

ARDSP

Association des Réanimateurs
Du Secteur Privé



Création d'une Réanimation

Guide Pratique de l'ARDSP

2021

Les récentes mises en tension des services de réanimation au cours de la pandémie COVID-19 ont mis en lumière les anomalies du capacitaire national et ses différences inter-régionales.

Le secteur privé compte actuellement **54 établissements** dotés d'une réanimation autorisée représentant **10 % du capacitaire de réanimation en France**. Lors de la première vague d'hospitalisation de cas graves de COVID-19, 82 nouvelles réanimations ont été créées par autorisations dérogatoires temporaires conduisant à un doublement du nombre de places de 550 à 1189.

Actuellement, différents schémas d'augmentation des capacités en lit de réanimation en cas d'afflux de patients sont possibles :

- Par augmentation du nombre de lits dans les services existants,
- Par mise à niveau matérielle des lits d'USC pouvant les faire fonctionner en lits de réanimation
- Par création de nouvelles unités de réanimation.

Ce dernier point est le sujet de ce guide pratique.

Ces recommandations se basent sur les 300 recommandations rédigées par le Conseil National Professionnel - Médecine Intensive Réanimation (CNP-MIR) auxquelles l'ARDSP a participé [1]. L'objectif de ce guide est d'aider les équipes médicales, soignantes et administratives à la création d'Unités de Réanimations (UR) en proposant un accompagnement qui leur permettra d'estimer leurs besoins et leurs progrès dans la réalisation de leur Unité.

Ces recommandations sont classées en deux niveaux :

- **A** : Indispensable
- **B** : Optionnel ou Objectif à atteindre secondairement

Conseil d'Administration de L'ARDSP

Dr Lionel LIRON - Médipôle Lyon Villeurbanne

Dr Anne HARDY-TAMAKOSHI - Clinique du Vert-Galant

Dr Jean-Christophe FARKAS - Polyclinique Reims-Bezannes

Dr William BLANLUET - Nouvelle Clinique de l'Union

Dr Antoine VIRAT - Clinique du Pont de Chaume

Dr Wulfran BOUGOUIN - Hôpital Privé Jacques Cartier

Dr Adama FAYE - Clinique des Cèdres

Dr Arnaud GALBOIS - Hôpital Privé Claude Galien

Dr Wilfrid PUJOL - Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine

Dr Laurent GERGELÉ - Hôpital Privé de la Loire

Dr Mathieu PAGE - Clinique Convert



Rédaction : juillet 2021

Table des Matières

Le futur « décret soins critiques »	3
Création d'une nouvelle unité : les préalables	3
L'équipe médicale	3
Le recrutement de patients :	3
L'implication de la direction de l'établissement :	4
L'implication des ARS et des réanimations de référence de proximité :	4
Intégration de l'Unité de Réanimation	4
Architecture générale de l'Unité	4
Poste Central	5
Chambre de réanimation	5
Secrétariat	6
Pharmacie.....	6
Lingerie.....	7
Cuisine et alimentation.....	7
Salles de détente et chambres de gardes.....	7
Logistique de l'UR.....	8
Analyses biologiques	8
Informatisation	8
Maintenance et entretien des locaux	8
Maintenance du matériel médical	9
Ressources humaines	9
Principes de management administratif de l'UR	9
Ressources humaines paramédicales: généralités, encadrement.....	10
Ressources humaines paramédicales: infirmier	10
Ressources humaines paramédicales: Aides Soignants	11
Ressources humaines paramédicales: kinésithérapeutes	11
Ressources humaines: autres personnels.....	11
Ressources humaines médicales	12
Accueil des proches.....	12
Visite des familles	12
Informations médicales.....	12
Évaluation–indicateurs	13
Droits du patient et bientraitance	14
Limitations des thérapeutiques actives :	14
Mieux vivre la réanimation	14
Fiches pratiques.....	15
Références.....	17

LE FUTUR « DECRET SOINS CRITIQUES »

Depuis plus de 3 ans, la DGOS a initié plusieurs groupes de travail afin d'actualiser le décret de 2002, réunissant les acteurs de la réanimation, CNP, sociétés savantes et syndicats, dont l'ARDSP. Un futur décret sur les soins critiques est en cours de finalisation. Concernant les unités de réanimation, les différences majeures avec le décret 2002 concernent le nombre minimal de lits (10 lits minimum et non 8 si un nouveau projet architectural est décidé) et le ratio de personnel soignant (une IDE pour deux lits ouverts). Les Unités de Surveillance Continue (USC) seront transformées en Unités de Soins Intensifs Polyvalents (USIP).

