

La réforme des autorisations d'activités de soins critiques

Table des matières

Les textes applicables	2
I. Les grandes orientations	6
II. Conditions d'implantation	8
II.A Gradation des soins	8
II.B Conditions d'implantations particulières	11
II.C Seuils	12
III. Conditions techniques de fonctionnement	13
III.A Locaux	13
III.B Equipements	14
III.C Personnels	14
III.D Qualité et sécurité des soins	18
IV. Délais de mise en œuvre	20
Annexe 1 : feuille de route soins critiques rédigée en concertation avec les fédérations hospitalières et les représentants des professionnels	21
Annexe 2 Le Dispositif Spécifique Régional (DSR)	30

Les textes applicables

Textes réglementaires	Lien texte	Code de santé publique
Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques	Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques - Légifrance (legifrance.gouv.fr)	Art. R. 6123-33 à R. 6123-38-2
Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques	Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques - Légifrance (legifrance.gouv.fr)	Art. D. 6124-27 à D. 6124-34-3
Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée	Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée - Légifrance (legifrance.gouv.fr)	
INSTRUCTION N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques	Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/7 du 17 avril 2023 (sante.gouv.fr)	

Longuement interrompus, les travaux sur les soins critiques ont repris suite à l'annonce politique du Ministre de la Santé concernant la création de 1000 lits de réanimation au printemps 2022.

La réforme des autorisations d'activités de soins critiques :

- introduit une **gradation des soins** sur la prise en charge en soins critiques ;
- prévoit des **futures unités de soins intensifs polyvalents (USIP) accolées aux unités de réanimation pouvant être converties en lits de réanimation en cas de besoins exceptionnels** pour répondre à une gestion de crise ;
- met en avant l'importance d'avoir une **filière territoriale de soins critiques graduée**.

La FHF soutient la gradation de la filière, la mise en place d'USIP convertibles et la notion de filière territoriale qui permettent d'améliorer l'organisation de l'offre de soins critiques et le renforcement des plateaux existants. Ces textes **modernisent en effet le cadre de fonctionnement des soins critiques et renforcent la qualité et sécurité des soins** avec des apports sur le plan organisationnel et de l'offre de soins. Ils **renforcent également le poids des plateaux de soins critiques existants**.

Le 26 avril 2022, plusieurs décrets relatifs à l'activité de soins critiques ont été publiés au Journal Officiel. Ces décrets sont l'aboutissement d'un travail initié en 2018 par la Direction Générale de l'Offre de Soins avec les représentants de spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, néphrologie,

Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

neurologie...), des deux spécialités de soins critiques (Anesthésie-Réanimation-Médecine Périopératoire et Médecine Intensive Réanimation) et des fédérations hospitalières et conférences.

La FHF a participé activement à ces travaux et a été très contributive et force de propositions pour une filière structurée et graduée de soins critiques. Le premier objectif de la réforme est de consolider les plateaux techniques de soins critique, essentiellement publics, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins et de mutualiser les équipes de soins critiques.

Les établissements publics représentent une part prépondérante des plateaux techniques de soins critiques lourds avec 84% des lits de réanimation adultes. Ils représentent également 95% des lits de réanimation et de soins continus de pédiatrie.

Les textes réglementaires soulignent que les plateaux techniques de soins critiques doivent s'inscrire dans une **filière territoriale de soins critiques** et participer à sa structuration pour **optimiser** :

- les **parcours de soins**,
- les **transferts de patients de soins critiques vers le centre adapté** à sa prise en charge,
- **l'expertise régionale en soins critiques** notamment par la télésanté.

La contiguïté du plateau de soins critiques devient une exigence réglementaire, autour de l'unité de réanimation. Les futurs titulaires ont un délai de deux ans à compter de la notification de leur autorisation pour se mettre en conformité avec les conditions d'implantation, néanmoins une souplesse additionnelle de délai est accordée aux actuels titulaires d'autorisation de réanimation s'agissant de l'exigence de contiguïté en faveur d'une proximité immédiate de l'USIP (ex USC), et ce pour la durée totale de l'autorisation, soit 7 ans. En revanche, si le titulaire entreprend une restructuration du plateau de soins critiques avant l'échéance de son autorisation, il devra respecter l'exigence de contiguïté. La notion de proximité immédiate s'entend dans le même bâtiment ou dans un bâtiment accolé, sous réserve que la distance soit compatible avec l'organisation de la permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques.

La structuration de la filière de soins critiques a des impacts sur les autres activités qui prennent en charge des patients susceptibles d'une défaillance d'organe.

