

« Structures et organisation des unités de surveillance continue (USC) » : 250 recommandations

“Structures and organization of intermediate care units”: 250 recommendations

Fédération de la réanimation

Société de réanimation de langue française (SRLF)
Collège national des enseignants de réanimation (CNER)
Sous-section 48-02 du Conseil national des universités (CNU)
Collège des réanimateurs des hôpitaux extra-universitaires français (CREUF)
Syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics (SNMRHP)
Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP)
Association des réanimateurs du secteur privé (ARDSP)
Collège des Bonnes Pratiques de Réanimation (CBPR)

© SRLF et Springer-Verlag France 2014

Introduction

La Surveillance continue : définition

La réanimation a pour mission fondamentale la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé en raison de défaillances viscérales aiguës potentiellement réversibles et dont les causes sont souvent multiples. L'application des techniques nécessaires à la prise en charge de ces malades doit être réalisée au sein d'une unité spécialement dédiée, conçue, organisée et structurée spécifiquement sur les plans architectural, matériel et humain.

Les décrets et circulaires d'application de 2002 ont défini le champ d'activité de la réanimation. Un référentiel de 300 recommandations concernant l'organisation des unités de réanimation a été récemment publié par la Fédération de la réanimation. Les mêmes décrets et circulaires ont défini les unités de surveillance continue (USC), mais leurs spécifications réglementaires sont restées beaucoup plus limitées.

« Les USC prennent en charge les patients dont l'état et le traitement 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.

Elles constituent un niveau intermédiaire entre d'une part les unités de réanimation et d'autre part les unités de soins classiques. Les USC ne peuvent en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire. La présence d'un médecin sur le site sera néanmoins rendue nécessaire dès lors que certaines techniques d'assistance seraient mises en œuvre de façon ponctuelle et non prolongée.

Le regroupement des lits de surveillance continue dans une unité individualisée est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité. Ce regroupement aide grandement, en les justifiant, les efforts de mutualisation. Dans le cas où un établissement de santé dispose d'une USC et d'une unité de réanimation, il importe que la capacité de l'unité de surveillance continue (USC) soit suffisamment importante pour ne pas entraver les conditions de transfert des patients d'une unité à l'autre. À cet égard, il est souhaitable que les capacités de l'USC soient au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation et que ces deux types d'unités soient situés à proximité l'une de l'autre. »

Les conditions techniques de fonctionnement sont définies dans les articles D. 712-125 et 126.

Pr F. Fourrier (✉)

Service de réanimation polyvalente, département universitaire de réanimation, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, F-59037 Lille cedex, France
e-mail : francois.fourrier@chru-lille.fr

D'une façon générale, ce référentiel définit les structures et l'organisation fonctionnelle, matérielle et humaine d'une USC autorisée selon les critères des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), située au sein d'un établissement de santé public ou privé. Il en détermine les caractéristiques optimales. Il ne peut être considéré comme opposable sur le plan légal.

Méthodologie

Un groupe de rédaction a été désigné sur la base des compétences reconnues, travaux et implications de ses membres. Ceux-ci ont été mandatés par chacune des composantes de la Fédération de la réanimation. Les versions initiales des recommandations pour chacun des domaines envisagés ont été validées au cours de réunions de concertation. Le référentiel a été validé par les conseils d'administration de chacune des composantes.

Les recommandations sont exprimées selon la classification GRADE utilisée pour les conférences de consensus et les recommandations d'expert.

Les termes « *Il faut* » ou « *l'unité doit* » ou « *il ne faut pas* » ou « *l'unité ne doit pas* » correspondent à des règlements incontournables (décrets et circulaires d'état) ou à des recommandations fortes argumentées sur des données irréfutables et/ou ayant obtenu un accord fort des membres du groupe de rédaction. Les termes « *il faut probablement* » ou « *l'unité peut* » correspondent à des recommandations argumentées à partir d'études parcellaires ou de moindre force scientifique et ayant obtenu un accord faible du groupe de rédaction.

Les obligations réglementaires détaillées qui s'imposent dans les bâtiments publics concernant les risques d'inondation, d'incendies ou d'autres risques systémiques n'ont pas été reprises.

Certaines recommandations rédigées par les sociétés européennes ou anglo-saxonnes ne peuvent être utilisées en France en raison de différences de législation ou d'obligations réglementaires. De plus, les classifications en niveaux de soins proposées aux États-Unis ou dans certains pays européens ne concordent pas avec la situation française. Le lecteur doit considérer que le présent référentiel s'adresse aux USC autorisées selon la législation française, c'est-à-dire mises en œuvre dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les Agences Régionales de Santé.

Présentation du référentiel

- L'abréviation USC reprise tout au long du texte signifie l'unité de surveillance continue, c'est-à-dire l'entité

architecturale et organisationnelle qui regroupe à la fois les locaux et l'organisation logistique et humaine. Le terme USC ne correspond pas à une unité fonctionnelle (UF) au sens administratif. Le terme peut ainsi recouvrir la notion de service ou d'unité au sein d'un service ou d'un pôle. Les recommandations architecturales, logistiques et de gestion doivent donc être comprises en fonction de l'entité envisagée et de ses caractéristiques ;

- le présent référentiel ne s'applique pas aux USC de pédiatrie ;
- les recommandations d'organisation des ressources humaines médicales, paramédicales et techniques ne reprennent pas les obligations réglementaires et légales régissant actuellement l'organisation hospitalière nationale dans les établissements publics ou privés participant au service public ;
- s'agissant des établissements privés, les modalités d'organisation administrative sont fréquemment différentes et peuvent justifier des adaptations particulières.

Le référentiel comprend les cinq chapitres suivants :

Chapitre 1 : Principes fondamentaux

Chapitre 2 : Architecture générale de l'unité

Chapitre 3 : Architecture et équipement des chambres d'USC

Chapitre 4 : Organisation logistique

Chapitre 5 : Organisation de l'unité — Management des ressources humaines — indicateurs

Chapitre 6 : Droits des patients et principes de bien-être

Chaque chapitre est organisé en sous-thèmes ; les recommandations sont numérotées consécutivement et désignées par la lettre R suivie du numéro de la recommandation.

Les principales références bibliographiques sont présentées en fin de document par ordre alphabétique.

L'Annexe B propose une liste d'équipements nécessaires pour une chambre et pour une USC satellite d'une unité de réanimation.

Groupe de rédaction du référentiel

Richard Boiteau

Jean-Christophe Farkas

Bertrand Guidet

Benoît Misset

Jean-Paul Mira

Fabienne Saulnier

Carole Schwebel

Aude Soury-Lavergne

Coordination : François Fourier

Chapitre 1 : Principes fondamentaux

Missions et structuration de l'USC

L'USC a pour mission fondamentale la prise en charge de patients nécessitant une surveillance clinique, biologique et/ou radiologique répétée et dont le pronostic vital peut être engagé en raison de l'apparition possible de défaillances viscérales aiguës dont les causes sont souvent multiples.

L'objectif de la prise en charge en USC est d'éviter l'aggravation de l'état de santé d'un patient caractérisé par un risque élevé de survenue de défaillances vitales. La prise en charge limite le risque d'admission en réanimation chez un patient qui n'en a pas encore besoin et le risque de réadmission en réanimation chez un patient qui n'en a plus besoin.

Cette prise en charge nécessite donc une organisation transversale et multidisciplinaire et l'accès à de multiples compétences et techniques de diagnostic, de surveillance et de traitement.

L'USC n'est pas un lieu de prise en charge de patients nécessitant simplement un nursing particulier ou une charge en soins importante. C'est le critère de surveillance rapprochée qui doit primer pour l'admission en USC. C'est le cas en particulier des patients nécessitant des actes chirurgicaux lourds dont la liste limitative est précise.