CREATION D'UNE NOUVELLE UNITE : LES PREALABLES

La création d'un service de réanimation au sein d'un établissement privé est un projet qui s'appuie sur une équipe médicale et soignante, dans le cadre d'un projet d'établissement. Cette création nécessite une validation de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

L'équipe médicale

- La permanence des soins, avec garde médicale exclusive à l'unité, doit permettre une qualité de vie acceptable, nécessitant une périodicité de garde de réanimation la moins contraignante possible, évitant l'épuisement et garantissant la sécurité des patients.
- La continuité des soins doit garantir des décisions collégiales, impliquant la présence de plusieurs praticiens sur place.
- L'accompagnement des familles, la mise en place de procédures formalisées, le temps de réflexion partagé médical et paramédical, la concertation avec les spécialités d'amont ou d'aval doit être pris en compte dans la charge de travail.

Mode d'organisation de la garde :

- Soit interne : Équipe de réanimateurs suffisamment nombreuse et impliquée dans le projet pour assurer la liste de garde exclusive. Méthode pérenne.
- Soit externe : Pool de remplaçants, méthode à risque en raison des réformes des autorisations de remplacement qui risquent d'épuiser ces renforts.

Une équipe médicale de 5 à 6 praticiens, travaillant sur 10 à 15 lits de réanimation et 10 à 15 lits d'USIP peut obtenir une autonomie financière et une autonomie en termes de liste de garde. Pour un nombre de lits moins importants, seule la gestion de l'unité dans le cadre d'un groupe d'anesthésie et de réanimation peut assurer la pérennité de la structure.

Le recrutement de patients :

Les points à prendre en compte :

- La réanimation de recours peut-elle absorber les admissions en réanimation du territoire ?
- Quel est le nombre de transfert par an de patients de votre établissement vers la réanimation de recours ?
- Quelles activités de chirurgie lourde, oncologie, cardiologie interventionnelle pourront être développées par la présence sur site d'une unité de réanimation ?

Il serait illusoire de penser à créer une unité de réanimation en ne se basant que sur les chiffres de la pandémie Covid-19. La certitude d'un recrutement régulier, en volume suffisant, de patients présentant des défaillances vitales est indispensable au projet.

L'implication de la direction de l'établissement :

Plusieurs points doivent être abordés avec la direction de l'établissement :

- La volonté et la capacité de mettre en place une équipe soignante au volume défini par le futur décret
- L'évaluation conjointe des possibilités de recrutement (création de filières)
- La volonté de développement des activités lourdes que va permettre l'UR
- Les capacités d'investissement en matériel lourd (ventilateurs, monitoring, et épuration extra-rénale...) et en locaux de qualité.

La direction de l'établissement doit avoir une attitude d'accompagnement dynamique et doit être motrice dans la conduite du projet, tout comme l'équipe médicale. Un projet médical avec des engagements écrits de la direction de l'établissement en termes de personnel, de locaux et de matériel est nécessaire.

L'implication des ARS et des réanimations de référence de proximité :

Ce n'est que si l'ensemble de ces prérequis sont validés qu'une discussion tripartite, équipe médical, direction de l'établissement et ARS peut s'ouvrir. L'objectif est d'intégrer la nouvelle unité au réseau de soins régional, avec les établissements privés de proximité et avec l'établissement public de référence, en général le CHU. De bonnes relations avec celui-ci sont souhaitables, mais pas indispensables si l'organisation et le recrutement du service sont assez solides.

INTEGRATION DE L'UNITE DE REANIMATION

Niveau A :

L'UR doit avoir accès au sein de l'établissement de soin à un plateau technique, interventionnel, de biologie et d'imagerie et à des compétences dans les disciplines et spécialités concernées par la réanimation : anesthésie, cardiologie, chirurgie, pneumologie, gastroentérologie–hépatologie, gériatrie, hématologie–oncologie, infectiologie... Pour les spécialités absentes de l'établissement, une coopération avec les établissements proches doit être recherchée pour obtenir des avis spécialisés rapidement.

