MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2309056J (numéro interne : 2023/47)
Date de signature	06/04/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques.
Commande	Mettre en œuvre le nouveau régime des autorisations de l'activité de soins critiques.
Actions à réaliser	Prendre en compte, dans les travaux de rédaction des schémas régionaux de santé 2023-2028, le futur régime d'autorisation des activités de soins et accompagnement des évolutions de l'offre issues du nouveau régime.
Echéance	Mise en œuvre dans le cadre de la publication des schémas régionaux de santé 2023-2028 au plus tard au 1er novembre 2023 et poursuite des actions les années suivantes.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües (R3) Roselyne BÔQUET Mél. : roselyne.boquet@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	18 pages + 4 annexes (11 pages) Annexe 1 – Trame de cahier des charges du Dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques à destination des Agences régionales de santé (ARS) Annexe 2 – Indicateurs pouvant être analysés au niveau régional pour évaluer les besoins capacitaires en soins critiques (Réanimation et soins intensifs) Annexe 3 – Schéma des soins critiques Annexe 4 – Ratios personnels non médicaux

Résumé	La présente instruction décrit les modalités de mise en œuvre des dispositions applicables à l'activité de soins critiques.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle - Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Schéma régional de santé (SRS) – Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) – Autorisation activité de soins critiques – Réanimation – Soins intensifs – Flexibilité capacitaire – Dispositif spécifique régional – Filière de soins critiques.
Classement thématique	Etablissements de santé – Organisation
Textes de référence	- Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques, complété par le décret n° 2022-1765 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie (4° de l'article 4) ; - Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques, complété par le décret n° 2022-1766 du 29 décembre 2022 relatif aux conditions d'implantation des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie (article 6) ; - Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.
Circulaires abrogées	- Circulaire n° DHOS/SDO/2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue ; - Circulaire n° DHOS/O/2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n° 2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique.
Rediffusion locale	Etablissements de santé ; Fédérations.
Validée par le CNP le 31 mars 2023 - Visa CNP 2023-22	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction a vocation à présenter les éléments clés de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques contenus dans les textes relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à cette activité afin d'accompagner sa mise en œuvre dans le cadre des schémas régionaux de santé (SRS). Elle propose également un cahier des charges du dispositif spécifique régional (DSR) à mettre en place en appui du pilotage de la filière territoriale de soins critiques (annexe 1) ainsi que des indicateurs permettant d'évaluer les besoins capacitaires en soins critiques (annexe 2).

Introduction

La publication des décrets qui marque l'aboutissement des travaux de réforme menés depuis 2018 porte une évolution majeure dans l'organisation de l'offre de soins critiques, à l'échelle des équipes hospitalières, des établissements de santé et des territoires. Sa mise en œuvre s'inscrit dans le cadre de l'axe 1 « bâtir une véritable filière de soins critiques » de la feuille de route soins critiques 2022-2025, élaborée sur la base des propositions du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2021 et présentée à l'ensemble des parties prenantes le 10 mars 2022 par le ministre en charge de la santé.

Les soins critiques correspondent à des prises en charge complexes et techniques de patients dont le pronostic vital est engagé ou susceptible de l'être en permanence. La réforme confirme l'engagement d'armer notre système de santé d'une filière de soins critiques structurée, à la capacité renforcée, dotée des compétences nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des soins critiques.

Le fort impact de la crise Covid, qui a mobilisé en première ligne les équipes de soins critiques et a nécessité une montée en charge inédite de la capacité d'accueil en réanimation, a donné une nouvelle dimension à cette réforme. En effet, l'enjeu de flexibilité de l'organisation capacitaire a été souligné, impliquant l'adaptabilité du fonctionnement des unités aux besoins courants et exceptionnels de prise en charge des patients en réanimation, tout comme celui de la fluidité des parcours de soins post réanimation nécessitant un renforcement du capacitaire en soins intensifs, en intégrant la part des lits de surveillance continue armés et mobilisés durant la crise.

Ainsi, la restructuration des soins critiques repose sur le regroupement des capacités de prise en charge modulables, la consolidation des équipes formées aux soins critiques et un dispositif spécifique régional chargé de l'animation et de la coordination de l'ensemble des acteurs de la filière territoriale des soins critiques qui la composent, de la mutualisation des expertises et du partage d'informations nécessaires à l'organisation des prises en charge courantes et exceptionnelles en situation de crise.

Sommaire

I. Structuration des soins critiques : un cadre d'autorisation intégrant la réanimation et les soins intensifs 5

A. Le périmètre de l'activité de soins critiques..... 5

B. La gradation de l'activité de soins critiques..... 5

C. Le concept de plateau de soins critiques pour les sites avec réanimation 7

D. Les nouvelles mesures proposées suite à la crise COVID..... 7

II. Conditions spécifiques aux prises en charge en soins critiques adultes 8

A. La permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques 8

B. Le dimensionnement des unités 10

C. Les ressources humaines des unités de soins critiques adultes 11

D. Les conditions d'environnement 12

E. Les modalités d'accueil des patients âgés de moins de 18 ans en unités de soins critiques adultes 12

III. Conditions spécifiques aux soins critiques pédiatriques.....13

A. La permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques des enfants et adolescents.....13

B. Le dimensionnement des unités de soins critiques pédiatriques 14

C. Les ressources humaines des unités de soins critiques pédiatriques 14

D. Les conditions d'environnement des soins critiques pédiatriques 15

IV. Calendrier de mise en œuvre de la réforme.....15

A. Calendrier.....15

B. Prolongation des autorisations actuelles et délivrance des nouvelles autorisations 15

C. Dispositions transitoires et délais de mise en œuvre 16

V. Le dispositif spécifique régional de soins critiques 16

VI. L'ajustement capacitaire aux besoins dans le cadre des SRS.....17

I. Structuration des soins critiques : un cadre d'autorisation intégrant la réanimation et les soins intensifs

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

Le choix de la dénomination de l'activité « soins critiques » illustre la portée du périmètre de la réforme d'autorisation qui va au-delà de la révision des textes, avec les objectifs suivants :

- confirmer le haut niveau de sécurité nécessaire à la pratique des soins critiques par des obligations réglementaires structurantes dans un cadre d'autorisation rénové et unifié ;
- mettre en cohérence les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement avec une gradation du champ des soins critiques ;
- renforcer la régulation de l'offre régionale de soins critiques de manière homogène et le pilotage territorial de la filière de soins critiques.

A. Le périmètre de l'activité de soins critiques

Une définition précise est apportée à l'activité de soins critiques, consistant 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*[1]. »

Cette définition élargit le périmètre de l'autorisation de réanimation au champ des soins critiques, intégrant les soins intensifs. Ces derniers sont constitués via la requalification des actuelles reconnaissances contractuelles des USI et d'une partie des USC répondant aux exigences en termes de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement. Ainsi, l'ensemble des patients relevant de soins critiques pris actuellement en charge dans ces USC devront, lors de la mise en œuvre des modalités de la réforme, être pris en charge en USI.

B. La gradation de l'activité de soins critiques[2]

Les autorisations d'activité de soins critiques reposent sur deux modalités :

- les soins critiques adultes ;
- les soins critiques pédiatriques (patients âgés de moins de 18 ans).

