

Newsletter - Septembre 2024

Impact du Nouveau Décret sur les USICs : Tout ce que vous devez savoir

Les décrets récents sur les USICs (unités de soins intensifs cardiologiques) ne sont pas un événement isolé (décrets n°2022-690 et n°2022-694 du 26 avril 2022). Ils font partie de la réforme des autorisations d'activités de soins, qui est une mesure clé du programme « Ma santé 2022 ». Cette réforme vise à améliorer la qualité des soins, l'organisation des soins de proximité, et à accompagner la réorganisation des hôpitaux.

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

La Réanimation est l'une des 18 activités de soins réglementées par le Code de la Santé Publique. Auparavant, cette activité englobait les réanimations, les soins intensifs et les unités de surveillance continue.

Le décret d'avril 2022 élargit le périmètre de l'autorisation de réanimation au champ des soins critiques, intégrant les soins intensifs. 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 ».

Ainsi, toutes les unités de soins critiques sont soumises à un régime d'autorisations et doivent remplir les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement telles que définies dans le décret.

Les décrets soins critiques d'avril 2022 sont le fruit d'un long travail entre la direction générale de l'offre de soins et a été travaillé par les représentants des différentes spécialités (via leurs CNPs) et organisations professionnelles impliquées dans la réanimation et les soins intensifs ainsi que les agences d'État les fédérations hospitalières et les ARS (Agences Régionales de Santé) et des conseils nationaux professionnels. Chaque partie défendait des points de vue et des intérêts variés.

Ainsi, le décret d'avril 2022 séparent les soins critiques adultes et les soins critiques pédiatriques (patients âgés de moins de 18 ans).

La modalité « soins critiques adultes » comprend 5 grandes catégories appelées aussi mentions dont l'une est représentée par les USICs. Les cinq catégories ou mentions sont :

1. Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et soins intensifs de spécialité différente des mentions 3, 4 et 5 » : Elle correspond à un plateau au moins une unité de réanimation et au moins une unité de soins intensifs polyvalents contiguë (USIP) (qui ont remplacé les USC) ;
2. Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires » : Elle correspond aux anciennes USC qui n'ont pas de réanimation sur leurs sites mais qui devront respecter les conditions d'environnement et de compétences nécessaires ;
3. Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC) ;
4. Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV) ;
5. Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH) : Elles sont destinées à des sites.

La particularité des USIC (comme les USINV et les USIH et contrairement aux autres USI de spécialités (néphrologie, pneumologie...) est qu'elles peuvent exister sur des sites sans réanimation.



Avec environ 280 unités et 2800 lits, les USIC représentent 47% des lits de soins intensifs ainsi qu'un volume d'activité d'environ 290 000 séjours et 850 000 journées. À noter que la France compte environ 19 600 lits de soins critiques adultes incluant 5080 lits de réanimation, 7327 de surveillance continue et 5955 de soins intensifs. En raison de leur intégration étroite dans la cardiologie, les USIC ont suscité peu de débats.

Toutefois, les USICs sont diverses en termes de recrutement, de compétences nécessaires, d'équipements techniques et d'intégration avec d'autres unités de soins critiques hospitaliers. Le décret a pris en compte ces spécificités.

Ce qui va changer et peut impacter vos USICs ([voir le tableau comparatif](#))

Autorisation des USICs

Les USICs devront désormais obtenir une autorisation de leur ARS. Cette obligation est nouvelle, car auparavant les lits d'USIC n'étaient pas soumis à cette exigence. Théoriquement, une ARS peut refuser cette autorisation et conduire à la fermeture de l'USIC. Ce n'est pas l'esprit du décret et il est peu probable que les USICs existantes ne soient pas autorisées. Certaines USICs avec une activité très lourde ont obtenu au cours de leur histoire des lits de réanimation. Ces USICs vont perdre cette autorisation de réanimation si elles ne respectent pas les conditions très exigeantes nécessaires pour les unités de réanimation.

Un établissement peut ne pas déposer de demande d'autorisation pour son USIC ou en réduire le nombre de lits, soit parce qu'il n'a pas les moyens de se conformer aux critères du décret, soit qu'il en profite pour ajuster l'USIC au projet médical.