Les décrets et circulaires de 2002 et 2003 autorisent deux types d'USC : les USC organisées dans un établissement de santé (ES) disposant en son sein d'une unité de réanimation et les USC fonctionnant dans un ES sans réanimation. Lorsque l'ES dispose d'une unité de réanimation, la USC doit obligatoirement s'intégrer dans la filière de soins des patients en état critique, et l'USC ne peut être rattachée à une spécialité autre que la réanimation. Lorsque l'ES ne dispose pas d'une unité de réanimation, c'est par le biais d'une convention avec l'ES disposant d'une unité de réanimation que l'USC doit pouvoir organiser le transfert des patients dont l'état nécessite une prise en charge des défaillances viscérales aiguës. Dans les ES dont l'USC est rattachée à un service de réanimation qui ne fait pas partie du département d'anesthésie-réanimation, les médecins anesthésistes-réanimateurs du département peuvent être amenés à prendre en charge leurs patients en période de surveillance postopératoire, en partenariat avec l'équipe affectée à l'USC.

Depuis la parution de ces décrets, des structurations locales ont également distingué deux modalités d'organisation au sein même des ES disposant d'une unité de réanimation : USC individualisées « satellites » des unités de réanimation et lits d'USC « intégrés » au sein des unités de réanimation. Dans ce dernier cas, ce sont l'état du patient et son évolution qui déterminent le type de lit dans lequel il est soigné et sa valorisation. Cette modalité est cependant en contradiction avec les décrets et circulaires et représente actuellement une situation minoritaire. Le

groupe de rédaction a souhaité rappeler l'existence de ces deux modalités de structuration. Les lits d'USC intégrés dans l'unité de réanimation ont l'avantage de faciliter la mutualisation des moyens, mais ne permettent pas d'organiser une prise en charge adaptée au processus de réhabilitation ni de limiter facilement les agressions du séjour en réanimation. Dans l'immense majorité des ES, les organisations retenues par les SROS ont conduit à la création d'USC individualisées et satellites des unités de réanimation. Le référentiel ci-après considère l'USC comme une entité architecturale et organisationnelle dédiée et satellite de l'unité de réanimation.

R1. L'USC doit avoir accès au sein de l'ES à un plateau technique, interventionnel, de biologie et d'imagerie et à des compétences spécialisées dans les disciplines et spécialités concernées par la prise en charge des affections à risque de défaillance viscérale. L'accès à certaines de ces compétences spécialisées peut faire l'objet de conventions avec un ES proche à condition que ces conventions en précisent la disponibilité potentielle 24 heures/24. En l'absence d'accès à certains plateaux techniques ou à certaines compétences, elle doit pouvoir organiser en sécurité le transfert des patients dans une unité qui en dispose.

R2. L'USC doit disposer d'un document précisant la politique d'admission de ses patients. Cette politique doit être adaptée aux plateaux techniques et aux compétences humaines auxquelles elle a accès dans l'ES.

R3. Les critères d'admission dans l'USC doivent être définis dans le règlement intérieur de l'ES et communiqués aux différents services. L'USC peut admettre des patients venant de tous les services et unités de l'ES, lorsque leur état nécessite une surveillance rapprochée.

R4. Dans un établissement disposant d'une ou plusieurs unités de réanimation, les USC doivent être rattachées (c'est-à-dire avec équipes médicales et soignantes communes) aux unités de réanimation. Dans les établissements ne disposant pas d'unité de réanimation, l'USC doit faire l'objet d'une convention établissant des règles fonctionnelles avec l'unité de réanimation de l'ES la plus proche.

R5. L'USC doit être en liaison architecturale et fonctionnelle étroite avec l'unité de réanimation de l'ES pour permettre l'admission des patients de réanimation dont l'état ne justifie plus la mise en œuvre de suppléances vitales. Les patients venant de l'unité de réanimation doivent faire l'objet d'un projet de soins.

R6. L'USC doit être en liaison architecturale étroite avec le service d'urgences de l'ES pour permettre l'admission rapide des patients venant des urgences.

R7. L'USC doit passer convention avec les services de réadaptation, de médecine physique et de rééducation pour que les patients puissent être transférés vers ces structures lorsque leur état le permet et le nécessite.

Prise en charge des patients

La prise en charge des patients doit être possible de façon immédiate, permanente et durable dans l'USC. Elle doit être globale et personnalisée, permettre une sécurité maximale des soins et viser à la réduction des facteurs d'agression physique et psychologique, pour le patient et ses proches, comme pour le personnel soignant.

R8. Les structures et l'organisation de l'USC doivent être conçues et adaptées pour être opérationnelles de façon permanente, mais aussi dans les situations exceptionnelles (situation pandémique ou de « catastrophe »). En particulier, l'USC doit pouvoir être transformée en unité de réanimation lorsque des conditions exceptionnelles le justifient. Ces obligations doivent être prises en compte dans le dimensionnement, l'architecture et l'organisation de l'unité.

R9. Au sein de l'USC doivent pouvoir être mises en œuvre en urgence les techniques de ventilation invasive transitoire, de ressuscitation de l'arrêt cardiocirculatoire et de traitement des troubles métaboliques à risque vital immédiat.

R10. Les techniques de suppléance viscérale aiguës utilisées en réanimation ne peuvent être mises en œuvre dans l'USC en dehors de ces situations d'urgence.

Principes généraux de l'organisation de l'USC

Autant que faire se peut, l'hospitalisation dans une USC ne doit pas constituer pour les patients une situation d'agression physique ou psychologique. L'organisation de l'USC doit permettre la réduction maximale de ces nuisances, en particulier pour les patients sortant de réanimation, dont le projet de soins vise à une mise en autonomie progressive. Ces objectifs ne peuvent être atteints que si l'unité est animée par une équipe dédiée, organisée et solidaire.

R11. La qualité et la sécurité des soins, le bien-être des patients, de leurs familles et des soignants, les principes de bienfaisance et d'autonomie doivent être pris en compte dans l'organisation de l'USC qui doit faciliter la communication entre les membres de l'équipe mais aussi avec les familles, les prestataires et les correspondants extérieurs.

R12. L'architecture des zones d'accueil et des chambres doit permettre la réduction des agressions physiques et psychiques avec l'objectif d'offrir aux patients et à leurs familles convivialité, empathie et discrétion.

Chapitre 2 : Architecture générale de l'USC

Ce domaine du référentiel a pour objectif de déterminer les recommandations qui doivent être suivies lors de la création d'une nouvelle USC ou en cas de rénovation complète ou partielle.

Situation de l'unité au sein de l'ES

Le recrutement des patients des USC se fait le plus souvent à partir des urgences de l'ES, des réanimations, des services de soins aigus et des blocs opératoires.

R13. Il faut que l'USC soit positionnée à proximité immédiate et sauf impossibilité architecturale au même niveau que la réanimation.

R14. Lorsque les conditions architecturales ne permettent pas de respecter ces recommandations, il faut que les circulations dans l'ES permettent le transfert des patients dans un ascenseur à accès prioritaire et de dimension suffisante pour effectuer un transport rapide et en sécurité.

Structuration physique et zonage de l'USC

L'architecture générale de l'USC doit comporter des zones spécifiquement dédiées :

- *une zone d'accueil et de circulation pour les patients admis ou sortants de l'USC ;*
- *une zone d'accueil pour les familles ;*
- *une zone dédiée aux personnels ;*
- *une zone administrative et tertiaire ;*
- *une zone technique et logistique ;*
- *une zone de soins.*

L'ensemble de ces zones doit être équipé d'un système de communication (téléphonie par exemple) permettant à tout moment l'appel en urgence du personnel concerné quelle que soit sa localisation dans l'USC.

R15. L'USC doit comprendre quatre lits au minimum et disposer au minimum d'une capacité égale à la moitié du service de réanimation auquel elle est rattachée.

R16. Il est souhaitable que, à l'échelle de l'établissement, le nombre de lits d'USC représente les deux tiers des lits de réanimation et pour les établissements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ne disposant pas de réanimation, soit limité à 2 % de la capacité totale de l'établissement.