1. Les soins critiques adultes[3]

La modalité « soins critiques adultes » comprend les cinq mentions suivantes :

1) Mention 1 « *réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant* » : elle est destinée aux sites disposant d'au moins une unité de réanimation. Les titulaires de cette mention doivent s'organiser en plateau de soins critiques, comprenant au moins une unité de réanimation (UREA) et au moins une unité de soins intensifs polyvalents contigüe (USIP) constituée notamment par la requalification d'USC à proximité de l'UREA.

[1] Article R. 6123-33 du code de la santé publique.
[2] Annexe 3.
[3] Articles R. 6123-34-1 et R. 6123-34-3 du code de la santé publique.

Par ailleurs, la mention 1 permet au titulaire de disposer, en plus de l'USIP contigüe, d'autres USIP et le cas échéant d'USI de spécialité, autres que celles des mentions 3, 4 et 5, notamment dédiées aux patients relevant de soins de néphrologie, respiratoires et d'hépato-gastro-entérologie, ceci afin de pérenniser certaines organisations existantes. La création d'USI de spécialité est conditionnée par la nature des activités des établissements et peut être envisagée sur des sites de recours avec un fort volume d'activité et un niveau de spécialité élevé (CHU). Les USI de spécialité lorsqu'elles existent devront être mentionnées dans l'autorisation de la mention 1 et toute modification en termes de restructuration ou de réaménagement les concernant devra être portée à la connaissance du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

2) Mention 2 « *soins intensifs polyvalents dérogatoires* » : elle est destinée à quelques sites sans réanimation dont la nature des prises en charge relève de soins intensifs, et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USI non spécialisée en USIP, sous réserve de respecter les conditions d'environnement et de compétences nécessaires ;

3) Mention 3 « *soins intensifs de cardiologie* » (USIC), mention 4 « *soins intensifs de neurologie vasculaire* » (USINV) et mention 5 « *soins intensifs d'hématologie* » (USIH) : elles sont destinées à des sites, avec ou sans réanimation, dont la nature des prises en charge dans ces spécialités relève de soins intensifs, et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USIC, d'USINV, d'USIH ou d'USI non spécialisée ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC, sous réserve de respecter les conditions d'environnement et de compétences nécessaires.

Chaque mention fait l'objet d'une autorisation distincte, un site peut donc être titulaire d'une ou de plusieurs mentions. Les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), fixés en nombre d'implantations par mention dans le SRS, seront à mettre en cohérence avec ceux des autres activités de soins impliquées dans la filière de soins relevant de la spécialité. Ainsi, le maillage territorial de la filière de prise en charge des pathologies cardiovasculaires pour l'USIC est en lien avec celui de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie interventionnelle ; le maillage territorial de la filière du plan AVC pour l'USINV en lien avec celui des unités neuro-vasculaires (activité de médecine), des activités interventionnelles de neuroradiologie et de la neurochirurgie ; le maillage territorial de la filière de prise en charge des pathologies hématologiques pour l'USIH en lien avec celui des greffes de cellules souches hématopoïétiques et du traitement du cancer.

2. Les soins critiques pédiatriques[4]

La modalité « soins critiques pédiatriques » comprend les quatre mentions suivantes :

1) Mention 1 « *réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant* » : elle est destinée aux sites disposant d'au moins une unité de réanimation pédiatrique de recours (ex : réanimation pédiatrique spécialisée) avec l'obligation d'organisation en plateau de soins critiques pédiatriques de recours comprenant au moins une unité de réanimation pédiatrique de recours et au moins une unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents (USIP pédiatrique) contigüe, constituée notamment par la requalification d'USC pédiatrique à proximité immédiate de la réanimation. La réanimation pédiatrique de recours a vocation à prendre en charge des patients âgées de moins de 18 ans dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité. Cette gradation reprend l'existant avec une dénomination plus appropriée, en correspondance avec la typologie des patients pris en charge.

[4] Articles R. 6123-34-2 et R. 6123-34-3 du code de la santé publique.

2) Mention 2 *« réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »* : elle est destinée aux sites disposant d'au moins une unité de réanimation pédiatrique avec l'obligation d'organisation en plateau de soins critiques pédiatriques à l'identique de la mention 1.

   Par ailleurs, les mentions 1 et 2 permettent de disposer au-delà de l'USIP pédiatrique contigüe à l'unité de réanimation, d'USI pédiatrique de spécialité le cas échéant (hors mention 4) notamment de cardiologie pédiatrique. Cette situation est exceptionnelle et doit le demeurer. La priorité est de regrouper les lits et les compétences au sein de plateau technique de soins critiques pédiatriques permettant de redimensionner les équipes nécessaires à l'organisation de la permanence médicale et de la continuité des soins. Lorsqu'elles existent, ces USI pédiatriques de spécialité devront être mentionnées dans l'autorisation des mentions 1 et 2, toute modification de restructuration ou de réaménagement les concernant devra être portée à la connaissance du directeur général de l'ARS.

3) Mention 3 *« soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »* : elle est destinée à quelques sites sans réanimation pédiatrique dont la nature des prises en charge en pédiatrie relève de soins intensifs pédiatriques et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC pédiatrique ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USI pédiatrique non spécialisée en USIP pédiatrique, sous réserve de respecter les conditions d'environnement et de compétences nécessaires.

4) Mention 4 *« soins intensifs pédiatriques d'hématologie »* (USIH pédiatrique) *:* elle est destinée à des sites, avec ou sans réanimation pédiatrique, dont la nature des prises en charge de cette spécialité relève de soins intensifs pédiatriques d'hématologie et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC pédiatrique ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USI pédiatrique en USIH pédiatrique, sous réserve de respecter les conditions d'environnement et de compétences nécessaires.

C. Le concept de plateau de soins critiques pour les sites avec réanimation

Les conditions d'implantation de la mention 1 de la modalité de soins critiques adultes et des mentions 1 et 2 de la modalité de soins critiques pédiatriques consacrent le concept d'organisation en plateau de soins critiques constitué d'au moins une UREA et d'au moins une USIP contigüe, avec des chambres à l'architecture et l'équipement identiques et un pilotage médical et paramédical commun.

L'obligation de **contiguïté** impose que les deux unités se jouxtent de manière à permettre une organisation commune et modulable des chambres et des équipes, en fonction des besoins de prise en charge au sein du plateau. Gage de sécurité et de qualité des soins, ce continuum de fonctionnement en circuit court permet de consolider les équipes mutualisées et d'améliorer leurs conditions de travail, en facilitant notamment les temps d'échanges, de transmission, de formation et de compagnonnage des nouveaux soignants.

