

**Cahier des charges pour la reconnaissance :
des unités de surveillance continue
(USC)**

REFERENCES :

- SROS 3 volet réanimation soins intensifs et surveillance continue
- SROS.3 volet cardiologie
- Décret 2002-465 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation
- Décret 2002-466 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue
- Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue
- Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue

DEFINITION

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 2002-466)

Les unités de surveillance continue prennent en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorés 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 unités de surveillance continue 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 oeuvre de façon ponctuelle et non prolongée. (Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003).

Ne relèvent pas d'une prise en charge en unité de surveillance continue, les patients qui présentent une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu à court terme le pronostic vital et impliquant le recours à une ou des méthodes de suppléances.

Les patients traités par assistance ventilatoire ne peuvent être pris en charge de façon prolongée en unité de surveillance continue et doivent être orientés vers une unité de réanimation dans un délai ne pouvant dépasser douze heures.

L'unité de surveillance continue ne remplace pas la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). La surveillance des patients qui nécessitent en post opératoire le recours à une suppléance est assurée au sein des SSPI et des services de réanimation.

Les rôles respectifs de l'unité de soins continus et de l'unité d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences sont précisés et formalisés dans chaque établissement.

En l'absence de précisions réglementaires permettant la reconnaissance d'une activité de surveillance continue, le Comité Technique Régional de Réanimation (COTREA) a élaboré un certain nombre de préconisations.

- Ces recommandations concernent :
- L'organisation géographique et les locaux,
- Le plateau technique requis,
- Le personnel médical et paramédical,
- La permanence des soins au sein de l'unité,
- L'orientation spécifique de certaines unités de surveillance continue.

1 LOCAUX

1.1 Localisation géographique au sein de l'établissement

L'unité est individualisée sur le plan fonctionnel et géographique

L'organisation des locaux permet le contrôle visuel des patients par l'équipe paramédicale.

Afin d'assurer la meilleure organisation de certaines prises en charge, il est possible de rapprocher l'unité de surveillance continue, d'un service de spécialité pour les cas suivants :

- l'unité de surveillance continue cardiologique (USCC) et le service de cardiologie,
- l'unité neuro-vasculaires (UNV) et le service de neurologie.

1.2 Capacités installées

L'unité de surveillance continue dispose d'un minimum de 4 lits.

1.3 Equipements

L'unité de surveillance continue se dote de l'équipement nécessaire à la réalisation des ses missions en tenant compte des besoins des patients accueillis. Le descriptif de l'équipement devra être fourni.

2. PLATEAU TECHNIQUE

L'établissement sollicitant la reconnaissance d'une unité de surveillance continue organise l'accès vingt quatre heures sur vingt quatre :

- sur site, à l'imagerie conventionnelle et à l'échographie,
- sur site ou par convention et ce dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité, à un secteur opératoire, à la scanographie, aux examens de laboratoire de routine (hématologie, bactériologie, biochimie, enzymologie, hémostase, gazométrie 24/24)

3. PERSONNEL PARAMEDICAL

L'unité de surveillance continue dispose de personnel paramédical dédié.

L'encadrement paramédical est suffisant pour :

- garantir la continuité des soins, vingt quatre heures sur vingt quatre et sept jours sur sept,
- assurer la surveillance rapprochée et les soins techniques nécessaires à la prise en charge des patients.

L'effectif paramédical ne peut être inférieur à :

- Le jour : 1 IDE et 1 AS pour 4 à 6 patients
- La nuit : 1 IDE et 1 AS pour 10 patients pour les USC jusqu'à 6 lits, avec mutualisation possible avec le service à proximité immédiate de l'USC et de même spécialité.

L'encadrement paramédical ne doit pas être mis en place au détriment d'une autre unité

Autres personnels paramédicaux

En fonction de l'orientation de l'USC et du type de patients accueillis il peut être nécessaire de recourir à d'autres compétences paramédicales qui devront être précisées.

