



**Elèves directrices et directeurs
d'hôpital**

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **octobre 2022**

**La réforme des soins critiques : enjeux
et leviers de mise en œuvre au sein
des CHU**

Arnaud FOURMENTEZ

Remerciements

Je tiens à remercier la directrice générale du CHU de X, pour m'avoir permis d'intégrer l'établissement en tant qu'élève directeur d'hôpital. J'ai pu y réaliser des missions aussi variées qu'intéressantes, qui ont nourri mon expérience, approfondi mes apprentissages en vue de mon futur exercice professionnel et, à plus court terme, ont alimenté mes réflexions dans le cadre du présent mémoire.

Je remercie très chaleureusement ma maître de stage qui, au surplus d'un parfait compagnonnage et d'un indéfectible soutien tout au long de mes deux périodes de stage au sein du CHU de X, m'a accompagné assidument dans la démarche du présent mémoire. En me positionnant en animation du groupe de travail « soins critiques » du projet de mise en service du futur Centre Chirurgical et Interventionnel (CCI) en cours de construction, elle m'a notamment offert une opportunité unique d'appréhender les enjeux du sujet et mis directement aux prises avec le rôle à jouer par le directeur d'hôpital dans la démarche.

Mes remerciements vont également au directeur du projet de reconstruction du CHU, qui m'a accueilli au sein de sa direction pour la réalisation de mon stage, m'y a intégré comme un membre à part entière de l'équipe et m'a lui aussi soutenu tant dans la réalisation de mon stage que dans ma réflexion relative au présent mémoire. Ces remerciements s'adressent dans les mêmes termes et avec la même sincérité à son adjoint, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe.

Je tiens par ailleurs à remercier l'ensemble des membres de l'équipe projet CCI et du groupe de travail soins critiques pour la qualité des échanges et des travaux conduits, qui ont très largement contribué à faire murir ma réflexion et ma compréhension des enjeux du sujet de ce mémoire. J'appuie ces remerciements à l'attention du chef de département d'anesthésie - réanimation ainsi qu'au référent médical de l'équipe projet, et les élargis au médecin chef du DIM, avec qui j'ai eu l'occasion de travailler étroitement en marge des réunions du groupe, et qui m'ont tous trois apporté de précieux éclairages.

Plus largement, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers les membres de l'équipe de direction pour leur accueil, leur bienveillance et leur soutien. Dans le cadre du mémoire, je remercie tout particulièrement le directeur de cabinet qui, étant membre du comité régional soins critiques, m'a fait bénéficier de sa vision territoriale des enjeux du sujet.

Un grand merci enfin à tous les professionnels que l'élaboration du présent mémoire m'a conduit à rencontrer et qui, tous, m'ont réservé le meilleur accueil et fait profiter de leur expertise, avec bienveillance et pédagogie.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	4
1 Repenser les soins critiques, une nécessité devenue impérieuse	7
1.1 Une offre et une organisation des soins critiques fragmentées.....	7
1.1.1 Au niveau territorial, une offre disparate et insuffisamment coordonnée.....	7
1.1.2 En intra-hospitalier, une organisation hétérogène et éclatée	10
1.2 Une augmentation structurelle du besoin en soins critiques, ponctuée de pics conjoncturels d'activité.....	12
1.2.1 Un besoin de soins critiques tendanciellement en hausse sous l'effet du vieillissement de la population.....	12
1.2.2 Epidémies saisonnières et pandémies mondiales : une activité de soins critiques soumise à d'importantes fluctuations.....	15
1.3 Face aux évolutions du besoin et aux limites de l'offre actuelle en soins critiques, une nécessaire adaptation de la réponse sanitaire	18
1.3.1 Bâtir et structurer des filières de soins critiques.....	18
1.3.2 Renouveler le cadre de fonctionnement et organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques	22
2 Construire des « plateaux de soins critiques » en CHU : un défi organisationnel, architectural, technique et managérial	27
2.1 Un défi organisationnel.....	28
2.1.1 Des parcours et des organisations à repenser	28
2.1.2 Un dimensionnement et des responsabilités à redéfinir.....	31
2.2 Un défi architectural	35
2.2.1 De la « balkanisation » à la contiguïté : les soins critiques servis sur un plateau	35
2.2.2 Penser « l'élasticité » des soins critiques dans un bâti « en dur »	38
2.3 Un défi technique et humain.....	40
2.3.1 La nécessaire adaptation des systèmes d'information à la nouvelle organisation des soins critiques.....	40
2.3.2 Accompagner le changement, renforcer les compétences et soutenir l'attractivité	43
Conclusion	47
Bibliographie	49
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
CCI	Centre Chirurgical et Interventionnel
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNP-ARMPO	Conseil national professionnel d'anesthésie réanimation et médecine péri-opératoire
COPERMO	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé(e) d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGS	Indice de gravité simplifié
MAR	Médecin anesthésiste réanimateur
MIR	Médecine intensive et réanimation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles
PMSI	Programme de médicalisation du système d'information
PRS	Projet régional de santé
USC	Unité de surveillance continue
USI	Unité de soins intensifs
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
USINV	Unité de soins intensifs neuro-vasculaires
USIP	Unité de soins intensifs polyvalents
USR	Unité de soins renforcés
SIH	Système d'information hospitalier
SNPHARE	Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateur élargi

SRLF	Société de réanimation de langue française
SRPR	Soins de rééducation post-réanimation
SSE	Situations sanitaires exceptionnelles
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation

Introduction

Bien que d'usage courant, la notion de soins critiques n'avait jusqu'à récemment pas d'existence juridique. Elle désignait un périmètre d'activité sanitaire comprenant les services de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, ayant pour objet commun de prendre en charge des patients en situation critique dont le pronostic est grave mais potentiellement favorable. Depuis avril 2022¹, l'article R6123-33 du Code de la santé publique précise que « 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 ».

Jusqu'ici peu connus du grand public, les soins critiques ont été mis en lumière par la crise sanitaire en raison de leur rôle prépondérant dans la réponse sanitaire au Covid19. Depuis 2020, parlementaires, institutions nationales et régionales ou organismes d'inspection et de contrôle se sont en effet penchés sur ce domaine spécifique de l'activité sanitaire, interrogeant son dimensionnement, son organisation, son financement, sa capacité à faire face aux situations exceptionnelles présentes et à venir.

Cet intérêt soudain et massif traduit notamment une prise de conscience des enjeux sociétaux et éthiques qui pèsent sur l'organisation des soins critiques : la pandémie de Covid a fait entrevoir les choix que les autorités publiques auraient eu à faire et les décisions que les médecins auraient eu à prendre si le système de santé, et particulièrement les soins critiques, n'avaient pas résisté aux différentes vagues épidémiques. C'est d'ailleurs pour éviter d'avoir à faire ces choix et à prendre ces décisions que des mesures inédites de restriction de liberté ont été mises en œuvre.

Si la crise sanitaire a mis conjoncturellement les soins critiques à l'épreuve, elle a également, selon les mots de la Cour de Comptes, « mis à jour bien des difficultés structurelles qui n'avaient plus été analysées dans leur ensemble par les pouvoirs publics ou dans le débat public depuis une vingtaine d'année »². La Cour fait en l'occurrence référence à la réforme de 2002³, qui a fondé l'organisation actuelle des soins critiques,

¹ Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques

² Cour des Comptes, « Les soins critiques », 2021

³ Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue

cinquante ans exactement après la naissance de la réanimation médicale, dans le contexte de l'épidémie de poliomyélite survenue à Copenhague en 1952.

En France, la réanimation médicale est apparue en 1954 à l'hôpital Bichat – Claude Bernard, sous l'impulsion du Professeur P. Mollaret. Cette spécialité s'est développée parallèlement à celle d'anesthésie-réanimation, l'une et l'autre entretenant des relations souvent tendues, parfois conflictuelles. Les ordonnances Debré de 1958 ont favorisé l'essor de ces disciplines, via la création de services de réanimation au sein des CHU. Toutefois, ce développement rapide et « bicéphale » a conduit à une hétérogénéité des structures de réanimation, de leurs modes de fonctionnement, voire du niveau de qualité et de sécurité des prises en charge. Suite à une première tentative de « normalisation » des pratiques en 1989, par une circulaire⁴ visant à établir des schémas régionaux de réanimation, les pouvoirs publics parviennent finalement à encadrer les soins critiques par un dispositif réglementaire en 2002.

La réforme de 2002 a instauré la structuration actuelle des soins critiques en définissant des conditions d'implantation, des conditions techniques de fonctionnement et en instaurant une gradation de la prise en charge en trois niveaux :

- La réanimation, niveau le plus complexe, assurant la prise en charge de patients présentant plusieurs défaillances nécessitant le recours à des techniques lourdes de suppléance. L'activité de réanimation comprend trois segments :
 - La réanimation médicale, qui prend en charge des patients pour lesquels les défaillances d'organes découlent de l'évolution d'une pathologie médicale ;
 - La réanimation chirurgicale, accueillant des patients au sortir d'une intervention chirurgicale lourde ;
 - La réanimation polyvalente, structure mixte positionnée principalement dans des établissements non universitaires de taille intermédiaire, accueillant les deux typologies de patients précitées ;
- Les soins intensifs, spécialisés par organes, aptes à prendre en charge des défaillances isolées (cardiaque, neuro-vasculaire, néphrologique ...) ;
- La surveillance continue, ayant pour objet de prendre en charge des patients « qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique »⁵.

⁴ Circulaire DGS/DH n° 280 du 7 février 1989 relative à la mise en œuvre de schémas régionaux pour la réanimation.

⁵ Article D712-125 du CSP

Si, comme le pointe la Cour des Comptes, l'activité de soins critiques a depuis 2002 été « rarement analysée par les institutions publiques d'évaluation et de contrôle et peu mise en avant dans les politiques publiques »⁶, elle fait néanmoins l'objet d'une réflexion entamée antérieurement à la crise sanitaire, dans le cadre de la réforme des autorisations d'activité de soins initiée dès 2017 et actée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS)⁷. Percuté par la crise Covid, ce projet de réforme a surtout été alimenté par les constats et analyses multiples qui invitent aujourd'hui à repenser le modèle des soins critiques en France.

Une première étape a été franchie avec la publication le 26 avril 2022 de deux décrets qui rénovent respectivement les conditions d'implantation⁸ et les conditions techniques de fonctionnement⁹ de l'activité de soins critiques. Ce nouveau dispositif, qui entrera progressivement en vigueur à compter de juin 2023, impacte significativement l'organisation future des soins critiques au sein des établissements de santé : nouvelle gradation de la prise en charge, rapprochement fonctionnel et physique des unités au sein d'un plateau de soins critiques, nouveaux ratios de personnels et nouvelles règles en matière de qualification et de formation de ceux-ci... D'autres mesures sont attendues, s'agissant notamment de la qualification et des règles applicables aux futurs « soins renforcés », ou encore concernant les modalités de financement des soins critiques, qui devront nécessairement être adaptées au nouveau dispositif.

Si elle concerne tous les établissements de santé disposant d'unités de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue, cette réforme impacte particulièrement les CHU qui, pour la plupart, sont dotés de l'ensemble de la « palette » des soins critiques, tant sur le volet médical que chirurgical, incluant l'activité pédiatrique. Du fait de leur activité de recours, les CHU ont par ailleurs développé des unités spécialisées qui, s'agissant des soins intensifs et de la surveillance continue, sont souvent adossés aux services conventionnels de la spécialité concernée. L'éclatement des activités qui en résulte est de surcroît accentué par la taille des CHU et leur configuration souvent multi-sites et/ou pavillonnaire. Le rapprochement de ces unités au sein de plateaux de soins critiques revêt un caractère multidimensionnel qui le rend complexe, en ce qu'il engage à la fois les organisations, les parcours, le bâti et le capacitaire, le tout dans une logique globale de parcours patient à l'échelle de l'établissement, et de filière à l'échelle territoriale. Sans oublier, en

⁶ Cour des Comptes – Rapport public annuel 2021 – Tome 1 « Réanimation et soins critiques »

⁷ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

⁸ Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques

⁹ Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

toile de fond, un contexte de démographie professionnelle, médicale comme non médicale, particulièrement contrainte sur le secteur des soins critiques.

Comment appréhender la refondation en cours du modèle des soins critiques au sein des CHU ? Comment s'y préparer, stratégiquement et opérationnellement ? Quels sont les principales difficultés à anticiper, les freins à lever, les écueils à éviter et, à l'inverse, quels sont les leviers dont disposent les établissements pour relever ce défi ?

Comprendre et analyser les causes conjoncturelles et structurelles qui imposent de repenser le modèle des soins critiques constitue une démarche préalable nécessaire (I) à l'identification des enjeux et modalités de mise en œuvre des soins critiques de demain, en particulier au sein des CHU (II).

Méthodologie

La réalisation du présent mémoire s'appuie en premier lieu sur un important travail documentaire, avec pour enjeu de comprendre, de synthétiser et de traduire en actions une documentation pléthorique mais pour l'essentiel très récente, sur laquelle les professionnels manquent encore de recul alors même qu'ils disposent d'un délai limité avant la mise en œuvre, certes progressive mais non moins impactante, des nouvelles modalités d'implantation et de fonctionnement du futur dispositif. Ma participation à différentes réunions internes à mon terrain de stage comme à des séminaires et webinaires régionaux et nationaux sur le sujet m'ont en effet permis de mesurer l'ampleur des questionnements que soulève la réforme à l'œuvre.

La réflexion exposée au sein du présent mémoire a par ailleurs été largement alimentée par l'observation, l'investigation et l'action menée lors de mon stage long. En effet, indépendamment de la réforme, le CHU au sein duquel j'ai effectué ce stage se trouve dans une démarche active de réingénierie de son activité de soins critiques, liée à la construction d'un Centre Chirurgical et Interventionnel (CCI) regroupant, entre autres, les services de réanimation chirurgicale, réanimation cardiaque,USIC,USINV ainsi que les unités de surveillance continues chirurgicales de l'établissement. Ce projet est particulièrement intéressant dans le cadre de la réflexion globale sur le devenir des soins critiques, car il préfigure la logique de « plateau de soins critiques » acté par la réforme. En conséquence, le CHU se pose depuis plusieurs mois des questions et imagine des réponses à des problématiques qui vont se poser à tous les CHU à court terme, en lien avec la réforme.

Mon positionnement dans ce projet a particulièrement contribué à nourrir le présent travail. En effet, l'une de mes missions de stage consistait à animer, en lien avec ma maître de stage, le groupe de travail « soins critiques » mis en place dans le cadre global de la préparation à l'ouverture du CCI. Cette mission m'a placé au cœur des réflexions et m'a permis de travailler avec de multiples acteurs impliqués dans la démarche. Elle m'a également permis d'aller à la rencontre et d'échanger avec des professionnels très impliqués dans la refondation des soins critiques, en interne bien sûr, mais également au niveau territorial, et national pour certains.

Cette mission m'a par ailleurs amené à coordonner différentes enquêtes et études, en lien avec le DIM, les acteurs médicaux et soignants et l'équipe projet. Elle m'a également conduit à participer à la structuration de la méthodologie devant conduire à l'ouverture au sein du futur bâtiment des services de soins critiques ainsi regroupés. Elle m'a enfin mis aux prises avec les différentes problématiques que pose le rapprochement de tels services dans une logique de plateau, problématiques accentuées pour certaines par les décrets d'avril 2022.

En outre, j'ai pu compléter le travail documentaire, les travaux de groupes et les entretiens par ma participation à différents rendez-vous professionnels, tels qu'un séminaire inter-établissements réunissant les directeurs des opérations, ou encore un webinaire organisé par la FHF sur le thème de la réforme des autorisations, et plus spécifiquement des soins critiques.

Enfin, un recueil de retours d'expériences d'autres CHU a permis de compléter l'analyse et de conforter le recensement des points d'achoppement autour du sujet.

1 Repenser les soins critiques, une nécessité devenue impérieuse

Les analyses récentes du secteur des soins critiques conduisent au constat partagé d'une inadaptation de l'offre de soins (1.1), accentuée par les évolutions en volume et en fréquence du besoin en soins (1.2). Cet état des lieux implique de repenser l'organisation des soins critiques en France (1.3)

1.1 Une offre et une organisation des soins critiques fragmentées

Le maillage et la structuration territoriale de l'offre de soins critiques ne permettent pas de répondre efficacement aux enjeux sanitaires de ce secteur (1.1.1). L'organisation des activités de soins critiques au sein des établissements traduit en outre une hétérogénéité et un éclatement qui nuisent à la fluidité des parcours (1.1.2).

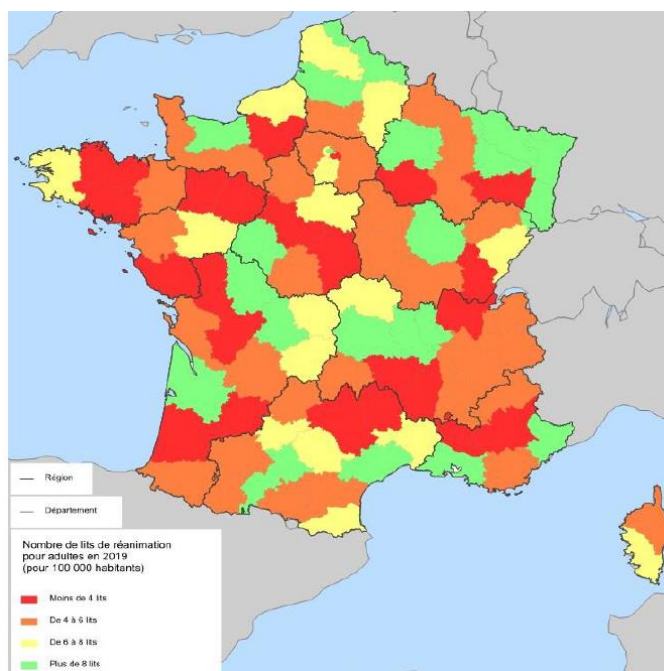
1.1.1 Au niveau territorial, une offre disparate et insuffisamment coordonnée

Une offre disparate

Au niveau national, et par comparaison avec d'autres pays de l'OCDE, la France semble à première vue bénéficier d'un taux d'équipement en lits de soins critiques satisfaisant, avec 16,3 lits pour 100 000 habitants en 2019. Cette affirmation doit être immédiatement nuancée au regard des biais importants liés aux différences d'organisation et de qualification des soins critiques d'un pays à l'autre. Ainsi, si la France semble bien dotée en comparaison du taux d'équipement moyen des pays européens (12,9), elle serait beaucoup moins bien équipée que l'Allemagne (33,9) ou l'Autriche (28,9).

A l'intérieur du territoire national, il existe des variations significatives des taux d'équipement à l'échelle régionale et infrarégionale. S'agissant des lits de réanimation, les écarts de densité d'un territoire à l'autre peuvent ainsi aller du simple au double, comme l'illustre la carte ci-contre¹⁰.