D. Les nouvelles mesures proposées suite à la crise COVID

Le retour d'expérience de la crise a conduit à ajouter de nouvelles obligations à tout titulaire, en cohérence avec la feuille de route de soins critiques, qui s'engage à disposer sur site :

- D'un outil informatisé de gestion médicale 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. La disponibilité en lits et les décisions d'admission ou non en réanimation sont des éléments déterminants de qualité de l'organisation de la filière de soins critiques à l'échelle des établissements et des territoires, en lien avec les missions d'appui du DSR ;

- D'outils numériques nécessaires aux échanges à distance par télésanté ;
- D'un dossier patient numérisé adapté à l'organisation des soins critiques ;
- D'un plan de flexibilité de l'organisation, du capacitaire et des ressources humaines, pour anticiper un surcroît d'activité en réanimation, en cas de tensions saisonnières ou de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan comprend un volet de formation afin de constituer et maintenir sur site un vivier de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- D'une organisation formalisée permettant la prise en charge à titre exceptionnel et temporaire des patients âgés de moins de 18 ans en soins critiques adultes (comme mentionné au I de l'article R. 6123-34-4 du CSP)[5], l'objectif étant de pouvoir débuter la prise en charge dans l'attente d'une place disponible en réanimation pédiatrique et sous la supervision de l'équipe de réanimation pédiatrique de référence du territoire ;
- D'un plan de formation aux soins de réanimation prévoyant notamment une période de formation pour les infirmiers prenant leurs fonctions 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.

II. Conditions spécifiques aux prises en charge en soins critiques adultes

A. La permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques

L'obligation permanente de sécurité des soins inhérente à toute activité de soins critiques justifie l'organisation de la permanence médicale, de la continuité des soins et des retours et transferts des patients, précisée par mention à l'article R. 6123-35 du CSP. Tout titulaire d'autorisation de soins critiques doit assurer, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients et leur transfert dès que leur état de santé le permet.

Par ailleurs, le DSR des soins critiques[6] peut venir en appui pour définir l'organisation territoriale de la permanence médicale.

1. *La permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques (*mention *1)*[7]

La permanence est assurée par au moins :

1° En journée, deux médecins membres de l'équipe médicale[8] mutualisée des deux unités (UREA+USIP) afin d'assurer la collégialité nécessaire à la sécurité des soins ;

2° En dehors des services de jour, d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation (MIR) ou en anesthésie-réanimation (MAR) dédié aux activités des deux unités.

L'organisation de la permanence médicale en dehors des services de jours est dédiée aux activités des deux unités, par conséquent elle est à différencier des gardes sur site nécessaires aux autres activités de soins critiques.

[5] Disposition ajoutée dans l'article D. 6124-27-2 en lien avec la révision de l'article R. 6123-34-4.
[6] Article D. 6124-28-6 du code de la santé publique.
[7] I de l'article D. 6124-28-2 du code de la santé publique.
[8] Article D. 6128-1 du code de la santé publique : I.- L'équipe médicale d'une unité de réanimation et d'une unité de soins intensifs polyvalents est constituée :
1° De médecins spécialisés en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation ;
2° Le cas échéant, d'autres médecins spécialisés nécessaires à la prise en charge des patients et disposant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;
3° En tant que de besoin, de médecins spécialisés en psychiatrie, en médecine physique et de rééducation.

Le fait que seul un MIR ou un MAR puisse assurer cette permanence médicale est un gage de sécurité dès lors que l'organisation du tableau de garde implique parfois de recourir à des MIR ou MAR non membres de l'équipe. L'organisation mutualisée du plateau de soins critiques vise à redimensionner l'équipe médicale avec des postes de MIR et MAR supplémentaires. Les autres médecins de l'équipe sont disponibles pour les activités de jour.

S'agissant de la densité médicale nécessaire au fonctionnement du plateau de soins critiques, le rapport IGAS[9] souligne la concordance de plusieurs études des sociétés savantes[10].

2. *La permanence médicale des éventuelles autres USIP non contigües et USI de spécialité (*mention 1*)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- Pour l'USIP non contigüe :

La présence sur site d'un MIR ou MAR pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

L 'organisation de la ligne de garde sur site est distincte de celle dédiée aux activités des deux unités du plateau de soins critiques dès lors que l'USIP est à distance du plateau de soins critiques.

- Pour l'USI de spécialité[11] :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline de l'USI de spécialité, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins

3. *La permanence médicale de l'USIP dérogatoire[12] (mention 2)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle par un MIR ou MAR pour l'USIP pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

4. *La permanence médicale de l'USIC[13] (mention 3)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

---

[9] Rapport IGAS « l'offre de soins critiques, réponse au besoin courant et aux situations exceptionnelles » (juillet 2021 page 70).
[10] Notamment SFAR « méthodologie d'évaluation du temps de travail médical nécessaire au fonctionnement d'une unité de réanimation » (12 juin 2002) ;
[11] Dans le cadre de la mention 1° de l'article R. 6123-34-1 du code de la santé publique.
[12] II de l'article D. 6124-28-2 du code de la santé publique.
[13] Article D. 6124-29-4 du code de la santé publique.

5. *La permanence médicale de l'USINV[14] (mention 4)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en neurologie vasculaire, ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.
Lorsque le titulaire est également autorisé à l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie, la présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline est exigée.

6. *La permanence médicale de l'USIH[15] (mention 5)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en hématologie, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

B. Le dimensionnement des unités

Le plateau de soins critiques adultes est constitué a minima de 14 chambres individuelles (16 en cas de création ou restructuration de l'existant), correspondant à l'addition des seuils capacitaires des deux unités :

- pour l'UREA : au moins 8 lits ; en cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, l'unité comprend au moins 10 lits ;
- pour l'USIP : au moins 6 lits (idem pour les autres USIP ou USI de spécialité du site).

Le directeur général de l'ARS peut accorder une dérogation au titulaire de la mention 1 afin de lui permettre de disposer d'une UREA d'au moins 6 lits lorsque des temps de trajets excessifs s'imposent à une partie significative de la population.

La polyvalence de l'UREA devient la règle, le cas échéant le volume des activités hautement spécialisées (chirurgie cardiaque, greffes, neurochirurgie) peut justifier une organisation en UREA dédiée à leurs patients. Afin de limiter la dispersion de compétences rares et de redimensionner les équipes, les sites devront dans la mesure du possible regrouper les lits sur un seul plateau de soins critiques. Dans le cas de plusieurs UREA éloignées les unes des autres sur le même site, chacune devra avoir une USIP contigüe ou à proximité immédiate.

1. *La configuration de base de toute unité de soins critiques [16]*

Chaque unité comprend les secteurs suivants :

- un secteur d'accueil avec une pièce dédiée aux proches et une pièce pour les entretiens de l'équipe avec les familles, respectant la confidentialité ;
- un secteur d'hospitalisation avec des chambres individuelles, avec un équipement adapté à l'âge, à la sécurité des soins, au confort des patients et respectant l'intimité ;
- un secteur technique et administratif pour l'équipe adapté aux activités de l'unité ;
- un secteur d'hébergement des médecins assurant la permanence médicale, pour la réanimation au sein de l'unité ou à proximité ;
- un secteur équipé pour des réunions quotidiennes et à distance.

[14] Article D. 6124-30-4 du code de la santé publique.
[15] Article D. 6124-31-4 du code de la santé publique.
[16] Article D. 6124-27 du code de la santé publique.

En dehors des chambres, les autres secteurs peuvent être communs à plusieurs unités contigües avec des équipes mutualisées, ce qui est notamment le cas des plateaux de soins critiques.