R17. Dans le cadre d'un projet architectural, si l'USC dispose de plus de six lits, l'unité doit pouvoir être séparée en sous-unités pour assurer un « cohortage » des patients ou la réalisation de travaux d'entretien. Dans ce cadre, le système de ventilation et d'extraction doit être prévu en conséquence.

Zone d'accueil pour les patients

R18. La zone d'accueil et de circulation pour les patients admis ou sortants de l'USC doit permettre une circulation aisée, dans des couloirs de dimensionnement suffisant pour permettre le passage d'un lit médicalisé lourd et des appareils de suppléance respiratoire (largeur minimale de 2,5 m).

R19. Lorsqu'un seul couloir est disponible au sein de l'USC pour la circulation vers les chambres des patients,

il faut que les espaces de stockage de matériel soient suffisants pour que les couloirs ne soient jamais encombrés de matériels lourds.

Zone d'accueil pour les familles

R20. Lorsque les unités de réanimation et de SC sont très proches, la zone d'accueil des familles peut être commune.

R21. La zone d'accueil pour les familles doit comprendre un sas ou un comptoir d'accueil, une salle d'attente avec un nombre de fauteuils suffisant et une pièce d'entretien permettant le respect de la confidentialité.

R22. Il faut que la signalétique aux abords et à l'intérieur de l'ES permette aux familles de situer facilement l'USC et de se rendre aisément dans la zone d'accueil.

R23. Il faut que l'architecture, l'accès et la circulation dans l'ES et la zone d'accueil permettent aux familles de visiter leurs proches 24 heures/24.

R24. Il faut que la zone d'accueil des familles comprenne un accès téléphonique ou permette l'utilisation des téléphones portables en respectant la confidentialité.

R25. Dans la zone d'accueil ou à proximité, il faut que les familles aient accès à des rafraîchissements et à des toilettes.

R26. Il faut que la pièce d'entretien avec les familles soit située dans un endroit calme de l'USC et en dehors de la zone de soins.

R27. La pièce d'entretien avec les familles doit avoir une dimension suffisante pour accueillir en position assise la famille et les membres de l'équipe médico-soignante. Elle doit permettre d'accueillir une personne handicapée.

R28. Il est souhaitable que l'accueil des familles soit, aux horaires de visites les plus fréquentés, réalisé par un personnel d'accueil dédié (hôtesse).

R29. La zone d'accueil doit comprendre un nombre suffisant de vestiaires sécurisés pour que les familles puissent y déposer vêtements et objets précieux.

R30. Il est inutile que les visiteurs aient à revêtir des tenues spécifiques (sarrau, couvre-chaussures, masques), en dehors des visites aux patients immunodéprimés ou contagieux.

R31. Il faut que l'USC puisse organiser l'accueil des enfants visiteurs.

R32. Il faut que l'USC soit organisée pour permettre aux familles de veiller un patient décédé en respectant les dispositions spécifiques aux croyances religieuses du patient.

La zone dédiée aux personnels

R33. Le personnel soignant doit avoir accès à :

- des vestiaires permettant de déposer en sécurité les objets personnels ;
- des toilettes ;
- des douches ;

- une salle de détente située dans l'USC hors de la zone de soins et à proximité des zones de surveillance.

R34. Il faut que la salle de détente du personnel ait une surface minimale de 15 m² et reçoive la lumière naturelle.

R35. Il faut que le personnel puisse, dans la salle de détente, prendre une pause, avoir accès à des rafraîchissements et y prendre un repas lorsque les horaires de travail le nécessitent.

R36. Il faut que la salle de détente soit dotée de moyens rapides de communication et d'alerte permettant au personnel de rejoindre la zone de surveillance très rapidement.

La zone administrative de l'USC

La zone administrative de l'USC peut être commune et partagée avec la réanimation lorsque les deux unités sont proches et que l'USC dépend administrativement de la réanimation.

R37. Il faut que l'USC dispose d'une zone administrative distincte des zones de soins et d'accueil.

R38. Il faut que l'USC dispose d'un secrétariat médical doté des moyens de gestion administrative, de communication et d'informatisation.

R39. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de secrétariat doit être dimensionné en fonction des objectifs de l'USC, des modalités organisationnelles et des tâches de gestion universitaires et de recherche.

R40. La surface du secrétariat doit être au minimum de 15 m² et doit être adaptée au nombre de postes de secrétaires (9 m² par poste).

R41. Le secrétariat doit disposer d'un éclairage naturel et permettre le respect des recommandations d'ergonomie des postes de secrétaires : orientation de la lumière, taille des écrans informatiques, assises des sièges et cloisonnements.

R42. Lorsque le secrétariat comporte des matériels informatiques et de reprographie, la température et l'hygrométrie de la pièce doivent être adaptées en conséquence.

R43. Il faut que le secrétariat comporte des accès informatiques en nombre suffisant au réseau interne de l'USC et au réseau de l'ES.

R44. Il faut que le nombre de bureaux de l'USC soit adapté au nombre de personnels médicaux et d'encadrement.

R45. Il faut que le/les cadre(s) de santé dispose(nt) d'un bureau proche de la zone de surveillance.

R46. Il est préférable que chaque médecin titulaire temps plein dispose d'un bureau individuel.

R47. La surface de chaque bureau doit être d'au moins 12 m².

R48. Il faut que l'USC dispose d'une salle de réunion pour le personnel dont la dimension doit être adaptée à la taille de l'unité et au nombre de personnels médico-soignants pour permettre des réunions d'équipe.

R49. Lorsque l'USC accueille des internes ou des étudiants hospitaliers, il faut que ceux-ci disposent d'une pièce de travail comportant un accès informatique.

Zone logistique

La zone logistique de l'USC peut être organisée avec celle de la réanimation lorsque les deux unités sont proches et que l'USC dépend administrativement de la réanimation. L'organisation logistique (livraisons, consommations, stockage) doit cependant permettre une gestion financière séparée.

R50. Il faut que l'USC comporte une zone technique et logistique dédiée. La surface et les locaux de la zone logistique doivent être adaptés au nombre de lits de l'USC. Pour les pièces de stockage, la surface minimale recommandée est de 5 m² par lit.

R51. Lorsque des procédures de type « vide-plein » sont utilisées, la zone logistique doit être dimensionnée pour organiser les livraisons de matériels et de pharmacie par chariots multiples.

R52. La zone logistique doit disposer d'accès informatiques au réseau interne et de l'ES.

R53. L'USC doit disposer de pièces spécifiques pour le stockage des gros matériels et d'une pièce de stockage du consommable (matériel à usage unique, solutés...).

R54. L'USC doit disposer d'une pharmacie comportant un réfrigérateur avec contrôle de température.

R55. L'USC doit disposer de, ou partager avec, l'unité de réanimation l'accès à une pièce permettant l'entretien, les vérifications, le nettoyage et la stérilisation éventuelle des matériels médicaux.

R56. L'USC doit disposer d'un stockage du linge permettant d'entreposer séparément linge propre et linge sale, tenues du personnel et linge destiné aux patients.

R57. La dotation en linge de l'USC et le dimensionnement des pièces de stockage du linge doivent être suffisants pour permettre au personnel soignant de disposer d'une tenue de travail changée quotidiennement.

R58. L'architecture du circuit d'évacuation des déchets hospitaliers et des linges souillés doit respecter les recommandations de prévention des contaminations.

R59. La largeur des portes d'accès aux zones de stockage doit être de 1,20 m au minimum et adaptée éventuellement à la taille des chariots de logistique de type « plein-vidé ».

R60. L'USC doit disposer d'un office de préparation des repas des patients distinct de la salle de détente du personnel.

R61. La pièce de préparation des repas des patients doit disposer d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes ou d'un système de réchauffage des plats.

Zone de soins

R62. La zone de soins doit comporter un PC de surveillance.

R63. Il est souhaitable que la structuration, l'architecture et l'équipement du PC permettent une séparation en sous-unités en cas de regroupement des patients ou permettent la réalisation de travaux d'entretien.