Pour tenter d'expliquer ces écarts, il apparaît nécessaire de croiser les taux d'équipement (l'offre) avec les



¹⁰ Source : INSEE / SAE 2019 (Carte réalisée par l'ARS Bretagne, octobre 2020)

taux de recours (la demande). Il apparaît une corrélation étroite entre l'un et l'autre. En effet, malgré une inégale répartition des capacités, les variations de taux d'occupation d'une région à l'autre sont relativement faibles. L'analyse de l'IGAS sur ce point est intéressante : « si le taux d'occupation régional n'est pas déterminé par le nombre de lits disponibles, c'est parce que le taux de recours à la réanimation, entendu comme la consommation de soins de réanimation d'une population, varie aussi très nettement d'une région à l'autre [...]. Il ressort de l'analyse des données que ce taux de recours est quasi-parfaitement corrélé au taux d'équipement (coefficient de corrélation : 0,97). Autrement dit, la consommation de soins de réanimation paraît s'adapter à l'offre de lits disponibles »¹¹.

L'activité de soins critiques étant pour une part importante non programmée, ce constat d'une adaptation « naturelle » de la demande à l'offre interroge. Dans son rapport sur les soins critiques¹², la Cour des Comptes livre une piste d'explication, après avoir fait le constat similaire à celui de l'IGAS concernant la corrélation taux d'équipement / taux de recours : « Les entretiens menés par la cour laissent à penser que pour les régions les moins dotées, une adaptation au déficit structurel de lits de soins critiques s'est développée au cours du temps par un phénomène de résilience, sans pour autant qu'il soit possible d'en évaluer la réalité et le fonctionnement, et en particulier le report vers d'autres types de prise en charge ». Et la Cour d'appeler de ses vœux une étude clinique, « qui permettrait d'objectiver ce constat et les éventuelles pertes de chances associées ». Il semblerait donc que ce soit bien la demande qui s'adapte à l'offre, pas l'inverse, et que le processus n'ait rien de « naturel ».

La région au sein de laquelle se trouve l'établissement de stage de l'auteur se caractérise par un taux d'équipement en réanimation faible au regard de la moyenne nationale, avec des disparités intra-régionales importantes, notamment avec deux départements qui se distinguent par un nombre de lits particulièrement bas. Toutefois, en considérant l'ensemble des lits de soins critiques de la région, celle-ci tend à se rapprocher de la moyenne nationale, du fait d'un nombre important de lits de soins intensifs spécialisés sur l'un des départements, et un nombre de lits d'USC très proche de la moyenne nationale. Le taux d'occupation des lits de réanimation dans les établissements de cette région est supérieur ou égal à 80% (seuil cible établi par la circulaire de 2003¹³). Dans certains établissements dont le CHU étudié, le taux d'occupation est proche de 100%, signe d'une tension sur les lits.

¹¹ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », 2021

¹² Cour des Comptes, « Les soins critiques », 2021

¹³ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

Une offre insuffisamment coordonnée

En matière d'organisation territoriale des soins critiques, l'ANAP¹⁴ identifie deux grandes tendances : la « régionalisation » et la « fragmentation ».

- Le modèle de régionalisation, aussi appelé « hub and spoke », le plus fréquent, repose sur une organisation centralisée, hiérarchisée et connectée à l'échelle du territoire, et fonctionne avec des équipes spécialisées et affectées exclusivement à l'activité de soins critiques (closed model staffing). L'adressage et la prise en charge sont gradués, entre centres de recours disposant de plateaux « lourds » et les satellites pour les situations moins complexes. C'est le cas de l'Irlande par exemple.
- La fragmentation correspond à un modèle d'organisation non régulée, se traduisant par des unités de tailles différentes et une hétérogénéité de répartition dans l'espace. Dans ce modèle, des mécanismes de mise en relation existe toutefois, soit via la télémédecine (ex. : programme *CritiCall* au Canada) ou par le biais de coopérations inter-établissements.

En France, la réforme de 2002 n'a pas défini de modèle organisationnel. Si la loi OTSS de 2019 renforce la volonté d'une organisation territoriale de l'offre de soins, elle ne fixe pas de méthodologie spécifique. Aussi, selon l'ANAP, « Le modèle dominant en France reste la fragmentation sans télémédecine ni coopération institutionnalisée, avec des situations très différentes d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre au sein des régions (quelques expériences de coopérations). L'existence d'équipes de réanimateurs dédiées à chaque unité (closed model staffing), qui est la règle depuis longtemps dans notre pays, n'y a pas entraîné de prolongation vers la régionalisation contrairement à ce qui s'est passé dans plusieurs autres pays »¹⁵.

Concrètement, au-delà des distinctions sémantiques, cela signifie que les soins critiques ne sont actuellement pas organisés en France dans une logique de filière. La régulation est faite par et entre les acteurs, de manière plus ou moins formalisée, soit via des conventions de coopérations inter-établissements, soit directement de gré à gré. Sur ce point, la crise sanitaire a particulièrement mis en évidence le besoin d'une coordination et d'une animation territoriale de la « filière » de soins critiques. La gestion de l'épidémie de Covid a en effet imposé la mise en place d'un pilotage territorial des soins critiques. Les retours d'expériences montrent d'ailleurs que dans toutes les régions, une structuration à double niveau s'est imposée : un pilotage régional par l'ARS, et des déclinaisons territoriales adaptées à la physionomie des territoires (territoire de santé, GHT, départements, « hémirégion...»). Selon l'IGAS, « cette hétérogénéité dans le niveau de pilotage retenu suggère

¹⁴ ANAP, « Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France », 2020

¹⁵ *Ibid.*

qu'il n'est pas opportun de fixer, au niveau national, un périmètre territorial unique pour la création des filières de soins critiques [...]. Ces différentes modalités de pilotage mises en œuvre lors de la crise Covid sont donc à pérenniser et formaliser pour construire de manière pragmatique la filière de soins critiques et assurer son animation »¹⁶.

1.1.2 En intra-hospitalier, une organisation hétérogène et éclatée

L'objectif de la réforme de 2002 était à l'époque de concentrer l'offre de soins critiques au sein d'unités de taille suffisamment importante pour garantir une prise en charge sécurisée et de qualité. En effet, le développement jusqu'alors trop peu régulé de cette discipline avait conduit à une hétérogénéité des structures de prise en charge, tant en termes d'organisation que de qualité, voire de sécurité des soins.

Si cet objectif a été globalement atteint s'agissant des services de réanimation, les soins intensifs et surtout les USC ont continué à se développer de façon non coordonnée ni harmonisée au plan des pratiques. Cet état de fait trouve son explication dans la différence de règles applicables à ces différentes catégories :

- La réanimation est une activité soumise par l'article R6122-25 du CSP à autorisation du directeur général de l'ARS, pour l'octroi ou le renouvellement de laquelle les établissements doivent se soumettre à une procédure très encadrée ;
- Les soins intensifs ne sont pas soumis au régime de l'autorisation préalable, ils font l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'établissement concerné et l'ARS, dans le cadre du CPOM. Si elles ne sont pas astreintes à des conditions d'implantation et de fonctionnement aussi strictes que les réanimations, les USI sont toutefois soumises à des normes réglementaires en matière de ratios d'encadrement paramédical, de nombre minimum de lits ou encore de permanence des soins ;
- Les unités de surveillance continue donnent lieu, à l'instar des USI, à une simple reconnaissance contractuelle dans le cadre des CPOM. Comme le souligne l'IGAS¹⁷, « elles ne sont soumises ni à une visite de conformité postérieure à la délivrance de l'autorisation, ni à l'obligation de réaliser, et transmettre à l'ARS, les résultats de l'évaluation de leur activité (dans le cadre du renouvellement de l'autorisation). C'est pourquoi les ARS sont unanimes à décrire les USC comme une « boîte noire » pour le pilotage de l'offre de soins critiques sur le territoire. De plus, les dispositions réglementaires relatives aux USC encadrent très faiblement leurs

¹⁶ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », 2021

¹⁷ *Ibid.*

modalités de fonctionnement. De cet encadrement juridique limité, il résulte une grande hétérogénéité dans le fonctionnement des différentes USC sur le territoire, tant en termes de patients pris en charge, que d'équipements ou de ressources humaines médicales et paramédicales à disposition.

Ainsi, si l'implantation et les conditions de fonctionnement des services de réanimation sont aujourd'hui encadrées et régulées, il n'en va pas de même pour les USC qui sont nettement remises en question, en tout cas dans leur configuration existante. Ce constat peut sembler paradoxal, considérant que l'objectif initial des USC, inspirées des *Step Down Unit* apparues aux Etats-Unis dans les années 1980, était « d'améliorer la qualité de l'orientation des patients dès leur admission, permettant pour les patients les moins graves de limiter le coût humain, logistique et financier des séjours en réanimation, tout en garantissant une surveillance rapprochée et une prise en charge de bonne qualité »¹⁸.

Parmi les USC, sont particulièrement visées celles qui sont isolées, c'est-à-dire situées dans des établissements ne disposant par ailleurs pas de service de réanimation. Or ces dernières sont actuellement majoritaires (61% des implantations). En outre, il y a lieu de distinguer parmi les USC localisées dans des établissements pourvus de réanimation les unités directement adossées à celle-ci de celles qui sont positionnées à distance. Ces dernières, tout comme les USC isolées, concernent très majoritairement la filière post-opératoire.

Le fonctionnement de ces unités est questionné, s'agissant notamment de leur couverture médicale et de la qualification des praticiens qui y exercent. La nature même de leur activité, très hétérogène, interroge. Il apparaît en effet qu'une part significative des patients accueillis en USC isolées ne relèvent pas d'une prise en charge en soins critiques. Certaines ARS interrogées par l'IGAS¹⁹ évoquent un « détournement » de certaines USC, utilisées comme substituts aux SSPI ou pour l'accompagnement de patients en fin de vie.

Ainsi, pour l'IGAS, « il ressort des différents entretiens menés par la mission que le dispositif actuel des USC isolées conduit à double écueil : d'une part, il donne lieu à un éparpillement des ressources humaines médicales et paramédicales qualifiées en soins critiques ; d'autre part, une proportion importante du parc des USC isolées ne relève pas à proprement parler du périmètre des soins critiques, tant par les moyens à leur disposition que par le type de patients pris en charge »²⁰.

¹⁸ Cour des Comptes – Rapport public annuel 2021 – Tome 1 « Réanimation et soins critiques »

¹⁹ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », op. cit.

²⁰ *Ibid.*

Les conclusions des nombreux rapports et analyses publiés récemment par différentes institutions, confortées par les fédérations professionnelles du secteur, traduisent unanimement une inadaptation de l'offre de soins critique en France, tant en termes de structuration, de pilotage et d'animation territoriale que d'organisation et de fonctionnement au sein des établissements. L'acuité de ce constat est au surplus renforcée par la confrontation de cette offre à un besoin de soins qui évolue, appelant une adaptation de la réponse sanitaire.

1.2 Une augmentation structurelle du besoin en soins critiques, ponctuée de pics conjoncturels d'activité

Bien qu'atténuée par les évolutions de la discipline et des techniques médicales, l'augmentation tendancielle du besoin en soins critiques est une réalité structurelle, principalement liée à la structure démographique du pays (1.2.1). Par ailleurs, la crise Covid a rappelé avec force l'importance des soins critiques dans la réponse sanitaire aux vagues épidémiques, saisonnières comme exceptionnelles (1.2.2).

1.2.1 Un besoin de soins critiques tendanciuellement en hausse sous l'effet du vieillissement de la population

Le capacitaire de soins critiques, pédiatrie incluse, a augmenté de 6,9% entre 2013 et 2019. Cette hausse est principalement portée par les soins intensifs (+10,3%) et les USC (+8,6%), alors que les capacités de réanimation ont faiblement évoluées (+1,2%)²¹. En 2019, le nombre de lits de soins critiques s'établit comme suit :

	Réanimation		Soins intensifs			Surveillance continue	
	Adultes	Enfants	Cardiologie	Neuro-vasculaire	Autres	Adultes	Enfants
Nombre de lits	5 080	353	2 763	919	2 272	7 361	856

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES.

Si l'offre globale en nombre de lits a augmenté depuis 2013, le nombre d'établissements autorisés en réanimation a diminué (298 en 2019 contre 230 en 2013). Cette tendance résulte du mouvement de concentration de l'offre de soins critiques engagé par les décrets de 2002 afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge. Ainsi, la plupart des lits de réanimation « fermés » ont en réalité été transformés en USC ou ont été transférés vers des établissements de taille plus importante.

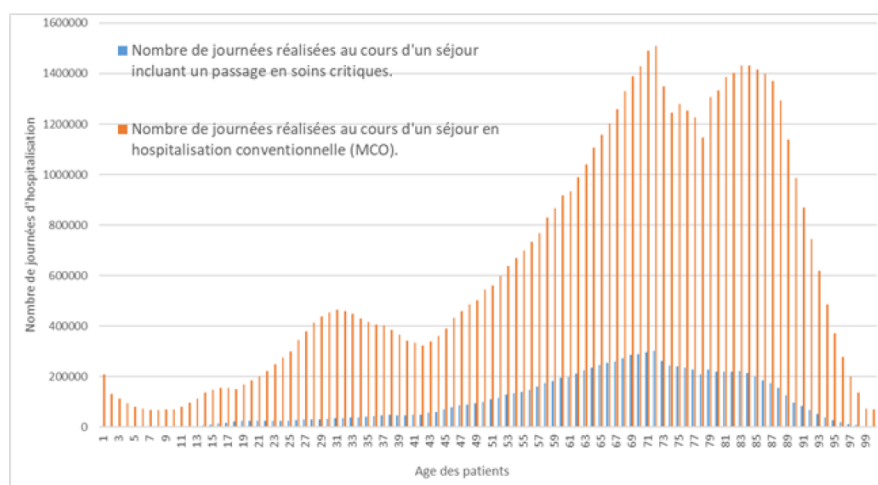
En considérant, d'une part, que la population de plus de 60 ans est surreprésentée dans le case mix des patients admis en soins critiques (cf. : graphique ci-dessous) et, d'autre part, que la part des plus de 60 ans est amenée à augmenter significativement et

²¹ DREES, Les établissements de santé, édition 2021

structurellement dans la population générale (de 15 millions en 2021 à 24 millions en 2060²²), il apparaît *a priori* évident de conclure à une augmentation nette du besoin futur en soins critiques.

En progression constante, la part des plus de 60 ans en soins critiques dépasse aujourd'hui les deux tiers (67% en 2020).

L'âge moyen des patients admis en soins critiques (65,4 ans) est supérieur à celui



Source : Cour des comptes d'après les données Diamant (2019), exprimées en nombre de journées au sein de séjours comprenant un passage dans une unité médicale de soins critiques

des patients hospitalisés en service conventionnel (60,5 ans). Par ailleurs, et contrairement aux hospitalisations conventionnelles, l'âge est le principal facteur prédictif d'une admission en unité de soins critiques²³.

Pour autant, une telle hypothèse d'augmentation du besoin en soins critiques lié au vieillissement de la population doit être tempérée, à la lumière de plusieurs facteurs :

- Les efforts déployés en matière de prévention primaire dans la stratégie nationale de santé pourraient ralentir l'augmentation du recours aux soins critiques, soit en prémunissant mieux la population contre les affections virales via une meilleure couverture vaccinale, soit en réduisant l'incidence et la prévalence des maladies chroniques et des comorbidités liées aux déterminants comportementaux (ex. tabagisme, nutrition...) et environnementaux de santé. Il s'agit ici de considérer qu'augmenter l'espérance de vie en bonne santé de la population permettra de compenser, au moins partiellement, la hausse du besoin en soins critiques ;
- Les progrès actuels et potentiels en matière de prévention secondaire et tertiaire contribuent également à limiter le recours aux soins critiques. Il s'agit d'agir aux différentes étapes du parcours du patient pour réduire la probabilité d'un passage en soins critiques. En amont, le développement des actions de prévention pré-opératoire permet par exemple de réduire la survenue d'évènements post-opératoires engendrant un passage en soins critiques. En aval, le recours aux soins

²² <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

²³ Cour des Comptes – Rapport public annuel 2021, op. cit.

de suites et de réadaptation (SSR) ainsi que le développement soins de rééducation post-réanimation (SRPR) permet d'éviter des ré-hospitalisations en soins critiques par un meilleur accompagnement de la réhabilitation du patient.

- L'évolution des techniques médicales permet d'éviter ou de limiter des passages en soins critiques antérieurement systématiques. Ainsi par exemple, la technique du TAVI (implantation d'une prothèse valvulaire aortique par voie percutanée) est désormais indiquée en priorité chez les patients âgés ou présentant des comorbidités rendant le recours à une chirurgie lourde risqué.
- La DMS en soins critiques a tendance à diminuer depuis plusieurs années (hors crise Covid), du fait de l'amélioration des techniques, notamment anesthésiques et opératoires, de l'évolution des modes de prise en charge. L'IGAS identifie également le fait que « la réduction de la DMS pourrait également avoir été contrainte par la hausse du nombre de séjours, à nombre de lits inchangé »²⁴...

Si les facteurs précités sont susceptibles d'atténuer les effets du vieillissement de la population sur le besoin en soins critiques, l'augmentation tendancielle de ce dernier reste toutefois une réalité. Pour la Cour des Comptes, « même si de bonnes politiques de prévention et les progrès médicaux peuvent atténuer le besoin de recours aux soins critiques, cette évolution démographique constitue un défi majeur qu'il convient d'évaluer et de préparer, en tenant compte du fait que les temps de montée en charge des organisations en soins critiques sont longs, en raison des prérequis à satisfaire en termes de formation des professionnels, d'équipements et d'investissements »²⁵. L'IGAS en convient : « le vieillissement démographique demeure néanmoins le principal critère à prendre en compte dans la détermination de la trajectoire d'évolution du capacitaire. La tendance à l'augmentation de la part des personnes âgées en réanimation, sous l'effet du vieillissement démographique, demeure indéniablement un phénomène structurel appelé à se poursuivre et s'amplifier à l'avenir »²⁶.

En outre, il convient de souligner que si les progrès médicaux permettent de limiter les passages en soins critiques « évitables », ils ont à l'inverse pour effet de permettre de nouvelles prises en charge dans ce secteur. En effet, l'amélioration continue des techniques et l'innovation en matière de médecine intensive et de réanimation et de médecine péri-opératoire se traduit depuis 2014 par une augmentation de la part des patients âgés, voire très âgés, admis en réanimation, alors que leur seul âge eut été un motif de refus

²⁴ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », 2021

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

d'admission par le passé. Reste toutefois à s'attacher à la dimension sociétale et éthique qui sous-tend la question de l'admission des patients très âgés en soins critiques. En effet, l'hétérogénéité constatée d'un territoire à l'autre dans les taux d'admission de cette typologie de patients a conduit l'IGAS à prescrire l'élaboration de recommandations médicales, au niveau national ou européen, guidant les décisions d'admission des patients très âgés, et propose de confier au CCNE la mission d'engager un débat éthique sur le sujet²⁷.

S'il apparaît nécessaire de construire une véritable filière de soins critiques et de revoir son organisation, la question de son dimensionnement constitue un réel enjeu, voire une urgence au regard du temps nécessaire à une montée en puissance des capacités, qui plus est dans un contexte de forte tension sur la démographie médicale et paramédicale. Cet enjeu capacitaire se trouve de surcroît complexifié par une dimension de plus en plus prégnante dans le recours aux soins critiques : la flexibilité.