L'UR doit adapter la politique d'admission des patients en fonction de l'accessibilité aux compétences spécifiques de l'établissement. Dans le cas contraire, elle doit pouvoir organiser en sécurité le transfert des patients dans une unité qui en dispose (notamment assistances circulatoires extra-corporelles).

ARCHITECTURE GENERALE DE L'UNITE

Niveau A :

Toutes les chambres doivent être individuelles.

Les pièces annexes indispensables au sein de l'unité :

- Un bureau proche de la zone de soins pour le cadre de soins.
- Une zone technique et logistique dédiée.
- Des pièces spécifiques pour le stockage des gros matériels

- Une pièce de stockage du consommable (matériel à usage unique, solutés...).
- Une pièce permettant l'entretien, les vérifications, le nettoyage et la stérilisation éventuelle des matériels lourds: ventilateurs, générateurs de dialyse et de filtration.

L'UR doit disposer ou avoir un accès proche à une pièce de décontamination des matériels.

Il faut que l'UR dispose d'une salle de réunion pour les conférences familiales et les réunions d'équipe.

L'UR doit disposer d'un office de préparation des repas des patients.

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

Pour aller plus loin (Niveau B)

L'UR doit comprendre huit (bientôt dix selon nouveau décret) lits au minimum.

L'USC satellite de l'UR doit être située en continuité architecturale immédiate de l'UR.

La signalétique de l'UR aux abords et à l'intérieur de l'ES permet aux familles de se rendre aisément dans la zone d'accueil.

L'architecture et l'organisation doivent prévoir une politique de réduction des bruits [2].

Poste Central

Niveau A :

La zone de soins doit comporter un PC de surveillance.

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

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

Chambre de réanimation

Niveau A :

Les patients doivent être installés dans un lit médicalisé électrique permettant une prévention des escarres et de varier les installations (notamment la mise en décubitus ventral).

Les cloisons des chambres doivent permettre la vision des patients de l'espace de surveillance (PC), du couloir et des chambres adjacentes sans nuire à la confidentialité et l'intimité.

Equipements de la chambre :

- Des dispositifs d'appel par les patients.
- Un point d'eau pour assurer les soins d'hygiène du patient. Les robinets des lavabos doivent être équipés de mitigeurs thermostatiques.
- Une régulation de température dans la chambre toujours comprise entre 20 et 25°C.
- 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.
- Au minimum de 16 à 20 prises de courant intermittent (PCI).
- Chaque chambre doit disposer d'un fauteuil médicalisé, équipé de roulettes et permettant l'installation du patient en position assise et favoriser la réhabilitation précoce [3,4].

Eclairage de la chambre :

Un éclairage général, permettant les actes de soins.

Un éclairage restreint (veilleuse) pour les contrôles et tours nocturnes.

Réseau et Télévision:

- Chaque chambre doit disposer d'au moins une prise d'accès au réseau informatique de l'UR et de l'ES.
- Il est souhaitable que les patients puissent disposer d'un accès à Internet et de la télévision visible du lit du patient avec télécommande.

Fluides médicaux :

La chambre doit disposer au minimum de :

- 4 alimentations en O2
- 3 prises de vide (2 et 1)
- 2 alimentations en air comprimé (1 et 1)

Hygiène et risque infectieux :

- Un **affichage clair signalant un isolement** pour risque infectieux doit être disposé à l'entrée de chaque chambre et éventuellement répété au niveau des zones de surveillance.
- La chambre doit disposer de dispositifs de délivrance de solution hydroalcoolique, de savon et d'un distributeur de papier essuie-mains.
- Il n'y a pas d'argument scientifique qui justifie les protections vestimentaires systématiques des proches.

Pour aller plus loin (Niveau B)

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

Il est souhaitable que les chambres soient équipées de bras articulés permettant la mise en place des matériels de surveillance et de traitement.

Les moniteurs et les matériels de suppléance disposent d'écrans dont la luminosité s'adapte à la lumière ambiante.

