

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
|  | <b>DOS / PMEES/<br/>réunion n°1 du groupe n°2 de l'ICR soins critiques</b>   |                              |
|   | <i>réunion n°1/2 du groupe n°2 « pertinence des séjours en soins critiques, place des usc et des usc isolées en réanimation »</i><br><i>Réunion de travail</i><br><i>Lundi 6 mars 14-17h</i> |                              |
| <b>MAJ</b> : 18.01.2013   | <i>Rédigé par : F. ETTORI<br/>médecin référent ICR<br/>soins critiques, ARS</i>  | <i>Relu et corrigé par :</i> |

#### Participants :

- Pr Nicolas Bruder, réanimation, AP-HM
- Dr Bernage, CH Manosque, USC
- Pr Yves Auroy, HIA Ste Anne Toulon
- Dr Jacques Durand Gassel, Réanimation, Chits Toulon
- Dr Adrien Roques, réanimation CH Digne
- Mme Bares Fiocca, représentant FHP, membre ICR
- Dr Jacques Albizatti médecin conseil, direction régionale de l'assurance maladie, Marseille, membre ICR
- Dr Beatrice Eon, ERERI Paca Corse
- Dr serge Paoli, réanimation, clinique Bouchard, Marseille
- Dr Florence ETTORI, IC soins critiques, ARS PACA

#### Excusés

- Dr Stephane Bourgeois, Samu Avignon
- Pr Eric Meaudre, HIA Ste Anne Toulon réanimation
- Pr Carole Ichai, CHU Nice réanimation
- Dr Guarrigues, CH Aix réanimation
- Richard Lamouroux, directeur délégué CH Digne
- Mme Sincholles, Cadre, USC isolée Clinique st Georges Nice
- Mr Hervé Ferrant, directeur, Hôpital privé gériatrique les Sources, Nice

### **1. déroulement de la réunion**

1. Tour de table
2. On rappelle les enjeux de ce groupe de travail transversal réunissant des réanimateurs de réanimations et de surveillances continues isolées, des représentants et du financement (assurance maladie) :
  - Propositions d'analyse des taux de recours régionaux, des variations infra régionales, dans un contexte de dotation globale satisfaisante en lits de soins critiques, et de forte augmentation des séjours en PACA sur les dernières 5 années (+11% en réanimation, +20% en surveillance continue sans séjour de réa associé) et d'augmentation soutenue en France
  - Proposer des solutions d'optimisation du recours au séjour tant en réanimation qu'en surveillance continue
  - Préciser les conditions pertinentes de recours aux unités de surveillance continue isolée, en précisant leur rôle par rapport aux unités de surveillance continues accolées à une réanimation

### **2. objectifs du groupe de travail**

### Présentation du PRS 2 et de ses objectifs

- Présentation du PRS avec objectifs opérationnels livrables en avril et priorisation de ces objectifs opérationnels selon 4 axes retenus : enjeu régional de santé publique, plus-value à la transformation, faisabilité, attente des usagers
- Présentation de cartes de démographie et d'indices de pauvreté
- à la fin de la prochaine réunion du mardi 4 avril de de 14 h à 17 h en salle 340 : nous devons pouvoir rendre les orientations stratégiques à 10 ans, du recours au séjour de réanimation et de surveillance continue ainsi que l'évolution souhaitable de l'utilisation des surveillances continus isolées
  - Présentation de l'attendu livrable en juin
- en juin 2017 nous devons avoir rendu les déclinaisons opérationnelles à 5 ans validées en plénière (retour aux autres groupes)

### 3. présentation du contexte

EN PACA on rappelle qu'environ 16 000 séjours de réanimation et 29 000 séjours de surveillance continue (sans passage en réanimation au cours du même séjour) ont été réalisés en 2015.