R64. La visualisation de l'ensemble des patients de l'unité doit être possible depuis le PC, et tous les patients doivent bénéficier d'une surveillance visuelle directe depuis les espaces de surveillance de l'unité.

R65. Le PC doit être équipé des moyens informatiques, bureautiques et de communication.

R66. Le PC doit être équipé d'une centrale de surveillance permettant au minimum le report des signaux et des alarmes du monitoring cardiovasculaire et respiratoire.

R67. Toutes les chambres doivent être individuelles.

R68. L'USC doit disposer d'une salle de bains permettant le bain d'un malade couché.

R69. La distance entre les espaces de surveillance et l'entrée des chambres des patients doit être la plus courte possible pour limiter les déplacements des personnels.

R70. Les couloirs de circulation vers les entrées de chambres doivent permettre le passage de lits médicalisés, de lits avec potences avec les appareils biomédicaux nécessaires.

R71. Les matériels utilisés pour les murs, les sols, et tous les dispositifs techniques de l'USC doivent permettre de respecter les réglementations nationales en matière de risque d'accidents, de respect des niveaux de bruit, de température et de lumière. L'architecture et l'organisation doivent permettre l'application d'une politique systématique de réduction du bruit.

R72. La zone de soins (PC de surveillance et chambres) doit bénéficier d'une régulation de la température et de l'hygrométrie qui respectent les réglementations nationales (température entre 21 et 24 °C, hygrométrie entre 40 et 60 %).

R73. Un affichage clairement compréhensible de l'existence d'un risque infectieux doit être disposé à l'entrée de chaque chambre et éventuellement répété au niveau des zones de surveillance.

Chapitre 3 : Architecture et équipement des chambres d'USC

Cette partie du référentiel prend en compte les réglementations architecturales et les recommandations des différentes sociétés savantes européennes. Des règlements nationaux précisent les obligations en termes de sécurité incendie et de type de matériel utilisable pour les cloisonnements ou les constructions de sols et de murs. Ils ne sont pas repris ici.

R74. Toutes les chambres doivent recevoir la lumière naturelle.

R75. Il est souhaitable que les patients puissent disposer depuis leur lit d'une vue sur l'extérieur.

R76. Chaque chambre doit comporter un équipement sanitaire complet (lavabo, WC, douche) permettant au patient de faire sa toilette et de prendre une douche assis ou debout.

R77. La chambre d'USC doit avoir une surface minimale de 20 m² (sanitaire inclus).

R78. La chambre doit éviter les angles inutilisés (aigus ou obtus) et permettre un accès facile autour du lit.

R79. Il est souhaitable que le mode d'ouverture des portes des chambres soit automatique. Sinon, il faut un dispositif d'ouverture-fermeture évitant le contact avec les mains.

R80. Il faut que les portes permettent le passage d'un lit et de ses accessoires (systèmes de traction-extension, bouteilles d'O₂, moniteurs et ventilateurs). L'accès aux chambres doit être facile et permettre le déplacement du lit sans heurter les parois.

R81. Les cloisons des chambres doivent permettre la vision des patients de l'espace de surveillance (PC) et du couloir sans nuire au maintien de la confidentialité et de l'intimité. Cela peut être permis par l'installation de stores et/ou de rideaux occultant à commande électrique (ou mixtes) et intégrés dans les vitrages.

R82. Les fenêtres extérieures doivent être équipées de stores à commande mixte électrique et manuelle.

R83. Selon l'organisation des soins choisie, la chambre doit disposer d'un espace de préparation de soins.

R84. La chambre doit disposer d'une zone avec point d'eau pour assurer les soins d'hygiène du patient (toilette).

R85. Les vasques des lavabos doivent être sans trop-plein, profondes et larges pour éviter les éclaboussures.

R86. Les lavabos peuvent être équipés de robinetterie automatique à vanne commandée électroniquement ou de robinet à commande manuelle.

R87. Les robinets des lavabos doivent être équipés de mitigeurs thermostatiques.

R88. La température dans la chambre doit être régulée et toujours comprise entre 20 et 25 °C.

R89. L'hygrométrie de la chambre doit être régulée et toujours comprise entre 40 et 60 %.

R90. L'éclairage de la chambre doit comporter :

- un éclairage général, non dirigé vers la tête du patient ;
- un éclairage à la tête du lit avec variateur pour le patient (lecture) ;
- un éclairage du poste de soin ou de prescription (ordinateur par exemple).

R91. L'éclairage de la chambre doit permettre l'alternance lumière-obscureté sans nuire à la surveillance visuelle directe du patient.

R92. Il faut que les moniteurs disposent d'écrans dont la luminosité s'adapte à la lumière ambiante.

R93. Les bouches d'admission de la ventilation doivent être situées à distance du lit du patient et jamais orientées directement vers le lit.

R94. Lorsque l'USC est ventilée par un système de conditionnement d'air, une attention particulière doit être portée au niveau de bruit généré dans la chambre du patient.

R95. Le traitement de l'air doit permettre un renouvellement de l'air de la chambre d'au moins deux fois par heure.

R96. La chambre doit comporter un espace de rangement pour que des affaires personnelles du patient puissent être mises à sa disposition. Il est souhaitable que le patient puisse voir de son lit des photographies ou des dessins apportés par sa famille et affichables sur une des cloisons de la chambre.

R97. La chambre doit comporter des espaces de rangement fermés pour entreposer les petits matériels de soin.

R98. Il faut que la chambre comporte des dispositifs d'appel par les patients et d'une ligne téléphonique pouvant être mise à disposition du patient.

R99. Des dispositifs d'appel spécifiques pour les patients handicapés moteurs lourds doivent être disponibles dans l'unité et installés à la demande dans les chambres (appel par manœuvre de tête, sifflets...).

R100. Le système de surveillance cardiovasculaire doit permettre le report chambre à chambre et une centralisation des alarmes.

R101. Il faut que les patients soient installés dans un lit médicalisé électrique permettant une prévention maximale des troubles trophiques et de varier les installations.

R102. Il est souhaitable que des rails de manutention des patients soient installés au plafond.

R103. Il faut que le lit dispose d'un matelas ergonomique antiescarres.

R104. La chambre doit disposer au minimum de huit prises de courant intermittent (PCI).

R105. La chambre doit disposer d'au moins deux prises d'alimentation électrique sur onduleur pour le branchement du monitoring et d'un ventilateur. Le nombre de prises sur onduleur doit être adapté aux dispositifs d'informatisation (concentrateur des reports de monitoring).

R106. Le schéma du circuit d'alimentation électrique et la localisation des disjoncteurs différentiels et généraux des chambres doivent être affichés au sein de l'unité et facilement consultables.

R107. Chaque chambre doit disposer d'au moins une prise d'accès au réseau informatique de l'USC et de l'ES. Il est souhaitable que les patients puissent disposer d'un accès Internet.

R108. Il faut que les patients puissent bénéficier de la télévision et que l'écran soit installé pour être visible du lit du patient et dispose d'une télécommande.

R109. La chambre doit au minimum disposer de l'installation de fluides médicaux suivante :

- deux alimentations en oxygène ;
- trois prises de vide ;
- deux alimentations en air comprimé.

R110. Le matériau utilisé au niveau des sols, des murs et des surfaces horizontales doit être lisse, imputrescible et nettoyable, traité antibruit.

R111. Les raccords murs-sol doivent être réalisés en matériau type résine sans plinthe.

R112. La chambre doit disposer de dispositifs de délivrance de solution hydroalcoolique, de savon et d'un distributeur de papier essuie-mains.

R113. La chambre doit disposer d'un calendrier et d'une horloge numérique placés au mur et visibles par le patient.

R114. La chambre doit disposer d'une poubelle à ouverture à pied, antibruit.

R115. Chaque chambre doit disposer d'un fauteuil médicalisé équipé de roulettes et permettant l'installation du patient en position assise et en position de repos.