Des **conventions dans la filière soins critiques** sont nécessaires entre titulaires d'autorisations pour assurer **la gradation de l'offre**, notamment entre réanimation et Unités de soins intensifs d'autres établissements, publics ou privés.

Des filières spécifiques identifiées articulées **avec les soins critiques spécialisés** :

- le maillage territorial de la filière de prise en charge des pathologies cardiovasculaires pour l'USIC est en lien avec celui de la chirurgie cardiaque et de la cardiologie interventionnelle ;
- le maillage territorial de la filière du plan AVC pour l'USINV en lien avec celui des unités neuro-vasculaires (activité de médecine), des activités interventionnelles de neuroradiologie et de la neurochirurgie ;
- le maillage territorial de la filière de prise en charge des pathologies hématologiques pour l'USIH en lien avec celui des greffes de cellules souches hématopoïétiques et du traitement du cancer.

Plusieurs autorisations d'activité de soins nécessitent un accès immédiat ou dans des délais compatibles avec un plateau technique de soins critiques (chirurgie, oncologie, radiologie interventionnelle...)

Afin de compléter ces textes réglementaires, **la FHF s'est mobilisée pour qu'une feuille de route soit rédigée en concertation avec tous les acteurs** afin de préciser un certain nombre de points. Les avancées introduites par les textes sont en effet significatives mais il reste des chantiers très importants à mener : c'est pourquoi la FHF a milité pour qu'une feuille de route soins critiques vienne tracer une trajectoire de travail et un calendrier.

Pour la FHF, cette **feuille de route soins critiques** avait pour objectifs de :

- **renforcer les plateaux techniques existants, essentiellement publics, ayant une taille critique et une expertise** au service de filières territoriales ; En effet, la crise sanitaire a démontré que les lits de réanimation, ouverts à titre provisoire et isolés dans des établissements, notamment privés, n'ayant pas les équipes humaines formées aux soins critiques lourds, n'avaient au final pas été mobilisés pour accueillir des patients covid lourds.
- **sécuriser les USIP dérogatoires** et la « matérialité » des **filières territoriales de soins critiques** ;
- prévoir la **montée en charge avec hausse des quotas de formation nécessaires au regard des ratios** et bilan intermédiaire afin de s'assurer des conditions de réalisation RH et financières.

La dernière version de cette feuille de route, finalisée début avril, figure en annexe de cette fiche autorisations.

L'objectif de ces nouvelles dispositions, présentées le 10 mars 2022 par le Ministre des Solidarités et de la Santé, est de placer sous un même régime national des autorisations l'ensemble de l'activité de soins critiques. Il s'agit d'une part de « moderniser les différentes obligations que doivent satisfaire les soins critiques [...] » et d'autre part « de définir une gradation claire entre les différents niveaux de soins critiques, de définir les cas et les différents types de patients qui relèvent de chaque niveau [...] ». Ces décrets entreront en vigueur le 1^{er} juin 2023, et devront être appliqués au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

La feuille de route Soins critiques 2022-2025 a ainsi été présentée aux acteurs du secteur hospitalier le 10 mars 2022. Construite sur la base des propositions du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et fruit d'un travail de concertation avec le secteur, elle a pour objectif de tirer les enseignements de la crise sanitaire du Covid-19 afin de renforcer la filière de soins critiques en France et de l'armer pour mieux affronter les crises sanitaires de demain.

Le socle de cette feuille de route s'articule autour de 5 grands axes :

- Bâtir une véritable filière de soins critiques, en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement
- Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins, avec notamment l'augmentation de plus de 1 000 lits de réanimation et d'aval de réanimation pour améliorer la continuité des parcours de prise en charge
- Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels

paramédicaux via un renforcement des équipes, le temps de formation, la pluridisciplinarité de l'équipe

- Structurer des filières territoriales de soins critiques, sous l'égide des ARS et entre acteurs de la filière
- Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, en mettant notamment en place une réserve sanitaire de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence.

Les EPS disposant d'USC isolée doivent se positionner pour une éventuelle transformation en USIP dérogatoire

Une discussion doit avoir lieu avec ARS concernant la transformation des USC en USIP dérogatoire, et leur maintien doit être inscrit dans les PRS.

Selon le rapport de l'IGAS, deux types d'USC doivent être distingués : les USC situées dans des établissements disposant de réanimation, et des USC isolées. Ces dernières représentent 60% des implantations, mais comptent pour moins de la moitié des lits. Elles sont en majorité situées dans les établissements à buts lucratifs (62%) et **dans les CH (24%)**.

