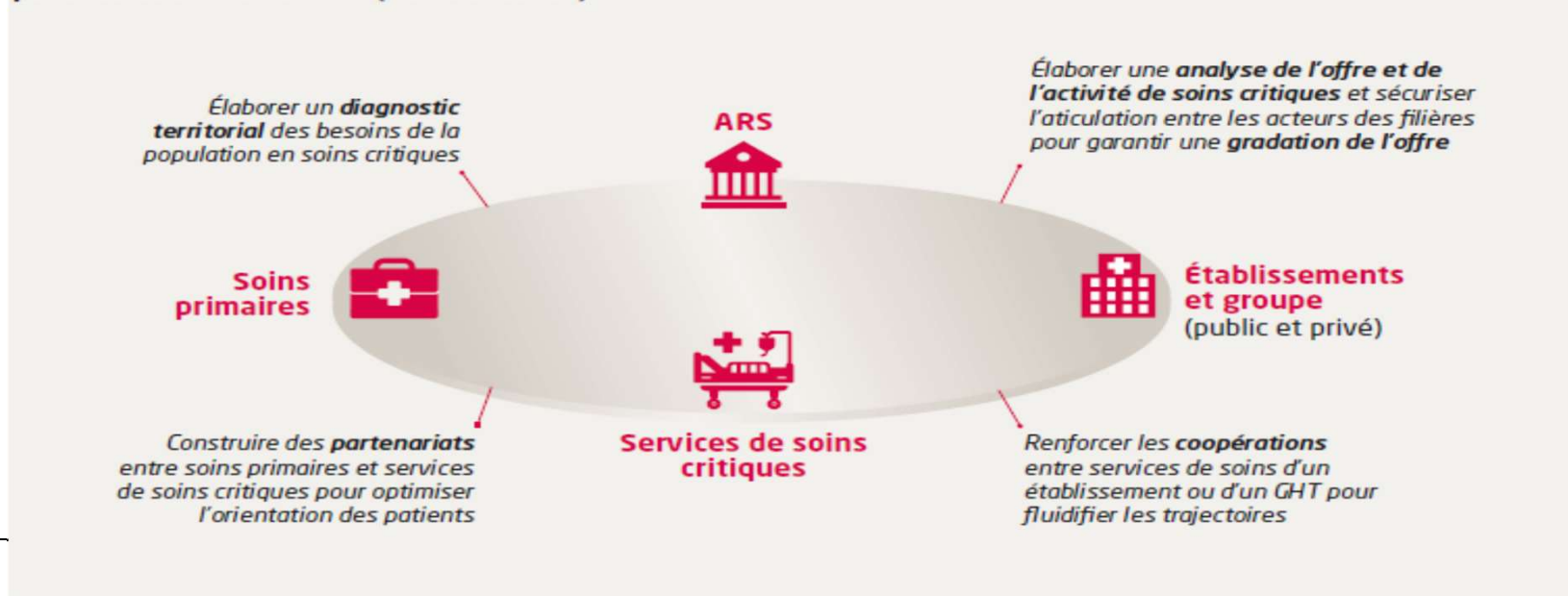
## 5°) Aménager une élasticité de l'offre de soins critiques

- ✓ Mutualiser les ressources humaines, si possible, et le niveau du plateau technique ou les matériels de suppléances d'organes
- ✓ Préparer des plans de formations continues des soignants réservistes en soins critiques
- ✓ Préparer des plans de montée en charge, avec ré évaluation annuelle ; définir les différents paliers de montée en charge capacitaire en termes de personnels, matériels, continuité et permanence des soins ;
- ✓ Préparer un plan de lits d'aval pour fluidifier le parcours patients en évitant l'engorgement des lits de soins critiques
- ✓ Comptabiliser dans chaque établissement le nombre de matériels liés aux suppléances d'organes (ventilateurs, ventilation non invasive, oxygénation à haut débit, machines à EER, à ECMO...) pour fonctionner en situation courante et en cas de crise sanitaire



- **Créer un comité de pilotage pour les 5 axes de ce travail** : 3 Coordonnateurs MIR et 3 MAR CHU référents + 3 Directions CHU référents + représentant MAR ES de CH et direction + représentant MAR ES privé et direction + ARS DOS et ARS DD 3 CHU .
- **Mettre en place une feuille de route régionale avec une déclinaison** départementale en s'appuyant sur les réanimateurs des établissements pivots en binôme avec les DDARS.