R116. Les dispositifs de monitoring, de perfusion doivent être équipés d'alarmes débrayables et dont le niveau sonore soit modulable. Les alarmes doivent pouvoir être réglées à un niveau sonore inférieur à 70 dBA.

L'Annexe A décrit les principaux équipements et matériels « lourds » pour une chambre et une unité « standard ».

Chapitre 4 : Organisation logistique

Obtention de données biologiques

Dans une USC, il faut pouvoir obtenir les résultats des examens biologiques suivants dans un délai très rapide, parfois inférieur à 15 minutes :

- gazométrie artérielle ;
- ionogramme plasmatique ;
- numération formule sanguine et exploration de l'hémostasie.

R117. Il faut que le(s) laboratoire(s) de biologie soi(en)t proche(s) de l'USC ou relié(s) par un système de transport rapide pour l'acheminement des prélèvements.

R118. Il est souhaitable de disposer à proximité de l'USC des appareils permettant de faire des examens biologiques délocalisés (gazométrie artérielle, ionogramme). Ces appareils peuvent être partagés avec l'unité de réanimation.

R119. Il faut mettre en place une procédure partagée de transmission de résultats urgents (exemple : hyperkaliémie) par le laboratoire vers l'USC.

R120. L'USC doit avoir accès à un établissement de transfusion sanguine, et des procédures spécifiques doivent être organisées pour permettre la transfusion de produits sanguins stables et labiles.

Logistique des livraisons dans l'USC

Cette organisation repose sur une évaluation initiale des consommations de chaque produit ou dispositif (détermination du stock minimum nécessaire au fonctionnement habituel de l'unité). Elle est basée sur une gestion à flux tendu des stocks, présentant les avantages suivants :

- absence de stock « dormant » inapproprié ;
- absence de gaspillage lié à un dépassement des dates de péremption ;
- commande informatisée.

Cette organisation permet :

- un gain financier ;
- un gain de place physique dans les locaux dédiés ;
- un gain de temps infirmier, permettant la réalisation d'autres tâches.

L'organisation logistique peut être commune avec celle de la réanimation si les deux unités sont proches et disposent d'une gestion administrative commune. Cette organisation doit permettre d'évaluer les consommations de façon séparée.

R121. Il est souhaitable de mettre en place pour l'USC un système de stockage plein-vider concernant les dispositifs médicaux et la pharmacie. Cette organisation doit être en cohérence avec le mobilier destiné à la préparation des soins.

R122. La logistique doit permettre l'approvisionnement de l'unité sans rupture de livraison.

Logistique pharmacie et produits de santé

Pour assurer la meilleure traçabilité et la sécurisation des prescriptions et une meilleure gestion financière, la prescription informatisée doit être mise en place dans l'USC en lien direct avec la pharmacie de l'ES.

R123. L'USC doit être en liaison étroite avec la pharmacie pour que le processus de prescription et de dispensation nominative soit respecté.

R124. L'USC doit disposer d'un stock de médicaments d'urgence dont la composition doit être arrêtée en collaboration avec le pharmacien.

R125. L'USC doit disposer d'une pharmacie sécurisée et respectant les dispositions réglementaires concernant la délivrance des stupéfiants.

R126. Le système de rangement doit être de lecture simple et permettre une identification sécurisée des produits.

R127. Il est souhaitable que le rangement des produits soit réalisé par les agents de la pharmacie.

Brancardage (transport de patients à l'extérieur du service)

R128. Le transport hors service des patients à risque de défaillance viscérale est une situation à risque important qui

doit faire l'objet de procédures sécurisées strictes (recommandations d'experts de la SRLF 2011).

Logistique lingerie

La consommation de linge d'une USC est élevée. Une estimation précise des besoins quotidiens en linge doit être réalisée (dotation). Elle concerne :

- les draps ;
- les taies d'oreillers ;
- les serviettes de toilette ;
- les gants de toilette ;
- les chemises et pyjamas de patients ;
- les tenues du personnel ;
- les linges de soins.

R129. Afin d'éviter l'augmentation du stock (impact économique) et le stockage dans l'unité (impact architectural), il est souhaitable de bénéficier d'une livraison quotidienne de la dotation.

R130. Pour les jours fériés et les week-ends, il est souhaitable d'anticiper les besoins en linge propre et de disposer d'une livraison préalable. La dotation en linge de l'USC doit être calculée pour permettre la couverture des besoins sans rupture de livraison.

R131. Un suivi régulier des quantités livrées est souhaitable afin d'éviter toute rupture de stock. Ce suivi doit être reporté par écrit pour en assurer la traçabilité.

R132. Pour des raisons d'hygiène et d'économie (diminution du stock), le retour du linge sale vers la blanchisserie doit être réalisé au moins quotidiennement.

Logistique cuisine alimentation

Il faut absolument différencier dans l'USC :

- le lieu de stockage et de réchauffage des repas destinés aux patients ;
- le lieu de stockage et de la prise des repas des personnels soignants.

Chacun de ces deux lieux doit être équipé d'un réfrigérateur, d'un four micro-onde.

L'entretien de ces espaces doit être réalisé quotidiennement

R133. La commande des repas des patients et du personnel doit être réalisée quotidiennement et individuellement.

R134. Il est souhaitable que les patients puissent choisir leur repas. En cas d'apport par les familles, cela doit être fait sous le contrôle du personnel paramédical.

R135. La distribution, l'aide à la prise des repas et le débarrassage doivent être réalisés par des personnels de l'équipe soignante.

Informatisation

Les priorités de cette informatisation doivent être définies par un cahier des charges en suivant une démarche

« utilisateurs » progressive mobilisant les ressources humaines de l'ES.

R136. Étant donné la multiplicité des données et des procédures, il faut que l'USC soit informatisée et dispose d'un logiciel « métier » identique à celui dédié à la réanimation.

R137. Les patients et leur famille doivent être informés de la possible utilisation des données anonymées à des fins statistiques et doivent pouvoir s'opposer à cette utilisation.

R138. Il faut que l'USC dispose de systèmes d'informatisation dans les domaines suivants :

- dossier médical (courrier, note médicale, imagerie, données de laboratoire, dossier transfusionnel) ;
- prescription médicale avec aide à la prescription ;
- dossier de soins (recueil des données patient, transmission, planification des soins) ;
- indicateurs de qualité.

Logistique maintenance et entretien des locaux

Le projet architectural doit prévoir des locaux spécifiques pour le rangement et le nettoyage des matériels et produits nécessaires à l'entretien de l'USC (« utilité ménagère propre, utilité ménagère sale »).

R139. Un programme de maintenance préventive doit être établi en lien avec les services techniques (exemple : portes automatisées, alimentations électriques, fluides, ascenseurs, ...).

R140. Une planification annuelle des travaux nécessaires doit être établie avec les services techniques.

R141. Une procédure d'intervention rapide « au fil de l'eau » doit être prévue entre l'USC et les services techniques pour les réparations urgentes.

R142. L'entretien quotidien des zones d'accueil, des circulations et de la zone administrative doit faire l'objet de procédures écrites et d'évaluation régulière avec traçabilité.

R143. L'entretien de l'environnement proche du patient (bionettoyage) et des zones de soins doit être effectué par les aides-soignantes.

Logistique évacuation des déchets

R144. Le matériel contaminé et les déchets hospitaliers doivent être stockés dans un local spécifique.

R145. L'architecture de l'USC doit prévoir un circuit spécifique pour la circulation des déchets hospitaliers et l'évacuation du matériel contaminé.

Logistique et maintenance du matériel médical

En raison de la multiplicité et de la complexité des matériels médicaux de surveillance, la sécurisation passe par

la formation régulière des personnels et l'application rigoureuse de la matériovigilance organisées conjointement par l'USC et les services biomédicaux. La maintenance peut être partagée avec l'unité de réanimation. Des recommandations détaillées ont été publiées récemment par la SRLF et ne seront pas reprises de façon exhaustive dans ce référentiel.

