PROJET DE MAINTIEN D'UNE USC DE 6 LITS SUR LE GHCPO

LE CONTEXTE :

Il existait au GHCPO une Unité de Soins Critiques comprenant 8 lits de Réanimation Polyvalente et 4 lits d'USC. Depuis 2010 cette unité est gérée par une équipe multi-site associant des réanimateurs du GHCPO (2 PH temps plein) et des réanimateurs du CHRD. Il existe donc une seule unité de Soins Critiques couvrant l'ensemble du territoire de santé du GHT-NOVO mais répartie sur 2 sites. Le planning est commun avec 2 lignes de garde sur le GHT-NOVO (1 sur Pontoise et 1 sur Beaumont) et une Astreinte Opérationnelle (sur le CHRD).

En 2016 un Service de Rééducation Post Réanimation à orientation Neurologique a été créé sur le GHCPO en complément et en dépendance (selon cahier des charges de l'ARS) de cette unité.

En 2018, dans le cadre du dépôt d'un dossier au COPERMO et des nécessaires économies budgétaires à réaliser, il a été décidé par la direction du GHT NOVO, en accord avec les CME concernées de supprimer les lits de réanimation du GHCPO.

Mais un engagement raisonnable a été pris par la direction de conserver sur le site (Beaumont) une compétence en soins critiques sous forme d'une USC et d'une garde de réanimateur, afin de garder au GHCPO un caractère d'établissement MCO minimal (Urgences, Médecine, Chirurgie ambulatoire, Obstétrique) en raison de la démographie croissante de la population sur le territoire de santé du GHCPO et de l'activité croissante des urgences et de la médecine.

Le service de réanimation / USC était installé dans des locaux fonctionnels en parfait état, le matériel est moderne, disponible et correctement entretenu, le personnel est compétent en soins critiques. Il est adossé à un SRPR neurologique correctement équipé, installé dans des locaux neufs et fonctionnels, avec une forte compétence en rééducation / réadaptation post réanimation. L'effectif comportait pour le personnel paramédical 24 IDE et 12 AS et pour le personnel médical 6 ETP réanimateurs.

Il nous fallait donc présenter une solution d'USC sur le site de Beaumont/Oise, compatible avec les contraintes budgétaires. La proposition de la direction début Octobre 2018 lors d'une réunion entre la direction, le Dr Thuong et le Dr Boulet était de garder 4 lits USC gérés par un réanimateur le jour et l'anesthésiste de garde la nuit. Mais cette proposition n'avait alors pas été jugée satisfaisante par l'ensemble des PH de réanimation tant sur le plan de la qualité des soins que sur le plan de l'intérêt médical à prendre en charge une telle unité (les exemples en IDF de ce type de solution ne nous semblent pas satisfaisants).

Une proposition à 6 lits avec une garde dédiée a été faite mi-Février (proposition rédigée par le Dr BOULET et soutenue par les médecins de Beaumont) ; elle n'a pas alors semblé convenir pour des raisons essentiellement budgétaires (notamment absence de financement d'une ligne de garde assuré par la direction) et aussi par l'absence d'adhésion à ce projet des médecins du CHRD.

La demande de la direction lors de la réunion du 21/02/2019 fut d'étudier un projet de 4 lits d'USC SANS garde dédiée de réanimateur, mais cette hypothèse a été rapidement écartée, et une décision de supprimer complètement les soins critiques sur le site de GHCPO a été prise en mars 2019. Les lits de réanimation sont fermés le 1er juillet 2019, et les lits de surveillance continue fermeront le dernier WE d'août 2019, ce qui va engendrer des multiples retentissements néfastes sur la prise en charge et le pronostic des patients critiques, sentiment exprimé à toutes les réunions par la présidente de la CME du GHCPO, et par les collègues praticiens dans les différentes unités de soins de notre établissement.

Enfin lors d'un entretien accordée par la direction aux syndicats et en présence du Dr Mathé le 16 juillet 2019, monsieur le directeur du GHT-NOVO a exprimé à nouveau sa volonté de maintien d'une unité de surveillance continue sur le site de Beaumont sur Oise, mais à la condition d'avoir un nombre suffisant de praticiens (7 au moins) s'engageant à en assurer la présence de jour et la permanence de soins de nuit, des WE et jours fériés.

