

Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue.

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). En pratique, 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.

L'USC doit être une unité administrativement individualisée. Dans les établissements publics de santé, elle sera une unité fonctionnelle isolée ou rattachée à un service ou un pôle, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur ou réanimateur médical.

Il apparaît nécessaire de proposer des recommandations distinguant les USC des établissements disposant d'un service ou d'une unité de réanimation, des USC des autres établissements.

Unités de surveillance continue des établissements disposant d'un service ou unité 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. Il est nécessaire que l'équipe médicale en charge de l'USC soit suffisamment stable sur une certaine période de temps pour assurer un fonctionnement cohérent et suivi. L'effectif médical doit permettre la présence d'un médecin exclusivement consacré à cette unité dans la journée. Compte tenu du caractère multi-originel des patients, il est souhaitable que des protocoles de prise en charge soient élaborés en commun avec les différentes spécialités concernées.

L'USC ne nécessite pas de garde médicale spécifique. La permanence des soins est assurée par la garde médicale de réanimation à laquelle (auxquelles) 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.

Unités de surveillance continue des établissements ne disposant pas d'un service ou unité 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 aigüe 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.

L'USC est sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie-réanimation ou de réanimateurs médicaux.

La permanence médicale des soins n'est pas obligatoirement exclusive à l'unité, mais doit être assurée par un médecin ayant les qualifications, compétences ou expériences attestées par l'article D.712-108 du décret n° 2002-466 du 5 avril 2002. 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, 7 jours / 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.