1.2.2 Epidémies saisonnières et pandémies mondiales : une activité de soins critiques soumise à d'importantes fluctuations

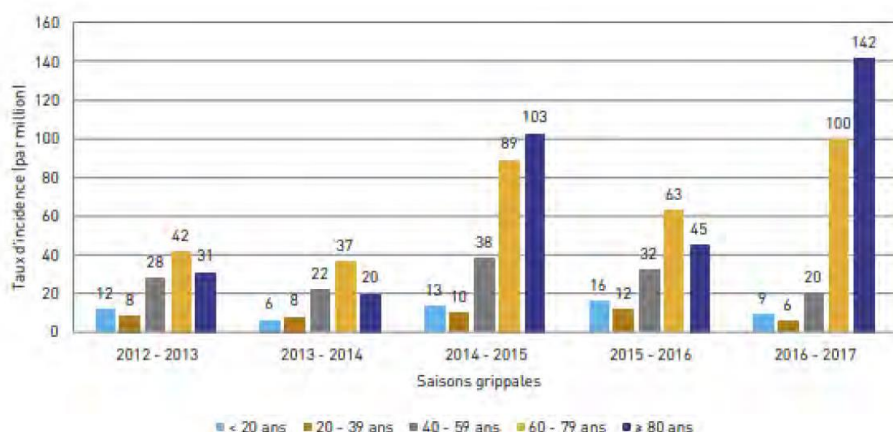
La crise Covid a très largement éprouvé et challengé la capacité de réponse des soins critiques face à une situation sanitaire exceptionnelle de type épidémique. Au point même que, comme le souligne la Cour des comptes, « depuis le début de la crise sanitaire, en France comme à l'étranger, les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques »²⁸.

Certes, l'épidémie de Covid a impacté le système de santé d'une manière inédite, par l'ampleur du flux de patients à prendre en charge, notamment en soins critiques, sur une durée relativement longue. Pour autant, les situations de tensions, voire de saturation des établissements de santé et particulièrement de leurs services de réanimation liées à des vagues épidémiques ne sont pas nouvelles. Chaque année, la grippe saisonnière met ainsi sous tension les capacités de soins critiques, avec plus ou moins de force selon l'intensité et la virulence de l'épisode épidémique. Comme l'illustre le graphique ci-après, les saisons grippales 2014-2015 et 2016-2017 ont généré un pic d'activité important en réanimation.

²⁷ *Ibid*, recommandations n°5 et 6 (p.49)

²⁸ Cour des Comptes – Rapport public annuel 2021 – Tome 1 « Réanimation et soins critiques »

Graphique 7 : Taux d'incidence par million d'habitants dans la population générale des hospitalisations pour grippe avec passage en réanimation par tranche d'âge et par saison, 2012-2017, France métropolitaine



Source : Santé Publique France

Au-delà des virus saisonniers, la France a également eu à faire face, ou au moins à se préparer à faire face, depuis le début des années 2000 à plusieurs situations épidémiques (H1N1, H5N1...). Aussi, avant même d'évoquer spécifiquement les leçons de la crise Covid, est-il possible d'affirmer que l'activité de soins critiques connaît régulièrement des fluctuations importantes d'activité appelant une adaptabilité de la réponse sanitaire. Ainsi par exemple, dans le contexte de la prolifération en Asie du virus H5N1 et de la crainte de son arrivée massive en France, le CCNE rendait en 2009 un avis qui, sans le savoir, décrivait avec une précision presque prophétique la situation qui s'est réalisée 10 ans plus tard avec le Covid²⁹.

S'agissant spécifiquement de la crise Covid, le constat partagé par l'IGAS, la Cour des comptes, les conseils nationaux professionnels ou encore les parlementaires est d'abord celui du caractère trop général de la doctrine d'anticipation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles, et notamment de l'absence de mesures spécifiques permettant une montée en puissance rapide des capacités de soins critiques. Plus encore, les différentes missions d'enquêtes conduites ont considéré que le cadre général de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles qui, depuis 2014 repose sur le schéma ORSAN, est beaucoup moins spécifiques que les plans « pandémie grippale » élaborés antérieurement. Ainsi, selon la Cour des Comptes, « la situation des soins critiques face à une pandémie de grande ampleur, de nombreuses détresses respiratoires graves et des durées de séjour longues en réanimation, n'a pas été pensée explicitement au sein de stratégies qui concernent l'ensemble des situations sanitaires exceptionnelles, d'abord caractérisées par un afflux massif et de courte durée d'un nombre exceptionnel de patients à l'hôpital et en premier lieu aux urgences »³⁰.

²⁹ CCNE, Avis n°106, Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale, 2009

³⁰ Cour des Comptes – Rapport public annuel 2021 – Tome 1 « Réanimation et soins critiques »

Pour faire face à la crise, les acteurs de terrain ont donc dû imaginer et mettre en œuvre dans un temps très court des solutions pour adapter la réponse sanitaire à l'ampleur de la situation. S'agissant des soins critiques, il s'est notamment agi d'ouvrir des « réanimations éphémères », pour doubler très rapidement les capacités d'accueil afin de prendre en charge à la fois les patients Covid et les patients non Covid. Comme l'affirme le CNP ARMPO en introduction de son « guide d'aide à la mise en place d'une réanimation éphémère » publié dès juin 2020, « les secteurs de soins intensifs, les unités de soins continus, les salles de réveil et les blocs opératoires ont été transformés en véritables secteurs de réanimation. Conjointement, l'arrêt de la chirurgie programmée a libéré les compétences des anesthésistes réanimateurs au profit exclusif de l'activité de réanimation. Ainsi, la mobilisation, dans un temps très court, de ressources humaines et matérielles considérables a permis l'ouverture de nouvelles réanimations « éphémères ». Face à la situation extrêmement brutale et complexe de l'accueil synchrone de très nombreux patients en situation critique due à une nouvelle maladie, les établissements de santé, publics et privés ont dépassé les rigidités qui leurs sont habituellement prêtées, et démontré une remarquable élasticité dans l'offre de soins de réanimation »³¹.

La notion d'élasticité évoquée ici par le CNP ARMPO semble s'imposer comme le socle de la nouvelle doctrine de gestion des situations exceptionnelles en soins critiques. En effet, toute la littérature récente tirée de l'expérience du Covid évoque la nécessité de tendre vers une « élasticité », « plasticité », « flexibilité » ou encore « adaptabilité » de l'offre de soins critiques pour faire face à la survenue régulière d'évènements, saisonniers ou exceptionnels, de nature à mettre sous tension les capacités de ce secteur.

Ainsi, l'IGAS recommande d'actualiser les plans nationaux et régionaux de préparation aux crises sanitaires pour fixer un nouveau cadre, au sein duquel les établissements dotés de soins critiques devront élaborer « un plan de montée en charge des capacités pour répondre aux pics d'activité et aux situations sanitaires exceptionnelles »³². Pour l'Inspection Générale, « le principal objectif dans la préparation aux crises sanitaires doit être de disposer d'une image précise du potentiel d'augmentation de l'offre de soins critiques. De cette façon, il est possible de savoir où se situe le point de rupture du système de santé et de pouvoir prendre, en connaissance de cause, les mesures qui s'imposent pour en prévenir l'atteinte »³³.

³¹ CNP ARMPO, Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une réanimation éphémère, 2020

³² IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », 2021

³³ *Ibid.*

L'état des lieux détaillé des soins critiques réalisé à la lumière de la crise Covid a révélé des difficultés structurelles, liées tant à la structuration et l'animation territoriale de la filière qu'au cadre d'organisation et de fonctionnement d'un secteur qui voit le volume et la fréquence du besoin de prise en charge évoluer. Ces constats ont conforté et rendu prégnante la nécessité de repenser le modèle des soins critiques en France.

1.3 Face aux évolutions du besoin et aux limites de l'offre actuelle en soins critiques, une nécessaire adaptation de la réponse sanitaire

Capitalisant sur le retour d'expérience de la crise sanitaire, et s'appuyant notamment sur les travaux de la mission IGAS³⁴, le Gouvernement a élaboré une « feuille de route Soins critiques 2022-2025 » afin de « renforcer la filière de soins critiques en France et de l'armer pour mieux affronter les crises sanitaires de demain »³⁵. Cette stratégie repose sur cinq grands axes³⁶ :

- Bâtir une véritable filière de soins critiques ;
- Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins ;
- Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales ;
- Structurer des filières territoriales de soins critiques ;
- Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles

L'enjeu de la refondation des soins critiques est double : inscrire ce secteur dans une véritable logique de filière, coordonnée et pilotée territorialement (1.3.1) et repenser le cadre de fonctionnement pour l'adapter aux besoins de prise en charge et regrouper l'activité au sein de « plateaux de soins critiques » (1.3.2).

1.3.1 Bâtir et structurer des filières de soins critiques

L'expérience de la crise sanitaire a mis en exergue l'absence d'une véritable filière de soins critiques, organisée, régulée et animée au sein des territoires. Elle a également démontré la capacité des acteurs à se structurer, dans un contexte exceptionnel tel que la crise Covid, et a fourni de riches enseignements quant aux orientations à prendre pour mettre en place de telles filières hors situation de crise.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/olivier-veran-a-presente-aux-acteurs-du-secteur-hospitalier-la-feuille-de-route>

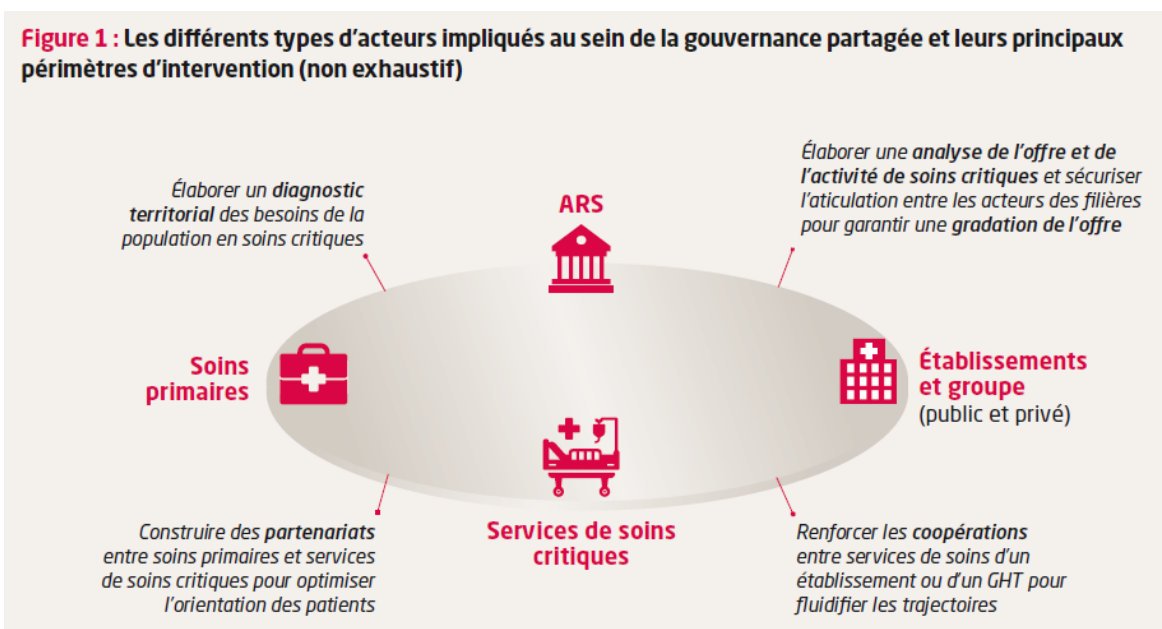
³⁶ Ministère des solidarités et de la santé, « Feuille de route Soins critiques 2022 -2025 », 2022

La mission IGAS, tirant les leçons des deux années écoulées, a fixé les objectifs de la structuration des futures filières de soins critiques³⁷ :

- Définir précisément le rôle de chaque établissement, quel que soit son statut, dans la prise en charge des patients critiques ;
- Formaliser les circuits de prise en charge des patients, en fonction de leurs besoins de soins, en intégrant l'amont et l'aval des soins critiques ;
- D'assurer une animation territoriale de cette filière.

L'enjeu d'une telle démarche réticulaire est double : garantir aux patients le niveau de prise en charge le plus adapté à sa situation et son besoin de soins d'une part, améliorer l'allocation, la répartition et l'utilisation des ressources rares que constituent les moyens humains et matériels en soins critiques.

L'ANAP définit la filière de soins comme « une organisation cohérente et graduée des soins autour de multiples acteurs et établissements de santé pour construire les parcours de soins empruntés par les patients »³⁸. La construction d'une telle filière suppose la coopération et la coordination de nombreux acteurs, ainsi qu'une régulation de leurs activités. Son élaboration implique donc une gouvernance partagée, au sein de laquelle les périmètres d'intervention de chacun sont clairement définis. L'ANAP propose une schématisation de cette gouvernance³⁹ :



Source : ANAP

³⁷ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », op. cit.

³⁸ ANAP, « Parcours de soins critiques, analyses et recommandations », 2022

³⁹ ANAP, « Régulation des soins critiques, les filières territoriales », 2022

En s'appuyant sur les démarches existantes dans certains territoires ainsi que sur les leçons de la crise Covid, l'IGAS recense les principales actions à engager pour la mise en place d'une filière de soins critiques :

▪ **« Définir la maille territoriale appropriée » :**

La structuration « spontanée » qui s'est mise en place dans le cadre de la crise sanitaire n'a pas été uniforme sur tous les territoires, mais s'est appuyée sur un découpage empirique propre à chaque territoire. Dans leur « guide du Renfort médical en soins critiques en Situation Sanitaire Exceptionnelle », les CNP MIR et ARMPO expliquent ainsi ce constat : « le découpage territorial tel qu'il est donné par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) a comme inconvénient de ne pas prendre en compte les établissements à but lucratif et trouve donc ici ses limites. La cartographie exhaustive des acteurs des soins critiques d'un territoire-région doit privilégier une analyse pragmatique et fonctionnelle plutôt qu'un découpage administratif préétabli »⁴⁰. Pour la réalisation de cette analyse, l'ANAP⁴¹ propose des critères de délimitation du périmètre :

- Un critère géographique, lié aux temps d'accès aux différentes structures de soins critiques, tenant compte de leur gradation, permettant de définir ce que l'ANAP appelle les « frontières temporelles rayonnantes » ;
- Un critère réticulaire, consistant à s'appuyer sur les coopérations existantes entre les acteurs d'un territoire donné pour définir les « frontières dessinées par les coopérations » ;
- Un critère opérationnel, dont l'objet est de prendre en compte les liens d'amont et d'aval des structures de soins critiques, afin d'identifier les « frontières opérationnelles ».

▪ **« Préciser les différents niveaux de gradation de la filière et leur rôle » :**

La mission IGAS suggère de mener une réflexion nationale sur le sujet de la gradation des établissements en matière de soins critiques, permettant dans chaque région, via les PRS, de structurer des filières territoriales intégrant cette gradation.

▪ **« Assurer l'animation territoriale de la filière » :**

Selon l'IGAS, « la coopération entre les acteurs de la filière doit s'inscrire dans un cadre formalisé sous l'égide de l'ARS », et « le rôle respectif de l'ARS et des acteurs de la filière territoriale de soins critiques doit être formalisé par une convention ». Le pilotage de chaque filière aurait vocation à :

- S'établir à deux niveaux : un niveau régional, sous l'impulsion de l'ARS, et une déclinaison à l'échelle de la maille territoriale définie (cf. supra.) ;

⁴⁰ CNP MIR et ARMPO, « Guide du Renfort médical en soins critiques en Situation Sanitaire Exceptionnelle », 2021

⁴¹ ANAP, « Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France », op. cit.

- Inclure l'ensemble des membres de la filière : établissements publics et privés, fédérations, et médecins. La mission insiste sur la nécessaire médicalisation du pilotage, proposant même de confier l'animation territoriale à un binôme de réanimateurs du territoire.

Le conventionnement entre les acteurs aurait quant à lui pour objet de spécifier le rôle de chaque établissement dans la gradation de l'offre, de définir les modalités de transferts inter-établissements, ainsi que les modalités de gestion territoriale des ressources (RH, médicaments, DM...).

Le décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques acte la création des filières de soins critiques. En effet, il prévoit que le titulaire d'une autorisation d'activité de soins critiques, quelle qu'en soit la modalité ou la mention (cf. : infra), « fait 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 et à développer l'expertise en soins critiques notamment par télé santé »⁴². L'organisation des réseaux territoriaux de la filière des soins critiques passera par des Dispositifs Spécifiques Régionaux (DSR), créés par la loi OTSS (article L6327-6 du CSP). Les DSR ont vocation à apporter aux professionnels de santé, établissements de santé et ARS une expertise particulière et leur apporter un appui spécialisé en matière d'activités de soins soumises à autorisation.

Le texte semble en outre acter le principe d'une régulation territoriale de l'offre de soins critiques, et la dote d'outils. En effet, le nouvel article D. 6124-27-2. du CPS prévoit que « Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site (...) 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 »⁴³. Dans une logique de filière, il prévoit en outre des outils de coopération et de mise en réseau des acteurs : les systèmes d'informations évoqués à l'instant, mais aussi le recours à la télé médecine ou encore un dossier patient « adapté à l'organisation des soins critiques »⁴⁴.

Outre la construction d'une véritable filière de soins critiques, le futur modèle doit s'inscrire dans un cadre de fonctionnement rénové, pour une meilleure réponse aux besoins de prise en charge et une meilleure adaptation aux pics d'activités.

⁴² Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques

⁴³ *Ibid.*

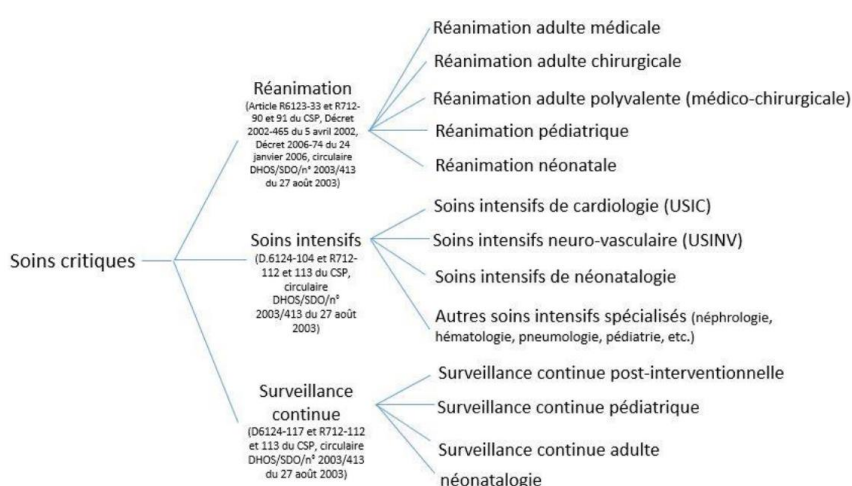
⁴⁴ *Ibid.*

1.3.2 Renouveler le cadre de fonctionnement et organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques

A l'occasion de la présentation par Olivier Véran, alors Ministre de la santé, de la feuille de route Soins critiques 2022 -2025, son ministère a rappelé les enjeux de la refonte des textes relatifs aux soins critiques : « la réforme du cadre réglementaire de l'activité de soins critiques, initiée avant la crise sanitaire, constitue un acte majeur de refondation de la filière. Il s'agit de moderniser les obligations règlementaires structurantes du cadre d'autorisation pour renforcer le haut niveau de sécurité nécessaire à la pratique des soins critiques, et d'autre part assurer un meilleur continuum entre soins intensifs et réanimation »⁴⁵.