2. Les équipements des unités de soins critiques adultes et pédiatriques

Les USI doivent disposer des équipements[17] permettant la réalisation dans les chambres d'examens de radiologie, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive, la surveillance paramétrique continue, le cas échéant, la réalisation transitoire d'actes de suppléance d'organe à l'exception des actes de circulation extracorporelle.

Outre les équipements précités, au sein des plateaux de soins critiques, l'unité de réanimation et l'USIP contigüe doivent disposer des équipements permettant le monitoring multiparamétrique, la réalisation d'échographie cardiaque dont transoesophagienne et celle des actes de suppléance d'organes (en particulier ventilation mécanique invasive et non invasive, épuration extra-rénale, plasmaphérèse).

Les USIC, USINV, USIH et les USI de spécialité de la mention 1 disposent des équipements permettant la réalisation des actes de suppléance de l'organe de leur spécialité notamment amines vasoactives en USIC, épuration extra-rénale en USI de néphrologie, ventilation non invasive en USIR.

Outre les équipements précités ci-dessus :

- L'USIC dispose des équipements[18] permettant la réalisation dans les chambres des examens d'échographie cardiaque dont transoesophagienne ;
- L'USINV dispose des équipements[19] permettant la réalisation dans les chambres des examens de radiologie et de doppler transcrânien ;
- L'USIH dispose d'équipements[20] permettant la réalisation de radiologie et d'échographie et par ailleurs, le cas échéant, de chambres équipées de flux laminaire.

C. Les ressources humaines des unités de soins critiques adultes[21]

Afin de tenir compte de la charge en soins des personnels paramédicaux, mobilisés à la fois au chevet des patients hospitalisés et pour prendre en charge de nouveaux patients à tout moment en urgence, les ratios sont désormais calculés par lit ouvert, incluant les lits occupés et les lits disponibles de l'unité, exploitables pour accueillir de nouveaux patients.

Les ratios en réanimation sont reconduits :
- deux infirmiers pour cinq lits ouverts ;
- un aide-soignant pour quatre lits ouverts.

Dans une logique de qualité et de sécurité de l'ensemble du périmètre des soins critiques, des ratios des personnels infirmier et aide-soignant par lit ouvert en unité de soins intensifs sont créés pour toutes les mentions (avec un délai de mise en conformité de cinq ans à compter de la notification de l'autorisation) :
- un infirmier pour quatre lits ouverts ;
- un aide-soignant pour quatre lits ouverts de jour et pour huit lits ouverts de nuit.

Par ailleurs, d'autres professionnels composent l'équipe non médicale en fonction du type d'unité de soins critiques comme le masseur-kinésithérapeute, le psychologue ou encore le diététicien, l'ergothérapeute et l'orthophoniste. A cet égard, les dispositions du CSP précisent pour chaque type d'unité de soins critiques lesquels de ces professionnels doivent composer l'équipe non médicale, le cas échéant en tant que de besoin.

[17] Article D. 6124-27-1 du code de la santé publique.
[18] Article D. 6124-29 du code de la santé publique.
[19] Article D. 6124-30 du code de la santé publique.
[20] Article D. 6124-31 du code de la santé publique.
[21] Annexe 4.

Précisions concernant les notions d'expérience et de formation

S'agissant de l'expérience et de la formation aux soins critiques des médecins non MIR ou MAR, sa validation relève en premier lieu du médecin responsable de l'unité avec la direction de l'établissement. Le DSR peut venir en appui des établissements pour identifier et établir des critères en lien avec les sociétés savantes concernées. Lors de l'étude du dossier de demande d'autorisation, l'ARS évalue à son tour la consistance de l'expérience des médecins.

D. Les conditions d'environnement

Pour les autorisations de la mention 1, le titulaire doit disposer :

- sur site des moyens d'hospitalisation à temps complet de chirurgie et d'un secteur opératoire à disposition H24 ;
- sur site ou par convention de l'accès aux moyens d'hospitalisation de médecine ;
- sur site ou par convention de l'accès aux équipements d'imagerie médicale (dont IRM pour la réanimation) et de biologie médicale ;
- au sein ou à proximité de l'unité de réanimation d'équipements de biologie médicale délocalisée permettant les examens urgents de gaz du sang, lactate, sodium et potassium, hémoglobine et glycémie.

Pour les autorisations de la mention 2 (USIP dérogatoire), outre les conditions précitées, le titulaire doit disposer par convention de l'accès à une unité de réanimation.

Pour les autorisations de la mention 3 (USIC), le titulaire doit disposer :

- sur site d'une unité de médecine dédiée aux activités de cardiologie ;
- sur site ou par convention de l'accès à une unité de chirurgie cardiaque ;
- sur site ou par convention de l'accès à une unité de réanimation.

Pour les autorisations de la mention 4 (USINV), le titulaire doit disposer :

- sur site d'une unité de médecine dédiée aux activités de neurologie vasculaire ;
- sur site ou par convention de l'accès à une structure des urgences, à une unité de neurochirurgie et à une unité de réanimation.

Pour les autorisations de la mention 5 (USIH), le titulaire doit disposer :

- sur site ou par convention de l'accès à une unité dédiée aux activités de greffes de cellules souches hématopoïétiques et à une unité de réanimation.

E. Les modalités d'accueil des patients âgés de moins de 18 ans en unités de soins critiques adultes

Les dispositions révisées de l'article R. 6123-34-4[22] viennent préciser les modalités de prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans en soins critiques adultes en distinguant deux situations :

- d'une part, à titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients de moins de 18 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes sur site ou par convention avec un titulaire de l'autorisation de l'activité de soins critiques adultes, dans des délais compatibles avec la sécurité des soins. Un âge plancher n'est pas indiqué de manière à ne pas fermer cette possibilité qui relève d'une décision collégiale entre médecins des filières soins critiques pédiatriques et adultes concernées ;

[22] *JO* du 31 décembre 2022.

- d'autre part, dans le cadre d'une filière de soins pédiatriques, la possibilité de prise en charge des patients de plus de 15 ans en soins critiques adultes sur site ou par convention établie entre les titulaires de l'autorisation de l'activité de soins critiques pédiatriques et adultes dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

III. Conditions spécifiques aux soins critiques pédiatriques

A. La permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques des enfants et adolescents

1. *La permanence médicale de l'UREA pédiatrique ou de l'UREA pédiatrique de recours et de l'USIP pédiatrique contiguë[23] (mentions 1 et 2)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-33 du CSP.

Le cas échéant, en dehors des services de jour, la permanence peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

Il convient de préciser qu'il n'existe pas de médecin réanimateur pédiatre qualifié par l'Ordre en réanimation pédiatrique puisque l'option réanimation pédiatrique n'existe que depuis 2021. Afin de prendre en compte à la fois les diplômes (DIU/DESC) et l'expérience en réanimation pédiatrique, la notion de compétence et non de qualification est mentionnée pour les médecins membres de l'équipe de réanimation pédiatrique[24].