Plusieurs établissements vont déposer des dossiers d'autorisation pour des créations d'USIC. Le décret fait en effet disparaître le cadre des USC. Ces lits d'USC devront être convertis soit en lits d'USIC, soit en unités de soins intensifs polyvalents, soit en lits d'hospitalisation.

Formation et expérience requises pour le responsable de l'USIC

Le coordonnateur de l'USIC doit être membre de l'équipe médicale d'USIC, titulaire du DES de cardiologie et médecine des affections vasculaires ou spécialisés en pathologies cardiovasculaires et justifier d'une formation ou expérience en soins critiques.

Concernant l'expérience ou la formation en soins critiques, la formulation est très ouverte et il n'est pas précisé la nature de la formation ou de critères pour cette expérience. Cela va donc être laissé à l'appréciation des ARS. Le cas échéant, la SFC ou le CNP cardiologique pourra donner une feuille de route. On peut considérer par exemple que l'obtention du DIU USIC vaut formation, que de participer à un tour de garde ou d'astreinte valide l'expérience. Le niveau de compétence minimal attendu en soins critiques peut être déduit d'un autre article du décret. Il indique que dans le cadre d'un transfert en réanimation, c'est aux médecins de l'USIC d'organiser le transfert et surtout de poursuivre transitoirement la prise en charge du patient dans l'attente de ce transfert.

Évolutions relatives au personnel soignant non médical

Le fonctionnement d'une USIC exige maintenant un infirmier pour quatre lits ouverts et un aide-soignant pour quatre lits ouverts de jour et pour huit lits ouverts de nuit. Cet alignement du personnel infirmier entre le jour et la nuit va entraîner pour une USIC de 8 lits un doublement de l'effectif infirmier la nuit. Cette mesure réclamée par les CNPs des disciplines médecine intensive réanimation et ARMPO pour les USI polyvalentes a été étendue à l'ensemble des USI de spécialités, dont les USICs.

Certaines USICs avec un recrutement lourd avaient déjà obtenu de leur administration un armement paramédical supérieur à celui du décret de 2001. Ces USICs verront peu de changement.

Pour la plupart des USICs, le décret impose d'augmenter les effectifs paramédicaux pour se mettre en conformité. Devant la nécessité de recrutement, un délai de cinq ans a été accordé aux unités de soins intensifs pour se mettre en conformité avec les ratios infirmiers instaurés.

Ce renfort sera un avantage majeur pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients, soulager la charge



en soins mais aussi dégager plus de temps paramédical pour la formation et la qualité des soins.

À noter que le décret parle de lits ouverts et non plus de patients. Cela aura cependant peu d'impact car la majorité des établissements raisonnait en termes de lits ouverts pour l'équipe paramédicale des USICs.

Comme dans le décret de 2002, tout un ensemble de compétences indispensables doivent être à la disposition de l'USIC : un masseur-kinésithérapeute, un diététicien ainsi que, si nécessaire, un psychologue, un assistant social et du personnel à compétence biomédicale.

Nouveaux critères pour les locaux de l'USIC

Le secteur d'hospitalisation doit comprendre des chambres d'hospitalisation individuelles. L'USIC doit disposer d'une pièce de détente pour la famille et d'une pièce d'entretien équipe/famille. Il mentionne aussi un secteur pour les réunions collectives en présentiel et distanciel. Ces locaux dont une partie peut être mutualisée avec d'autres spécialités ou services devront apparaître dans le dossier de demande d'autorisation.

Filière territoriale de soins pour les pathologies cardiovasculaires aiguës

Ce critère n'est pas défini plus précisément. Il est assez facile à argumenter pour la cardiologie qui dispose déjà de filières par niveaux de soins pour beaucoup de ses pathologies : syndromes coronariens aigus, insuffisance cardiaque, endocardite infectieuse, embolie pulmonaire, structurel valvulaire, interventionnel rythmologique... Il ne devrait donc pas poser de difficulté pour les dossiers d'autorisation. Il offre l'intérêt de mieux formaliser ces filières déjà existantes.