La chambre doit disposer d'un calendrier et d'une horloge numérique placés au mur et visibles par le patient [2].

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

Les dispositifs de monitoring, de perfusion, les seringues automatiques, leurs bases informatisées, les pompes de nutrition entérale doivent être équipés d'alarmes débrayables et dont le niveau sonore soit modulable.

Secrétariat

Niveau A :

L'UR doit comporter un secrétariat avec accès informatiques en nombre suffisant au réseau interne de l'établissement, au logiciel métier du service et aux moyens de communication et de gestion administrative.

Pharmacie

Niveau A :

L'UR doit disposer :

- d'une pharmacie comportant un réfrigérateur avec contrôle de température.

- d'un stock de médicaments d'urgence dont la composition doit être arrêtée en collaboration avec le pharmacien.
- d'une pharmacie sécurisée et respectant les dispositions réglementaires concernant la délivrance des stupéfiants.

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

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

Lingerie

Niveau A :

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

La dotation en linge, le retour du linge sale 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.

Cuisine et alimentation

Niveau A :

La pièce de préparation des repas des patients doit être distincte de la salle de détente du personnel.

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.

Pour aller plus loin (Niveau B)

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

Il est souhaitable que la commande des repas des patients et du personnel soit informatisée.

Salles de détente et chambres de gardes

Niveau A :

L'UR doit disposer d'une salle de détente pour que le personnel puisse prendre une pause et prendre un repas lorsque les horaires de travail l'autorisent et le nécessitent.

Une chambre de garde individuelle pour chaque personnel médical de garde doit être à disposition et située à proximité immédiate de l'UR. Elle doit disposer de moyens d'alerte et de communication adaptés

La chambre de garde doit être située dans un endroit calme et en dehors des circulations des patients et visiteurs. Elle doit comporter une salle de bains ou une salle d'eau avec douche, toilettes et lavabo individuels.

LOGISTIQUE DE L'UR

Analyses biologiques

Niveau A :

Le(s) laboratoire(s) de biologie doi(ven)t être proche(s) de l'UR ou relié(s) par un système de transport rapide pour l'acheminement des prélèvements.

Il est souhaitable que l'UR dispose d'un appareil permettant de faire des examens biologiques délocalisés (gazométrie artérielle, ionogramme).

L'UR 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 en urgence extrême**. L'unité ou l'établissement doit disposer d'un réfrigérateur pour permettre la conservation des produits dérivés du sang.

Il faut mettre en place une procédure partagée de transmissions de résultats urgents (exemple: hyperkaliémie) par le laboratoire vers l'UR

Informatisation

Niveau A :

Il faut que l'UR soit informatisée et dispose d'un **logiciel « métier » dédié à la réanimation**.

Ce logiciel métier comprend au minimum :

- Le dossier médical (courrier, note médicale, imagerie, comptes-rendus d'examen fait par l'équipe médicale échographies...).
- Les prescriptions médicales avec aide à la prescription
- Le dossier de soins (recueil des données patient, plan de soin, transmission, planification des soins)
- Les données de biologie.

La gestion des effectifs soignants doit être informatisée.

La gestion logistique (matériel, pharmacie) doit être informatisée.

Pour aller plus loin (Niveau B)

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

La pharmacie doit avoir accès au logiciel métier pour permettre la délivrance individualisée et la gestion des stocks.

Une politique « zéro papier » pourra être initiée dans l'UR.

Maintenance et entretien des locaux

Niveau A :

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

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

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

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.

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

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

Maintenance du matériel médical

Niveau A :

Il est nécessaire de désigner un référent médical au sein de l'UR et un référent ingénieur biomédical. L'UR doit par ailleurs disposer d'un technicien dédié ou d'un référent paramédical pour la gestion du matériel.

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

Un inventaire précis et informatisé du matériel doit être réalisé.

Le responsable technique biomédical doit organiser le suivi daté des pannes, maintenances préventives, et date de mise en service.

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

Le volume du parc matériel doit prendre en compte pannes et maintenances préventives.

En cas de panne ou d'immobilisation prolongée, une procédure de remplacement doit être prévue avec le service biomédical.

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

L'UR doit pouvoir faire appel au service biomédical 24h/24.