2. *La permanence médicale de l'USI pédiatrique dérogatoire (mention 3)*

La permanence est assurée en dehors des services de jour, par :

1° La présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

3. *La permanence médicale de l'USI pédiatrique d'hématologie[25] (mention 4)*

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° Une astreinte opérationnelle d'un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-34-1 du CSP pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

[23] Article D. 6124-33-1 du code de la santé publique.
[24] *JO* du 31 décembre 2022.
[25] Article D. 6124-34-3 du code de la santé publique.

B. Le dimensionnement des unités de soins critiques pédiatriques [26]

Le plateau de soins critiques pédiatriques comprend au moins 12 chambres individuelles (14 en cas de restructuration) pour la mention 1 (soins critiques pédiatriques de recours) et au moins 10 chambres individuelles (12 en cas de restructuration) pour la mention 2 (soins critiques pédiatriques), correspondant à l'addition des seuils capacitaires des deux unités :

- pour l'unité de réanimation pédiatrique de recours : au moins 8 lits ; en cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, l'unité comprend au moins 10 lits ;
- pour l'unité de réanimation pédiatrique : au moins 6 lits ; en cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, l'unité comprend au moins 8 lits ;
- pour toute USI pédiatrique des quatre mentions : au moins 4 lits.

Par dérogation, le directeur général de l'ARS peut autoriser un titulaire de la mention 2 à disposer d'une unité de réanimation pédiatrique d'au moins quatre lits pour les motifs suivants :

- 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 ;
- lorsque l'unité est contiguë à une unité de réanimation néonatale avec une organisation mutualisée de la permanence médicale.

L'objectif est de maintenir une offre de soins de réanimation pédiatrique dans certains territoires disposant d'un très faible capacitaire et de limiter autant que possible les transferts.

Au-delà de la configuration de base de toute unité de soins critiques[27], le secteur d'hospitalisation des unités de soins critiques pédiatriques[28] doit offrir un environnement favorable à la santé des enfants et des adolescents, adapté à leurs besoins, permettant la présence des parents ou de leur substitut jour et nuit et le maintien des liens avec leurs proches ainsi que l'accès à des activités ludiques et de soutien scolaire avec l'aide de l'équipe.

C. Les ressources humaines des unités de soins critiques pédiatriques[29]

Comme pour les unités de soins critiques adultes, afin de tenir en compte de la charge en soins à la fois au chevet des enfants et adolescents et pour prendre en charge de nouveaux patients à tout moment en urgence, les ratios des personnels paramédicaux en unités de soins critiques pédiatriques (annexe 4) sont désormais calculés par lit ouvert, incluant les lits occupés et les lits disponibles de l'unité, exploitables pour accueillir de nouveaux patients.

Les dispositions relatives aux ratios de personnels paramédicaux des unités de soins critiques pédiatriques[30] ont été modifiées [31] afin de tenir compte des contraintes liées à l'organisation spécifique des prises en charge des patients en soins critiques pédiatriques, notamment des nourrissons et très jeunes enfants.

Une proportion minimale d'un infirmier de puériculture sur quatre infirmiers au sein de l'équipe de l'unité est intégrée, correspondant à la majorité des situations actuelles.

Pour les USIP pédiatriques, le ratio d'aide-soignant est différencié selon les mentions :

- pour l'USIP pédiatrique contigüe à la réanimation pédiatrique de recours (mention 1) ou réanimation pédiatrique (mention 2) : un aide-soignant pour quatre lits ouverts ;
- pour l'USIP pédiatrique dérogatoire (mention 3) : un aide-soignant pour quatre lits ouverts de jour et huit lits ouverts de nuit.

---

[26] Article D. 6124-32 du code de la santé publique.
[27] Article D. 6124-27 du code de la santé publique.
[28] Article D. 6124-32-1 du code de la santé publique.
[29] Annexe 4.
[30] Articles D. 6124-33-2, D. 6124-33-3, D. 6124-33-4, D. 6124-33-5, D. 6124-34-2 du code de la santé publique.
[31] *JO* du 31 décembre 2022 Article 6 du décret du 29 décembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins de chirurgie, de chirurgie cardiaque et de neurochirurgie.

D. Les conditions d'environnement des soins critiques pédiatriques

La rédaction modifiée de l'article R. 6123-36 du CSP distingue l'environnement requis :

- pour les autorisations des mentions 1 et 2, le titulaire doit disposer sur site des moyens d'hospitalisation à temps complet de médecine et de chirurgie, adaptés à l'âge, et d'un secteur opératoire avec des moyens de surveillance post-interventionnelle ;
- pour les autorisations de la mention 3 (USIP pédiatrique dérogatoire), le titulaire doit disposer :
    - Sur site, d'une structure des urgences prenant en charge les patients âgés de moins de 18 ans et des moyens d'hospitalisation à temps complet de médecine, adaptés à l'âge ;
    - Sur site ou par convention de l'accès à des moyens d'hospitalisation à temps complet de chirurgie, adaptés à l'âge et à un secteur opératoire avec des moyens de surveillance post-interventionnelle.

Cet allègement pour les autorisations d'USIP pédiatriques dérogatoires correspond à la situation existante de plusieurs sites avec une activité pédiatrique sans réanimation pédiatrique, ne disposant pas sur site de chirurgie dédiée aux enfants, et dont la nature des prises en charge en USC pédiatriques justifierait une requalification en USIP pédiatrique dérogatoire permettant de maintenir le service rendu à la population organisé par la filière de soins critiques pédiatriques.

Pour les autorisations de la mention 4 (USIH pédiatrique), le titulaire doit disposer :

- sur site ou par convention de l'accès à une unité dédiée aux activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques, adaptée à l'âge ;
- sur site ou par convention à une unité de réanimation adaptée à l'âge.

IV. Calendrier de mise en œuvre de la réforme

A. Calendrier

Les textes rénovés encadrant l'activité de soins critiques entrent en vigueur le 1er juin 2023 et les SRS 2023-2028 prenant en compte ces nouvelles dispositions devront être publiés au plus tard le 1er novembre 2023. Les autorisations actuelles sont prolongées jusqu'à une décision de l'ARS sur une nouvelle demande d'autorisation déposée lors de la première fenêtre de dépôt ouverte après la publication dudit SRS.

B. Prolongation des autorisations actuelles et délivrance des nouvelles autorisations

1. Délivrance des nouvelles autorisations pour les titulaires actuels d'une autorisation et d'une reconnaissance contractuelle

Lors de la 1ère fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation de soins critiques post publication du SRS 2023-2028, les titulaires d'autorisations d'activité de soins de réanimation et de reconnaissances contractuelles de soins intensifs (dans leurs versions antérieures au présent décret), en cours au 1er juin 2023, **devront demander une nouvelle autorisation pour l'activité de soins critiques, selon les nouvelles modalités et mentions**.

Il est à noter que les actuels titulaires de reconnaissances contractuelles d'USC souhaitant continuer à réaliser des prises en charge relevant des soins critiques devront demander une autorisation de soins critiques.

Les demandeurs peuvent poursuivre l'exploitation de leurs autorisations et reconnaissances contractuelles jusqu'à ce que l'ARS statue sur leur nouvelle demande.

2. *Dossier unique de demande d'autorisation*

Par souci de simplification, **un dossier unique dématérialisé de demande d'autorisation commun à toutes les ARS est en cours de finalisation par la DGOS**.