POURQUOI DES SOINS CRITIQUES SUR LE GHCPO :

1- L'importante extension continue de la population de son bassin de vie (plus de 150.000 habitants sur le secteur), qui se traduit automatiquement par une majoration des demandes de soins hospitaliers, majorée par l'appauvrissement de l'offre de soins en ville, et donc par voie de conséquence directe, l'augmentation inéluctable d'activité surtout aux urgences.

2- L'offre en soins critiques (pré-hospitaliers, hospitaliers et transfert en réanimation) du GHT doit être égalitaire dans tous les secteurs géographiques du GHT, et respecter ainsi l'un des principes fondateurs de notre République et de notre Sécurité Sociale.

Or la suppression des soins critiques sur le secteur du GHCPO crée une inégalité évidente et préjudiciable dans l'offre de soins notamment pour la population la plus fragile, et ce d'autant plus que le patient est âgé et/ou présentant une pathologie lourde chronique.

3- Le nombre de passages aux urgences du GHCPO avoisinant les 40.000 (quarante mille) par an, dont environ 5000 suivis par une hospitalisation, les données statistiques permettent d'affirmer qu'environ 150 patients (3% des 5000) se présentant chaque année au SAU sont potentiellement éligibles pour la surveillance continue selon les recommandations des 3 sociétés savantes (SRLF, SFAR, SFMU).

4- Le développement de l'activité des services de Médecine aiguë, avec de plus en plus de pathologies sévères (notamment cardiologiques, infectiologiques et pneumologiques), et avec de plus en plus de recours dans ces unités à des thérapies lourdes (médicamenteuses ou instrumentales comme la VNI) ; ces patients sont susceptibles de s'aggraver pendant leur séjour, et donc nécessiter une surveillance continue.

5- Le maintien du SRPR sur le site de Beaumont sur Oise exige un suivi par un médecin ayant une compétence en réanimation le jour, ainsi qu'une organisation de permanence de soin médicale, qui rassure les autres médecins de garde sur le site, et surtout les patients et leurs familles.

Or une simple astreinte médicale à domicile ne peut parvenir à un niveau de sécurisation que seul une garde SUR PLACE peut assurer.

Rappelons que le profil particulier de ces patients avait déjà obligé les décideurs à adosser ce service à une réanimation.

6- Le projet de développer une activité chirurgicale ambulatoire et surtout bariatrique n'est pas envisageable en l'absence de lits de surveillance continue sur place, en raison du profil à risque notamment respiratoire de ces malades, et la nécessité d'une surveillance rapprochée post-opératoire de 24 à 48 heures.

7- L'organisation des soins MCO sur le GHCPO est basée depuis 40 ans sur la disponibilité d'un réanimateur présent sur le site 24 heures sur 24, or la suppression brutale d'une telle compétence perturbera gravement cette organisation, et contribuera à des préjudices graves pour certains patients d'une part, et d'autre part à un sentiment d'insécurité inédit chez l'ensemble des médecins. Certains d'entre eux partiront vers des établissements plus rassurants, quand d'autres, « orphelins » de la présence amicale et rassurante du réanimateur à leur côtés, seront amenés à refuser d'admettre certains patients dans leur service mais aussi limiteront leur recours à l'avis ou au conseil d'un réanimateur maintenant à distance et qu'ils ne connaitront bientôt plus.

8- L'absence de soins critiques sur le GHCPO fragilise considérablement, voir anéantit les possibilités de recruter des jeunes praticiens, condition essentielle pour le maintien de l'activité et la survie des unités de soins, surtout dans le secteur de la médecine et de la chirurgie de spécialité ainsi que de la médecine d'urgence (Urgences et SMUR), qui elle fait déjà appel à des intérimaires pour combler ses plannings.

9- Les nombreux patients transférés du GHCPO sur la réanimation du CHRD, et par ailleurs déjà antérieurement suivis par les différents spécialistes (pneumologues, cardiologues, gériatres et infectiologues) travaillant sur le site de Beaumont sur Oise, pourront retourner en USC à Beaumont à leur sortie de la réanimation, et reviendront ainsi rapidement dans leur filière de soins habituelle.

