
USC en 2009

Négociation DHOS – SRLF –
SFAR - Fédérations

Réunions

- Réunions DHOS
 - 17 septembre 2007
 - 16 octobre 2007
 - 26 Juin 2008
 - 19 Décembre 2008
- Ministère :
 - DHOS : A Podeur
 - DHOS – O : M Krawczak
 - ATIH : M Mendelsohn, M Bensadon
 - DHOS – F : P Olivier
 - JP Blériot
 - Mission T2a : M Aoustin

Présent

Lits : SROS III Déclaration lits
réduction lits réa nombre de lits ?

Structure : Réa USI USC
USI

Tarifs 2008

Public	REA 811	STF 406 (50%)	SRC 270 (33%)
Privé	REA 644	STF 322 (50%)	SRC 73 (11%)

Avenir?

Réa
(USC₂)

USI
USC₂

USC₁

Discussion

- Raisonement par structure ou activité ?
- Fonctionnement des structures et donc niveau des suppléments ?
- Spécificités des différentes USC :
 - **hôpital avec ou sans réa**
 - **activité publique / privée**
 - **valorisation activité médicale et chirurgicale**

ORGANISATION GENERALE

- Les USC constituent un niveau intermédiaire entre les unités de réanimations et les unités de soins conventionnelles.
- Le fonctionnement des USC doit s'inspirer du document de synthèse réalisé par la SFAR et la SRLF

RECRUTEMENT

Les patients sont admis en USC en aval :

- Des services de soins actifs (lit MCO),
- Des blocs opératoires et SSPI
- Des urgences
- De la réanimation, cette dernière éventualité concernant les malades disposant d'un projet de soins et dont la charge en soins est excessive pour les transférer d'emblée en services de soins conventionnels.

Caractéristiques des patients pouvant bénéficier d'une admission en USC 1

Il s'agit de malades

1. Stables, sans dysfonction viscérale,
2. Mais à risque évolutif potentiel de défaillance aiguë
3. Ou nécessitant une prise en charge thérapeutique sans suppléance des fonctions vitales mais «à risque » de par sa nature ou le terrain

→ Impossible à définir : suppression de cette catégorie de séjour. Décision actée lors de la réunion de Juin 2008

Caractéristiques des patients USC2

Critères patients pour USC2 :

- 1- Tous les patients transférés après un séjour de réanimation
- 2- Tous les patients dans les suites immédiates d'une intervention lourde (liste)
- 3- Les patients médicaux ou chirurgicaux moins lourds si deux critères sont présents :
 - IGS2 sans les points de l'âge > 6
 - et présence d'au moins un diagnostic ou un acte de la liste « diagnostic »
- 4- A défaut, les patients médicaux ou chirurgicaux hors liste mais présentant une IGS2 sans les points de l'âge ≥ 15

Impossible de définir les patients **USC de niveau 1**

Effets de la V11?

Valorisation via le tarif du GHS

Impact budgétaire?

Malades médicaux

Liste des diagnostics et actes pouvant justifier une prise en charge en **USC de niveau 2**

Exemples (voir liste complète)

- A1 Insuffisance cardiaque (R57.0) autres chocs (R57.8)
nécessitant inotropes + dopa ou dobu < 8 gamma/kg/min
(EQLF001)
- A2 OAP (I50.1) nécessitant O2 à fortes doses (GLLD017)
ou CPAP (GLLD003)

Patients chirurgicaux : listes des interventions pouvant nécessiter une surveillance répétée et méthodique en **USC de niveau 2**

Quelques exemples

Pose de tuteur trachéal, par endoscopie

Fermeture de fistule bronchique, par thoracotomie

Exérèse de duplication de l'œsophage, par thoracoscopie

Hépatectomie droite, par laparotomie

Pose d'une dérivation artérioveineuse au membre supérieur, par abord direct

Les problèmes

- Opposition avec la FEHAP et surtout FHP
- Calendrier
- Sensibilité et spécificité des propositions

Estimations ATIH pour hôpitaux publics et PSPH

- Base PMSI 2007
- Sans le critère IGS2 (non renseigné)
- Avec les diagnostics et actes

Problèmes et Solutions

- Risque de diminution du forfait USC si nombre de séjours augmente
- Négociation globale en liant USI et USC pour élargir l'assiette du financement
- Indicateur de charge en soins?
 - NEMS?

Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des USC texte de 2004

- Les unités de surveillance continue ont pour vocation de prendre en charge « *des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique* » (Décret n° 2002-466 du 5 avril 2002).

-
- , il s'agit de « situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique » (Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003).

-
- Niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques, elles ne sauraient prendre en charge plus de quelques heures des patients nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë (ventilation assistée, épuration extra-rénale, traitement d'une insuffisance circulatoire aiguë...). Ceux-ci doivent être transférés dans l'unité de réanimation de l'établissement ou, en son absence, dans l'unité d'un autre établissement avec lequel une convention a été établie.