Il sera décliné en fonction des deux situations suivantes :
- pour les demandeurs qui souhaitent poursuivre leur activité ;
- pour les demandeurs d'une création *ex nihilo* d'activité de soins critiques.

C. Dispositions transitoires et délais de mise en œuvre

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

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

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

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

La notion de proximité immédiate s'entend dans le même bâtiment ou dans un bâtiment accolé, sous réserve que la distance soit compatible avec l'organisation de la permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques[32]

V. Le dispositif spécifique régional de soins critiques[33]

La crise COVID a montré l'importance du pilotage territorial de l'organisation des soins critiques en lien étroit avec les acteurs de la filière pour coordonner les coopérations entre établissements notamment en cas de besoin de montée en charge du capacitaire de réanimation.

L'article D. 6124-28-6 du CSP prévoit que le titulaire d'autorisation des mentions 1 et 2 de la modalité de soins critiques adultes fasse 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 télésanté. A cet effet, l'article précité prévoit également que le titulaire doit adhérer DSR de soins critiques de sa région et participer également à la filière de soins pédiatriques.

La constitution du DSR (i.e. réseau) sous l'égide de l'ARS vise à améliorer la fluidité des circuits de prises en charge, à faciliter la gestion des transferts et le recours à l'expertise, à anticiper et adapter la réactivité du système de santé en période de tensions sanitaires, à mettre en synergie tous les acteurs des soins critiques adultes et pédiatriques de la région.

L'article D. 6124-32-2 du CSP prévoit également que le titulaire d'autorisation des mentions 1, 2 et 3 de la modalité soins critiques pédiatriques doit faire partie de la filière territoriale de soins critiques pédiatriques visant à favoriser et structurer les coopérations notamment par télésanté, et que le titulaire doit participer notamment à la filière pédiatrique et à la filière de soins critiques adultes.

[32] Article D. 6124-28-2 du code de la santé publique.
[33] Annexe 1.

Pour les mentions 3, 4 et 5 de la modalité de soins critiques adultes, respectivement dédiées aux soins intensifs de cardiologie, de neurologie vasculaire et d'hématologie, le titulaire doit faire partie de la filière territoriale de soins des pathologies concernées par la spécialité visant à favoriser et structurer les coopérations notamment par télésanté.[34]

Les ARS sont invitées à mettre en place le DSR dès la publication du SRS 2023-2028, sur la base du cahier des charges en annexe 1 précisant les missions principales et les modalités de gouvernance du dispositif, qui repose sur la constitution d'un comité régional associant les experts de la réanimation et des soins intensifs adultes et pédiatriques ainsi que des filières de soins critiques de spécialité des établissements de santé au sein de chaque région. A cet égard, il est préconisé que le DSR traite de l'organisation des filières des soins critiques adultes et pédiatriques.

VI. L'ajustement capacitaire aux besoins dans le cadre des SRS[35]

Dans son rapport sur les déterminants des besoins capacitaires de réanimation adulte, la mission IGAS a fait les constats suivants :

- le taux de recours à la réanimation, étroitement corrélé au taux d'équipement, varie fortement entre régions ;
- les spécificités régionales, liées aux besoins épidémiologiques ou au case-mix, ne suffisent pas à justifier ces écarts ;
- les différences marquées dans la structure d'âge des patients suggèrent que les critères d'admission varient d'une région à l'autre, en particulier pour la prise en charge des patients âgés.

La mission IGAS suggère donc, en première analyse, d'aligner l'évolution du capacitaire sur le vieillissement de la population. Aussi, sur la base d'une estimation maximaliste, la mission en s'appuyant sur des projections démographiques du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, de l'ordre de + 19,2 % à l'horizon 2030, a estimé en 2021 un besoin d'environ 1 000 lits supplémentaires, soit une cible capacitaire nationale de 6 030 lits en 2030.

Il convient, à l'échelle de chaque région et des territoires qui la composent, d'évaluer le taux de vieillissement démographique à l'horizon 2030, à conjuguer/croiser avec d'autres indicateurs pouvant se traduire par une hausse ou une baisse des besoins de recours aux soins critiques, intégrant un taux cible d'occupation à 80 % d'une unité de soins critiques nécessaire à la fluidité de gestion des patients entrants et sortants et à l'accueil H24.

La mission IGAS estime qu'une bonne utilisation des capacités installées permettrait de répondre à cette hausse des besoins à travers deux leviers :

- Levier 1 : fluidifier les parcours avec le développement de structures d'aval adaptées à la prise en charge des patients qui aujourd'hui demeurent en séjours prolongés en réanimation, notamment avec l'intervention anticipée d'équipes mobiles de rééducation dans les unités de réanimation et le renforcement des soins de rééducation post-réanimation (SRPR) ;
- Levier 2 : privilégier l'ouverture des lits installés fermés, principalement en raison d'un manque de personnel paramédical, ce qui représenterait 10 % des capacités disponibles soit + 500 lits par rapport à 2021[36].

Dans le cadre des prochains SRS, la mission estime qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter le nombre d'implantations de réanimation. Elle recommande de porter attention à la situation des régions avec un faible capacitaire (Centre Val de Loire, Pays de la Loire, Corse, Bretagne, Outre-mer) pour des ajustements au plus près des besoins en s'appuyant sur une évaluation fine du niveau réel de tension des lits dans le cadre du dialogue de gestion de l'ARS avec les établissements.

[34] Articles D. 6124-29-5 (USIC), D. 6124-30-5 (USINV), D.6124-31-5 (USIH) du code de la santé publique.
[35] Annexe 2.
[36] Année des travaux de l'IGAS.

Les actions en lien avec le levier 1 sont les suivantes :

- la constitution des plateaux de soins critiques dans le cadre de la réforme des autorisations permet de regrouper le capacitaire de réanimation et de soins intensifs (ex USC) avec une organisation mutualisée et réversible des lits selon les besoins ;
- le capacitaire d'aval destiné à libérer les lits de réanimation et réduire les durées de séjour qui repose sur la requalification des lits d'ex USC en USIP doit permettre de fluidifier les parcours des patients notamment vers les soins de rééducation post-réanimation (le sujet des SRPR sera traité distinctement de l'instruction) ;
- la déclinaison régionale de la cible capacitaire à l'horizon 2030 implique un état des lieux précis sur la localisation des lits et la nature des prises en charge des USC afin d'évaluer la proportion de la bascule en USIP en fonction des besoins. Il s'agit d'évaluer dans le même temps les impacts structurels impliquant des investissements à court et à moyen terme pour les établissements de santé ;
- l'enjeu porte à la fois sur les OQOS en implantations qui doivent être pertinents pour un maillage équilibré de l'offre de soins par territoire et sur la répartition du capacitaire entre les établissements concernés et au sein des sites avec un accompagnement pluriannuel des restructurations.

Pour ce qui est des actions en lien avec le levier 2, l'analyse des causes des lits fermés par établissement et à l'échelle des territoires est à conduire afin d'identifier les leviers permettant l'ouverture de tous les lits en anticipant l'impact capacitaire et en ressources humaines de la requalification d'USC en USIP.