10- Enfin les conditions du maintien d'une unité de surveillance continue sur le site de Beaumont sur Oise sont d'ores et déjà réunies :

- locaux prêts disponibles, matériels disponibles, personnel paramédical compétent, disponible et soutenant le projet,
- Et surtout maintenant PLUS de 7 médecins compétents et prêts à relever ce défi :

Les réanimateurs, Dr. MASSAT, Dr. SALLOUM, Dr. PASQUEREAU, Dr. MICHEL, Dr. BOULET, associés aux Dr. YAHOUI (urgentiste ayant déjà assurés des gardes en réanimation), et au Dr. MOTTIN (anesthésiste-réanimateur au GHCPO),

ainsi qu'en complément de cette équipe de base, les Dr.GRANT (réanimateur), le Dr. RICARD-HIBON (anesthésiste-réanimateur) et les Drs. COGNE et MATHE (urgentistes).

Le rattachement de cette unité ne pourra être réalisé qu'avec le service des urgences-SMUR du GHCPO (sous la responsabilité médicale du Dr RICARD HIBON), et le responsable de l'unité pourrait être le DR.MASSAT.

Cette unité s'intégrerait donc dans le Pôle de médecine du GHCPO, sous la responsabilité du Dr Patricia BRAZILLE (chef de Pôle), qui soutient pleinement ce projet, tout comme la Présidente de la CME le Dr CORDANI.

Le cadre de santé pourrait rester Mme PAYEN (avec son accord) qui bénéficie de l'expérience nécessaire et du soutien de tous.

COMPETENCE EN SOINS CRITIQUES :

Il s'agit de conserver sur site une Unité de Soins Continus avec l'essentiel des critères de qualité définis dans le document publié en Juin 2018 par les 3 Sociétés Savantes concernées (SRLF, SFAR, SFMU) [*Recommandations pour le fonctionnement des unités de surveillance continue (USC) dans les établissements de santé, 2018*] , **condition indispensable au recrutement futur des soignants et PH** et pour limiter l'épuisement professionnel.

Avant de définir tout type d'organisation d'une USC au GHCPO, il convient donc de résumer les recommandations formulées par les experts, recommandations qui devraient nous servir de fil conducteur :

A) R1.1 à 1.5 : les patients USC sont sélectionnés dans un objectif de sécurité médicale et n'ont pas pour objectif de suppléer à une défaillance aigüe d'organe sinon dans un objectif de transfert en réanimation.
B) R2.1 à 2.7 : une USC sans réanimation locale doit avoir un projet médical et para médical spécifique, et ses missions et organisations précisées dans un projet de soins critiques du GHT.
C) R3.1 à 3.5 : l'équipe des personnels para médicaux (IDE et AS) doit faire l'objet d'une organisation spécifique, ils doivent être formés aux risques de défaillance vitale, à leur prévention et à leur prise en charge, leur planning doit être mutualisé avec les autres soins critiques du GHCPO et l'effectif doit être au moins égal à 0,4 ETP/lit ouvert. La présence d'un kinésithérapeute est indispensable de même que l'accès aux psychologues, ergothérapeutes, ….. doit être précisé dans le projet de soins
D) R4.1 à R4.5 : les médecins exerçant en USC doivent être issus des filières MIR, AR ou médecine d'urgence et l'unité doit être sous la responsabilité d'un médecin exerçant à temps majoritaire en USC. La présence médicale doit être assurée H24 7/7J par des praticiens qualifiés et l'activité doit être mutualisée avec le service de rattachement (urgences dans le cas du GHCPO) et/ou le réseau de soins critiques du GHT. La formation continue et l'EPP des praticiens de l'USC doit être assurée par le réseau de soins critiques du GHT.
E) R5.1 à 5.4 : les GHT doivent organiser la filière de soins critiques selon les différents types de patients et leur gravité, en ce sens une convention entre USC et service de réanimation de rattachement au sein du GHT doit être établie. Les missions de l'USC au sein du GHT doivent être précisées dans le projet de soins, notamment les catégories de patients qu'elle peut ou doit prendre en charge. Le partage de « temps médical » entre USC et réanimation référente est fortement suggéré, dans le cadre d'un « pôle de soins critiques inter établissements », afin d'éviter les problèmes d'isolement et de favoriser les recrutements. Le décret sur les GHT prévoit que la prise en

charge des patients en état critique repose sur des structures de nature différente qui apportent une réponse adaptée aux besoins du patient selon une graduation de la gravité clinique et organisées le plus possible en filière de soins critiques.