Des **USIP dérogatoires** peuvent être maintenues sur des sites non dotés de réanimation. La délivrance de l'autorisation par le DGARS doit alors être motivée par **l'éloignement géographique** au sein du territoire concerné du plus proche établissement doté d'une réanimation. L'USIP dérogatoire doit être **intégrée à une filière de soins critiques**, avec un conventionnement avec le titulaire de l'autorisation de soins critiques, dans le cadre de filières territoriales, voire d'équipes médicales communes de territoire. Des **OQOS devront être prévus pour ces activités**, dès lors que les établissements de santé envisagent de les maintenir au sein de la filière soins critiques.

Un outil, en cours de développement par l'ANAP, permet aux établissements de réaliser un **autodiagnostic des USC isolées** pour évaluer les conditions de transformation en USIP.

Au sein des filières de soins critiques territoriales des GHT, et au regard des patients pris en charge dans les USC isolées, il conviendra que les établissements se positionnent **sur une demande d'autorisation d'USIP dérogatoire dès la première fenêtre**, malgré l'absence de visibilité actuelle sur les soins renforcés.

Les établissements publics de santé doivent pleinement investir le Dispositif Spécifique Régional des Soins Critiques

Le DSR soins critiques est amené à animer et coordonner territorialement les acteurs de l'offre de soins critiques, en lien direct avec l'ARS.

Ils seront mobilisés sur l'organisation et les articulations entre les titulaires d'autorisations de soins critiques, et leur adaptation en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Ils participent également à l'adaptation des capacités de prises en charge en soins critiques. Outre les situations exceptionnelles, cette mission est à rapprocher de l'ajustement capacitaire aux besoins dans le cadre des SRS3, que préconisait la mission IGAS, qui recommandait de porter attention à la situation des régions avec un faible capacitaire (Centre Val de Loire, Pays de la Loire, Corse, Bretagne, Outre-mer), ce qui n'implique pas obligatoirement, comme l'a montré le travail mené en Bretagne par la FHR, des augmentations de sites d'implantation, mais de consolider l'offre existante au regard des ressources mobilisables.

Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

Le DSR est présenté en annexe de ce document.

Réflexions à venir et en attente sur les soins renforcés et la réforme du financement :

En complément, la FHF appelait de ses vœux le lancement rapide de travaux sur les **soins renforcés et sur la réforme du financement** qui devaient se mettre en place concomitamment à celle sur l'organisation de l'offre de soins.

Malgré quelques réunions l'été 2022 **sur les soins renforcés, les travaux n'ont pas été lancés depuis un an**. La vision du Ministère, strictement centrée sur la nécessité de garantir une stabilité tarifaire pour les USC isolées qui ne pourraient être transformées en USIP ou en USIP dérogatoire en attendant une réflexion plus approfondie, était assez différente de la volonté des équipes hospitalières publiques, portée par la FHF, d'une reconnaissance plus large d'unités et de lits de soins renforcés au sein des unités conventionnelles.

Les travaux relatifs à la réforme du financement des soins critiques n'ont pas démarré et vont être engagés dans le cadre de la réforme du financement du système de santé annoncée par la Président de la République le 6 janvier 2023. Avec une application prévue en 2025 voire 2026, elle ne sera donc pas concomitante, comme prévu initialement à la réforme des autorisations.

La question des **services de réadaptation post-réanimation (SRPR)**, activité d'expertise de SMR, maillon intermédiaire entre les services de réanimation/soins intensifs et les soins de réadaptation, mérite encore quelques précisions (environnement de soins critiques sur site, financement).

I. Les grandes orientations

L'activité de soins critiques, consiste en « *la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.* ».

Cette définition élargit le périmètre de l'autorisation de réanimation au champ des soins critiques, intégrant les soins intensifs. Ces derniers sont constitués *via* la **requalification des actuelles reconnaissances contractuelles des USI et d'une partie des USC** répondant aux exigences en termes de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement.

Le décret définit donc les soins critiques comme l'ensemble des activités anciennement dénommées réanimation, soins intensifs (SI) de spécialités et unités de surveillance continue (pour partie).