### 3. détermination des forces, points de rupture, opportunités et risques liés à cette thématique

#### Force :

- nombre de lits globaux satisfaisant
- moindre pénurie de médecins qualifiés (héliotropisme de la région)
- plateaux techniques en quantité suffisante
- pratiques relativement homogènes
- us isolées et accolées permettent d'exercer **un rôle tampon** pour les réanimations, avec traitement d'épreuve qui peut suffire à éviter la réanimation sur des indications limites et diminuer le recours injustifié à la réanimation  
Pour les usc isolées
- ces services permettent souvent de sécuriser une **pratique de chirurgie** (dispersée et polyvalente dans des centres généralistes polyvalents généraux)
- ces services permettent souvent de sécuriser le **service des urgences** dans des centres généralistes et d'assurer une prise en charge en soins critiques de premier recours
- peuvent permettre rapprochement familial en retour de réanimation (pratique très variable selon les centres)
- 

#### Points de rupture

- disparité des densités de lits en réanimation (zones de fragilité Toulon et Avignon) certains gros plateaux manquent de lits et ont des taux d'occupation très importants
- pas de retour vers les surveillances continues isolées : la famille ne veut pas et les réanimateurs ont l'habitude de garder leurs patients une fois qu'ils l'ont
- les usc sont détournées de leur fonction première pour servir de lieu de prise en charge habituel de patients lourds mais pas graves. certains patients porteurs de « gestes bloqueurs » pourraient sortir mais ne peuvent sortir de surveillance continue non pas par lourdeur médicale mais par nécessité de ratios de personnel infirmier suffisants, qui ne se trouvent aujourd'hui qu'en usc
- grande variabilité dans l'organisation médicale et paramédicale, la dotation en personnel (ide as) et matériel, des usc selon qu'elles sont isolées ou accolées

#### Opportunités :

- Redéployer les lits de réanimation là où il y a les plateaux techniques lourds qui sont structurants des capacités en réanimation et des actes réalisables (plus que les spécificités des équipes elles-mêmes)

- créer des réseaux de soins critiques de médecins et IDE qualifiés « réanimation-usc » qui travaillerait sur plusieurs établissements (éventuellement dans le cadre de GHT, ou ensembles d'établissements plus petits selon une logique territoriale naturelle ex Cannes Grasse Antibes)). Les médecins seraient embauchés par un réseau et non par un service, et alterneraient entre la réanimation du plateau technique lourd et les unités de surveillance continue éventuellement isolées

Cette solution aurait de multiples avantages :

1. Permanence des soins facilitée et plus souple (une seule très grosse équipe)
  2. Maintien des compétences avec allers et retours entre les grosses réanimations et les us isolées ou non
  3. Harmonisation des pratiques médicales et donc des prises en charge avec des critères de qualité liés aux volumes importants de patients traités ; et des critères communs définis de prise en charge en réa versus USC
  4. Retour facilité des grosses réanimations de recours vers les plus petits us excentrés pour rapprochement familial et désencombrement des réanimations de recours
  5. Lutte contre la désertification médicale en USC voire réa de l'arrière-pays et sécuriser les personnels médicaux
  6. Permet de conserver un maillage organisé de soins critiques de premier recours (« tampon » avec la réanimation)
- Qualifier franchement les établissements qui devront se positionner : soit étiquetés « soins de proximité » avec orientation et recherche d'excellence vers les soins en ambulatoire  
Soit orientation plateau technique lourd avec recherche d'excellence en soins lourds : « on ne peut pas bien organiser un établissement qui excelle dans l les deux »

Opportunités pour les USC

- Lors des CPOM renégocier les capacités en surveillance continue en fonction des moyens alloués par l'établissement au service (par exemple, ne plus considérer qu'un service qui a une infirmière pour 12 malades la nuit mérite de conserver le titre d'USC) et de la lourdeur des malades pris en charge
- Supprimer tous les services ayant moins de 8 lits, ou dont l'activité correspond à moins de 8 lits occupés annuellement à 70% (taux de facturation national des suppléments usc)
- S'assurer que la permanence des soins est uniforme et minimale (médecin sur place pour le bloc, avec astreinte opérationnelle supplémentaire pour le cas où le médecin anesthésiste est au bloc ou un patient est ventilé/instable de nuit) et présence IDE minimale
- Rediscuter de la pertinence des lits d'USC post USIC, qui ne se justifient pas d'un point de vue médical une fois qu'ils sont sortis d'USIC
- Créer des unités de « soins lourds » avec ide en ratio suffisant (supérieurs à ceux des services simples) et formées sur des « gestes bloqueurs » qui empêchent aujourd'hui la sortie des USC

## Menaces

### En réanimation :

- Faire la confusion entre « gravité aigue imprévisible » et « décompensations attendues » prévisibles, tant dans les estimations de patients que dans l'organisation des soins (je ne sais plus ce qu'on a voulu dire par là, FE)
- Surcapacités coûteuses poussant à élargir les indications d'admission pour assurer un taux d'occupation (de rentabilité) minimum. Ce point pourra être moins important avec la réforme de la tarification en réanimation qui doit arriver (forfait de « fonctionnement »)
- Sous capacités sur les plateaux lourds avec pression de production, sorties précoces, absence totale d'adaptabilité en cas d'hôpital en tension (épidémie et.)