FILIERE – TYPOLOGIE PATIENTS

1) Les patients à prendre en charge seront issus :

- du service des urgences

- du SMUR, un travail important doit être fait pour définir le cahier des charges des patients à transférer en USC

- des services de médecine et gériatrie aigüe, SSR du GHCPO

- plus rarement de la maternité ou de la chirurgie ambulatoire

- d'une hospitalisation longue en réanimation au CHRD, pour réhabilitation avant transfert en MCO ou SSR.

Le personnel médical aura aussi la charge d'un avis « soins critiques » sur les patients hospitalisés dans les services MCO – SSR de l'établissement, mise en condition des patients avant transfert en réanimation.

2) Typologie des patients (cf Annexe 1 – Liste non exhaustive):

A définir avec l'équipe soins critiques de territoire car un contact permanent doit être maintenu entre les 2 unités afin de permettre une prise en charge CONCERTEE des patients (transfert en cas d'aggravation ou admission d'emblée sur le CH de réanimation). Il faudra aussi prendre en compte les comorbidités associées à une défaillance aigüe d'organe pour décider ou non des prises en charge en USC.

Il est possible de garder certains patients sous ventilation assistée en USC, si attente de transfert en réanimation.

3) Eléments composant la charge en soins de l'USC :

- Turn over des patients (DMS cible 4-5 Jours)

- Gestes invasifs (CVC, drains thoraciques, …)

- Prise en charge de la douleur et/ou de l'agitation

- Rééducation et réadaptation intensive

- Préparation au transfert en réanimation

- Recherche et mise en condition des patients pour une alternative à l'hospitalisation traditionnelle dans les suites de l'USC (HAD, EHPAD, SSR,….)

Cette charge en soins, de même que la pénibilité/intérêt du travail, devra être évaluée (PM et PNM) / 6 mois afin d'ajuster au mieux les effectifs médicaux nécessaires

DESCRIPTION D'UNE USC TYPE 6 LITS AU GHCPO (SOLUTION 1) :

C'est la solution recommandée par les Sociétés savantes (SRLF, SFAR et SFMU) et qui a bien sur notre préférence.

1) LA STRUCTURE :

- **Nombre de lits** : 6 (extension possible à 8 si besoins du territoire de santé ou lits de « post-réanimation / réadaptation adossés au SRPR). Pour une offre annuelle de 2190 journées USC.

- Ouverture à plein 365 Jours / an.

- **Personnel NM :**

* 2 IDE-1 AS Jour

* 2 IDE nuit

* mutualisation partielle avec IDE urgences

* 1 kiné sur ½ journée / J + kiné respiratoire le WE

* psychologue

* assistante sociale

- **Personnel médical** :

* 1 PH /J la semaine, 1 autre PH 2J/S

* garde sur place 7J/7

* certains postes mutualisés (type et temps à préciser) avec réanimation de Pontoise ainsi qu'avec les services d'Urgences et d'anesthésie du GHCPO pour conserver un INDISPENSABLE esprit d'équipe de soins critiques.

* responsable de structure interne USC : 1 réanimateur (relations étroites et fluides avec réanimation)

* convention de temps médical partagé à établir avec Pontoise.

- **Matériel** : 2-3 ventilateurs lourds (attente transfert réanimation-1+ de réserve), endoscopes usage unique, échographe, monitoring complet, PSE (1 base et 2 SE/ chambre), nutri-pompes, matériel de cathétérisme et drainage thoracique,….

– Garde mutualisée avec prise en charge des patients SRPR tant que SRPR sur site.

2) BESOINS EN PERSONNEL :

A) IDE et AS :

-2 IDE / 1 AS jour : 2,8 ETP x 3

-2 IDE nuit : 3 ETP x 2

Soit au total 14,4 ETP

B) MEDICAL (cf annexe 1):

- 1 PH/J la semaine : (365-104) x 1 = 261 soit 261 / 192 (207- 15 J de FMC) = 1,4 ETP

- 1 PH 2J/S (M/J) pour orientation patients, staff, décisions thérapeutiques … : 104 J soit 104 / 192 = 0,5 ETP (possible participation PH SRPR si effectifs SRPR au complet pour cette présence 2J/S)

- Présence du samedi matin : 52 J soit 52 / 192 : 0,3 ETP

- Garde de semaine : (52x5 = 260 J) + (52 samedis x 1,5 = 78 J) + (52 dimanches x 2 = 104 J) = 442 / 192 = 2,36 ETP.