R146. Il est nécessaire de désigner un référent médical au sein de l'USC et un référent ingénieur biomédical, et l'USC doit par ailleurs disposer d'un technicien dédié ou d'un référent paramédical pour la gestion du matériel. Ces derniers peuvent être mutualisés avec la réanimation.

R147. Le responsable technique biomédical doit réaliser un inventaire précis et informatisé du matériel et organiser le suivi daté des pannes, maintenances préventives et date de mise en service.

R148. Un calendrier des maintenances préventives doit être élaboré en collaboration avec le service biomédical.

R149. Chaque matériel doit être accompagné d'un mode d'emploi.

R150. Le volume du parc matériel doit prendre en compte pannes et maintenances préventives et en cas de panne ou d'immobilisation prolongée, une procédure de remplacement doit être prévue avec le service biomédical.

R151. Des formations tracées doivent être organisées à l'installation des nouveaux matériels et régulièrement renouvelées.

Logistique communication

R152. L'USC doit disposer de moyens de communication appropriés permettant de relier les locaux du service et de joindre à tout moment les médecins, les cadres et le médecin de garde.

R153. Les correspondants extérieurs doivent disposer d'un numéro d'appel joignable 24 heures/24.

Chapitre 5 : Organisation de l'unité — Management des ressources humaines — indicateurs

Le management de l'USC a plusieurs objectifs : améliorer la qualité du service rendu aux patients et donc la qualité des soins, la « performance soignante » et la satisfaction des patients et des familles ; améliorer la satisfaction des services et unités adressant les patients et les prenant en charge après leur hospitalisation ; clarifier et hiérarchiser le fonctionnement de l'USC ; assurer les meilleures conditions de travail pour le personnel ; mettre en place une politique « qualité », de gestion des risques et d'évaluation ; assurer les missions d'enseignement et de recherche.

Principes de management administratif de l'USC

R154. Dans les ES qui disposent d'une USC satellite d'une unité de réanimation, le management administratif de l'USC peut être partagé avec l'unité de réanimation.

R155. Le responsable de l'organisation de l'USC doit être un médecin de l'unité. Il doit être réanimateur dans les établissements disposant d'une unité de réanimation, réanimateur ou urgentiste dans les établissements ne disposant pas d'unité de réanimation.

R156. L'USC doit disposer d'un cadre de santé dédié ou commun avec l'unité de réanimation, le nombre de cadres étant à adapter en fonction du nombre de lits et/ou d'unités.

R157. Le responsable médical de l'USC est assisté d'un conseil d'unité ou de service qui comporte des représentants de toutes les catégories de personnel.

R158. L'USC doit définir et rédiger un projet d'unité ou de service, intégré dans le projet du pôle. Ce projet est redéfini tous les quatre ans. Il décrit la raison d'être, les buts, les missions et les objectifs de l'USC.

R159. L'USC doit disposer d'un règlement intérieur décrivant son organisation et son fonctionnement.

R160. L'USC doit disposer d'un rapport annuel d'activité analysant notamment le recrutement de l'unité, l'activité médicale, la qualité des soins et la prise en charge des patients, la gestion du personnel et la satisfaction du personnel, la prise en charge des visiteurs et leur satisfaction, les données financières, décrivant la politique d'assurance-qualité et précisant la réalisation des objectifs annuels fixés par le projet d'unité.

R161. L'organisation administrative et le management de l'USC doivent permettre de respecter les obligations réglementaires en matière de vigilance, de sécurité et de gestion des risques.

R162. L'organisation administrative et le management de l'USC doivent permettre l'évaluation de l'activité médico-soignante et des pratiques médicales et paramédicales.

R163. Le tableau de service définissant les présences et les charges des praticiens permanents doit être rédigé et affiché dans l'USC avec une mesure de l'absentéisme médical et paramédical réalisée chaque année.

R164. Les conditions de refus et d'acceptation des patients et leur processus doivent être décrits dans le règlement intérieur.

R165. L'USC doit établir un plan de formation du personnel médical et paramédical.

Ressources humaines paramédicales : généralités

Les paramédicaux sont les acteurs incontournables de l'USC. La notion d'équipe soignante est capitale pour l'efficacité de l'USC. Le management de l'équipe nécessite une animation (leadership), un projet, un encadrement.

Dans les USC de petite taille, l'encadrement peut être partagé avec celui de la réanimation.

R166. Les paramédicaux doivent avoir connaissance :

- du projet médical du pôle et/ou de l'USC ;
- du règlement intérieur du pôle et/ou de l'USC ;
- du rapport d'activité ;
- du programme de prévention des infections nosocomiales et de prévention de l'iatrogénie.

R167. Il est souhaitable que le cadre de santé ait une expérience infirmière préalable en USC, soins intensifs, urgences ou en réanimation.

R168. Le recrutement du(des) cadre(s) de santé de l'USC doit être effectué en concertation avec le responsable médical de l'unité.

R169. Le(les) cadre(s) de santé doi(ven)t avoir la responsabilité de l'organisation paramédicale et de la qualité des soins effectués par les paramédicaux.

R170. La communication des cadres avec l'équipe médicale doit être organisée.

R171. Le management des personnels paramédicaux doit être en lien et en accord avec le projet de service.

R172. Il faut privilégier le management « par projet » des personnels paramédicaux.

R173. Il est souhaitable d'utiliser des outils d'évaluation de la charge en soins.

R174. Il faut formaliser une procédure de rappel des agents en cas d'absentéisme et/ou en cas de besoin exceptionnel, il doit pouvoir être fait appel à des IDE ou AS d'une équipe de suppléance mobilisable en 48 heures.

R175. Le personnel intérimaire ne peut être utilisé que s'il a été formé à la médecine intensive.

R176. Le service doit disposer d'indicateurs d'épuisement professionnel (absentéisme, turnover, accidents de travail, score de burn-out).

R177. La formation du personnel à la manutention des patients doit être obligatoire.

Ressources humaines paramédicales : infirmiers

R178. Il faut un ratio infirmier/patient minimal de 1/4 patients, 24 heures/24.

R179. Il faut une procédure d'adaptation à l'emploi, basée sur les recommandations SRLF-SFAR d'une durée minimale de six semaines et intégrée dans les calculs d'effectif.

R180. Le développement et l'entretien des compétences des infirmiers doivent être planifiés dans le projet annuel de l'USC. Un partage de compétences avec le personnel de la réanimation est souhaitable.

R181. Les procédures de soins doivent être écrites en collaboration (infirmiers, cadre et médecin), validées et diffusées, et leur application doit être évaluée.

R182. Les infirmiers et les cadres doivent participer à l'activité d'évaluation des pratiques professionnelles de l'équipe, notamment les revues de morbidité (RMM), et aux réunions d'éthique.

R183. Les infirmiers et les cadres doivent être encouragés à participer aux activités de recherche clinique.

R184. L'adhésion des infirmiers à une société savante doit être encouragée.

R185. La participation des infirmiers aux congrès, journées de formation et formation diplômante (DU) doit être encouragée.

R186. L'évaluation périodique des connaissances et la mise à niveau doivent être organisées.

R187. Le temps de formation doit être pris en compte dans les calculs d'effectifs.

Ressources humaines paramédicales : aides-soignantes

R188. Il faut un ratio aide-soignante/patient minimal de 1/6 patients présents, 24 heures/24.

R189. Il faut une procédure d'adaptation à l'emploi spécifique aux aides-soignantes.

R190. Les procédures de soins concernant la prise en charge aide-soignante doivent être écrites en collaboration (aide-soignante, cadre) et validées par les médecins et diffusées. L'application de ces procédures de soins des aides-soignantes doit être évaluée.

R191. Les aides-soignantes doivent participer aux réunions d'éthique.

Ressources humaines paramédicales : kinésithérapeutes

R192. L'USC doit disposer de kinésithérapeutes formés aux soins chez les patients en état critique.