RESSOURCES HUMAINES

Principes de management administratif de l'UR

Niveau A :

L'organisation de l'UR doit être pilotée par l'équipe médicale, qui au besoin désigne un coordinateur.

L'UR doit disposer d'au moins un cadre de santé. Le nombre de cadres étant à adapter en fonction du nombre de lits et/ou d'unités.

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

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

Ressources humaines paramédicales: généralités, encadrement

Niveau A :

Cadres de Santé :

- Il faut que le Cadre de Santé (CS) ait une **expérience infirmière en réanimation**.
- Le recrutement du (des) CS de l'UR doit être effectué en concertation avec les responsables médicaux de l'unité.
- L'activité du (des) CS doit être dédiée à l'UR.
- Le (les) CS a la responsabilité de l'organisation paramédicale et de la qualité des soins effectués par les paramédicaux.
- La communication des cadres avec l'équipe médicale doit être organisée.

La gestion des équipements médicaux, des dispositifs médicaux, de la pharmacie doit être réalisée sous la responsabilité du cadre, par un personnel dédié dégagé de l'équipe soignante, en collaboration avec le médecin référent.

L'organisation du temps de travail en **rotation de 12 heures** doit être privilégiée.

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 infirmiers ou AS d'une équipe de suppléance «dédiée réanimation», mobilisable en 48 heures.

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

L'UR doit pouvoir avoir recours à un psychologue pour les paramédicaux.

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

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

Pour aller plus loin (Niveau B)

La rotation doit être organisée pour que le personnel paramédical assure au moins deux mois de travail de jour par an.

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

Ressources humaines paramédicales: infirmier

Niveau A :

Il faut un **ratio infirmier/patient minimal de 2/5 (bientôt 1/2 lits ouverts)**, 24 heures / 24.

Il faut une procédure d'adaptation à l'emploi (formations), basée sur les recommandations de la SRLF, d'une durée minimale de huit semaines et intégrée dans les calculs d'effectif.

Un programme de formation à certaines techniques spécifiques de réanimation doit être mis en place au sein du service.

La formation des infirmiers aux techniques de suppléances vitales peut être confiée à des infirmiers experts ou référents sous la responsabilité du cadre et de l'équipe médicale.

Les procédures de soins concernant les techniques spécifiques de réanimation doivent être écrites en collaboration (infirmier, cadre et médecin), validées et diffusées et facilement accessibles.

Il est souhaitable de désigner des infirmiers référents chargés de la formation des nouvelles infirmières, de l'élaboration et de la vérification de l'application des procédures, en collaboration avec et sous la responsabilité du cadre.

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

La participation des infirmiers aux congrès, journées de formation et formations diplômantes (diplômes universitaires) doit être encouragée.

Ressources humaines paramédicales: Aides Soignants

Niveau A :

Il faut un **ratio AS/patient minimal de 1/4**, 24 heures / 24.

Il faut une procédure d'adaptation à l'emploi spécifique aux AS.

Les procédures de soins concernant la prise en charge AS des patients de réanimation doivent être écrites en collaboration (AS, cadre), validées par les médecins et diffusées.

Les AS doivent participer aux réunions d'éthique.

Ressources humaines paramédicales: kinésithérapeutes

Niveau A :

L'UR doit disposer de kinésithérapeutes **formés à la réanimation**.

La prise en charge de la mobilisation précoce doit être organisée conjointement entre les kinésithérapeutes et l'équipe soignantes selon l'état clinique et les besoins du patient [3].

Ressources humaines: autres personnels

Niveau A :

L'UR 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. Ces personnels doivent bénéficier d'une formation aux spécificités du travail en réanimation.

L'UR doit pouvoir faire appel :

- à un psychologue et à un psychiatre.
- à un diététicien.
- à une assistante sociale de l'établissement.

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

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

Ressources humaines médicales

Niveau A :

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

Il est souhaitable que tous les médecins permanents du service participent à la permanence des soins: gardes ou astreintes.

L'organisation du temps médical doit privilégier le suivi des patients. Une organisation en temps continu n'est pas recommandée.

Lorsque la garde est assurée par un praticien extérieur à l'UR, un praticien permanent doit être en astreinte de sécurité.