Soit un total de 4,56 ETP (1,4+0,5+0,3+2,36) et 453 indemnités de sujétion nécessaires, activité idéalement répartie sur au moins 7 praticiens (prise de 4 gardes/mois en moyenne) pour limiter les besoins en praticien extérieurs (possible jusqu'à 30% des gardes).

3) ACTIVITE :

Avec un TO (taux d'occupation) de 85% acceptable, une DMS de 4,5 Jours, ce service pourrait admettre environ 410 patients par an et ainsi éviter certains transports SMUR inutiles vers Pontoise ou plus loin encore notamment l'hiver (économie importante du coût d'un transport médicalisé ET réduction de la morbi-mortalité). C'est proche du capacitaire nécessaire qui peut être estimé autour de 380 patients (soit l'activité moyenne annuelle entre 2017 et 2018 réalisé sur l'unité Réa-USC du GHCPO).

4) ORGANISATION DU TRAVAIL DES PH :

- visite quotidienne, réalisation des actes techniques, CR structuré en vue d'un codage par le DIM précis et valorisant (mots clés, dossier Clinisoft à jour des actes,…)

- sortie des patients, orientation MCO et envisager retour SSR ou domicile si besoin

- discussions de dossiers avec équipe des réanimateurs du SRPR et de Pontoise (modalités à préciser – video conférence idéale)

- participation à la FMC organisée sur la réanimation de Pontoise (cours, bibliographie, ….)

- suivi régulier des dossiers avec réunions pluridisciplinaires USC-Urgences-SAMU/SMUR-anesthésie.

Dans cette configuration, un staff-patients pluri-hebdomadaire est tout à fait organisable, limitant l'isolement du praticien.

DESCRIPTION D'UNE USC TYPE 5 (voire 4) LITS AU GHCPO (SOLUTION 2) :

1) LA STRUCTURE :

- **Nombre de lits** : 4 ou 5

- Ouverture à plein 365J / an.

- **Personnel NM :**

* 2 IDE expérimentées formées à la réanimation, Jour et nuit le binôme infirmier est indispensable pour des raisons de sécurité de prise en charge des patients, interventions hospitalières sur détresses vitales. A discuter la nuit 1 IDE / 1 AS car activité moindre.

* mutualisation possible avec IDE urgences

* temps kinésithérapeute disponible

* assistante sociale

- **Personnel médical** :

* 1 PH /J la semaine et samedi matin

* 1 PH/nuit, samedi AM dimanche et jours fériés

* responsable de structure interne USC : 1 réanimateur (relations étroites et fluides avec réanimation)

* convention de temps médical partagé à établir avec Pontoise.

- **Matériel** : 2 ventilateurs lourds (attente transfert réanimation-1+ de réserve), endoscopes usage unique, échographe, monitoring complet, PSE (1 base et 2 SE/ chambre), nutri-pompes, matériel de cathétérisme et drainage thoracique,….

2) BESOINS EN PERSONNEL :

A) IDE et AS :

2 IDE jour = 2,8 ETP x 2

2 IDE nuit = 3 ETP x 2

Total personnel IDE 11,6 ETP

B) MEDICAL

Le temps médical nécessaire est calculé sur la base de 207 journées de travail auxquelles on retire les 15 jours / an de congés FMC soit 192.

- 1 PH/J la semaine : (365-104) x 1 = 261 soit 261 / 192 (207- 15 J de FMC) = 1,4 ETP

- 1 PH samedi matin = 52/192 = 0,3

- 1 PH en plus 1J/semaine = 52/192 = 0,3

- Dimanches et jours fériés = 62/192 = 0,33 ETP

- Garde 18H30/8H30 1 PH/garde = 365/192 = 1,9 ETP

Donc 4,2 ETP sont nécessaires, et 453 indemnités de sujétions.