Il n'existe dorénavant plus que **2 niveaux de soins critiques adultes : réanimation et SI** (les USC disparaissent). Ils sont déclinés de la façon suivante :

- Réanimation
 - SI polyvalents contigus à la réanimation
 - SI d'organes (cardiologie, neuro-vasculaire, hématologie)
 - SI polyvalents dérogatoires (sans réanimation sur site ou non adossés à une réanimation)
- **La réanimation** assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

- **Les SI polyvalents (SIP)** contigus assurent la prise en charge, au sein d'une unité dédiée, des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.
- **Les SI d'organes (Cardiologie, neuro-vasculaire, hématologie)** assurent la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à la pathologie de l'organe de la spécialité concernée. Les actuels **SI de spécialité**, notamment de néphrologie, respiratoire ou d'hépatogastro-entérologie seront conservés si l'activité du site le justifie et qu'une réanimation est disponible sur site.
- **Les unités de soins continus (USC)** située à proximité d'un service de réanimation **sont transformées en unités de soins intensifs polyvalents (USIP) contigüe**, ce qui permet un pilotage médical commun et une mutualisation des équipes, d'autant que ces USIP devront avoir un équipement identique à celui du service de réanimation.

Ainsi, l'ensemble des patients relevant de soins critiques pris actuellement en charge dans ces USC devront, lors de la mise en œuvre des modalités de la réforme, être pris en charge en USI.

Un point important traduit dans le décret le principe de réanimation temporaire : **les USIP contigus du plateau technique de soins critiques devront être à même de supporter un équipement identique à celui d'une réanimation afin de permettre l'évolution capacitaire en lits de réanimation** selon la variation de l'activité et les niveaux de prises en charge des patients.

Un plan de flexibilité de l'organisation du capacitaire et des ressources humaines doit être élaboré par les structures hospitalières disposant d'un plateau de soins critiques. Ce plan, adossé aux mesures architecturales et fonctionnelles précédentes, a pour but de permettre une adaptation temporelle selon l'activité et les ressources, notamment en cas de surcroît d'activité en réanimation dans un contexte de variation saisonnière ou de situations sanitaires exceptionnelles. Le volet formation du plan de flexibilité comprend la constitution et le maintien des compétences d'une réserve de professionnels de santé formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation exceptionnelle.

Concernant la **pédiatrie** : les modalités sont définies de la façon suivante :

- Réanimation de recours et SIP +/- SI de spécialité.
- Réanimation et SIP +/- SI de spécialité
- SIP dérogatoires
- SI d'hématologie

Les patients de moins de 18 ans sont pris en charge dans les unités de soins critiques pédiatriques. Le terme « réanimation pédiatrique de recours » remplace le terme « réanimation pédiatrique spécialisée » du décret de 2006 ; elles prennent en charge les enfants dont « l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité ». Les réanimations pédiatriques et pédiatriques de recours doivent justifier d'un volume d'activité de 200 et 400 enfants par an respectivement (nouveau-nés exclus). Le décret précise également qu'à titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatrique, les patients à partir de 15 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adulte sur le site [..] ».

II. Conditions d'implantation

II.A Gradation des soins

Modalités

Les autorisations d'activité de soins critiques reposent sur **deux modalités** :