R193. Si la taille de l'USC ne permet pas de disposer d'un kinésithérapeute dédié, il faut pouvoir mutualiser avec la réanimation.

R194. Il faut une procédure d'adaptation à l'emploi des kinésithérapeutes.

R195. Les kinésithérapeutes doivent être associés aux activités d'enseignement, de recherche et d'évaluation.

R196. L'adhésion des kinésithérapeutes à une société savante doit être encouragée.

R197. La participation des kinésithérapeutes aux congrès, journées de formation et formation diplômante (DU) doit être encouragée.

Ressources humaines : autres personnels

R197. L'USC doit disposer d'agents des services hospitaliers ou de personnels dédiés à l'entretien des sols, au ménage et à l'hygiène de surface ainsi qu'au brancardage.

R198. L'USC doit pouvoir faire appel à un ergothérapeute.

R199. L'USC doit pouvoir faire appel à un psychologue et à un psychiatre sept jours sur sept.

R200. L'USC doit pouvoir faire appel à un diététicien.

Ressources humaines médicales

R201. Tous les médecins exerçant dans l'USC doivent satisfaire aux critères réglementaires nationaux de diplômes et d'expérience.

R202. Dans les établissements publics, il est souhaitable que le nombre de praticiens permanents de l'unité soit suffisant pour limiter au maximum la durée des comptes épargne-temps.

R203. Il est souhaitable que l'équipe médicale soit composée de médecins réanimateurs et de médecins de spécialités d'origines différentes, ayant une formation théorique et une expérience en médecine d'urgence, en soins intensifs ou en réanimation. Dans les ES dont le service de réanimation-USC est distinct du service/département d'anesthésie, il faut prévoir que les médecins anesthésistes-réanimateurs puissent assurer la prise en charge des patients au sein de l'USC, dans le cadre d'une convention entre le service de réanimation-USC et le service/département d'anesthésie.

R204. L'équipe médicale doit être animée par le chef de service ou le responsable d'unité fonctionnelle administrativement déterminé.

R205. L'organisation du temps médical doit privilégier le suivi des patients. Une organisation en « temps continu » doit être évitée.

R206. La permanence de la surveillance et des soins doit être assurée dans l'USC 24 heures/24 et sept jours sur sept.

R207. Lorsque l'USC comporte huit lits ou plus, un médecin doit être présent toute la journée des jours de semaine.

R208. Un médecin doit être présent dans l'USC pour les prescriptions et admissions de week-end et de jours fériés.

R209. Lorsque l'USC est satellite d'une unité de réanimation, la permanence médicale de nuit et de week-end peut être assurée par les médecins réanimateurs de l'unité de réanimation.

R210. Dans les unités d'ES sans réanimation, une astreinte médicale ou l'appel de l'urgentiste ou du médecin anesthésiste-réanimateur de garde de l'ES doit être organisé pour la nuit.

R211. Les modalités d'appel aux médecins de garde dans l'ES doivent être formalisées et diffusées.

R212. Le projet médical de l'USC doit être rédigé sous l'autorité du chef ou du responsable d'unité (ou de service ou de pôle) et doit être approuvé par l'équipe médicale.

R213. Le tableau de service définissant les présences et les charges des praticiens affectés à l'USC doit être rédigé et diffusé à l'ensemble de l'équipe d'USC.

R214. Les médecins de l'USC doivent participer aux activités de recherche clinique et d'enseignement. Dans les CHU, la triple mission institutionnelle peut justifier d'une annualisation de l'organisation du travail médical.

R215. L'adhésion des médecins de l'USC à une société savante doit être encouragée.

R216. Les besoins en formation des médecins doivent être établis annuellement, en concertation entre le responsable de l'unité et chacun des praticiens. Ils doivent faire l'objet d'une planification annuelle.

R217. La participation des médecins aux congrès, journées de formation et formations diplômantes doit être encouragée et organisée.

Évaluation-Indicateurs

R218. L'USC doit disposer d'un tableau de bord permettant l'évaluation continue de son activité. Ce tableau de bord doit figurer dans le rapport annuel d'activité.

R219. Le tableau de bord de l'USC doit comporter des indicateurs de structures, de processus et des indicateurs de résultats.

R220. Le tableau de bord de l'USC doit prendre en compte la dimension économique de l'activité

R221. Le tableau de bord doit comporter des indicateurs de satisfaction des patients et des familles.

R222. Les indicateurs de résultats choisis par l'équipe de l'USC doivent comporter des indicateurs d'iatrogénie et d'incidence des infections nosocomiales et des événements indésirables.

R223. Les indicateurs de ressources doivent comporter au minimum un relevé annuel des dépenses et la consommation trimestrielle des principaux médicaments et matériels utilisés dans l'USC.

R224. L'USC doit au minimum disposer en continu des indicateurs d'activité suivants :

- nombre de patients ;
- nombre de journées d'hospitalisation ;
- coefficient d'occupation des lits (objectif 80–85 %) ;
- durée moyenne de séjour ;
- âge moyen ;
- indices de gravité simplifiés (IGS)² et IGS² sans l'âge à h24 ;
- mortalité ;
- mortalité hospitalière ;
- principaux diagnostics et motifs d'admission ;
- pourcentage de patients admis à partir d'un secteur de réanimation ;
- pourcentage de transferts vers un secteur de réanimation ;
- pourcentage de patients pour qui sont décidés des limitations ou arrêts des thérapeutiques actives (LATA) ;
- nombre et type des infections nosocomiales ;

- pourcentage de patients ventilés ou sous catécholamine plus de 12 heures (objectif 0 %).

R225. Il faut qu'un registre des refus d'admission soit tenu dans l'USC et précise les raisons des refus.

R226. Il est souhaitable qu'un registre des avis, actes ou consultations effectués hors de l'USC soit tenu.

R227. Les praticiens exerçant dans l'USC doivent s'inscrire dans les procédures réglementaires d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), d'accréditation et de formation continue.

R228. Une RMM doit être organisée par l'USC au moins deux fois par an. Elle peut être partagée avec l'unité de réanimation

R229. Les procédures de LATA doivent faire l'objet d'un protocole écrit et d'une traçabilité.

Problèmes spécifiques liés à l'enseignement et à la recherche

R230. Lorsque l'USC accueille des étudiants hospitaliers, les objectifs théoriques et pratiques du stage doivent être rédigés préalablement et validés par l'équipe médicale de l'unité, en cohérence avec les objectifs de l'UFR de médecine.

R231. Lorsque l'USC accueille des internes, les objectifs théoriques et pratiques du stage doivent être rédigés préalablement et validés par l'équipe médicale de l'unité, en cohérence avec les objectifs nationaux de la spécialité.

R232. Tous les praticiens permanents de l'USC doivent participer à la formation des étudiants et des internes. Les rôles de chaque praticien dans la formation des étudiants et des internes doivent être précisés et mis à jour au moins une fois par an.

R233. La participation de l'USC à la recherche biomédicale doit être favorisée, et il est souhaitable que les praticiens permanents reçoivent une formation à la recherche.

Chapitre 6 : Droits des patients et principes de bientraitance

Organisation au sein du service

R234. Les documents relatifs au droit et à l'éthique doivent être disponibles (code de déontologie, textes de lois, recommandations des sociétés savantes).

R235. L'USC doit pouvoir recourir à une assistante sociale pendant tous les jours ouvrables.

R236. Chaque membre du personnel doit avoir son nom et sa fonction inscrits de manière clairement lisible sur son vêtement de travail.

R237. Les patients ou leurs familles doivent pouvoir faire appel au ministre du culte de leur choix.

R238. La réflexion éthique doit être organisée au sein de l'USC.

R239. Des actions d'évaluation de la qualité du respect du droit des patients et de l'accueil des proches doivent être organisées.

Organisation des visites des proches

R240. Il doit exister dans l'USC une politique d'information des malades et des familles avec un protocole à l'admission du patient, au cours de l'hospitalisation et à la sortie ou au décès du patient.