En premier lieu, le décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques modifie la gradation des soins critiques, dans le but affiché de mieux encadrer et réguler les implantations et le fonctionnement de l'ensemble du spectre des soins critiques. Pour mémoire, la gradation antérieure à la réforme était la suivante.

Un dispositif à trois niveaux : la réanimation, pour la prise en charge des cas les plus lourds (défaillances multiples), les soins intensifs, centrés sur une médecine d'organe (défaillance isolée), et la surveillance continue, unité intermédiaire accueillant des patients

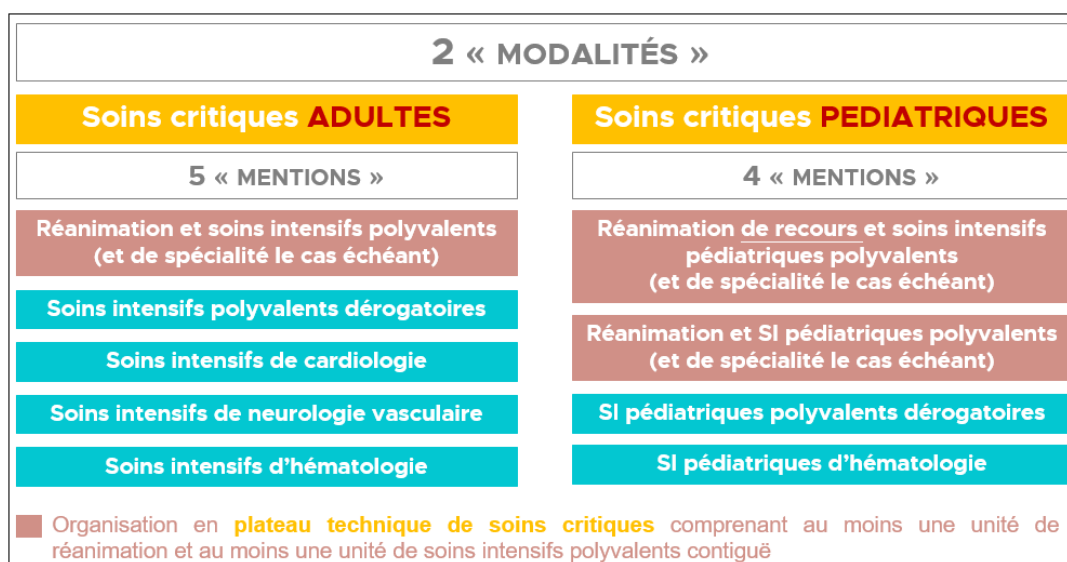


non réanimatoires mais trop lourds pour une hospitalisation conventionnelle, nécessitant au regard de la gravité de leur état une observation clinique et une surveillance accrue.

Partageant avec l'IGAS le constat d'un « un encadrement insuffisant des surveillances continues, qui a conduit à la multiplication d'unités isolées, avec une hétérogénéité de fonctionnement, et une activité ne relevant pas toujours de soins critiques »⁴⁶, le ministère met fin à cette gradation en trois niveaux, marquant la disparition des USC. Le nouveau modèle se compose de deux « modalités », à savoir les soins critiques adultes et les soins critiques pédiatriques. Chacune de ces modalités comprend désormais plusieurs « mentions », identifiées dans l'illustration ci-après :

⁴⁵ Ministère des solidarités et de la santé, communiqué de presse, « Olivier Véran a présenté aux acteurs du secteur hospitalier la feuille de route soins critiques 2022-2025 », 10 juin 2022

⁴⁶ *Ibid.*



Source : Décret n°2022-690 du 26 avril 2022 (illustration réalisée par A. FOURMENTEZ)

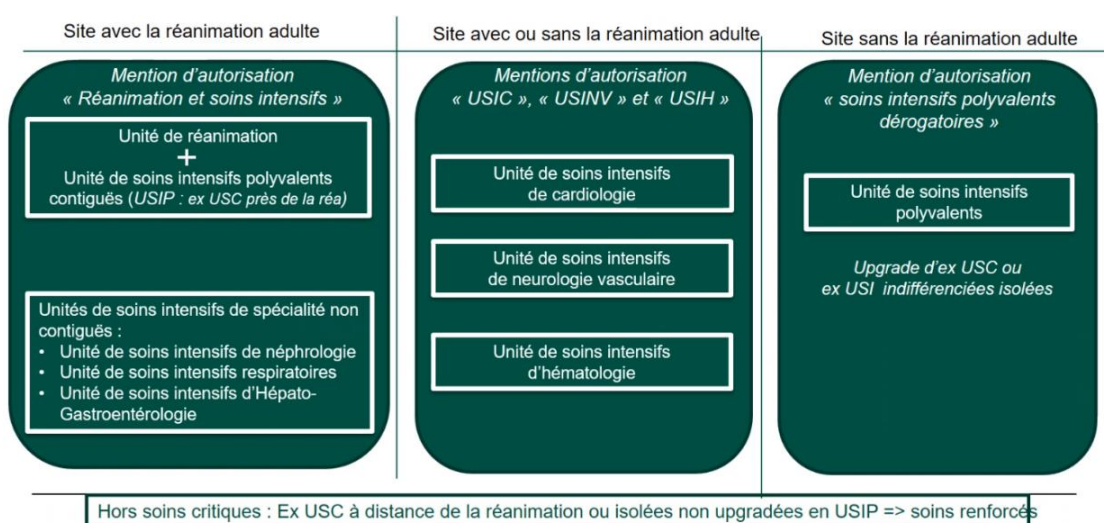
Contrairement au dispositif antérieur, toutes les composantes de la nouvelle filière de soins critiques sont désormais soumises à autorisation. Ainsi la France s'oriente désormais clairement vers un modèle « régionalisé », tel de décrit par l'ANAP (cf. : supra), en donnant aux autorités de tutelle un réel pouvoir de régulation et d'harmonisation des conditions d'implantation et de fonctionnement sur l'ensemble du territoire. Ainsi, le décret 2022-694 précité instaure-t-il pour chaque mention des seuils capacitaires, des ratios d'encadrement et des prérequis techniques et architecturaux. Ces dispositions sont détaillées au sein de l'ANNEXE 1.

Alors qu'elle supprime la notion de surveillance continue, la réforme consacre les « unités de soins intensifs polyvalents » (USIP). Définie par le décret 2022-690 précité, la mission de ces USIP est d'assurer « 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 ». Cette définition est très proche de celle des USI existantes, à la différence que ces dernières ont une orientation spécifique par spécialité.

Le décret 2022-690 précité crée par ailleurs les « plateaux de soins critiques », traduisant la volonté de mettre fin à la « balkanisation⁴⁷ » des USI et USC et de rapprocher les structures de soins critiques, géographiquement comme fonctionnellement, pour mutualiser les moyens et organiser leur « élasticité ». Le texte prévoit ainsi que « les titulaires [d'une autorisation d'activité de réanimation et soins intensifs polyvalents (modalité 1, mention 1 ; modalité 2, mentions 1 et 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. Une mention prévoit toutefois la possibilité de constituer une USIP

⁴⁷ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux SSE », op. cit.

« dérogatoire » sur un site ne disposant pas de réanimation. Le schéma ci-dessous illustre l'organisation future :



Source : DGOS

Dans ce nouveau schéma, que deviennent les actuelles USC ? Dans l'esprit de la réforme, il apparaît qu'une distinction devra être faite entre celles qui entrent réellement dans le périmètre des soins critiques, de celles qui doivent en sortir. En effet, les anciennes USC ont vocation soit à être « upgradées » pour intégrer les futures USIP (contiguës ou dérogatoires), soit à sortir du champ des soins critiques pour devenir des unités de « soins renforcés » (cf. focus dans l'encadré ci-dessous). En effet, comme l'indique la mission IGAS, « en application de la réforme, une partie des actuelles USC deviendrait des unités de soins intensifs polyvalents (USIP), tandis que celles ne remplissant pas les conditions techniques de fonctionnement associées sortiraient du périmètre des soins critiques pour devenir des unités de soins renforcés »⁴⁸.

Focus : les unités de « soins renforcés »

Selon l'Académie nationale de médecine, « ce type d'unités se caractérise par un nombre adapté de lits permettant une prise en charge de courte durée pour des malades, ayant subi des gestes opératoires complexes, réclamant une surveillance étroite et des soins post-opératoires spécifiques, mais dont l'état est stable, sans défaillance viscérale aiguë, donc sans besoin d'une hospitalisation en soins critiques »⁴⁹.

Pour l'IGAS, « il existe [...] de nombreuses situations dans lesquelles l'état d'un patient requiert un encadrement paramédical renforcé par rapport à une unité d'hospitalisation conventionnelle, sans aller jusqu'à une surveillance continue. Le développement de telles unités, y compris dans les établissements ayant une activité de soins critiques, permettrait de limiter les cas d'admission en réanimation liés à un manque de soin

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Académie nationale de Médecine, « L'unité de soins renforcés en hospitalisation médicale ou chirurgicale : une composante importante de la réorganisation des soins en Etablissement de santé », 4 mars 2022

paramédical et d'offrir un nouveau débouché en aval d'une prise en charge en soins critiques »⁵⁰.

A titre d'exemple, certaines USC post-opératoires pourraient ainsi être transformées en unités de soins renforcés, considérant que la charge en soins des patients opérés d'une chirurgie lourde est trop importante pour les services de chirurgie conventionnelle, mais que pour autant leur prise en charge ne relève pas du périmètre des soins critiques, ces patients nécessitant « avant tout des soins post-opératoires spécifiques, demandant du temps et une technicité particulière, et une surveillance continue par un personnel entraîné ».

Le périmètre et les missions de ces unités doivent être précisés. Au moment de la rédaction du présent mémoire, des travaux sont en cours entre le ministère de la santé, les fédérations et conseils nationaux professionnels.

L'inadaptation de l'offre de soins critiques, insuffisamment régulée et coordonnée au niveau territorial, hétérogène et disparate dans sa répartition et son organisation, a été clairement mise en exergue par la crise sanitaire. Cette dernière a également amené les pouvoirs publics à mesurer les enjeux de prise en compte des évolutions structurelles du besoin de soins critiques, tant en volume qu'en fréquence. Aussi, la feuille de route gouvernementale établie sur la base des enseignements des deux dernières années, et intégrant les travaux amorcés préalablement dans le cadre de la réforme des autorisations, a vocation à modifier en profondeur le modèle des soins critiques français. Les décrets d'avril 2022 ont engagé la démarche, et impacteront fortement les établissements à partir de juin 2023. Bien qu'une montée en charge progressive soit prévue, cette échéance n'en demeure pas moins très proche au regard de l'ampleur des chantiers à engager. Les établissements, et en particulier les CHU, doivent donc engager rapidement une réflexion interne et territoriale pour se préparer à cette réforme. Et ce, alors même que d'importantes interrogations subsistent à ce stade : quels seront le périmètre et les modalités de fonctionnement des structures de prise en charge satellites des soins critiques, notamment les unités de soins renforcés (USR) ou les services de rééducation post-réanimation (SRPR) ? Quelles seront les règles de financement applicables au nouveau modèle de soins critiques ? Comment augmenter le capacitaire de soins critiques et renforcer les ratios d'encadrement dans un contexte de forte tension sur les effectifs ? Comment construire des plateaux de soins critiques « élastiques » dans un bâti « en dur » ?

⁵⁰ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux SSE », op. cit.

2 Construire des « plateaux de soins critiques » en CHU : un défi organisationnel, architectural, technique et managérial

Les nouvelles conditions d'implantation des soins critiques entreront progressivement en vigueur à compter du 1^{er} juin 2023⁵¹. Dès novembre 2023, et en corrélation avec l'élaboration des futurs PRS, ces conditions deviendront opposables. Il sera toutefois possible pour les établissements disposant d'unités éligibles à la qualification d'USIP à proximité directe d'un service de réanimation mais ne remplissant pas la nouvelle exigence de contiguïté, de demander une autorisation selon une procédure dérogatoire. Le cas échéant, l'établissement concerné disposera d'un délai de cinq ans pour se mettre en conformité avec les conditions techniques de fonctionnement fixées par le décret 2022-694.

Au CHU de X, la mise en œuvre de la réforme des soins critiques s'inscrit dans un contexte particulier, et revêt des enjeux de très court terme. En effet, l'établissement est engagé dans un projet global de reconstruction, dont la première opération majeure consiste en la construction d'un Centre Chirurgical et Interventionnel (CCI), regroupant notamment une part importante des activités de soins critiques. Plus spécifiquement, ce nouveau bâtiment en cours de construction et dont la livraison est prévue pour fin 2024, comprendra :

- 36 salles de blocs opératoires ;
- 14 salles interventionnelles, dont 2 salles hybrides ;
- 5 salles d'endoscopie ;
- un centre de chirurgie ambulatoire de 60 places ;
- 108 lits d'hospitalisation de soins critiques ;
- 240 lits d'hospitalisation de soins spécialisés de chirurgie.

La phase de conception étant achevée, le CHU se prépare, en parallèle de l'exécution des travaux, à la mise en service de ce nouveau bâtiment. Un travail conséquent de préparation est en effet nécessaire pour appréhender et anticiper les nouvelles organisations à mettre en œuvre. Une démarche projet a été engagée dès mars 2022 avec la constitution d'une équipe projet dédiée à l'ouverture du CCI, d'un comité de pilotage, d'un comité opérationnel et de groupes de travaux thématiques. Parmi ces derniers, un groupe dédié aux soins critiques a été créé, dont les travaux présentent une double complexité : projeter l'organisation et le fonctionnement des soins critiques dans un environnement nouveau, dans une logique de plateau, tout en tenant compte et intégrant les évolutions induites par la réforme en cours. L'actualité et la prégnance du sujet au CHU de X ont amené l'équipe projet et le groupe de travail à amorcer une réflexion « en avance de phase » par rapport

⁵¹ Le calendrier détaillé de la réforme est précisé en ANNEXE 1.

au calendrier de la réforme, qui permet d'éclairer les enjeux, les freins et les leviers de sa mise en œuvre. En l'occurrence, celle-ci représente un défi à la fois organisationnel (2.1), architectural (2.2) mais aussi technique et humain (2.3).

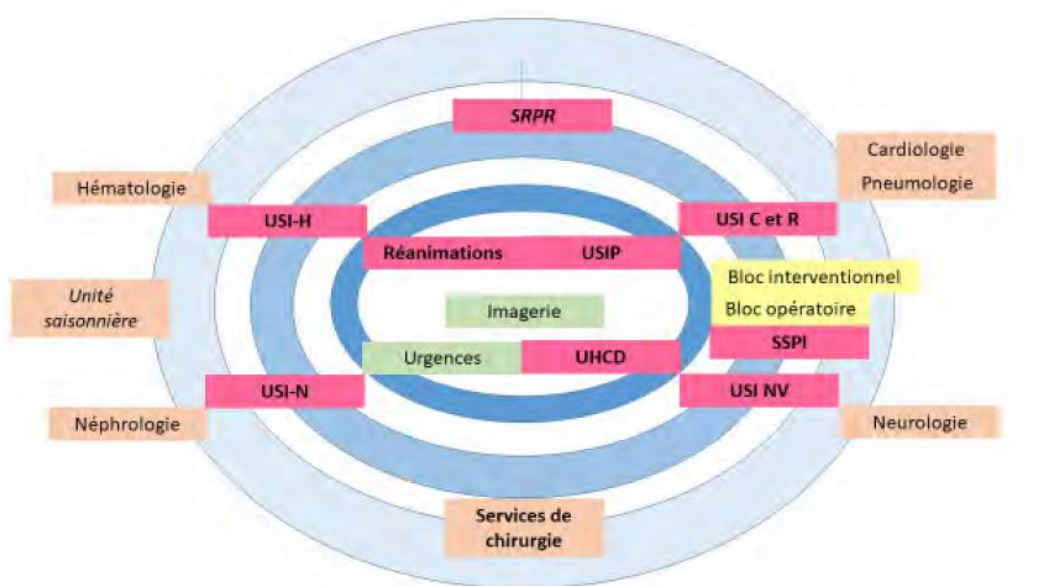
2.1 Un défi organisationnel

Le regroupement de plusieurs unités de soins critiques dans un environnement nouveau, dans une logique de plateau intégrant la nouvelle donne d'une réforme postérieure à la conception du bâtiment impose de repenser les parcours et les organisations des soins critiques (2.1.1). Il engage également à redéfinir le dimensionnement de l'activité et les responsabilités des acteurs (2.1.2).

2.1.1 Des parcours et des organisations à repenser

Comme le souligne l'IGAS, « le paysage hospitalier environnant les soins critiques est très complexe et les architectures des établissements, multiples »⁵². La mission a d'ailleurs schématisé les différentes « strates » entrant dans le périmètre de la notion de soins critiques :

Schéma 1 : Unités à prendre en compte dans l'organisation des plateaux de soins critiques



Source : Mission IGAS

Au CHU de X, le futur CCI intégrera deux niveaux dédiés aux soins critiques (adulte uniquement), ainsi répartis :

- Un niveau comprenant 20 lits de réanimation et 6 lits d'USC, dédiés à la chirurgie thoracique, cardiaque et vasculaire (CTCV) ; 20 lits d'USIC ; 12 lits d'USINV.

⁵² IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux SSE », op. cit.

- Un niveau regroupant 24 lits de réanimation chirurgicale (hors CTCV) et 24 lits d'USC, ayant pour partie vocation à prendre en charge des patients post-opératoires, pour partie des patients post-réanimation.

Le premier niveau présente la particularité de rapprocher des unités médicales (USIC, USINV) et chirurgicales (réanimation et USC CTCV). Il ne formera à ce titre pas un « plateau » unique, dans le sens où secteur médical et secteur chirurgical seront distingués.