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

L'adhésion des médecins à une société savante de réanimation doit être encouragée.

Pour aller plus loin (Niveau B)

Le tableau de service avec les présences des praticiens permanents doit être rédigé et diffusé à l'ensemble de l'équipe de réanimation. **B**

ACCUEIL DES PROCHES

Visite des familles

Niveau A :

Un livret d'accueil spécifique de l'UR doit être remis à la famille ou aux proches.

L'accueil des proches du patient doit être rendu possible **24 h/ 24** [5,6].

La présence des enfants du patient doit être facilitée et encadrée. Il doit exister une procédure d'accueil spécifique pour les mineurs souhaitant visiter un patient.

Informations médicales

Niveau A :

Les informations médicales sont données par les médecins du service aux proches identifiés (personne de confiance...), notamment à l'admission et en cas d'aggravation, sans rendez-vous.

Les médecins doivent faciliter la demande d'information des familles en proposant cette information.

Les informations médicales importantes (notamment à l'admission et en cas d'aggravation) sont données :

- Par les médecins du service sans rendez-vous
- Aux proches identifiés idéalement par le patient (personne de confiance)
- En présence des soignants ayant le patient en charge
- Dans une salle de réunion pouvant recevoir 8 personnes minimum
- Si le patient est apte à recevoir une information médicale, les proches sont rencontrés dans la chambre en présence du patient.

Pour aller plus loin (Niveau B)

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

Le personnel soignant médical et paramédical doit bénéficier d'une formation à l'information des familles par téléphone et à l'oral (notamment pour le nouveau personnel).

ÉVALUATION—INDICATEURS

Niveau A :

Un tableau de bord permettant l'évaluation continue de l'activité est organisé.

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

Un registre des refus d'admission est tenu et précise succinctement les raisons des refus.

Le recueil des indicateurs comporte :

- Nombre de patients admis
- Nombre de journées d'hospitalisation
- Coefficient d'occupation des lits
- Durée moyenne de séjour
- Age moyen
- Indice de gravité simplifié 2 (IGS2) à 24 heures
- Mortalité en réanimation
- Principaux diagnostics et motifs d'admission
- Pourcentage de réadmission après sortie
- Pourcentage de patients ventilés et ventilés plus de 48heures
- Nombre de jours d'épuration extrarénale
- Nombre et type des infections nosocomiales
- Scores de défaillance (SOFA ou ODIN ou LOD)
- Activité de prélèvements tissulaires ou d'organes.

Pour aller plus loin (Niveau B)

Une revue de morbidité—mortalité doit être organisée au moins deux fois par an.

Un questionnaire évaluant les inconforts lors du séjour peut être proposé à la sortie du patient (questionnaire IPREA) [7].

DROITS DU PATIENT ET BIEN-TRAITANCE

Niveau A :

Quand c'est possible, le consentement éclairé du patient est requis pour tout acte médical. Si le recueil de cet accord est impossible, le patient est informé a posteriori.

Le patient doit être destinataire de son compte rendu d'hospitalisation, sauf si une consultation d'annonce n'a pas encore été réalisée.

Limitations des thérapeutiques actives :

Niveau A :

Les procédures de limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) doivent faire l'objet d'un **protocole écrit et d'une traçabilité**.

Les décisions de LAT doivent être prises par l'ensemble des soignants ayant le patient en charge au cours de **réunions formalisées**. Une fiche synthétique est remplie et consignée dans le dossier. Les proches sont informés de ces limitations de soins [8,9].

L'UR doit rechercher systématiquement l'accord ou le refus des familles pour le don et l'utilisation des produits du corps humain quand l'indication existe.

Mieux vivre la réanimation

Niveau A :

Des procédures pour **limiter les inconforts** doivent être mises en place [2]:

- Dépistage et traitement systématiquement la douleur
- Dépistage et traitement de l'agitation et delirium
- Réduction du niveau de bruit, modulation de l'intensité des alarmes
- Prévention de troubles du sommeil par : l'organisation des soins et réduction de la lumière pour respecter l'alternance jour/nuit.

La contention physique doit être réévaluée quotidiennement et faire l'objet d'une prescription tracée.