Plan de flexibilité et de formation

Directement issue de l'expérience Covid, il s'agit d'un plan à établir par chaque établissement. La logique du décret est qu'une USIC, en tous cas ses locaux mais aussi une partie de ses ressources humaines, puissent évoluer vers des missions de soins critiques polyvalents et venir en renfort des équipes de réanimation en période de crise sanitaire exceptionnelle. À noter que ce plan inclut un volet formation pour constituer et maintenir sur site une réserve de professionnels de santé.

Ce qui ne change pas par rapport à l'ancien décret ([voir le tableau comparatif](#))

La définition des missions d'une USIC

La mission d'une USIC reste largement conforme au décret de 2002. Elle consiste à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie cardiovasculaire, menaçant directement leur pronostic vital ou fonctionnel. Cette prise en charge nécessite des traitements spécifiques cardiologiques et peut inclure le recours à des méthodes de suppléance.

Nombre de lits minimum

Le nombre minimum de lits reste fixé à 6, ce qui pose certains problèmes. En effet, ce chiffre n'est pas en phase avec l'organisation paramédicale définie par multiples de 4 lits. Avoir un seul infirmier pour une USIC de 6 lits n'est pas conforme à la législation. En mettre deux est coûteux pour l'établissement et pas nécessairement justifié par la charge de travail.

Conventions et équipements requis

Les exigences en matière de conventions et d'équipements restent inchangées. L'unité doit disposer d'une surveillance paramétrique continue, de moyens pour réaliser des examens de radiologie, y compris des actes techniques cardiologiques urgents sous scopie, et des échographies cardiaques, y compris transcœsophagiennes, dans la chambre. Elle doit aussi être équipée pour effectuer des actes de suppléance d'organe spécialisés. Ces équipements doivent être mis en perspective avec le plateau technique du site, mais l'autorisation permet à une USIC de réaliser toutes les assistances cardiocirculatoires (hors ECMO) si elle en a les compétences.



L'USIC doit être associée à un service de médecine cardiologique. Par convention ou sur site, elle doit également avoir accès à des unités de chirurgie cardiaque et vasculaire, une unité de réanimation, des examens de scintigraphie, IRM, et un laboratoire de cathétérisme interventionnel coronaire pour des revascularisations coronariennes percutanées.

Accueil des adolescents

Outre les adultes, l'USIC peut, à titre exceptionnel et temporaire, accueillir des adolescents à partir de 15 ans en l'absence de lits de soins critiques pédiatriques disponibles.

Composition de l'équipe médicale senior

L'équipe médicale senior est composée de médecins spécialisés en cardiologie et maladies vasculaires ou en pathologies cardiovasculaires.

Permanence des soins

Le décret indique pour la permanence des soins une organisation minimale comme le décret de 2002. Ce minimum est la présence sur le site (donc pas dédié à l'unité) d'un médecin formé aux soins critiques avec en astreinte opérationnelle un spécialiste en cardiologie prêt à intervenir rapidement. Cette organisation n'est évidemment pas une norme qui s'impose à toutes les USICs mais le minimum en dessous duquel le dossier d'autorisation ne peut être accepté. Toutes les modalités actuelles de permanence des soins des USICs devraient s'y retrouver.

Utilisation des outils de gestion

L'USIC doit utiliser des outils de gestion des lits connectés aux systèmes de régulation territoriale, des outils de télésanté, et un dossier patient numérisé. Ces outils sont déjà en place dans la plupart des établissements hospitaliers et ne devraient pas poser de problème.

Calendrier

Le processus commence par l'ouverture de fenêtres de dépôt de demandes d'autorisation pour tous les établissements, y compris ceux déjà autorisés. Cette phase est en cours. L'ARS disposera d'un délai de 6 mois pour examiner les demandes, avec une échéance possible au 1^{er} juillet 2025 pour l'attribution des nouvelles autorisations. À compter de la notification de cette autorisation, les titulaires disposeront de deux ans pour se conformer aux nouvelles dispositions, à l'exception des effectifs IDE (hors réanimation) pour lesquels la mise en conformité interviendra dans un délai de cinq ans. Pour les USICs, la date du 1^{er} juillet 2027 est retenue comme date probable de mise en application obligatoire des nouvelles dispositions.

Pr Nadia AISSAOUI et Pr Eric BONNEFOY

Bureau du Groupe USIC

--

Références

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/SSAH2206981D/jo/texte>

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2022/4/26/SSAH2206984D/jo/texte>