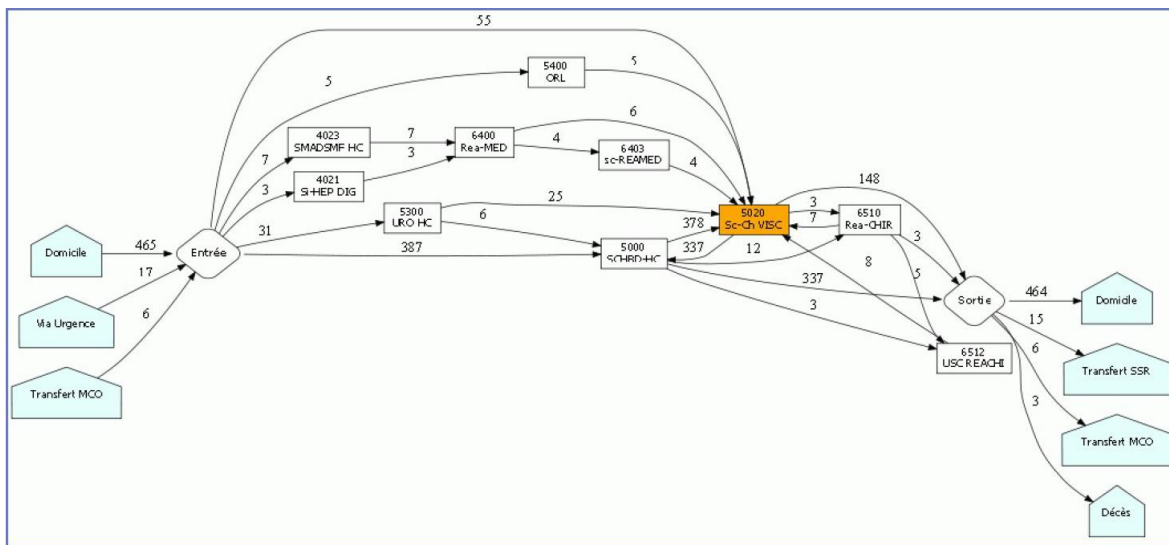
Actuellement, les différentes unités qui seront prochainement regroupées au sein du CCI sont dispersées en divers points du CHU : l'USIC, la réanimation et l'USC CTCV au sein du Centre Cardio-Pneumologique (CCP), la réanimation chirurgicale et l'USC post-réanimation au sein du Centre d'Urgences et de Réanimation (CUR), l'USINV, les USC post-opératoires (neurochirurgie, hépatobiliaire et digestif) au sein du bâtiment principal, appelé « Bloc Hôpital ». CCP, CUR et Bloc Hôpital sont trois bâtiments distincts, situés sur le site principal de l'établissement. Alors que les deux premiers fonctionnent dans une logique de filière (cardio-pneumologie ; urgences / réanimation), le Bloc Hôpital héberge une multitude d'activités et de modes de prise en charge, sans cohérence d'ensemble. S'agissant des soins critiques, les USI médicales et les USC chirurgicales sont adossées, voire intégrées aux services d'hospitalisation conventionnelle de leurs spécialités respectives. En outre, le futur CCI accueillera des lits de soins critiques non identifiés comme tels actuellement (urologie, gynéco-plastie), soit car les patients de ces spécialités nécessitant une prise en charge en soins critiques sont accueillis dans l'USC d'une autre spécialité, soit car l'absence d'USC sur un site conduit à prendre en charge les patientes (gynéco) au sein d'une SSPI.

Le regroupement de ces unités aujourd'hui éclatées et hétérogènes en termes de fonctionnement implique une modification en profondeur des circuits et des organisations. Ainsi, la première étape de la feuille de route du groupe de travail soins critiques consiste à préfigurer les parcours de soins critiques, tenant compte à la fois du déplacement des « centres de gravité » de l'activité chirurgicale, interventionnelle et médico-technique, mais aussi des exigences à prendre en compte dans le cadre de la réforme.

En premier lieu, le travail a consisté à identifier de manière exhaustive les parcours actuels, avant de les « projeter » dans la configuration du futur bâtiment. Ce travail a été réalisé en plusieurs étapes :

- 1) Une cartographie à « grosses mailles » des parcours de soins critiques par le DIM, sur la base des données du PMSI, afin d'identifier notamment les principaux modes d'entrée et de sortie au sein des différentes unités de soins critiques. Cette

schématisation des flux de patients est illustrée par l'exemple ci-dessous (USC de chirurgie hépatobiliaire et digestive) :



Source : PMSI (données 2019) – DIM du CHU de X

- 2) Une cartographie précise des circuits existants, réalisée en lien avec les cadres de santé des unités concernées, précisant les secteurs, les axes, les modes d'entrée et de sortie, les mouvements internes (radio, scanner, bloc...). A cette fin, un outil de recueil a été élaboré par l'équipe projet CCI et la cellule d'accompagnement des organisations (CAO) de l'établissement.
- 3) Chaque circuit identifié a été « projeté » dans la configuration future de l'établissement après la mise en service du CCI, et formalisé sur un support de restitution interactif, permettant de suivre l'enchaînement des différentes étapes qui le constituent. Le cas échéant, une distinction a été faite entre circuits en schéma cible et circuits transitoires, dès lors qu'une ou plusieurs étapes étaient conditionnées par la réalisation d'une phase ultérieure du schéma directeur global de reconstruction du CHU.
- 4) En parallèle de l'étape 3, une description détaillée des étapes de chaque parcours a été engagée, identifiant sous forme de logigramme les différentes actions qui jalonnent le parcours, ainsi que les lieux et les acteurs associés.

Ce travail important d'identification, de schématisation et de projection des parcours est une étape importante qui vise à sécuriser les futurs circuits de prise en charge, particulièrement sensibles en soins critiques (ex. : axe rouge). Il est par ailleurs un prérequis à la définition des futures organisations et, par voie de conséquence, du maquetage des ressources humaines. Le calibrage des organisations dépend également du dimensionnement des différentes activités de soins critiques, et de la répartition des responsabilités sur lesquelles elles reposeront.

2.1.2 Un dimensionnement et des responsabilités à redéfinir

Un nécessaire redimensionnement des activités de soins critiques :

Dans le cadre du projet de construction du CCI, le capacitaire cible des soins critiques n'a pas consisté en une simple transposition des capacités existantes de chaque unité. En effet, le dimensionnement des unités a pris en considération les évolutions attendues des activités concernées ainsi que les exigences du COPERMO, dont la satisfaction conditionnait la réalisation du projet et son financement. A l'heure de l'exécution de l'ouvrage et en anticipation de sa mise en service, ce dimensionnement « théorique » doit être affiné sur la base du besoin « réel » à satisfaire. Il ne s'agit plus à ce stade de définir le capacitaire global (les plans sont figés et l'ouvrage en cours de construction), mais d'en affiner la répartition.

L'enjeu de ce dimensionnement revêt une acuité particulière s'agissant des USC, à plusieurs égards :

- Le volume réel de patients relevant d'un séjour en USC est difficile à établir avec précision, car s'il est avéré que tous les patients séjournant dans ces unités ne relèvent pas à proprement parler d'une prise en charge en soins critiques. Il n'existe pas de méthode simple, fiabilisée et partagée permettant de faire la distinction entre les patients « légitimement » admis en USC et les autres ;
- La disparition annoncée des USC au profit des USIP oblige à reconsidérer les critères d'admission des patients en soins critiques, dans une approche globale tenant compte de l'amont et de l'aval des plateaux de soins critiques.

Ainsi, au CHU de X, la problématique principale concerne le second plateau de soins critiques (cf. : supra) regroupant la réanimation chirurgicale et les USC post-opératoires et post-réanimation (amenées à devenir USIP). En effet, les actuelles USC post-opératoires sont hétérogènes en termes d'équipements, de qualification des professionnels ou encore de couverture médicale, et sont pour certaines mutualisées avec le service conventionnel de la spécialité concernée. En conséquence, elles accueillent une part significative de patients ne relevant pas des soins critiques et, à l'inverse, certains patients en relevant n'y sont pas admis pour des raisons de sécurité, car trop « lourds » (risque de défaillance élevé). Ces derniers sont alors orientés vers l'USC post-réanimation qui, étant adossée à la réanimation chirurgicale et mutualisée dans son fonctionnement, dispose des équipements adéquats et des personnels formés aux méthodes de suppléance. De cette situation résulte une difficulté importante à dimensionner précisément le besoin. Difficulté encore accentuée par la requalification à prévoir des USC en USIP.

Pour dimensionner ses futurs plateaux de soins critiques au plus près du besoin réel, le groupe de travail soins critiques a mené plusieurs études et analyses, qualitatives et quantitatives :

- Une analyse réalisée par le DIM, en lien avec l'équipe projet CCI, visant à établir une estimation en équivalent-lits du besoin réel de soins critiques. La méthode consiste, à partir des données du PMSI d'une année donnée (2019 dans le cas présent), à analyser les séjours réalisés pour distinguer les patients relevant ou non d'une prise en charge en soins critiques. Plusieurs critères ont été envisagés (ex. : codage de l'IGS II⁵³), pour finalement retenir les critères réglementaires permettant de bénéficier du supplément de tarification des séjours en soins critiques. En effet, le DIM a constaté que la variable qui induit le plus fréquemment le supplément n'est pas la valeur de l'IGS II, mais la notion d'acte chirurgical lourd, appartenant à une liste fermée définie réglementairement.
- Une enquête qualitative, « à dire d'experts », menée sur une période de trois semaines, centrée sur les USC post-opératoires. L'objectif était de faire évaluer par les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR), depuis les SSPI, la proportion de patients sortant de bloc opératoire éligibles à une admission en USC. Un formulaire a été créé dans le dossier informatisé du patient, demandant au MAR d'indiquer, pour chaque patient opéré, s'il estimait que ce dernier était éligible à une USC en sortie de SSPI. L'exploitation des résultats devait être double :
 - Calculer un besoin annuel, en équivalent-lits, de recours aux USC post-opératoires, en extrapolant la période investiguée et appliquant une DMS théorique basée sur la DMS moyenne des CHU « corrigée » pour prendre en compte les spécificités de l'établissement.
 - Analyser le parcours réel des patients entrant dans le périmètre de l'étude, pour mesurer les écarts entre « l'indication USC » posée par les MAR et l'affectation réelle des patients.

L'impact de cette analyse a été largement limité par le faible taux de participation des MAR, malgré une mobilisation de l'équipe projet et de l'encadrement médical des unités concernées. Elle a toutefois permis de préciser le besoin de recours à des soins critiques pour une spécialité n'en disposant pas à l'heure actuelle.

- Une enquête rétrospective visant à identifier les modes d'entrée et de sortie des patients admis en réanimation chirurgicale, sur une période de trois semaines. Malgré une faible cohorte analysée du fait d'une période courte d'enquête sur une unité à DMS longue, cette analyse a permis à la fois de confirmer les constats

⁵³ Le score IGS II (Index de Gravité Simplifié II) est un score permettant d'évaluer la sévérité d'un patient et fait partie des scores utilisés en soins intensifs et réanimation. Les paramètres à prendre en compte sont les paramètres les plus graves recueillis pendant les 24h suivant l'admission en soins intensifs. (<http://medicalcul.free.fr/igs2.html>)

empiriques relatifs notamment aux difficultés d'aval des soins critiques, entraînant des allongements de DMS, et de conforter les résultats de l'analyse du DIM précitée.

En synthèse, il ressort des travaux du groupe une réelle difficulté à fiabiliser le besoin réel en capacité d'USC / future USIP. Il apparaît toutefois que le croisement d'analyses quantitatives et qualitatives, de retours de terrain (« à dire d'expert ») et de données du PMSI, permet de resserrer la focale et de converger vers une estimation assez précise du dimensionnement à arbitrer.

Dans le cadre de la réforme d'avril 2022, les établissements auront à effectuer un travail similaire d'identification de la nature et du volume d'activité de leurs USC, pour déterminer à la fois le capacitaire de leurs futures USIP (patients relevant de soins critiques) et celui de leurs unités de soins renforcés (patients nécessitant une charge en soins importante mais ne relevant pas des soins critiques).

De nouvelles responsabilités à définir :

L'organisation à venir des soins critiques en « plateaux » s'accompagne d'une obligation de coordination médicale, impliquant une redéfinition des responsabilités. En effet, le décret 2022-694 prévoit, s'agissant des soins critiques adultes, qu'« un membre de l'équipe médicale de l'unité assure la coordination des activités des équipes et des prises en charge des patients »⁵⁴. Ainsi, pour chaque « mention », un médecin coordonnateur est identifié. Dans les faits, une distinction s'opère entre réanimation / USIP contiguës, USI de spécialité et USIP dérogatoires :

- **Réanimation et USIP** ne forment qu'une seule mention et sont soumis, sauf dérogation, à une obligation de contiguïté. Le texte prévoit que l'ensemble formant ce plateau relève d'une responsabilité médicale unique : « Le médecin coordonnateur de l'unité de réanimation est également le médecin coordonnateur de l'unité de soins intensifs polyvalents du plateau de soins critiques »⁵⁵;
- **Les soins intensifs de spécialité** demeurent quant à eux placés sous la responsabilité des spécialités médicales : le décret 2022-694 prévoit, pour chaque mention de soins intensifs (USIC, USINV, USIH), que l'équipe médicale de l'unité est composée de médecins spécialisés dans la discipline concernée, et que le médecin coordonnateur est un membre de cette équipe, qui doit toutefois « [justifier] d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ».

⁵⁴ Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, op. cit.

⁵⁵ Nouvel article. D. 6124-28-3 du CSP issu du décret 2022-694

- **Les USIP dérogatoires** sont quant à elles obligatoirement placées sous la responsabilité d'un MIR ou d'un MAR.

Côté pédiatrique, l'équipe médicale du plateau technique de soins critiques est composée de pédiatres, de MAR ou de MIR justifiant de compétences en soins critiques pédiatriques, et le coordonnateur de l'unité de réanimation pédiatrique ou, le cas échéant, de réanimation pédiatrique de recours, doit être qualifié en réanimation pédiatrique. Il a la responsabilité des SIP contigus et doit avoir une expérience de 2 ans en réanimation pédiatrique, ou de 5 ans en réanimation pédiatrique de recours.

La recomposition de l'offre de soins critiques s'accompagne donc d'une redistribution des responsabilités médicales. Au CHU de X, cette réflexion a été amorcée, dans le cadre notamment du regroupement sur un plateau unique de l'ensemble des USC post-opératoire et de l'USC post-réanimation.

Actuellement, les soins critiques du CHU font partie d'un Pôle englobant par ailleurs les activités d'urgences / SAMU, de médecine interne et de médecine gériatrique. Au sein de ce Pôle, un département placé sous la responsabilité d'un PUPH MAR regroupe les 4 services d'anesthésie – réanimation (SAR) en charge des soins critiques. Le périmètre de ces services est à la fois géographique et « filiarisé ». Le regroupement des activités dans le futur CCI aura des incidences différentes sur les deux futurs plateaux :

- Le premier plateau (cf. supra) regroupant la filière cardio-pneumologique (réanimation et USC CTCV ; USIC) et l'USINV sera faiblement impacté. En effet, réanimation et USC CTCV émargent déjà au sein du même Pôle, avec des responsabilités médicales organisées. Quant aux USI, elles resteront placées sous des responsabilités médicales distinctes, conformément aux textes.
- Le second plateau (cf. : supra) regroupant la réanimation chirurgicale et l'ensemble des USC post-opératoires ainsi que l'USC post-réanimation doit en revanche faire l'objet d'une redéfinition des responsabilités. En effet, il regroupera des unités actuellement positionnées au sein de trois SAR différents, fonctionnant principalement « en silo ».

A première vue, ce regroupement peut être vu comme la « simple » adjonction des USC post-opératoires à la réanimation et aux USC post-réanimation, déjà organisées en plateau à ce jour. Dans les faits, le futur leadership médical est complexe à définir dans la mesure où l'actuelle chefferie du département d'anesthésie – réanimation n'incombe pas au chef du SAR englobant cette réanimation et cette USC chirurgicale, mais au chef d'un SAR

comprenant une partie des USC post-opératoires. En outre, des divergences de vision médicale entre les acteurs complexifie la définition de la future gouvernance de ce plateau.

Aussi, la position institutionnelle actée par la directrice générale du CHU et traduite par un axe dédié de la feuille de route du groupe de travail consiste à élaborer un projet médical des soins critiques dans l'environnement du futur CCI. Il y a en effet lieu de définir les orientations et les objectifs médicaux guidant l'organisation et le fonctionnement des futurs plateaux, avant de répartir les responsabilités. Il incombe donc aux praticiens, accompagnés par l'équipe projet CCI, de proposer une organisation et une gouvernance adaptées aux orientations du projet d'établissement, qu'il appartiendra à la direction générale d'arbitrer dans le souci de garantir une prise en charge de qualité et sécurisée, tout en préservant les équilibres du jeu d'acteurs.

Le regroupement des activités de soins critiques en « plateaux » constitue donc un défi organisationnel et institutionnel fort. Il représente également un challenge du point de vue architectural et technique.

2.2 Un défi architectural

La constitution de plateaux de soins critiques implique un rapprochement physique, en contiguïté, des réanimations et des USIP (2.2.1). Ces nouveaux plateaux doivent en outre organiser leur « élasticité » pour faire face aux pics d'activité et aux situations sanitaires exceptionnelles (2.2.2).

2.2.1 De la « balkanisation » à la contiguïté : les soins critiques servis sur un plateau

La réforme d'avril 2022 semble suivre les recommandations de la mission IGAS, qui préconisait de trouver un équilibre « entre le regroupement à tout prix et la balkanisation des unités »⁵⁶. Ainsi, sauf cas dérogatoires, la contiguïté des locaux devient la règle entre unités de réanimation et futures USIP. En revanche, l'implantation géographique des USI n'est pas soumise à la même exigence, le lien fonctionnel avec la spécialité d'organe restant privilégié. La mission conseillait d'arbitrer la localisation des USI en fonction de la taille et des modalités de permanence des soins des unités : « les unités de grande taille pouvant assurer, de façon autonome, une permanence des soins séniorisée effective n'ont pas vocation à être intégrées au sein des plateaux techniques [...]. Les unités ne remplissant pas ces conditions seraient placées en contiguïté avec les USIP et feraient partie des

⁵⁶ IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux SSE », op. cit.

plateaux de soins critiques »⁵⁷. Pour autant, l'IGAS considère s'agissant des USI de grande taille qu'« un rapprochement des locaux des USI avec le plateau de soins critiques pourrait être envisagé lors de la reconfiguration d'un établissement, en particulier pour les USI cardiologiques, respiratoires et neurovasculaire ».

Ce dernier cas correspond précisément à la situation du CHU de X, qui a choisi de rapprocher son USIC et son USINV du plateau de soins critiques du futur CCI. Ce parti pris, antérieur à la réforme (le programme fonctionnel de l'opération date de 2018), a été acté en raison :

- De l'existence de parcours patients similaires, marqués par des admissions directes via la régulation SAMU / SMUR ou par des admissions après un passage en secteur interventionnel (cardiologie interventionnelle, radiologie interventionnelle) ;
- Du rapprochement des techniques d'intervention et des modalités de surveillance ;
- De besoins en locaux similaires.