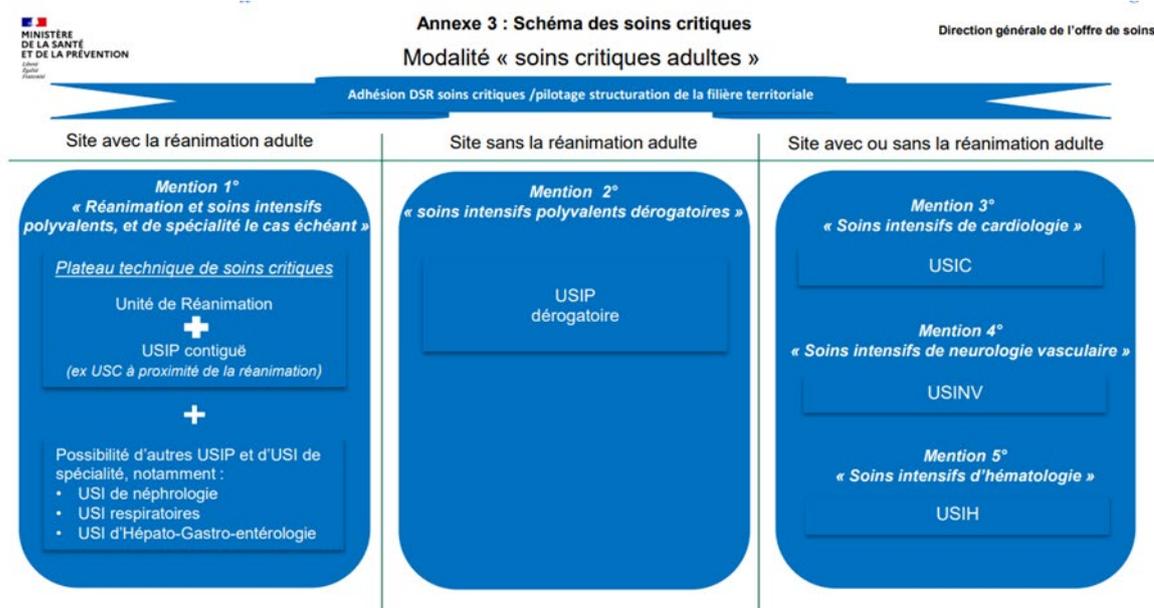
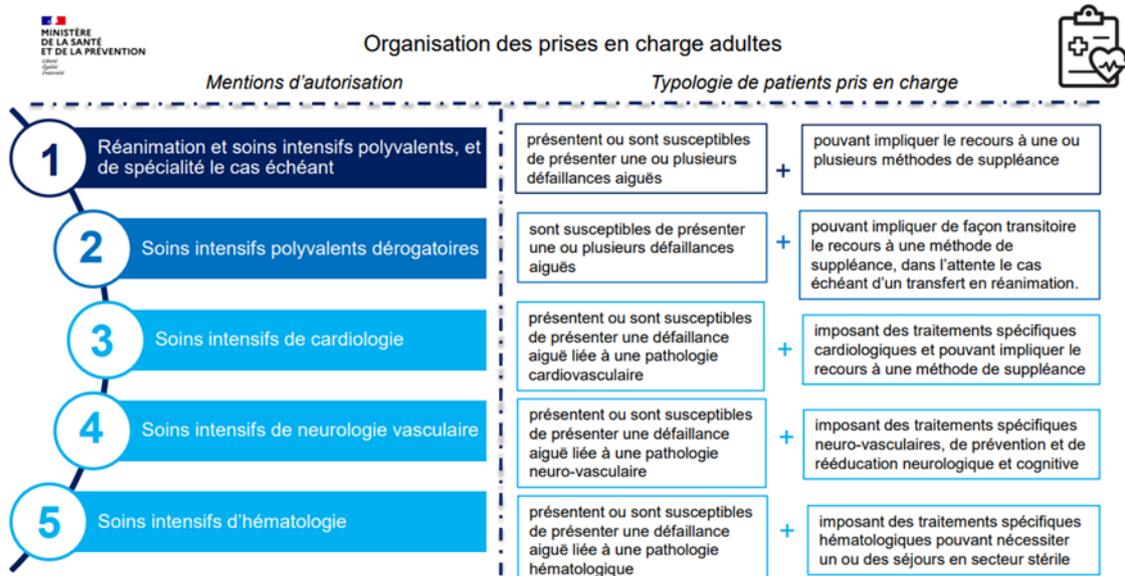
- Les soins critiques **adultes** ;
- Les soins critiques **pédiatriques** (patients âgés de moins de 18 ans).

Mentions

Modalité soins critiques adultes

Cette modalité comprend cinq mentions, ce qui correspondra à 5 OQOS :

- **Mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »** : sites disposant d'au moins une **unité de réanimation (UREA)**.
 - Les titulaires de cette mention doivent s'organiser en plateau de soins critiques, comprenant au moins une UREA et au moins une USIP, constituée notamment par la requalification d'USC à proximité de l'UREA.
 - Peut disposer, en plus de l'USIP contigüe, d'autres USIP et le cas échéant d'USI de spécialité, autres que celles des mentions 3, 4 et 5, notamment dédiées aux patients relevant de soins de néphrologie, respiratoires et d'hépto-gastro-entérologie.
 - Les USI de spécialité devront être mentionnées dans l'autorisation et toute modification les concernant devra être portée à la connaissance du DGARS.
- **Mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires » : sites sans réanimation** dont la nature des prises en charge relève de soins intensifs, et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USI non spécialisée, en USIP ;
- **Mention 3 « soins intensifs de cardiologie » (USIC)**
- **Mention 4 « soins intensifs de neurologie vasculaire » (USINV)**
- **Mention 5 « soins intensifs d'hématologie » (USIH)**
 - Pour ces 3 mentions : **sites avec ou sans réanimation**, dont la nature des prises en charge dans ces spécialités relève de soins intensifs, et justifiant notamment la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USIC, d'USINV, d'USIH ou d'USI non spécialisée ou d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC.