Les leviers 1 et 2 interagissent sur la qualité des soins par le regroupement des lits et la mutualisation des ressources humaines visant à renforcer les équipes et donner plus de place à la formation et au tutorat d'intégration des nouveaux arrivants.

Les autres principales recommandations d'ajustement à l'échelle des régions portent sur :

- la généralisation de la mise en place et du suivi des registres de refus d'admission en réanimation en lien avec les missions du DSR des soins critiques (des travaux sont en cours à la DGOS en lien avec les CNP MIR et ARMPO et la FSM) ;
- l'ajustement à la hausse du capacitaire spécifique à la situation de Mayotte et de la Guyane : cette démarche implique un accompagnement adapté aux besoins des territoires concernés.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute question ou information relative à la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,

Marie DAUDÉ

Annexe 1

Trame de cahier des charges du Dispositif spécifique régional (DSR) de soins critiques à destination des agences régionales de santé (ARS)

L'élaboration du cahier des charges du DSR fait partie des actions de l'axe 1 « Bâtir une véritable filière de soins critiques » de la feuille de route soins critiques.
Ce dispositif est mentionné dans les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques pour les mentions d'autorisation 1 et 2 sous la modalité soins critiques adultes.
L'article D. 6124-28-6 du CSP précise : *« Le titulaire 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 télésanté. Le titulaire adhère au dispositif spécifique régional de soins critiques de sa région. Le titulaire participe à la filière des soins critiques pédiatriques. »*
Il est préconisé que le DSR permette l'organisation des filières de soins critiques adultes et pédiatriques.

Gouvernance et fonctionnement

Le DSR a vocation à venir en appui de l'ARS sur ses missions de pilotage territorial de l'offre de soins critiques, en associant l'ensemble des acteurs et des établissements de santé titulaires d'autorisation de soins critiques, en lien avec les autres acteurs et structures en amont et en aval des prises en charge des patients en réanimation et en soins intensifs.

Il contribue à la synergie, à l'animation et à la coordination des groupes de professionnels compétents en soins critiques, il promeut la qualité et l'efficience des soins, le cas échéant en apportant un appui méthodologique et d'expertise, en assurant la diffusion des bonnes pratiques et le partage d'expertise notamment via la télésanté.

Pour favoriser le lien recherché entre les acteurs et assurer une dynamique régionale, la mise en place du DSR repose sur la constitution par l'ARS d'un comité régional composé d'experts médicaux de réanimation, adulte et pédiatrique, des sites les plus importants en volume d'activité de réanimation, en intégrant les établissements publics et privés et des représentants de l'ARS. Les représentants de filières d'urgence (dont le SAMU), de trauma center et de soins de spécialité peuvent être également associés (cardiologie, neuro-vasculaire, hématologie, néphrologie, pneumologie, pédiatrie, obstétrique, HGE …).
Ce comité peut aussi associer des experts paramédicaux en soins critiques adultes et pédiatriques.

Le DSR se réunit périodiquement et rend compte annuellement de son activité à l'ARS et à ses adhérents. Il peut formuler des recommandations et des propositions d'actions, dans le respect du droit d'autorisation des soins critiques, des orientations du schéma régional de santé et des objectifs nationaux de santé publique.

Missions

Les missions des dispositifs spécifiques régionaux sont définies à l'article D. 6327-6 du CSP.

Les DSR en soins critiques renforcent les moyens de pilotage et d'animation territoriale de l'organisation de l'offre de soins critiques sous l'égide des ARS.

Leurs principales missions sont les suivantes :

1. Adapter l'organisation et les articulations entre les titulaires d'autorisations de soins critiques ;
2. Participer à l'adaptation des capacités de prises en charge en soins critiques ;
3. Renforcer les modalités de coopérations notamment *via* la télésanté ;
4. Organiser l'adaptation capacitaire de l'offre de soins critiques, en matériel ainsi qu'en personnel, pour faire face aux variations saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles ;
5. Améliorer la fluidité du parcours patient et promouvoir l'efficience des soins et renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins ;
6. Diffuser les bonnes pratiques ;
7. Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application de la feuille de route soins critiques ;
8. Communiquer sur les soins critiques de la région.

Objectifs

1. ***Adapter l'organisation et les articulations entre les titulaires d'autorisations de soins critiques***
   - Synergie des compétences et ressources en soins critiques au sein de la région ;
   - Promotion et formalisation de la qualité des parcours des patients en soins critiques ;
   - Cohésion du maillage territorial de la gradation de l'offre de soins critiques ;
   - Renforcement des liens des équipes de soins critiques adultes et pédiatriques.

2. ***Participer à l'adaptation des capacités de prises en charge en soins critiques***
   - Formalisation des parcours de soins entre services / établissements /SAMU pour fluidifier la communication sur la disponibilité des lits ;
   - Articulation avec les filières de spécialité, en amont et en aval de la réanimation ;
   - Renforcement de l'articulation avec la médecine, la chirurgie et les SMR afin de fluidifier l'aval ;
   - Participation à la gestion des lits de soins critiques et aux transferts à l'échelle régionale.

3. ***Renforcer les modalités de coopérations notamment via la télésanté***
   - Organisation des expertises en soins critiques notamment via la télésanté ; plusieurs offres de télésanté peuvent être envisagées.

4. ***Organiser l'adaptation capacitaire de l'offre de soins critiques, en matériel ainsi qu'en personnel, pour faire face aux variations saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles en évitant les déprogrammations***
   - Appui de l'ARS pour le pilotage régional de la montée en charge du capacitaire de réanimation en cas de tension et de situation exceptionnelle : mise en cohérence des plans de flexibilité capacitaire et en ressources humaines de chaque site en fonction des besoins infrarégionaux, le cas échéant en lien avec les autres régions et territoires frontaliers ;
   - Appui à la constitution et la formation des renforts de personnels paramédicaux.

5. ***Améliorer la fluidité des parcours patient et promouvoir l'efficience des soins et renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins***
   - Appui méthodologique et d'expertise ;
   - Partage et analyse de données des activités dans le champ des soins critiques ;
   - Réflexion sur les outils numériques et moyens de communication adaptés à l'organisation structurelle et territoriale des soins critiques ;
   - Promotion et aide à la structuration de coopérations ;
   - Déploiement régional du registre des refus d'admission.

6. ***Diffuser les bonnes pratiques (veille documentaire, formation)***

7. ***Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application de la feuille de route soins critiques***

8. ***Communiquer sur les soins critiques de la région (site ARS, conférences, témoignages, programmes de recherche…)***

Annexe 2

Indicateurs pouvant être analysés au niveau régional pour évaluer les besoins capacitaires en soins critiques
(Réanimation et soins intensifs)

A. Objectifs

Il s'agit d'identifier les déterminants de santé du besoin en lits de soins critiques afin d'établir les critères d'ouverture de lits supplémentaires nécessaires à court et moyen termes pour consolider les plateaux de soins critiques existants et répondre aux besoins de régions moins dotées en lits de réanimation.