Au-delà du strict rapprochement physique d'unités éclatées, la constitution des plateaux de soins critiques du CCI a été conçue dans une approche globale du parcours patient, qui semble correspondre à l'esprit de la réforme. Ainsi, les deux plateaux proposent une organisation générale similaire avec :

- Un accueil commun d'étage, pour gérer le flux des visiteurs et des familles en provenance de l'accueil général du bâtiment ;
- Des unités homogènes pour la prise en charge de patients ;
- Des trames standard identiques en fonction du niveau de criticité ;
- Des liaisons fonctionnelles fortes (verticales ou horizontales) vers le bloc opératoire et les hospitalisations conventionnelles ;
- Des locaux support communs d'étage pour la logistique et des espaces partagés pour le personnel des unités.

Plus largement encore, la construction d'un Centre Chirurgical et Interventionnel positionné à proximité immédiate des urgences et regroupant en son sein la totalité des modalités opératoires et des soins critiques associés, a permis de structurer un « axe rouge » performant et lisible, desservi par l'ensemble des vecteurs à disposition (SMUR terrestre mais aussi hélicoptère grâce à l'hélistation prévue en toiture du bâtiment). Il a également été tenu compte de la nécessité de garantir les liaisons inter-bâtiments, et plus particulièrement avec le Centre des Urgences et Réanimations (CUR) et le futur Femme-Mère-Enfant, avec lesquels des circuits courts et les plus directs possible ont été pensés. Le lien avec les urgences adultes (en particulier sur les filières cardiologiques et vasculaires qui nécessitent

⁵⁷ *Ibid.*

parfois un passage en salle interventionnelle ou en soins intensifs très rapide) et pédiatriques d'une part, le lien avec le bloc obstétrical (ex : hémorragie de la délivrance) d'autre part, ont en effet conduit à décliner différents « circuits rouges ».

Bien que conçu plusieurs années avant la réforme en cours, le futur CCI s'inscrit pleinement dans la logique et l'esprit de la réforme en cours, en concevant architecturalement et fonctionnellement des plateaux de soins critiques. Cependant, les organisations devront pallier certains écarts de doctrine et évolutions capacitaires survenus depuis la phase de conception du bâtiment :

- En lien avec la crise sanitaire, le capacitaire de réanimation autorisé est passé de 20 à 24 lits, or le bâtiment est conçu sur une base capacitaire de 20 lits. L'établissement a donc dû « rogner » sur l'unité adjacente, conçue à la base comme un module « hybride » USC / réanimation (cf. : infra) ;
- Les unités d'USC ont été configurées par modules de 6 lits, or les nouveaux ratios d'encadrement des USIP prévoient une couverture infirmière et aide-soignant par multiple de 4 lits.
- La volonté médicale d'adosser au plateau de soins critiques chirurgical une unité de soins de rééducation post-réanimation (SRPR) ne trouve pas de réponse dans un bâtimentaire qui n'a pas intégré ce projet en phase de conception.

FOCUS : les soins de rééducation post-réanimation (SRPR)

Selon l'IGAS, « le développement de l'offre de services de rééducation post réanimation (SRPR) constitue un axe majeur d'évolution. Il s'agit d'unités spécialisées, capables de prendre en charge des patients lourds, nécessitant en particulier un sevrage ventilatoire prolongé, que les unités d'hospitalisation conventionnelle tendent à refuser du fait de la gravité de leur état de santé. Rattachées aux services de réanimation, ces structures ont une équipe soignante composée de réanimateurs, de spécialistes de la médecine physique et de réadaptation (MPR), et de personnels non-médicaux spécialisés (infirmiers, kinésithérapeutes, nutritionnistes, psychologues, etc.).

La valeur ajoutée spécifique de cette structure repose sur une collaboration étroite entre réanimateurs et rééducateurs qui a lieu dans les deux sens : l'équipe de rééducation intervient dès la réanimation afin d'anticiper au mieux la prise en charge postérieure en SRPR et ainsi débiter la rééducation au plus tôt ; à l'inverse, la possibilité pour ces patients d'un retour rapide en réanimation en cas de complication en rééducation permet une prise en charge plus précoce, évitant les « temps d'attente de précaution » ou « sas de sécurité »⁵⁸.

⁵⁸ *Ibid.*

2.2.2 Penser « l'élasticité » des soins critiques dans un bâti « en dur »

Fort des leçons de la crise Covid, le ministère des solidarités est de la santé a affirmé dans sa feuille de route Soins critique 2022 – 2025 sa volonté d' « organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles ». L'IGAS rappelle d'ailleurs sur ce point que « la pandémie virale est loin d'être la seule configuration de situation sanitaire exceptionnelle envisageable », et dresse une typologie des risques dont la réalisation peut conduire à une mobilisation importante des capacités de soins critiques⁵⁹. Comme évoqué précédemment (1.2.2), hors SSE, les soins critiques sont périodiquement soumis à des pics d'activité qui mettent le secteur sous tension, appelant un besoin d'adaptation rapide de l'offre sanitaire.

Cette volonté s'est traduite, via le décret 2022-684, par l'obligation pour les établissements autorisés en soins critiques de disposer 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. En outre, les lits d'USIP contigus à l'unité de réanimation (adultes / pédiatrique) doivent désormais être mutualisés et équipés à l'identique de manière à faire évoluer la capacité d'accueil en réanimation selon la variation de l'activité et les niveaux des prises en charge des patients nécessaires.

Si les enjeux de l'élasticité des soins critiques sont avant tout humains (cf. : infra), ils sont aussi architecturaux : comment construire des unités « élastiques » dans un bâti qui n'est pas extensible ?

Le programme fonctionnel du CCI traduit une réflexion avancée du CHU de X dans la conception d'un bâtiment dont l'évolutivité a été posée comme une condition inhérente à sa fonctionnalité. Le programme distingue notamment les notions de :

- **Flexibilité / modularité**, entendues comme la capacité à adapter un même espace à plusieurs usages selon les circonstances ou les besoins du moment. La conception et l'organisation des locaux doivent ainsi offrir plusieurs configurations possibles en fonction de l'utilisation souhaitée (ex. : salles hybrides, bloc opératoire).
- **Mutabilité / convertibilité** : il s'agit de la capacité que présente un espace donné et limité de s'adapter au cours de sa vie à de nouvelles situations ou de nouveaux besoins. La mutation est une transformation durable de l'usage de cet espace. Si elle est possible à l'échelle d'un local (transformation d'un bloc chirurgical en bloc

⁵⁹ *Ibid.*

interventionnel), la mutabilité s'entend le plus souvent à l'échelle d'une unité, d'un service, voire d'un plateau. À titre d'exemple, elle peut consister en la transformation d'un plateau d'hospitalisation conventionnelle en plateau de soins critiques.

- **Élasticité** : il s'agit de la capacité d'extension ou de diminution du bâti pour lui permettre de répondre aux évolutions quantitatives des besoins de santé (par exemple : restructuration de l'offre de santé à l'échelle du territoire), qu'elles conduisent à une augmentation ou à une réduction des capacités actuelles. Ces élasticités peuvent être horizontales ou verticales.

S'agissant des soins critiques, et plus spécifiquement sur le plateau chirurgical, cette dernière notion d'élasticité trouve sa traduction dans la conception d'un module « mixte » réanimation USC. En effet, parmi les 30 lits initiaux d'USC poly-chirurgicale adossés à l'unité de réanimation chirurgicale, 6 lits formant un module directement contigu à la réanimation ont été conçus pour pouvoir être « upgradés » rapidement en lits de réanimation. Les chambres concernées présentent ainsi les mêmes caractéristiques de surface et techniques qu'une chambre de réanimation, afin de pouvoir en devenir une en cas de besoin.

Cette élasticité a été exploitée avant même la réalisation de l'ouvrage : dans le contexte de la crise sanitaire, il a été acté l'augmentation pérenne du capacitaire de réanimation du CHU de X, y compris celui de réanimation chirurgicale, passant de 20 à 24 lits. Ainsi, les 4 lits supplémentaires ont été implantés en continuité de l'unité de réanimation, en « rognant » sur les 6 lits « mixtes ». Une réflexion est actuellement en cours sur le devenir des 2 lits restants : les sanctuariser en prévision d'une nouvelle augmentation du capacitaire de réanimation ? Les inclure au capacitaire d'USIP, sachant qu'ils se retrouvent « isolés » géographiquement au sein d'un module devenu au 2/3 réanimatoire ?

Cette expérience rappelle un fait incontournable : l'élasticité consiste en une transformation de lits existants, affectés à un usage donné (USIP dans le cas présent), en lits de réanimation. Il ne s'agit pas de créer *ex nihilo* du capacitaire. Ainsi, sauf à bâtir un modèle permettant de transformer des lits d'hospitalisation conventionnelle ou de SSPI en lits de soins critiques, l'élasticité d'un plateau ne permet pas d'augmenter le capacitaire global de soins critiques, mais uniquement celui de réanimation, par une diminution mécanique de celui des USIP. Il existe ici probablement un enjeu relatif aux futures unités de soins renforcés : devront-elles aussi être conçues selon le même principe d'élasticité, pour devenir des lits d'USIP en cas de besoin ?

Au surplus des enjeux organisationnels induits, les futurs plateaux de soins critiques intègrent donc une dimension architecturale importante, d'autant que le décret 2022-694 prévoit des conditions spécifiques d'implantation en cas de création, de reconstruction ou de réaménagement d'unités. L'organisation en plateau des soins critiques revêt en outre une dimension humaine et technique prépondérante.

2.3 Un défi technique et humain

La constitution de plateaux de soins critiques ne se limite pas à un rapprochement physique des unités. Elle induit une harmonisation des pratiques, une convergence d'organisation et de fonctionnement pour une prise en charge de meilleure qualité, et sécurisée. Cette convergence implique nécessairement les systèmes d'information (2.3.1), mais elle représente aussi un défi humain et managérial de taille, dans un contexte de démographie professionnelle contrainte (2.3.2).

2.3.1 La nécessaire adaptation des systèmes d'information à la nouvelle organisation des soins critiques

Comme le souligne l'ANAP, « une des particularités des soins critiques est la quantité de données cliniques, biologiques, bactériologiques et d'imagerie générées par les moniteurs et autres dispositifs médicaux. Environ 8 000 données sont produites chaque jour pour un patient »⁶⁰. L'informatisation des soins critiques est donc un enjeu important, au rendez-vous duquel les établissements de santé français semblent globalement manquer à l'appel. En effet, dans son rapport consacré au soins critiques, la Cour des comptes pointe un taux d'informatisation du dossier patient en réanimation « très insuffisant au regard de l'enjeu de sécurité et de qualité des soins »⁶¹. Or, elle considère que l'informatisation des soins critiques est une « exigence absolue », en ce qu'elle « doit permettre de garantir une prescription médicale sécurisée et la rédaction des compte-rendu d'hospitalisation à partir de l'observation médicale, mais également le codage des actes médicaux et l'éventuelle sélection des patients dans le cadre par exemple d'un projet de recherche clinique »⁶².

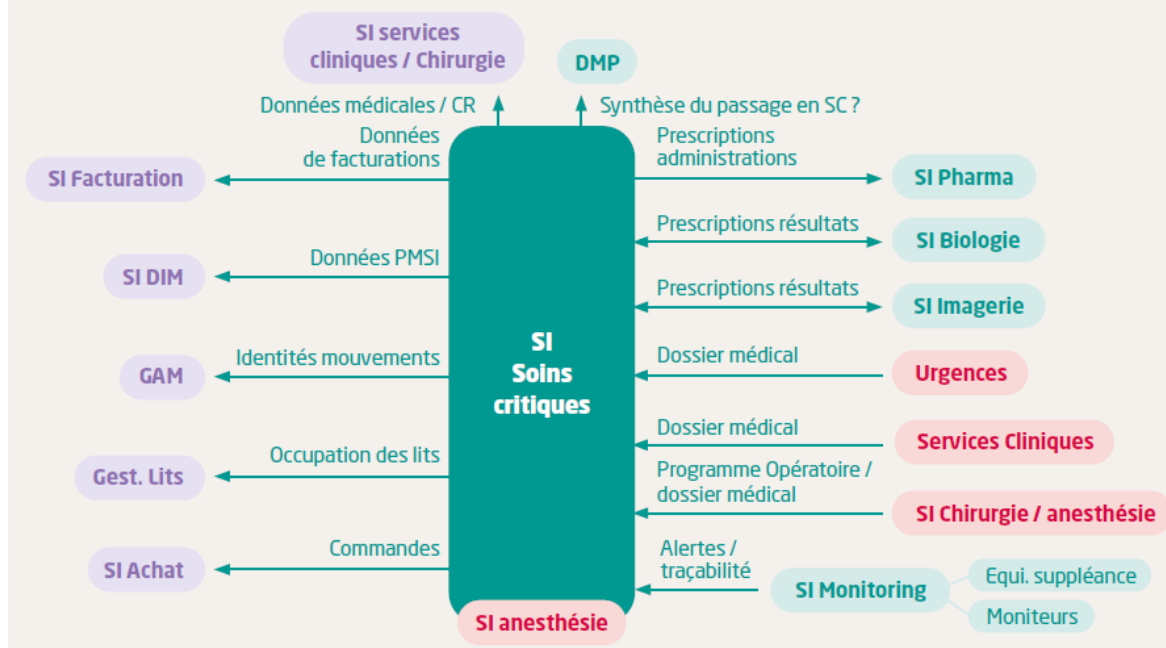
En matière d'informatisation des soins critiques, la principale difficulté réside dans la mise en œuvre de la nécessaire interopérabilité entre une solution métier et les multiples systèmes d'informations qui gravitent autour de l'activité de soins intensifs, à commencer par le dossier patient informatisé. Il apparaît en effet une difficulté fréquentes des solutions, industrielles comme locales, à s'interfacer avec le SIH. Or les flux de données entrants et sortants du système d'information de soins critiques sont multiples, comme l'illustre le schéma ci-après.

⁶⁰ ANAP, « L'informatisation des soins critiques : enjeux et solutions », 2022

⁶¹ Cour des Comptes, « Les soins critiques », 2021, op. cit.

⁶² *Ibid.*

Flux de données et normes d'interopérabilité entre les systèmes d'informatisation



Source : ANAP

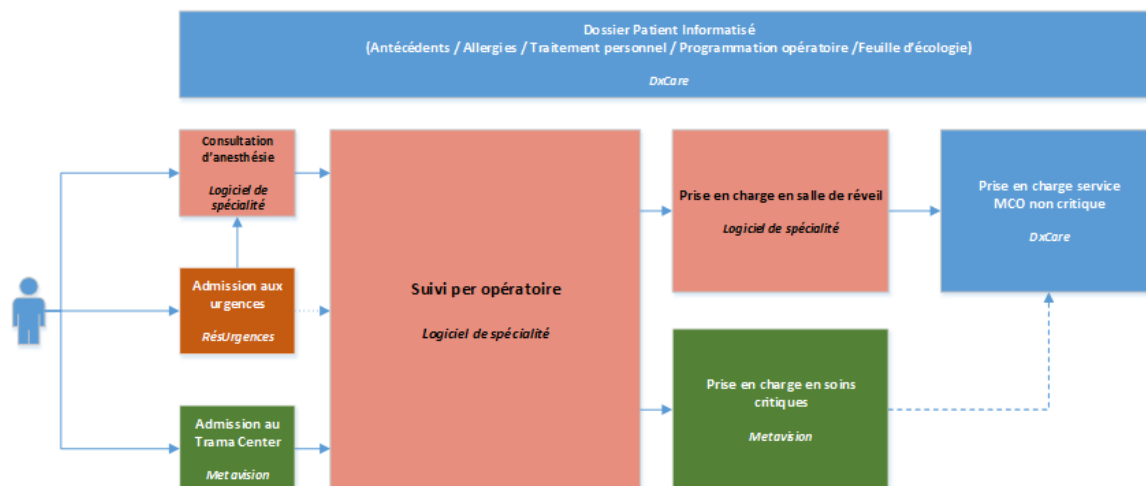
L'hétérogénéité de l'informatisation des soins critiques se retrouve parfois jusqu'au sein d'un même établissement. En effet, il n'est pas rare que plusieurs unités de soins critiques d'un même établissement ne disposent pas de la même solution informatique. Il en est ainsi au CHU de X, au sein duquel les deux logiciels sont utilisés :

- L'un par les unités de réanimation et leur USC adossées. Il s'agit d'un logiciel métier spécifique au soins critiques (Métavision) ;
- L'autre par les USI (USIC, USINV) et par les USC post-opératoire. En l'occurrence, il s'agit du logiciel de DPI (DxCare), utilisé notamment par les USC en raison de son interfaçage avec le module dédié aux blocs opératoires (DxBloc).

Aussi, dans le cadre du regroupement futur des soins critiques au sein du CCI, une réflexion a été engagée afin d'harmoniser les pratiques et d'adopter une solution unique pour les unités ayant vocation à fonctionner « en plateau ».

S'agissant des soins critiques chirurgicaux, cette réflexion s'inscrit dans le cadre plus large de la prise en charge anesthésique du patient. En effet, il existe actuellement une pluralité de logiciels métiers utilisés aux différentes étapes de la prise en charge, présentant entre eux des difficultés voire des ruptures d'interopérabilité. Ainsi, selon que le patient opéré est entré via les urgences, le trauma-center ou une consultation d'anesthésie dans le cadre d'une intervention programmée, l'outil métier est différent, et ne s'interface pas de la même manière avec le logiciel de spécialité utilisé pour le suivi per opératoire. Ensuite, en post-opératoire, si ce même logiciel est également utilisé en SSPI, il ne l'est pas en soins

critiques. Enfin, les interfaces entre ces différentes solutions métier et le DPI sont hétérogènes, et posent des difficultés aux différentes étapes de la prise en charge, en pré, per et post opératoire, jusqu'à l'hospitalisation conventionnelle de chirurgie. Le schéma ci-dessous, illustre la multitude d'outils métier qui cohabitent, de manière plus ou moins fluide, dans la prise en charge anesthésique du patient.



Source : DSI du CHU de X

Dans une publication de 2014 présentant le retour d'expérience d'un CHU ayant procédé à l'informatisation du dossier patient dans ses secteurs de soins critiques, les auteurs formulent des « conseils avisés et erreurs à ne pas commettre (pour ceux qui seraient tentés par l'aventure) » que nous leur emprunterons ici, tant ils apparaissent être toujours d'actualité : « La décision d'informatiser le dossier patient d'un service de soins critiques est lourde de conséquences. Le projet doit être dimensionné en fonction des ressources financières et humaines que l'on est prêt à y allouer [...]. A-t-on les ressources humaines ? A-t-on la volonté politique ? Le projet est-il bien compris par tous, des décideurs financeurs aux utilisateurs finaux ? La réponse à ces questions conditionne le reste. Informatiser à grande échelle un département de soins, c'est comme aspirer à courir en Formule 1: le souci n'est pas de pouvoir s'offrir la voiture, il réside plutôt dans la capacité à bénéficier sur le long terme des services très professionnels de mécaniciens hautement qualifiés »⁶³.

L'adaptation des systèmes d'information est une composante incontournable de la refonte des soins critiques. Elle émerge à la liste importante des changements auxquels les professionnels du secteur seront confrontés, et qu'il est indispensable d'accompagner.

⁶³ CIPE, G. Bernardin, « Informatisation du dossier patient dans les secteurs de soins critiques au CHU de Nice », 2014.