Modalité soins critiques pédiatriques

Cette modalité comprend quatre mentions :

- **Mention 1 « réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »** : obligation d'organisation en plateau de soins critiques pédiatriques de recours comprenant **au moins une UREA pédiatrique de recours et au moins une USIP pédiatrique contiguë**, constituée notamment par la requalification d'USC pédiatrique à proximité immédiate de la réanimation.
- **Mention 2 « réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »** : obligation d'organisation en plateau de soins critiques pédiatriques à l'identique de la mention 1.

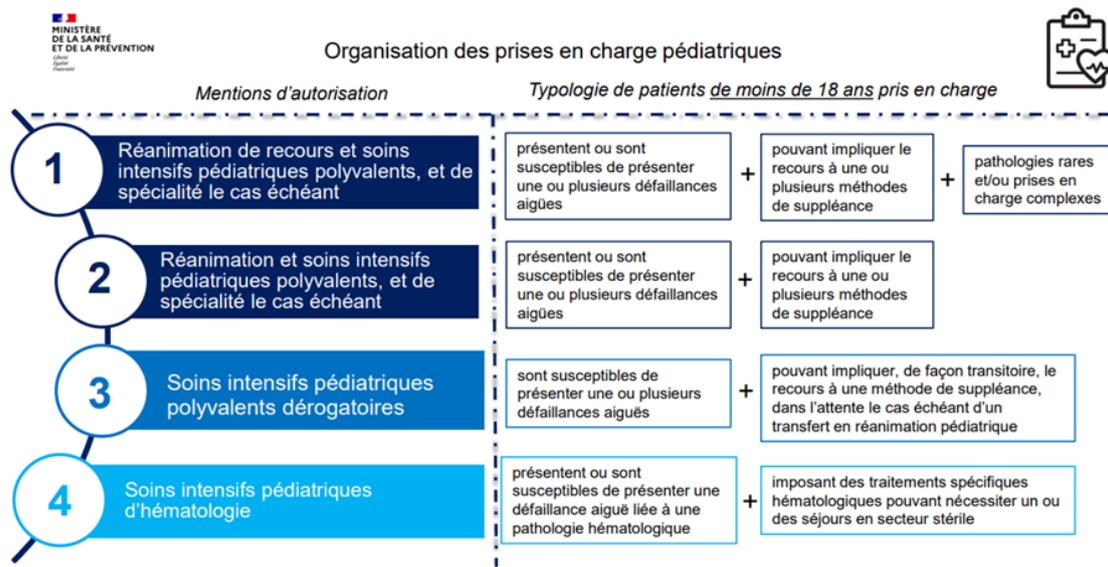
Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

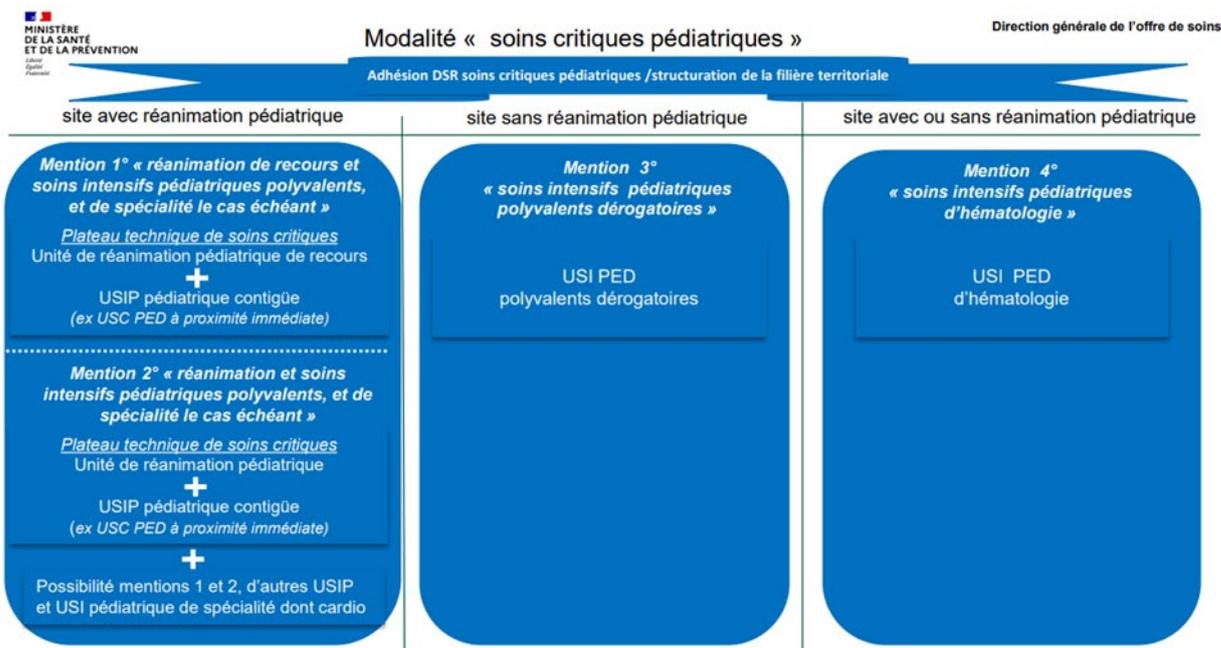
Par ailleurs, les **mentions 1 et 2** permettent de disposer, au-delà de l'USIP pédiatrique contiguë à l'UREA, d'**USI pédiatrique de spécialité le cas échéant** (hors mention 4) notamment de cardiologie pédiatrique, qui devront être mentionnées dans l'autorisation et pour lesquelles toutes modifications devront être notifiées au DGARS.