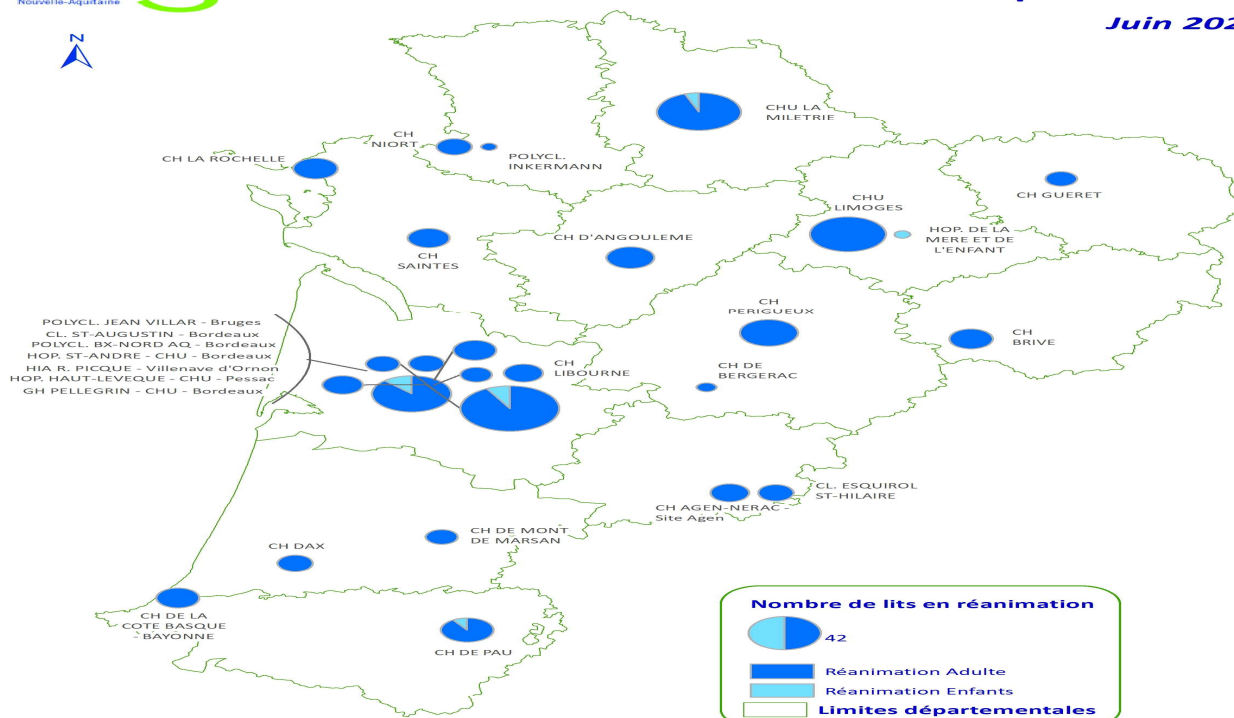
**Figure 1 : Les différents types d'acteurs impliqués au sein de la gouvernance partagée et leurs principaux périmètres d'intervention (non exhaustif)**