2.3.2 Accompagner le changement, renforcer les compétences et soutenir l'attractivité

Accompagner le changement :

Le regroupement des soins critiques en plateaux, au sein d'une construction neuve émergeant dans un projet global de reconstruction, annonce pour les professionnels du secteur au CHU de X un changement multiple d'environnement de travail, d'organisation et de pratiques. Si tout projet induit des changements qui appellent un accompagnement adapté, celui-ci requiert une attention toute particulière au regard tant de l'ampleur des changements que des enjeux de sécurité liés à une activité sensible.

L'impact de la mise en œuvre de la réforme des soins critiques sur les établissements, et notamment les CHU, variera en fonction de la hauteur de la marche à franchir pour atteindre les exigences fixées par les textes au regard de leur configuration et organisation actuelles. L'expérience du CHU de X apporte toutefois des éléments de réflexion utiles aux démarches qu'ils devront engager. Plusieurs points saillants méritent notamment d'être développés :

- **L'anticipation / la préparation :**

La complexité inhérente au secteur de soins critiques rend sa réingénierie particulièrement sensible, et nécessite une phase de préparation importante, qui doit permettre d'appréhender toutes les dimensions (organisations, parcours, ressources, SI, architecture...) à prendre en compte, de manière coordonnée et pluridisciplinaire. Au CHU de X, la phase de préparation à l'ouverture du CCI, intégrant les soins critiques, a démarré plus de deux ans et demi avant la date prévisionnelle d'ouverture du bâtiment. Après six mois de travaux, il est désormais avéré que ce délai est tout à fait justifié, tant les sujets à traiter sont multiples, denses et complexes. Ce délai est en outre nécessaire au regard du temps induit par certains processus, tel que l'harmonisation des systèmes d'information, qui suppose un état des lieux de l'existant, une veille technologique, l'expression du besoin, la passation d'un ou plusieurs marchés, la configuration, la formation, le déploiement...

- **L'expérimentation / l'immersion :**

Pour limiter l'ampleur des évolutions à intégrer simultanément lors de la mise en service des nouveaux plateaux de soins critiques, il apparaît nécessaire d'anticiper les changements qui peuvent l'être et préparer au mieux les professionnels, via des phases d'expérimentation. Ainsi, au CHU de X, une telle expérimentation a été lancée dans le but d'accompagner la montée en charge de l'actuelle USC de chirurgie hépatobiliaire et digestive, dont le niveau d'équipement, de couverture médicale et de qualification des professionnels doit être upgradé pour tendre vers les exigences de la future USIP, à laquelle elle devra être intégrée.

En outre, le CHU de X s'est doté d'outils permettant aux futurs utilisateurs de se projeter dans leur futur environnement pour l'appréhender et travailler sur les organisations et les parcours : une salle immersive permet, grâce à la réalité virtuelle, de visualiser et de se déplacer dans une représentation 3D du futur bâtiment ; des locaux témoins ont été construits qui, au-delà de la validation architecturale et technique de l'exécution des travaux, constituent un outil précieux pour les groupes de travail.

▪ **L'accompagnement / la communication :**

Le changement génère de l'anxiété, de l'appréhension pouvant conduire à de la résistance, plus ou moins forte, ou à de la démobilisation. Cette dimension doit impérativement être prise en compte, car la réussite d'un tel projet n'est possible qu'en « embarquant » la communauté professionnelle, en fédérant les acteurs dans une dynamique positive. Au CHU de X, l'accompagnement du changement fait l'objet d'un axe spécifique de la feuille de route du projet d'ouverture du CCI, auquel l'équipe projet porte une attention particulière. Dans ce cadre, la communication joue un rôle important. En effet, le partage et la diffusion d'information sont indispensables afin de favoriser l'acculturation des professionnels au projet, et d'éviter de laisser l'incertitude se transformer en défiance ou l'irrationalité gagner sur l'enthousiasme. Un plan de communication interne a ainsi été élaboré, visant à intégrer le plus largement possible les professionnels dans la dynamique du projet, les rassurer et tout simplement les informer.

Renforcer les compétences :

Les études et rapports récents relatifs à l'état des lieux des soins critiques mettent unanimement en exergue l'hétérogénéité des pratiques au sein des USC, et pointent plus largement les difficultés à faire monter en compétences les professionnels intégrant les soins critiques, au regard du turn-over important dont souffre ce secteur, et du manque de qualifications spécialisées acquises en formation initiale par les personnels. Aussi, la feuille de route Soins critiques 2022-2025 prévoit-elle de renforcer la formation initiale et continue des professionnels en soins critiques.

Cette volonté s'est traduite au sein des décrets d'avril 2022 par l'obligation pour tout établissement autorisé en réanimation à élaborer « 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 »⁶⁴. En outre, afin d'organiser l'élasticité du capacitaire de soins critiques, les établissements doivent également se doter

⁶⁴ Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, op. cit.

d'un « plan de flexibilité », qui doit comprendre « 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 »⁶⁵.

Au CHU de X, à ces nouveaux enjeux réglementaires s'ajoute la nécessité de mettre à niveau des professionnels évoluant actuellement dans des unités distinctes, avec des écarts de pratiques et de compétences. Ainsi est-il indispensable, dans la perspective de la réunion de ces équipes au sein de la future USIP chirurgicale, d'accompagner la montée en compétences des équipes qui jusqu'alors n'étaient pas adossées à une unité de réanimation et sont donc moins aguerries aux techniques de suppléance.

Soutenir l'attractivité :

Il ne s'agit pas d'entrer ici dans le débat national sur les leviers d'attractivité à actionner pour lever les tensions démographiques, médicales et paramédicales, qui pèsent sur l'organisation des soins critiques. L'objet du propos est de rappeler que ces tensions impactent la capacité du secteur à tendre vers les exigences de la réforme, qui fixe notamment de nouveaux ratios d'encadrement, appelés à évoluer à l'avenir (cf. : détail des ratios et calendrier de la réforme en ANNEXE 1).

Au demeurant, le CHU de X n'est pas représentatif des établissements de santé en général car, si des tensions existent, l'attractivité dont jouit l'établissement lui permet globalement de satisfaire ses besoins en professionnels médicaux et paramédicaux. Il existe toutefois plusieurs enjeux à relever dans la perspective de la réforme :

- Anticiper les futurs ratios à satisfaire dans une approche GPMC : fidéliser les professionnels en place, identifier et faire monter en compétence ceux qui ont vocation à le rejoindre, en recruter de nouveaux ;
- Proposer une structuration qui donne aux professionnels une place et un rôle conformes à leurs attentes, des conditions et une organisation de travail en phase avec leurs aspirations professionnelles et personnelles

Un projet tel que la construction du CCI au CHU de X embarque à toutes les étapes des enjeux d'attractivité et de fidélisation : au stade du schéma directeur, il s'agit d'intégrer l'attractivité comme une composante à part entière des orientations stratégiques à définir ; en phase de conception, il s'agit de penser un environnement de travail ergonomique et favorisant le bien-être au travail ; en phase organisationnelle, il s'agit d'imaginer des organisations bientraitantes et soucieuses de la qualité de vie au travail, tout en préparant le changement ; au stade de la mise en service, il s'agira d'accompagner le changement

⁶⁵ *Ibid.*

pour rassurer et sécuriser les professionnels. Qu'elle s'inscrive dans un projet d'envergure comme celui du CHU de X, ou dans une reconfiguration plus restreinte, la mise en œuvre de la réforme des soins critiques au sein des établissements ne saurait être appréhendée sans tenir compte des enjeux d'attractivité et de fidélisation des professionnels médicaux et non médicaux du secteur, qui constituent des ressources rares.

Conclusion

La crise sanitaire a incontestablement mis en lumière la nécessité de repenser l'organisation des soins critiques, tant dans leur organisation au sein des établissements de santé que dans leur structuration territoriale. Les pouvoirs publics ont engagé une réforme, amorcée dans le cadre global de la réforme des autorisations, via la publication de deux décrets modifiant, à partir de juin 2023, les conditions d'implantation et de fonctionnement des soins critiques : nouvelle gradation, organisation en plateau, contiguïté, nouveaux ratios d'encadrement et modalités de couverture médicale, plan de flexibilité...

La mise en œuvre de cette réforme impactera fortement les établissements de santé, au premier rang desquels les CHU qui disposent d'une offre complète de soins critiques, de recours comme de proximité. Si elles entreront en vigueur avec une progressivité qui doit laisser le temps aux structures de se mettre en ordre de marche, les nouvelles dispositions n'en doivent pas moins être appréhendées rapidement, au regard du caractère structurel des évolutions à conduire et de leur complexité. Défi à la fois organisationnel, managérial, architectural, technique et numérique, la réorganisation des soins critiques est un axe stratégique incontournable dans l'élaboration des futurs projets d'établissement.

Si les textes relatifs au secteur permettent d'engager la réflexion et les travaux de structuration des soins critiques de demain, il demeure des points importants à éclaircir pour constituer une véritable filière de prise en charge. La question des unités de soins renforcés (USR) doit notamment être précisée, son périmètre délimité et son articulation avec les soins critiques approfondie. Le développement des soins de rééducation post-réanimation (SRPR) est également un sujet indissociable de la refonte des soins critiques, car il impacte le dimensionnement de ceux-ci et interroge la configuration architecturale dans laquelle il a vocation à s'inscrire. Ces sujets doivent s'intégrer dans une réflexion plus large visant à fluidifier les parcours des patients, en amont comme en aval du séjour en soins critiques, et éviter ou limiter la durée des passages en soins critiques, chaque fois que cela est possible.

Parmi les points à éclaircir, il en est un qui, s'il n'a volontairement pas été développé dans le présent mémoire, n'en demeure pas moins fondamental à la construction de l'avenir des soins critiques : les modalités de leur financement. Complexe, et largement assis sur le niveau d'activité réalisé, le modèle actuel a conduit ces dernières années, en lien avec les évolutions tarifaires, à une baisse des recettes issues de l'activité de soins critiques, aggravée à la fois par une diminution des suppléments (-6,5% en euros constants entre 2013 et 2019), et par l'augmentation constante des charges (+7% en euros constants entre

2014 et 2018 pour les réanimations, +9% pour les USI et les USC). Au total, l'activité de soins critiques est marquée par un déficit structurel susceptible de générer des stratégies d'adaptation « indésirables » en termes de choix médicaux, d'orientation des patients, voire d'immobilisation injustifiée de lits pour optimiser les suppléments. Antérieur à la crise sanitaire, ce constat d'une inadaptation du modèle de financement des soins critiques a amené le législateur à en revoir le cadre, via la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 (article 79). Il s'agira vraisemblablement d'introduire une part de financement forfaitaire à côté des tarifs, tenant compte des « conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités seront réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge »⁶⁶. Un travail est en cours, sous l'égide de la DGOS, pour préciser le cadre fixé par le législateur.

⁶⁶ Article L.162-22-8-3 du code de la sécurité sociale

Bibliographie

Références juridiques :

Circulaire DGS/DH n° 280 du 7 février 1989 relative à la mise en œuvre de schémas régionaux pour la réanimation

Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

Code de la santé publique

Code de la sécurité sociale

Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation

Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue

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

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Rapports institutionnels, études, guides :

ANAP, « Premiers éléments d'organisation des filières de soins critiques en France », 2020

ANAP, « Parcours de soins critiques, analyses et recommandations », 2022

ANAP, « L'informatisation des soins critiques : enjeux et solutions », 2022

ANAP, « Régulation des soins critiques, les filières territoriales », 2022

ARS X, « Premiers éléments stratégiques des réanimations X », 2021

Assemblée Nationale, XVème législature, rapport d'information n°3053, 3 juin 2020

Assemblée Nationale, XVème législature, rapport d'information n°3633, 2 décembre 2020

CCNE, « Avis n°106 - Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale », 2009

CNP-ARMPO, « 2021-2030, L'avenir des soins critiques », 2021

CNP ARMPO, « Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une réanimation éphémère », 2020

CNP MIR et ARMPO, « Guide du Renfort médical en soins critiques en Situation Sanitaire Exceptionnelle », 2021

Cour des Comptes, « Les soins critiques », 2021

Cour des Comptes, « Rapport public annuel 2021 », 2021

DREES, « Les établissements de santé », édition 2021

IGAS, « L'offre de soins critiques, réponse aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles », 2021

Sénat, Rapport n°199 fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion, 8 décembre 2020

Revue, articles, communiqués :

Académie nationale de Médecine, Communiqué de la Cellule de Communication Rapide de l'Académie, « L'unité de soins renforcés en hospitalisation médicale ou chirurgicale : une composante importante de la réorganisation des soins en Etablissement de santé », 4 mars 2022

DELAITRE, J (2021). Réanimation et soins critiques en général. Un modèle à repenser après la crise. *Gestion Hospitalière* n°611, pp. 634-637

CIPE, G. Bernardin, « Informatisation du dossier patient dans les secteurs de soins critiques au CHU de Nice », 2014.

Ministère des solidarités et de la santé, communiqué de presse, « Olivier Véran a présenté aux acteurs du secteur hospitalier la feuille de route soins critiques 2022-2025 », 10 juin 2022

Ouvrages :

BUBIEN, Y et al. (2014). *Concevoir et construire un hôpital : Hôpitaux, cliniques, centres ambulatoires*. MONITEUR.

Séminaires, colloques :

FHF, DGOS. Webinaire « Réformes des autorisations – Soins critiques », 13 juin 2022

Liste des annexes

ANNEXE 1 Présentation en synthèse de la réforme des soins critiques

Document réalisé par A. FOURMENTEZ et communiqué à l'ensemble des établissements de la région X via la FHF régionale.

FOURMENTEZ	Arnaud	Octobre 2022
Elèves directrices et directeurs d'hôpital Promotion 2021 - 2022		
La réforme des soins critiques : enjeux et leviers de mise en œuvre au sein des CHU		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé : La crise sanitaire a incontestablement mis en lumière la nécessité de repenser l'organisation des soins critiques, tant dans leur organisation au sein des établissements de santé que dans leur structuration territoriale. Les pouvoirs publics ont engagé une réforme, amorcée dans le cadre global de la réforme des autorisations, via la publication de deux décrets modifiant, à partir de juin 2023, les conditions d'implantation et de fonctionnement des soins critiques : nouvelle gradation, organisation en plateau, contiguïté, nouveaux ratios d'encadrement et modalités de couverture médicale, plan de flexibilité... La mise en œuvre de cette réforme impactera fortement les établissements de santé, au premier rang desquels les CHU qui disposent d'une offre complète de soins critiques, de recours comme de proximité. Si elles entreront en vigueur avec une progressivité qui doit laisser le temps aux structures de se mettre en ordre de marche, les nouvelles dispositions n'en doivent pas moins être appréhendées rapidement, au regard du caractère structurel des évolutions à conduire et de leur complexité. Défi à la fois organisationnel, managérial, architectural, technique et numérique, la réorganisation des soins critiques est un axe stratégique incontournable dans l'élaboration des futurs projets d'établissement.		
Mots clés : Soins critiques ; réanimation ; soins intensifs ; USI ; surveillance continue ; USC ; Unité de soins intensifs polyvalents ; USIP		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

RÉFORME DES SOINS CRITIQUES



SYNTHÈSE DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

JUIN 2022

CONTEXTE

2017

2020

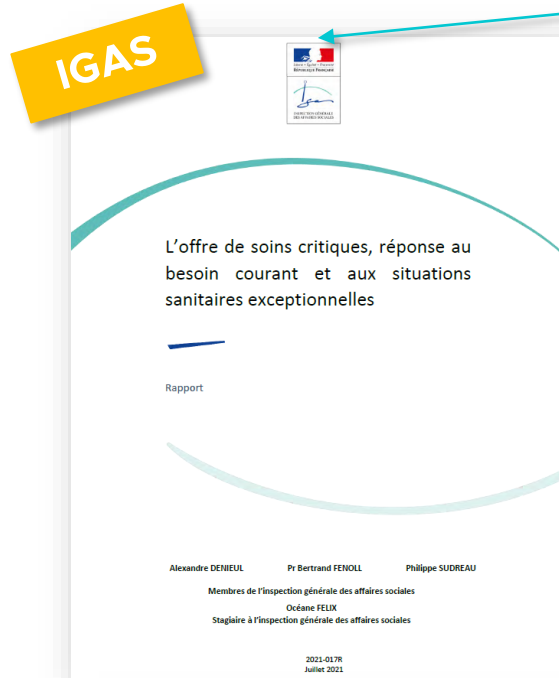
2021

2022

CRISE COVID



Réflexion engagée depuis 2017 en lien avec la **réforme des autorisations**



IGAS

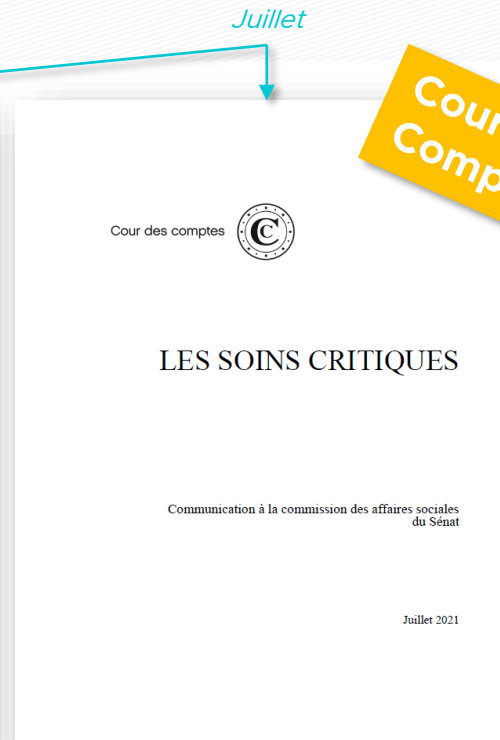
Bâtir une véritable filière de soins critiques

Répondre à l'accroissement prévisible des besoins de réanimation par une fluidification des parcours de patients et un ajustement capacitaire au plus près des besoins

Lever les tensions pesant sur les ressources humaines médicales et paramédicales

Renforcer et compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques, sous l'égide des ARS

Aménager une élasticité maximale de l'offre de soins critiques pour répondre aux variations saisonnières d'activité et aux situations sanitaires exceptionnelles



Cour des Comptes

Tirer les enseignements de la gestion de crise

Réformer l'organisation des soins critiques

Anticiper les besoins futurs en matière de soins critiques

Feuille de route soins critiques 2022-2025

5 grands axes forment le socle de cette feuille de route :

- Bâtir une véritable filière de soins critiques, en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement ;
- Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins, avec notamment l'augmentation de plus de 1000 lits de réanimation et d'aval de réanimation pour améliorer la continuité des parcours de prise en charge
- Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels paramédicaux via un renforcement des équipes, le temps de formation, la pluridisciplinarité de l'équipe ;
- Structurer des filières territoriales de soins critiques, sous l'égide des ARS et entre acteurs de la filière ;
- Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, en mettant notamment en place une réserve sanitaire de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence.