4. PERSONNEL MEDICAL

Le responsable médical est identifié pour chaque unité de surveillance continue.

Il s'agit du médecin qui sera le garant de l'organisation de cette unité

La qualification du médecin responsable de l'unité peut varier en fonction de l'orientation de l'unité .La permanence médicale est décrite ci-dessous en tenant compte des organisations spécifiques.

5. ORGANISATION SPECIFIQUE

L'individualisation et l'orientation spécifique de certaines unités de surveillance continue peuvent se justifier en raison de l'importance quantitative de patients relevant d'une de prise en charge particulière. C'est le cas, par exemple, de l'unité de surveillance continue cardiologique et de l'unité de surveillance continue dédiée à la prise en charge des AVC (cf document complémentaire)

Deux cas sont distingués selon que l'unité de surveillance continue est située ou non au sein d'un établissement disposant de réanimation.

Unité de surveillance continue au sein d'établissement disposant d'une unité de réanimation

Il est recommandé de regrouper les unités de surveillance continue d'un même établissement auprès du service de réanimation afin d'optimiser l'organisation des soins en terme de moyens humains et de permanence des soins.

L'équipe médicale est commune entre l'unité de surveillance continue et l'unité de réanimation.

La permanence médicale est assurée de préférence par le médecin de garde sur place pour l'unité de réanimation sous réserves que l'USC se situe à proximité immédiate de cette réanimation et ce en respectant les recommandations conjointes de la SRLF et de la SFAR.

A défaut la permanence médicale peut être assurée par une astreinte opérationnelle en lien avec l'orientation de l'USC.

Unité de surveillance continue au sein d'établissement ne disposant pas d'unité de réanimation

Une unité de surveillance continue peut fonctionner dans un établissement de santé ne disposant ni d'unité de réanimation ni d'unité de soins intensifs s'il a conclu une convention précisant les conditions de transfert des patients avec des établissements disposant de ces unités.

L'unité de surveillance continue répond prioritairement aux besoins des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ainsi que du bloc opératoire.

Le responsable de l'unité de surveillance continue est, de préférence, un anesthésiste-réanimateur, un réanimateur médical ou un cardiologue dans le cas d'une reconnaissance d'unité de surveillance continue cardiologique.

La permanence médicale est assurée de préférence par un médecin de garde sur place pour une autre activité, ayant des compétences en réanimation, anesthésie réanimation ou en cardiologie pour les unités de surveillance continue à orientation cardiologique. A défaut, cette permanence est assurée dans le cadre d'une astreinte opérationnelle. Dans l'attente d'un transfert vers une unité de réanimation, tout patient présentant une ou des défaillances nécessitant le recours à une ou des techniques de suppléance, notamment tout patient ventilé, doit être pris en charge par un médecin sur place pouvant intervenir sans délai.

6. PROCEDURES ET CONVENTIONS

6.1 Procédures

Préciser l'organisation avec la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) protocoles d'admission en USC, heures d'ouverture de la SSPI.

Préciser l'organisation avec la ZTCD en cas de service des urgences autorisé (protocoles d'admission en USC).

6.2 Conventions

Les différentes conventions précisent les conditions d'admission et de transfert des patients entre le ou les services de réanimation, la ou les unités de soins intensifs.

Ces conventions sont annexées à la demande de reconnaissance de l'unité.

6. EVALUATION

Les indicateurs concernent essentiellement les données d'activité de l'USC (année n et activité prévisionnelle année n+1)

| | |
|--|--|
| | |
| Journées | |
| Malades ventilés | |
| Patients transférés de réanimation vers l'USC | |
| Patients transférés de l'USC vers la réanimation | |
| Patients transférés d'USIC ¹ vers l'USC | |
| Patients transférés de l'USC vers USIC | |
| Patients transférés d'USIN ² vers l'USC | |
| Patients transférés de l'USC vers USIN | |

1 Unité de soins intensifs cardiologique 2 Unité de soins intensifs neurologique régionale