B. Périmètre : lits de soins critiques

- Lits de réanimation et plus largement de soins critiques afin de disposer d'une vue globale des lits en soins critiques car l'offre existante est hétérogène et variable ;
- Besoins actuels et anticipation à l'horizon 2030 ;
- Anticiper les besoins ponctuels liés aux fluctuations saisonnières et les situations sanitaires exceptionnelles impliquant d'évaluer le nombre de lits d'USIP réversibles en réanimation et de prendre en compte les besoins en post-réanimation…

C. Méthodologie de travail

- Revue de la littérature incluant le rapport IGAS 2021 ;
- Propositions d'indicateurs avec forces et faiblesses ;
- Application/évaluation par les acteurs/ARS.

D. Indicateurs/déterminants de besoin en lits de soins critiques

5 catégories d'indicateurs sont identifiées :

1. Caractéristiques sociodémographiques et géographiques de la région ;
2. Offre de soins en amont et en aval des soins critiques ;
3. Activités de soins critiques ;
4. Refus d'admission ;
5. Lits fermés et raison.

1. Caractéristiques sociodémographiques et géographiques de la région

- Densité de population : pour 500 000 habitants, 21 lits de réa et 43 d'USIP en moyenne par jour ;
- Taux d'accroissement de la population ;
- Age médian de la population ;
- Catégories socio-professionnelles et Précarité/PIB de la région ;
- Géographie et activités touristiques ;
- Territoires non métropolitains.

2. Offres de soins en amont et en aval des soins critiques

- ***Offre de soins en amont***
  - Plateau technique ;
  - Activités chirurgicales lourdes et spécifiques ;
  - Activités d'oncologie (avec nécessité de réa sur site) ;
  - Urgences sur site (passages/an) ;
  - Lits de soins intensifs (Respiratoire, néphrologie…).

- ***Offre de soins en aval*** *(fluidité des parcours)*

  - Lits de MCO ;
  - Lits de SRPR ;
  - Lits d'ex USC ;
  - Lits d'USI.

3. Activités de soins critiques

  - Nombre de patients admis par an ou nombre de journées d'hospitalisation ;
  - Nombre de transfert dans d'autres réanimations faute de place ;
  - Taux d'occupation des lits ;
  - Durée moyenne de séjour ;
  - Gravité des patients admis (IGS médian J1) ;
  - Pourcentage de patients ventilés et dialysés ;
  - Taux de réadmissions précoces (dans les 24 heures après la sortie de réanimation) ;
  - A discuter : mortalité en réanimation, pratiques d'admission, nombre d'ECMO.

4. Refus d'admission

- ***Refus en réanimation et en ex-USC (soins critiques)***

  - Registre de refus : taux brut *(reflet de la tension en lits) ;*
  - Motif de refus : non indication, manque de place, trop grave ou pas assez grave.

- ***Taux de déprogrammation*** *pendant les pics d'épidémie ou pendant certaines vagues de COVID*

5. Lits fermés et raison

- **Motifs de fermeture**

  - Recrutement de paramédicaux difficiles ;
  - Congés maternité ou arrêts de travail prolongés ;
  - Manque de personnel médical ;
  - Vacances ;
  - Lits jamais ouverts.

- **Corréler les lits fermés aux lits ouverts par région**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de l'offre de soins

Annexe 3 : Schéma des soins critiques

Modalité « soins critiques adultes »

Adhésion DSR soins critiques /pilotage structuration de la filière territoriale

Site avec la réanimation adulte	Site sans la réanimation adulte	Site avec ou sans la réanimation adulte
Mention 1° ***« Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »*** *Plateau technique de soins critiques* Unité de Réanimation + USIP contiguë *(ex USC à proximité de la réanimation)* + Possibilité d'autres USIP et d'USI de spécialité, notamment : • USI de néphrologie • USI respiratoires • USI d'Hépato-Gastro-entérologie	***Mention 2°*** ***« soins intensifs polyvalents dérogatoires »*** USIP dérogatoire	***Mention 3°*** ***« Soins intensifs de cardiologie »*** USIC ***Mention 4°*** ***« Soins intensifs de neurologie vasculaire »*** USINV ***Mention 5°*** ***« Soins intensifs d'hématologie »*** USIH

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Organisation des prises en charge adultes

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté Égalité Fraternité

Direction générale de l'offre de soins

Modalité « soins critiques pédiatriques »

Adhésion DSR soins critiques pédiatriques /structuration de la filière territoriale

site avec réanimation pédiatrique	site sans réanimation pédiatrique	site avec ou sans réanimation pédiatrique
Mention 1° « réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » *Plateau technique de soins critiques* Unité de réanimation pédiatrique de recours + USIP pédiatrique contigüe *(ex USC PED à proximité immédiate)*	***Mention 3° « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »*** USI PED polyvalents dérogatoires	***Mention 4° « soins intensifs pédiatriques d'hématologie »*** USI PED d'hématologie
Mention 2° « réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » *Plateau technique de soins critiques* Unité de réanimation pédiatrique + USIP pédiatrique contigüe *(ex USC PED à proximité immédiate)* + Possibilité mentions 1 et 2, d'autres USIP et USI pédiatrique de spécialité dont cardio		

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté Égalité Fraternité

Organisation des prises en charge pédiatriques

Mentions d'autorisation	Typologie de patients de moins de 18 ans pris en charge				
1 Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües	+	pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance	+	pathologies rares et/ou prises en charge complexes
2 Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant	présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües	+	pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance		
3 Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires	sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës	+	pouvant impliquer, de façon transitoire, le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation pédiatrique		
4 Soins intensifs pédiatriques d'hématologie	présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique	+	imposant des traitements spécifiques hématologiques pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile		

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Annexe 4

Direction générale de l'offre de soins

Ratios personnels non médicaux

Dénominations actuelles	Ratio PNM actuels	**Dénominations futures**	**Ratio PNM projetés** **Extension à la notion de « lit ouvert »** ***(lits occupés et lits disponibles pour de nouveaux patients)***
Réanimation adulte (autorisation)	2 IDE / 5 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 1 « **Réanimation** et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	**2 IDE / 5 lits ouverts*** **1 AS / 4 lits ouverts** ** Evaluation sur la charge en soins IDE pour 10.2023 - remise rapport au PM → trajectoire inscrite à 2 IDE pour 4 lits ouverts*
Surveillance continue (reconnaissance contractuelle)	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 1 « Réanimation et **soins intensifs polyvalents**, **et de spécialité le cas échéant** »	REPRISE RATIO USIC **<u>CREATION POUR TOUTES LES AUTRES USI</u>** JOUR **1 IDE pour 4 lits ouverts** **1 AS / 4 lits ouverts** NUIT **1 IDE pour 4 lits ouverts** **AS / 8 lits ouverts**
		Autorisations, Mention 2 « **Soins intensifs polyvalents dérogatoires** »	
Soins intensifs (reconnaissance contractuelle)	USIC Jour = 1 IDE et AS/4 patients Nuit = 1 IDE et AS/8 patients	Autorisations, Mention 3 « **Soins intensifs de cardiologie** »	
	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 4 « **Soins intensifs de neurologie vasculaire** »	
	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 5 « **Soins intensifs d'hématologie** »	

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction générale de l'offre de soins

Ratios personnels non médicaux

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