2 DÉCRETS DU 26 AVRIL 2022

2022-690

CONDITIONS D'IMPLANTATION

- prévoit les conditions de l'autorisation d'activité et de son renouvellement.
- crée de nouvelles mentions
- précise les conditions d'implantation par mention.

2022-694

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

- fixe les conditions techniques de fonctionnement pour l'activité de soins critiques (nombre de lits, compétences, ratios d'effectifs, équipements, permanence médicale...)

LES CONDITIONS D'IMPLANTATION

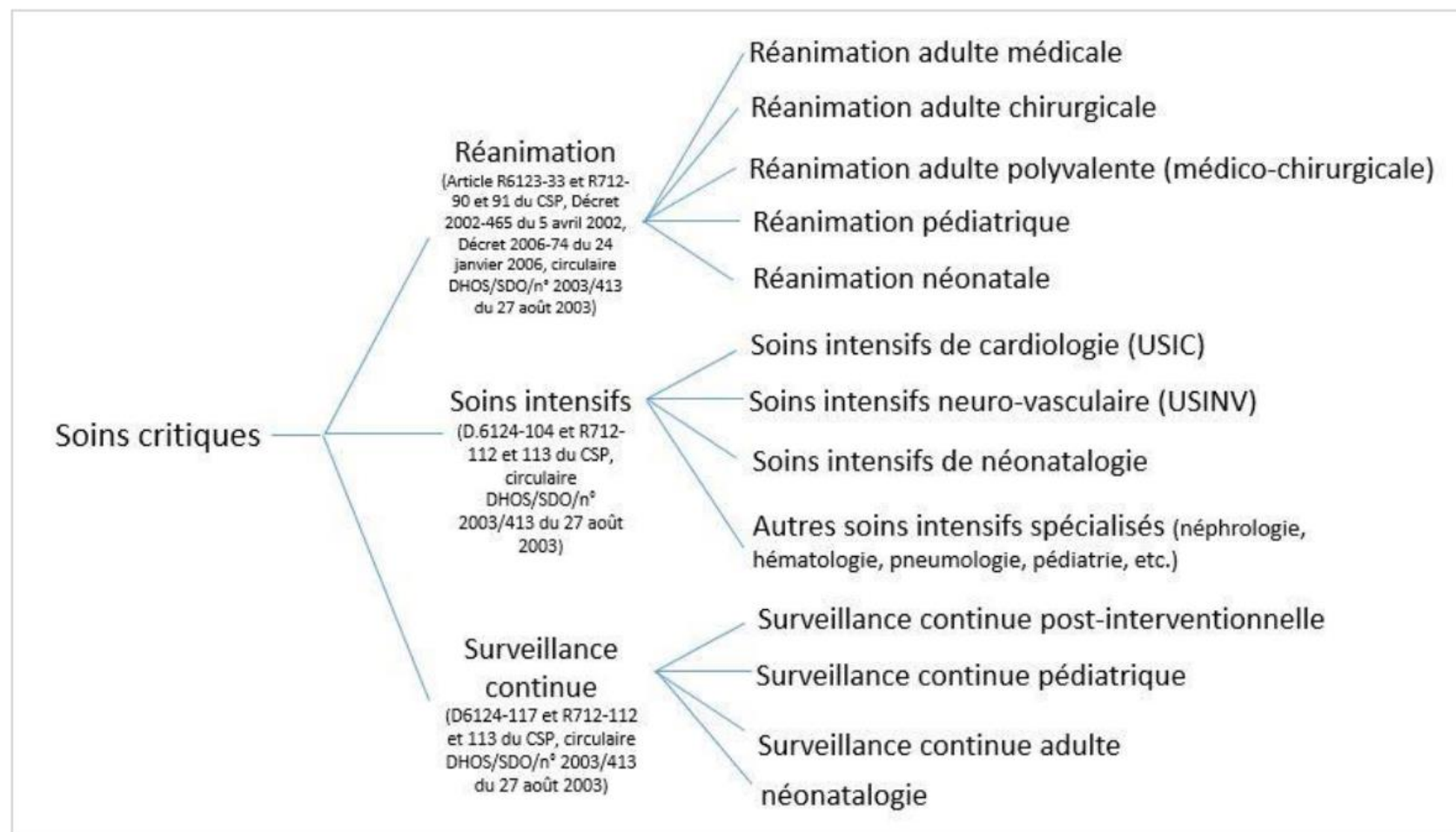
DÉCRET N°2022-690 DU 26 AVRIL 2022



LA GRADATION DES SOINS CRITIQUES



AVANT la
réforme



LA GRADATION DES SOINS CRITIQUES



■ Organisation en plateau technique de soins critiques comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une unité de soins intensifs polyvalents contiguë

2 « MODALITÉS »

Soins critiques ADULTES

5 « MENTIONS »

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

Soins critiques PEDIATRIQUES

4 « MENTIONS »

Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents (et de spécialité le cas échéant)

Réanimation et SI pédiatriques polyvalents (et de spécialité le cas échéant)

SI pédiatriques polyvalents dérogatoires

SI pédiatriques d'hématologie

Disparition de la « surveillance continue »

APRES la réforme

SCHÉMA D'ORGANISATION DES SOINS CRITIQUES



Soins critiques ADULTES

Direction générale de l'offre de soins

Adhésion DSR soins critiques/structuration de la
filière territoriale

Site avec la réanimation adulte

Mention d'autorisation
« Réanimation et soins intensifs »

Unité de réanimation

+

Unité de soins intensifs polyvalents
contiguës (USIP : ex USC près de la réa)

Unités de soins intensifs de spécialité non
contiguës :

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

Site avec ou sans la réanimation adulte

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

Unité de soins intensifs
de cardiologie

Unité de soins intensifs
de neurologie vasculaire

Unité de soins intensifs
d'hématologie

Site sans la 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 USIP => soins renforcés

Les conditions d'implantation
et de fonctionnement des
unités de soins renforcées
sont en cours de discussion



SCHÉMA D'ORGANISATION DES SOINS CRITIQUES

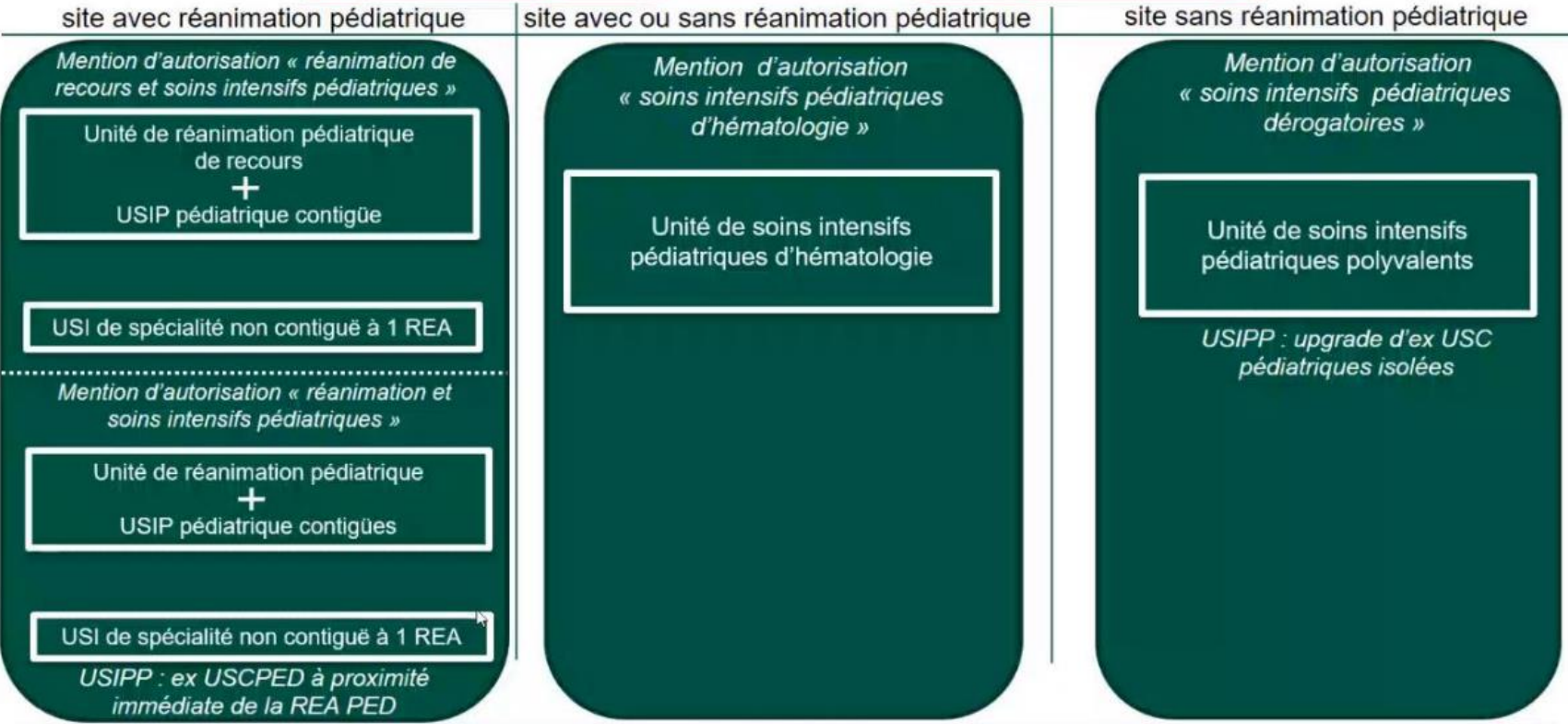


Soins critiques **PEDIATRIQUES**

Direction générale de l'offre de soins



Adhésion DSR soins critiques/structuration de la
filière territoriale



Hors soins critiques : ex USC PED à distance de la REA PED ou isolées (non upgradées USIPP) => soins renforcés

Les conditions d'implantation et de fonctionnement des **unités de soins renforcées** sont en cours de discussion



LES SOINS CRITIQUES ADULTES



Soins critiques ADULTES

Prise en charge de patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter :

Mention

1 Réanimation

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**.

1 Soins intensifs polyvalents

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**.

2 Soins intensifs polyvalents dérogatoires

3 Soins intensifs de cardiologie

une défaillance aiguë **liée à une pathologie cardiovasculaire / neuro-vasculaire / hématologique**, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des **traitements spécifiques cardiologiques / neuro-vasculaire / hématologique** et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.

4 Soins intensifs de neurologie vasculaire

5 Soins intensifs d'hématologie

1 Soins intensifs de spécialité (le cas échéant)

une ou plusieurs défaillances aiguës **de l'organe concerné**, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des **traitements spécifiques à la spécialité**, et sans défaillance aiguë d'organe supplémentaire.

LES SOINS CRITIQUES PÉDIATRIQUES



Soins critiques **PÉDIATRIQUES**

Prise en charge de patients âgés de moins de dix-huit ans, qui sont susceptibles de présenter :

Mention

1 Réanimation de recours

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**, **et dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité.**

2 Réanimation

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.**

1/2 Soins intensifs pédiatriques polyvalents

Une défaillance aiguë 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.**

3 SI pédiatriques polyvalents dérogatoires

une défaillance aiguë **liée à une pathologie hématologique** mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel imposant des **traitements spécifiques hématologiques** nécessitant un ou des séjours en secteur stérile.

4 SI pédiatriques d'hématologie

une défaillance aiguë de **l'organe concerné**, mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, imposant des **traitements spécifiques à la spécialité**, et sans défaillance aiguë d'organe supplémentaire.

1/2 Soins intensifs pédiatriques de spécialité (le cas échéant)

LES CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

DÉCRET N°2022-694 DU 26 AVRIL 2022



DIMENSIONNEMENT DES UNITÉS



MENTION	AVANT RÉFORME	APRES RÉFORME
SOINS CRITIQUES ADULTES		
RÉANIMATION	8 lits (6 à titre dérogatoire)	8 lits (6 à titre dérogatoire) (10 si création / reconstruction / réaménagement)
USI POLYVALENT OU DE SPÉCIALITÉ	Non défini	6 lits (8 si création / reconstruction / réaménagement)
USIC	6 lits	6 lits
USINV	Non défini	4 lits
USI HÉMATO	Non défini	6 lits
SOINS CRITIQUES PÉDIATRIQUES		
RÉANIMATION DE RECOURS	8 lits (6 à titre dérogatoire)	8 lits (4 à titre dérogatoire*) (10 si création / reconstruction / réaménagement)
RÉANIMATION	8 lits (6 à titre dérogatoire)	6 lits (4 à titre dérogatoire*) (8 si création / reconstruction / réaménagement)
USI PÉD. POLYVALENTS / DÉROGATOIRES	Non défini	4 lits
USI PÉD. HÉMATO	Non défini	4 lits

* Le DG ARS peut autoriser le titulaire à disposer d'une unité d'au moins quatre lits de réanimation pédiatrique pour les motifs suivants :
« 1° Lorsque l'éloignement de l'établissement de santé disposant d'une telle unité impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population ;
« 2° Lorsque l'unité de réanimation pédiatrique est contiguë à une unité de réanimation néonatale avec une organisation mutualisée de la permanence médicale

NORMES D'EFFECTIFS PARAMÉDICAUX



Soins critiques ADULTES

UNITE	AVANT RÉFORME	APRES RÉFORME
RÉANIMATION	2 IDE / 5 lits 1 AS / 4 lits 1 Masseur-kiné	2 IDE / 5 lits 1 AS / 4 lits 1 Masseur-kiné (7j/7) 1 psychologue
USI POLYVALENT OU DE SPÉCIALITÉ		1 IDE / 4 lits 1 AS / 4 lits le jour – 1 AS / 8 lits la nuit 1 Masseur-kiné 1 psychologue
USIC	1 IDE + 1 AS / 4 lits le jour 1 IDE + 1 AS / 8 lits la nuit 1 Masseur-kiné	1 IDE / 4 lits 1 AS / 4 lits le jour – 1 AS / 8 lits la nuit 1 Masseur-kiné 1 diététicien
USINV		1 IDE / 4 lits 1 AS / 4 lits le jour – 1 AS / 8 lits la nuit 1 Masseur-kiné

Formation de 8 semaines
pour les IDE prenant
leurs fonctions en REA
(sauf si expérience antérieure)

NORMES D'EFFECTIFS PARAMÉDICAUX



Soins critiques **PEDIATRIQUES**

UNITE	AVANT RÉFORME	APRES RÉFORME
RÉANIMATION DE RECOURS	1 IDE (PUER) / 2 lits 1 AS-AP / 4 lits	2 IDE (dont 1 PUER) + 1 AS-AP / 4 lits 1 Masseur-kiné (7j/7) 1 psychologue
RÉANIMATION	2 IDE (dont 1 PUER) / 5 lits 1 AS-AP / 4 lits	2 IDE (dont 1 PUER) / 5 lits 1 AS-AP / 4 lits 1 Masseur-kiné (7j/7) 1 psychologue
USI PÉD. POLYVALENTS / DÉROGATOIRES		1 IDE (PUER) / 4 lits 1 AS-AP / 4 lits <u>le jour</u> , 1 AS-AP / 8 lits <u>la nuit</u> 1 Masseur-kiné
USI PÉD. HÉMATO		1 IDE (PUER) / 4 lits 1 AS-AP / 6 lits

Formation de 8 semaines
pour les IDE prenant
leurs fonctions en REA
(sauf si expérience antérieure)

COMPÉTENCES MÉDICALES



Soins critiques **ADULTES**

Pour l'équipe médicale adulte de réanimation et SIP contiguë, la permanence est assurée :

- en journée par **au moins 2 médecins spécialistes en soins critiques**, c'est-à-dire MAR ou MIR, membres d'une équipe mutualisée des deux unités, afin d'assurer une certaine collégialité,
- en dehors des services de jour, d'**1 médecin spécialisé en soins critiques** (MAR ou MIR) couvrant les activités des deux unités.

Pour chaque plateau technique de soins critiques, un membre de l'équipe médicale MAR ou MIR assure la fonction de médecin coordonnateur des unités.

Pour les SIP dérogatoires, la permanence des soins en dehors des services de jour est assurée par la présence sur site d'un médecin ayant une formation ou une expérience en soins critiques avec une astreinte opérationnelle assurée par un MAR ou un MIR.



Soins critiques **PEDIATRIQUES**

L'équipe médicale du plateau technique de soins critiques pédiatriques, composée de pédiatres, de MAR ou de MIR justifiant de compétences en soins critiques pédiatriques, assure la permanence des soins. Lorsque cette dernière est commune entre une réanimation pédiatrique et une réanimation néonatale, alors, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.

Le coordonnateur de l'unité de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique de recours doit être qualifié en réanimation pédiatrique. Il a la responsabilité des SIP contigus et doit avoir 2 ans d'expérience en réanimation pédiatrique ou 5 ans en réanimation pédiatrique de recours.

IMPÉRATIFS ARCHITECTURAUX



Toute unité de soins critiques doit comprendre :

- » 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.
 - Postes de soins adaptés aux besoins du service permettant la surveillance des patients, la gestion de leurs dossiers et les transmissions médicales et paramédicales.
- » Un **secteur d'accueil** composé d'au moins :
 - Une pièce de détente pour les proches des patients
 - Une pièce dédiée aux entretiens entre l'équipe soignante et les familles
- » Un **secteur technique et administratif** adapté aux activités de l'unité ;
- » Un **secteur d'hébergement des médecins** assurant la permanence médicale, au sein ou à proximité immédiate de l'unité de réanimation ;
- » 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.

Ces secteurs
« peuvent être
communs à
plusieurs unités
contiguës avec
des équipes
mutualisées »

FLEXIBILITÉ DE L'ORGANISATION CAPACITAIRE



Feuille de
route soins
critiques
2022-2025

AXE 5

Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux **situations sanitaires exceptionnelles**, en mettant notamment en place une réserve sanitaire de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence

Dans ce cadre, le titulaire d'une autorisation de soins critique doit :

- » Disposer 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.
- » Prévoir au sein de ce plan 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

En outre, les lits d'USIP contigus à l'unité de réanimation (adultes / pédiatrique) doivent être **mutualisés et équipés à l'identique** de manière à faire évoluer la capacité d'accueil en réanimation selon la variation de l'activité et les niveaux des prises en charge des patients nécessaires.

FILIÈRES TERRITORIALES



Les plateaux techniques de soins critiques doivent s'inscrire dans une **filière territoriale de soins critiques** et participer à sa structuration pour optimiser :

- » les parcours de soins
- » les transferts de patients de soins critiques vers les centres adaptés à leur prise en charge
- » l'expertise régionale en soins critiques notamment par la télésanté.

Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site 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 ;

Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose d'**outils numériques nécessaires aux activités de télésanté**

L'organisation des réseaux territoriaux de la filière des soins critiques passera par des **Dispositifs Spécifiques Régionaux (DSR)**, créés par la loi OTSS (article L6327-6 du CSP).

Les DSR ont vocation à apporter aux professionnels de santé, établissements de santé et ARS une expertise particulière et leur apporter un appui spécialisé en matière d'activités de soins soumises à autorisation.

LE CALENDRIER DE LA RÉFORME



CALENDRIER DE LA RÉFORME