R241. Un livret d'accueil doit être remis à la famille ou aux proches.

R242. Il doit exister une politique d'information des familles par téléphone et par oral. Une formation spécifique à la communication doit être organisée pour le personnel soignant, y compris médical, et pour les secrétaires (notamment pour le nouveau personnel).

R243. Les informations médicales doivent pouvoir être données par les médecins du service aux proches pendant les visites, notamment à l'admission et en cas d'aggravation, sans rendez-vous.

Les médecins doivent faciliter l'information du patient et des familles.

R244. Il est souhaitable que les proches soient reçus par le/les médecins en présence du/des soignants ayant le patient en charge, dans une pièce réservée à cet effet. Si le patient est apte à recevoir une information médicale, l'information des proches doit être effectuée avec l'accord du patient.

Droits du patient et bientraitance

R245. Il faut mettre des outils de communication adaptés à la disposition du patient.

R246. Les décisions de limitations de thérapeutiques actives doivent être prises par l'ensemble des soignants ayant le patient en charge au cours de réunions formalisées, les résultats sont consignés dans le dossier. Les proches sont informés de ces limitations de thérapeutiques actives.

R247. Les procédures de limitation des thérapeutiques actives doivent suivre les recommandations et exigences réglementaires.

R248. Le patient doit probablement être destinataire de son compte rendu d'hospitalisation sous réserve que les éléments qui le constituent lui aient été annoncés lors d'un entretien préalable (en cas de diagnostic de maladie chronique, il faut laisser une place à l'annonce progressive par le médecin traitant. Par exemple « cancer métastasé » ou « patient dément » ou « patient alcoolotabagique »).

R249. Les principes de bientraitance suivants doivent être intégrés (c'est-à-dire écrits) dans la politique de l'USC :

- il faut dépister et traiter systématiquement la douleur ;
- il faut dépister agitation et *delirium* et les traiter ;

- il faut réduire le niveau de bruit, y compris en modulant l'intensité des alarmes ;
- il faut favoriser l'alternance de lumière entre le jour et la nuit ;
- il faut organiser les soins pour diminuer les sources d'inconfort ;
- les causes d'un éventuel manque de sommeil, objectif ou ressenti par le patient, doivent être recherchées et analysées ;
- l'utilité de la contention physique doit être réévaluée quotidiennement, et son utilisation doit faire l'objet d'une prescription tracée ;
- il faut dépister la soif et la traiter.

R250. Il est recommandé de mettre en place un programme favorisant le soutien comportemental des proches pour diminuer le niveau de stress et réduire le risque de syndrome post-traumatique.

Annexe A

Principaux équipements des chambres de l'USC

NB : Cette liste ne comprend que les équipements « lourds ». En fonction de la spécialisation et de l'environnement de l'USC, d'autres équipements peuvent être nécessaires soit localisés au sein de l'unité, soit disponibles au niveau de l'établissement.

Équipement facultatif dépendant du recrutement de l'unité.

Réchauffeur/humidificateur chauffant.

Un jeu supplémentaire de modules multiparamétriques.

Un système de réchauffement patient.

L'unité doit disposer (partage avec la réanimation si proximité) d'un appareil d'échographie permettant l'évaluation hémodynamique.

Matériels de kinésithérapie :

- vibromasseur ;
- pédalier ;
- électrostimulateur ;
- spiromètre.

L'unité doit disposer ou avoir accès au sein de l'établissement à un lit et à un fauteuil spécial « obèse ».

Chambre d'USC « Standard »

Moniteur de surveillance multiparamétrique
Module électrocardiogramme et fréquence respiratoire
Module pression artérielle non invasive
Module SpO₂
Module de surveillance de la température
2 à 4 seringues autopulsées
Débit litre air
Débit litre O₂
Pompe à nutrition entérale
Pompe à perfusion parentérale
Matelas antiescarres
Lit médicalisé

Équipement pour une unité « standard » de 6 lits

Poste central de surveillance avec répéteur d'alarmes
Moniteur de transport multiparamétrique
Ventilateur de transport
Ventilateur de ventilation non invasive
Matériel pour intubation difficile (ou partagé avec la réanimation si proximité)
Système d'oxygénothérapie à haut débit
Appareil d'électrocardiogrammes multipistes
Défibrillateur
Moniteur de PCA (*patient control analgesia*)

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Bibliographie

1. American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine (1995) Guidelines for intensive care design. Crit Care Med 23:582–8
2. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine (1999) Recommendations Based on a System of Categorization into Two Levels of Care. Crit Care Med 27:422–6
3. Bartley J, Streifel AJ (2010) Design of the environment of care for safety of patients and personnel. Crit Care Med 38:S388–S98
4. Boiteau P (pour le Groupe de recherche et d'audit hospitalier en réanimation) (2008) Référentiels d'audit. GRAH
5. Brillli RJ, Spevetz A, Branson RD, et al (2001) Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. Crit Care Med 29:2007–19
6. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, et al (2006) Intensive Care unit quality improvement. A “how-to” guide for the interdisciplinary team. Crit Care Med 24:211–8

7. Code de la santé publique. Livre 1^{er}, titre II, chapitre IV, section 1 : conditions techniques de fonctionnement des activités de soins en réanimation. Art D6124-27 à 34-5
8. Comité de coordination de la réanimation (2011) Référentiels de compétences et d'aptitudes du médecin réanimateur. *Réanimation* 20:S705-S24
9. Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
10. Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique
11. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH/4B/n° 280 du 7 février 1989. Annexe B : programme technique d'une unité de réanimation et plateau technique d'un service de réanimation
12. European Society of Intensive Care Medicine (2010) Organization and management on intensive care. Flaaten H, Moreno R, Putensen C, Rhodes A (eds) MWV, Berlin
13. Fédération de la réanimation (2012) Organisation de la réanimation française : état des lieux et référentiels. *Réanimation* 22: HS1-HS102
14. Fourrier F (pour le jury de la 6^e Conférence de consensus en réanimation SRLF-SFAR) (2010) « Mieux vivre la réanimation ». *Réanimation* doi:10.1016/j.reaurg.2010.03.001
15. Gervais C, Donetti L, Bonnet F, et al (2008) Sécurisation des procédures à risque en réanimation : risque infectieux exclu. Recommandations d'experts. *Réanimation* 17:503-11
16. Gervais C (pour la commission d'évaluation de la Société de réanimation de langue française) (2003) Tableau de bord en réanimation. *Réanimation* 12:75a-85a
17. Guyot JP (2011) Transports intrahospitaliers. *Ann Fr Med Urgence* 1:278-83
18. Haupt MT, Bekes CE, Brilll RJ, et al. (2003) Guidelines on critical care services and personnel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med* 31: 2677-83
19. Leaf DE, Homel P, Factor PH (2010) Relationship between ICU design and mortality. *CHEST* 137:1022-7
20. Najjar-Pellet J, Jonquet O, Jambou P, Fabry J (2008) Quality assessment in ICU. Proposal for a scoring system in terms of structure and process. *Intensive Care Medicine* 34:278-85
21. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC (2011) Randomized controlled trials of interventions to improve communication in intensive care. *CHEST* 139:543-54
22. Société de kinésithérapie de réanimation (2011) Référentiel de compétences et d'aptitudes du masseur kinésithérapeute de réanimation (MKREA) en secteur adulte. *Réanimation* 20:S725-S36
23. Société de réanimation de langue française (2011) Référentiels de compétence de l'infirmière de réanimation. *Réanimation* 20:S737-S46
24. Société de réanimation de langue française (2000) Management en réanimation : évaluation, organisation et éthique. Saulnier F, Bion J (eds) Collection réanimation Europe. Elsevier, Paris
25. Valentin A, Ferdinande P (2011) European Society of Intensive Care Medicine working group. Recommendations on basic requirements for intensive care units. *Intensive Care Medicine* 37:1575-87