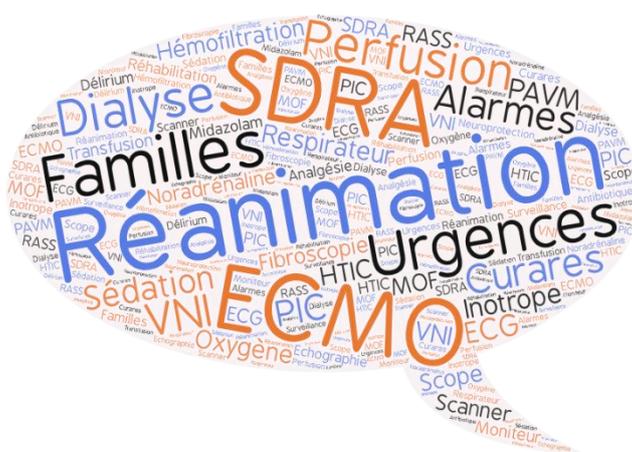
Il faut dépister la soif et la traiter.

FICHES PRATIQUES

L'équipement des chambres

Chambre de réanimation «standard»

- Moniteur de surveillance multiparamétrique
- Module ECG et fréquence respiratoire
- Module pression artérielle et non invasive
- Module SpO2
- Module de surveillance de la température
- Module de capnographie
- Ventilateur lourd
- Réchauffeur/humidificateur chauffant
- Manodétendeur air
- Manodétendeur O2
- Pousse-seringues avec base
- Pompe à nutrition parentérale
- Pompe à nutrition entérale
- Matelas anti-escarres
- Bras
- Lit avec pesée (facultatif)



L'équipement du service

Équipement pour une unité «standard» de 10 lits

- Poste central de surveillance avec répéteur d'alarmes
- Moniteur de transport multiparamétrique
- Ventilateur de transport
- Ventilateur de VNI
- Matériel pour intubation difficile
- Fibroscope bronchique
- Manodétendeur de NO
- Système d'oxygénothérapie à haut débit
- Appareil d'échocardiographie et sondes Doppler moyenne gamme couleur
- Appareil d'ECG multipistes
- Défibrillateur
- Stimulateur cardiaque externe
- Moniteur de débit cardiaque et/ou de la ScVO₂ [10]
- Moniteur d'hémofiltration avec possibilité d'anticoagulation régionale au Citrate-Ca [11]
- Un générateur d'hémodialyse intermittent peut compléter (selon expertise du service)
- Système de réchauffement patient
- Réchauffeur/accélérateur de perfusion
- Moniteur de PCA
- Moniteur de surveillance de la curarisation
- Appareil à gaz du sang et biologie délocalisée
- Appareil de mesure de l'hémoglobine
- Sac d'intervention pour transport et intervention hors service
- Coussins de positionnement confortables et facilement décontaminables pour la tête, le corps entier et les membres;
- Matériel d'aérosolthérapie pour patients en ventilation spontanée et mécanique;

REFERENCES

1. Fourrier F, Boiteau R, Charbonneau P, Drault J-N, Dray S, Farkas J-C, et al. Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations. *Réanimation*. 2012;21:523–39.
2. SFAR SRLF. Mieux vivre la réanimation. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2010;29:321–30.
3. Roeseler J, Sottiaux T, Lemiale V, Lesny M, Beduneau G, Bialais E, et al. Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse). *Réanimation*. 2013;22:207–18.
4. Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, Ouellette DR, Schmidt GA, Truwit JD, et al. An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195:120–33.
5. SRLF, Association REAPROCHE. Recommandations pour les visites des proches en réanimation. www.srlf.org. 2021;
6. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005: *Critical Care Medicine*. 2007;35:605–22.
7. Kalfon P, Mimoz O, Auquier P, Loundou A, Gauzit R, Lepape A, et al. Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2010;36:1751–8.
8. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 Feb 2, 2016.
9. SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009;
10. Levy B, Bastien O, Bendjelid K, Cariou A, Chouihed T, Combes A, et al. Experts' recommendations for the management of adult patients with cardiogenic shock. *Ann Intensive Care*. 2015;5:17.
11. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *Nephron Clin Pract*. 2012;120:c179-184.