-
- Dans un même établissement de soins, le regroupement des activités de surveillance continue permet d'en assurer un fonctionnement cohérent, efficace et crée les conditions d'une gestion optimale des ressources disponibles. Cependant, plusieurs USC peuvent exister si la taille de l'établissement le justifie. On admet que le nombre de lits de surveillance continue d'un établissement est au moins égal à la moitié de celui des lits de réanimation, modulé par la nécessité d'accueil permanent de nouveaux patients. Son nombre minimal de lits ne saurait être inférieur à 4 lits.

-
- L'USC doit être une unité géographiquement individualisée. L'USC doit, dans toute la mesure du possible, être à proximité immédiate de l'unité de réanimation lorsqu'elle existe dans l'établissement. Tout projet architectural de réanimation doit prendre en compte cette nécessité. En l'absence d'unité de réanimation, l'USC devrait être à proximité de l'unité d'accueil des urgences et/ou du bloc opératoire.

USC des établissements disposant d'un service de réanimation.

- Elles sont destinées à utiliser au mieux les capacités d'accueil en réanimation en admettant des patients nécessitant une surveillance ou des traitements que les secteurs d'hospitalisation classique ou les unités d'accueil des urgences ne peuvent assurer, aussi bien en préalable à un séjour en réanimation qu'à sa suite (assumant les fonctions des unités dites de « post réanimation »). Les patients présentant d'emblée ou secondairement une ou plusieurs défaillances viscérales doivent être admis sans délai en réanimation.
- Par souci de cohérence et de sécurité de prise en charge des malades, l'USC est sous la responsabilité médicale et administrative de la (ou les) équipe(s) de réanimation de l'établissement.

-
- L'USC ne nécessite pas de garde médicale spécifique. La permanence des soins est assurée par la garde médicale de réanimation à laquelle (aux quelles) est rattachée l'unité. Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, il convient alors que la garde médicale soit complétée par une astreinte opérationnelle, et/ou par une garde formatrice. Lorsque l'ensemble réanimation-USC dépasse 30 lits, ce dispositif est complété par une deuxième garde médicale double.

USC des établissements sans service de réanimation.

- L'USC répond ici prioritairement aux besoins des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ainsi que du bloc opératoire. En l'absence d'unité de réanimation, l'USC peut aussi prendre en charge des patients ayant une défaillance viscérale aiguë suppléée, en particulier par la ventilation mécanique, à la condition qu'une résolution rapide de cette défaillance soit prévisible. Cette résolution doit permettre d'arrêter les moyens de suppléance en quelques heures (exemples : oedèmes pulmonaires cardiogéniques, certaines intoxications volontaires, certains malades postopératoires). L'USC peut également admettre des patients sortant de réanimation ou soins intensifs d'un autre établissement lié par une convention.

-
- Il sera de préférence de garde sur place pour d'autres activités ou, à défaut, en astreinte opérationnelle. Toutefois, la présence dans l'USC d'un malade bénéficiant d'une technique de suppléance impose sur place la présence du médecin défini plus haut.

-
- Cette USC fonctionne en réseau, impliquant des conventions avec les unités de réanimation et les unités de soins intensifs du secteur sanitaire, des secteurs voisins, du territoire de santé. Ces conventions préciseront notamment les critères de transfert et les modalités de transport des malades entre cette USC et ces unités.

Personnel non médical

- Le personnel paramédical doit être en nombre suffisant pour garantir la continuité de la surveillance 24 h/24, 7jours / 7. L'estimation du nombre nécessaire est de 1 IDE et 1 AS pour 4 malades présents. Quels que soient le mode d'organisation du travail et la taille de l'unité, au moins 2 membres du personnel paramédical doivent être à tout moment physiquement présents dans l'unité. Il est souhaitable que la charge en soins soit évaluée au sein de l'unité afin de revoir éventuellement ces ratios. La présence d'autres personnels tel qu'un kinésithérapeute est également souhaitable. L'USC dispose du personnel nécessaire à son fonctionnement. Ce personnel est regroupé avec celui de l'unité de réanimation de rattachement. En l'absence de réanimation, cette unité dispose d'un personnel spécifique, ayant bénéficié d'une formation adéquate. Un encadrement infirmier spécifique à l'unité est souhaitable. Des moyens spécifiques de secrétariat doivent être prévus, prenant notamment en compte la rotation rapide des patients.

Conditions techniques de fonctionnement

- Les locaux de l'USC doivent permettre la mise en œuvre des dispositions réglementaires en matière d'accueil, de conditions d'hospitalisation et d'hygiène hospitalière (prévention des infections nosocomiales). Ils doivent être composés de préférence de chambres individuelles, chacune comprenant, un lit, des sanitaires, au moins un point d'eau, des fluides médicaux, un appareillage de monitoring non invasif de la pression artérielle, d'oxymétrie de pouls et un scope cardiaque. Il doit exister également un report d'alarme ou une centrale. La mise en œuvre d'une ventilation artificielle, la réalisation de clichés radiographiques, d'échographies et d'endoscopies au lit du malade doivent être possibles. De plus, l'accès à un secteur opératoire, à la scanographie et aux examens de laboratoire de routine (hématologie, bactériologie, biochimie, toxicologie) doit être assuré en permanence, soit sur le site, soit par convention avec un établissement en disposant dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des malades.