3) ORGANISATION DU TRAVAIL DES PH :

- visite quotidienne, réalisation des actes techniques, CR structuré en vue d'un codage par le DIM précis et valorisant (mots clés, dossier Clinisoft à jour des actes,…)

- sortie des patients, orientation MCO et envisager retours SSR ou domicile si besoin

- discussions de dossiers avec équipe les réanimateurs du SRPR et de Pontoise (modalités à préciser – video conférence idéale)

- participation à la FMC organisée sur la réanimation de Pontoise (cours, bibliographie, ….)

- suivi régulier des dossiers avec réunions pluridisciplinaires USC-Urgences-SAMU/SMUR.

- liaison dossier patient Clinisoft entre GHCPO et Pontoise

Par contre, pas d'échange quotidien possible entre collègues sur dossier patient, pas de possibilité de décision collégiale de soin : isolement professionnel relatif source d'épuisement. Compensable par une durée de présence courte (rotation GHCPO/ Pontoise).

CONCLUSION :

L'ensemble de la communauté médicale et plus largement des soignants du GHCPO soutient ce projet de maintien d'une USC de 6 lits sur le site de Beaumont.

Il bénéficie aussi du soutien des élus des communes du bassin de vie de notre hôpital.

Ce projet n'a pu voir le jour que grâce à l'adhésion, l'entente et à la collaboration pleine et entière des médecins des différents services de l'établissement.

Sa réalisation ne pourra qu'améliorer la cohésion des équipes soignantes, leur confiance dans le futur de leur hôpital et donc la sérénité qui transparaitra dans la qualité de leur travail.

Son annonce permettra sans nul doute de rassurer aussi la population, qui continuera ainsi à venir en toute confiance sur le site de Beaumont, pour y accoucher, y être opérée ou s'y faire soigner.

ANNEXES :

Annexe 1: TYPOLOGIE PATIENTS ADMISSIBLES EN USC

1- Cardiovasculaire :

- Urgence HTA

- Certaines formes d'insuffisance coronarienne aigüe (à définir avec la cardiologie de Pontoise)

- Troubles du rythme avec bonne hémodynamique

- EES sur trouble conductif si patient stable

- Insuffisance cardiaque

- Oedème pulmonaire

2- Respiratoire :

- Sevrage de ventilation mécanique sur patient stabilisé

- Décompensation de BPCO stabilisée (VNI)

- Soins respiratoires fréquents type kinésithérapie de désencombrement

- Insuffisance respiratoire aigüe si situation stabilisée, CPAP, VNI , Asthme aigu stabilisé

3- Neurologique :

- AVC stabilisés après avis USINV (problème de place)

- TC avec CGS ≥ 10 après avis neurochirurgie

- Pathologie neurologique chronique avec nursing fréquent (SEP,Parkinson,…) et pathologie aigüe

***4- Intoxications** médicamenteuses, patient stable*

5- Digestif :

- Hémorragie digestive (ulcère, rupture de VO) stabilisée, sans choc

- Insuffisance hépato-cellulaire stabilisée

- Pancréatite aigüe

6- Endocrinien :

- Thyrotoxicose

7- Chirurgical :

- Transfusion post opératoire ET Surveillance post opératoire

8- Divers :

- Sepsis stable sans choc

- Monitoring de remplissage vasculaire : transfusion, hydratation,…

- Soins infirmiers lourds, pansements complexes

- Troubles métaboliques : natrémie, kaliémie

- Prise en charge de la réadaptation des patients lourds issus de la réanimation (post réanimation).

Résumé tableau des propositions 4 lits et 6 lits.

	4 Lits	6 Lits	
Localisation	Rea/USC	Rea/USC	
PNM	2 IDE Jour : 5,6 ETP 2 IDE Nuit : 6 ETP Ou 1 IDE + 1 AS Nuit	2 IDE Jour : 5,6 ETP 1 AS jour ? : 2,8 ETP 2 IDE Nuit : 6 ETP	
Continuité des soins	1,3 réanimateur/J L à S matin	1,6 réanimateur/J L à S matin	
Permanence des soins	Garde Réanimateur	Garde Réanimateur	
PDS SRPR ?	Oui	Oui	
Astreinte	non	non	
Qualification (recos USC 2018)	Rea / Anesthesiste / Urgentiste	Rea/ Anesthesiste / Urgentiste	
Total ETP PM	4.2	4,56	