### En USC

- Confondre les soins « à risque » (patient à risque de décompensation et nécessitant surveillance étroite) du patient « lourd » stable (dépendant en soins infirmiers) avec nécessité de soins infirmiers lourds

- Garder en us notamment isolées des malades trop graves sous prétexte que l'accès à la réanimation est limité
- Limiter trop sévèrement l'accès aux us
- Fermer trop de surveillances continues isolées qui sont des services de proximité en soins critiques
- Transformer les USC isolées en mouroirs, ou unités de soins lourds et non graves

#### **4. grands axes identifiés du COS**

1. Anticiper l'augmentation de malades lourds et chroniques dans la population hospitalière et augmenter le ratio de lits « critiques »/ »lourds »/standard. Créer des unités de soins lourds et peu graves (unités intermédiaires entre us et service) avec garanties d'infirmières compétentes formées et en nombre qui puissent également gérer des « actes bloqueurs » tels que drains thoraciques, rendons, escarres, etc...En effet avec le virage ambulatoire la charge moyenne en soins va augmenter chez les patients qui ne peuvent passer en ambulatoire (seuls des patients lourds et de plus en plus lourds seront hospitalisés donc la charge moyenne de travail des IDE va augmenter).
2. Travailler sur des établissements du même territoire, en réseau sur les soins critiques (réanimations-usc) avec équipes mobiles poly compétentes multi sites et PDS et réunions de service mutualisées (IDE, Docteurs, Kiné etc...)
3. Développer un aval de qualité qui désengorgera les réanimations et structurera les réanimations
4. créer des réseaux de soins critiques de médecins et IDE qualifiés « réanimation-usc » qui travaillerait sur plusieurs établissements (éventuellement dans le cadre de GHT, ou ensembles d'établissements plus petits selon une logique territoriale naturelle ex Cannes Grasse Antibes)). Les médecins seraient embauchés par un réseau et non par un service, et alterneraient entre la réanimation du plateau technique lourd et les unités de surveillance continue éventuellement isolées

Cette solution aurait de multiples avantages :

7. Permanence des soins facilitée et plus souple (une seule très grosse équipe)
8. Maintien des compétences avec allers et retours entre les grosses réanimations et les us isolées ou non
9. Harmonisation des pratiques médicales et donc des prises en charge avec des critères de qualité liés aux volumes importants de patients traités ; et des critères communs définis de prise en charge en réa versus USC
10. Retour facilité des grosses réanimations de recours vers les plus petits us excentrés pour rapprochement familial et désencombrement des réanimations de recours
11. Lutte contre la désertification médicale en USC voire réa de l'arrière-pays et sécuriser les personnels médicaux
12. Permet de conserver un maillage organisé de soins critiques de premier recours (« tampon » avec la réanimation)

5.

#### **4. grands objectifs opérationnels à 5 ans**

- **Créer une unité pilote de soins lourds pour tester son bénéfice sur l'aval d'une réa accolée à une Usc**

- Supprimer les USC isolées de moins de 8 lits et justifier à chaque cpom de la nécessité d'une USC isolée sur la lourdeur des patients et les moyens affectés par l'établissement au service.
- Limiter la taille des réanimations à 20 lits par unité fonctionnelle (toute augmentation au-delà de 20 lits doit amener à création de deux unités de réanimation sur le même site)

#### **4. objectifs du groupe de travail**

- à la fin de la prochaine réunion du mardi 4 avril de 14 h à 17 h en salle 340 : nous devons pouvoir rendre les orientations stratégiques à 10 ans de la récupération des patients post réanimation et des grandes orientations de leur parcours
- en juin 2017 nous devons avoir rendu les déclinaisons opérationnelles à 5 ans validées en plénière (retour aux autres groupes)

Diffusion : groupe n 2

DDPRS (Thuret)