Cette situation est exceptionnelle et doit le demeurer : priorité est donnée au regroupement des lits et des compétences au sein de plateau technique de soins critiques pédiatriques pour assurer la permanence médicale et de la continuité des soins.

- **Mention 3 « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »** : destinée aux **sites sans réanimation pédiatrique** mais dont les prises en charge en pédiatrie justifient la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC pédiatrique et d'USI pédiatrique non spécialisée en USIP pédiatrique.
- **Mention 4 « soins intensifs pédiatriques d'hématologie » (USIH pédiatrique)** : **sites avec ou sans réanimation pédiatrique**, dont les prises en charge justifient la requalification d'actuelle reconnaissance contractuelle d'USC pédiatrique et d'USI pédiatrique en USIH pédiatrique.

Chaque mention fait l'objet d'une autorisation distincte (et donc d'un OQOS), un site peut donc être titulaire d'une ou de plusieurs mentions.





II.B Conditions d'implantations particulières

Conditions d'environnement

Modalité soins critiques adultes

Mention 1 :

- **Sur site**, accès des moyens **d'hospitalisation à temps complet de chirurgie et d'un secteur opératoire** à disposition H24 ;
- **Sur site ou par convention**, accès aux moyens **d'hospitalisation de médecine** ;
- **Sur site ou par convention**, accès aux **équipements d'imagerie médicale** (dont IRM) et **biologie médicale** ;
- **Au sein ou à proximité** de l'UREA, accès à des **équipements de biologie médicale délocalisée permettant les examens urgents de gaz du sang, lactate, sodium et potassium, hémoglobine et glycémie**.

Pour la **mention 2**, outre les conditions de mention 1, **accès par convention à une UREA**.

Mention 3 :

- **Sur site**, accès à une unité de **cardiologie** ;
- **Sur site ou par convention**, accès à une **unité de chirurgie cardiaque** ;
- **Sur site ou par convention**, accès à une **UREA**.

Mention 4 :

- **Sur site**, accès à une unité de **neurologie vasculaire** ;
- **Sur site ou par convention**, accès à une structure des **urgences**, à une unité de **neurochirurgie** et à une UREA.

Mention 5 :

- **Sur site ou par convention**, accès à une **unité de greffes de cellules souches hématopoïétiques** et à une **UREA**.

Modalité soins critiques pédiatriques**Mentions 1 et 2 :**

- **Sur site**, accès à des moyens **d'hospitalisation à temps complet de médecine et de chirurgie**, adaptés à l'âge, et d'un **secteur opératoire** avec des **moyens de surveillance post-interventionnelle**.

Mention 3 :

- **Sur site**, accès à une structure des **urgences pédiatriques** et des moyens **d'hospitalisation à temps complet de médecine**, adaptés à l'âge ;
- **Sur site ou par convention**, accès à des moyens **d'hospitalisation à temps complet de chirurgie**, adaptés à l'âge et à un **secteur opératoire** avec des **moyens de surveillance post-interventionnelle**.

Mention 4 :

- **Sur site ou par convention**, accès à une **unité dédiée aux activités de greffe de cellules souches hématopoïétiques**, adaptée à l'âge ;
- **Sur site ou par convention**, accès à une **UREA pédiatrique**.

II.C Seuils**Seuils capacitaires****Modalité soins critiques adultes**

Le **plateau de soins critiques adultes** est constitué a minima de **14 chambres individuelles** (16 en cas de création ou restructuration de l'existant), correspondant à l'addition des seuils capacitaires des deux unités :

- Pour l'**UREA** : au moins **8 lits** (10 lits en cas de création ou restructuration) ;
- Pour l'**USIP** : au moins **6 lits** (idem pour les autres USIP ou USI de spécialité du site).