## Etablissements de santé autorisés en Réanimation en Nouvelle-Aquitaine

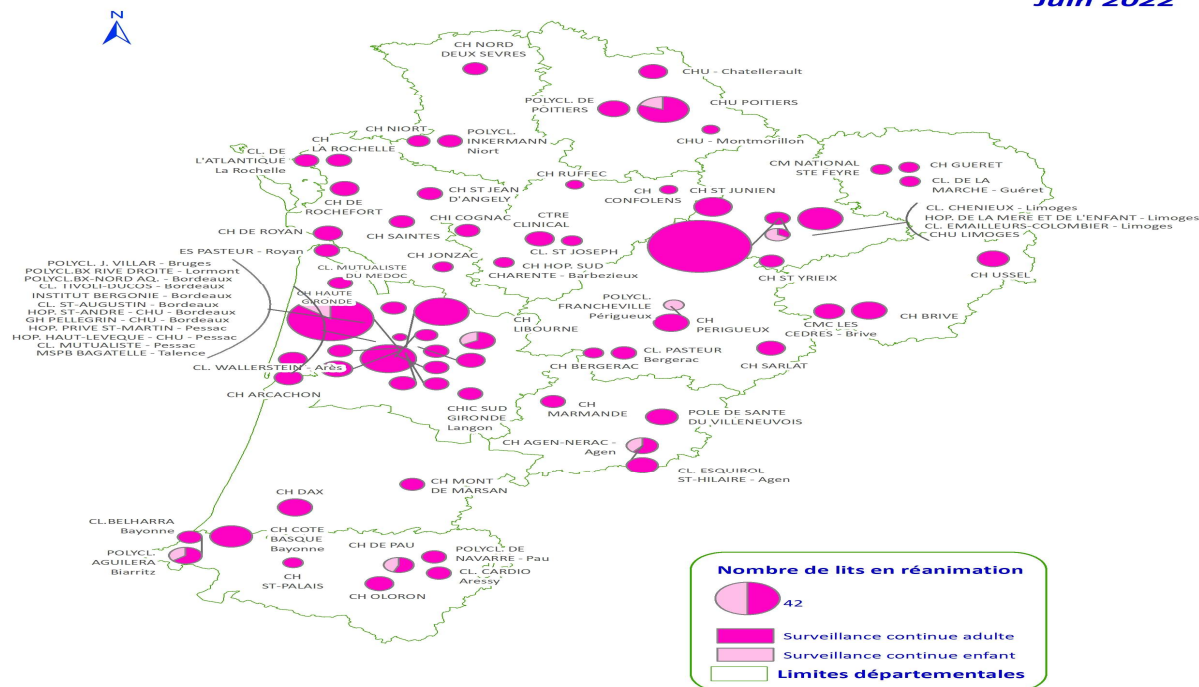
Juin 2022



Source : DREES / ARS NA, Enquête SAE 2020  
 Cartographie : ARS NA - DOS / DDPSP / Pôle études et statistiques  
 Juin 2022

## Etablissements de santé autorisés en Surveillance Continue en Nouvelle-Aquitaine

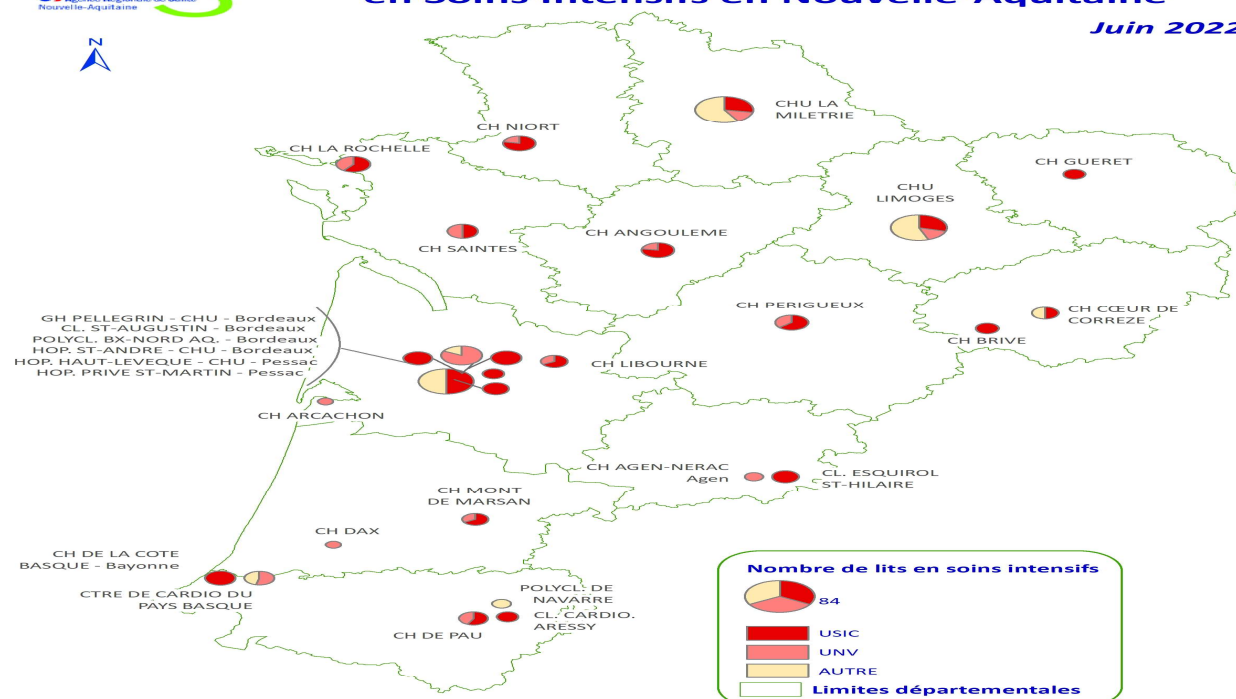
Juin 2022





## Etablissements de santé autorisés en Soins Intensifs en Nouvelle-Aquitaine

Jun 2022



Source : DREES / ARS NA, Enquête SAE 2020  
 Cartographie : ARS NA - DOS / DDPSP / Pôle études et statistiques  
 Juin 2022