Dérogation possible du DGARS pour une UREA de 6 lits lorsque des temps de trajets excessifs s'imposent à une partie significative de la population.

Dans le cas de plusieurs UREA éloignées les unes des autres sur le même site, chacune devra avoir une USIP contigüe ou à proximité immédiate.

Modalité soins critiques pédiatriques

Le **plateau de soins critiques pédiatriques** comprend

- Pour la **mention 1 recours** : au moins **12 chambres individuelles** (14 en cas de restructuration)
- Pour la **mention 2** : au moins **10 chambres individuelles** (12 en cas de restructuration),

Correspondant à l'addition des seuils capacitaires des deux unités :

- Pour l'**UREA pédiatrique de recours** : au moins **8 lits** (10 en cas de création ou restructuration)
- Pour l'**UREA pédiatrique** : au moins **6 lits** (8 en cas de création ou restructuration) ;
- Pour toute **USI pédiatrique** des quatre mentions : au moins **4 lits**.

Par dérogation, le DGARS peut autoriser un titulaire de la **mention 2** à disposer d'une UREA pédiatrique d'au moins **4 lits** pour les motifs suivants :

- Lorsque l'éloignement de l'établissement de santé disposant d'une telle unité impose des temps de trajets excessifs à une partie significative de la population ;
- Lorsque l'unité est contiguë à une UREA néonatale avec une organisation mutualisée de la permanence médicale.

Le **secteur d'hospitalisation des unités de soins critiques pédiatriques** doit offrir un environnement permettant la **présence des parents ou de leur substitut jour et nuit** et le maintien des liens avec leurs proches ainsi que **l'accès à des activités ludiques et de soutien scolaire** avec l'aide de l'équipe.

Seuils d'activité

Modalité soins critiques pédiatriques

Pour la **mention 1**, le seuil minimal d'activité est fixé à 400 nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans.

Pour les **mentions 2, 3 et 4**, le seuil minimal d'activité est fixé à 200 nourrissons, enfants et adolescents de moins de 18 ans.

III. Conditions techniques de fonctionnement

III.A Locaux

Chaque unité comprend les secteurs suivants :

- Un **secteur d'accueil** avec une pièce dédiée aux proches et une pièce pour les entretiens de l'équipe avec les familles ;
- Un **secteur d'hospitalisation** avec des chambres individuelles ;
- Un **secteur technique** et administratif ;
- Un **secteur d'hébergement** des médecins assurant la permanence, au sein de l'unité ou à proximité ;
- Un secteur équipé pour des réunions quotidiennes et à distance.

En dehors des chambres, **les autres secteurs peuvent être communs à plusieurs unités contiguës** avec des équipes mutualisées, ce qui est notamment le cas des plateaux de soins critiques.

Concept de plateau de soins critiques pour les sites avec réanimation

Les conditions d'implantation de la **mention 1 de la modalité de soins critiques adultes** et des **mentions 1 et 2 de la modalité de soins critiques pédiatriques consacrent le concept d'organisation en plateau de soins critiques constitué d'au moins une UREA et d'au moins une USIP contiguë**, avec des chambres à l'architecture et l'équipement identiques et un pilotage médical et paramédical commun.

L'obligation de contiguïté impose que les deux unités se joutent de manière à permettre une organisation commune et modulable des chambres et des équipes, en fonction des besoins de prise en charge au sein du plateau.

III.B Equipements

Le titulaire de l'autorisation **doit disposer sur site** :

- **D'un outil informatisé de gestion médicale des lits**, mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques.
- **D'outils numériques nécessaires aux échanges à distance** par télé Santé ;
- D'un **dossier patient numérisé** ;
- D'un **plan de flexibilité de l'organisation**, pour anticiper un surcroît d'activité en réanimation. Ce plan comprend un volet de formation pour constituer et entretenir un vivier de renforts des équipes en cas de situation sanitaire exceptionnelle ;
- D'une **organisation formalisée permettant la prise en charge à titre exceptionnel et temporaire des patients pédiatriques en soins critiques adultes**, sous la supervision de l'équipe de réanimation pédiatrique de référence du territoire ;
- D'un **plan de formation aux soins de réanimation** prévoyant notamment une période de formation pour les infirmiers prenant leurs fonctions dans l'unité de réanimation, sur site et dont la durée est de huit semaines, pouvant être réduite en cas d'expérience antérieure en réanimation.

Les USI doivent disposer des **équipements** permettant la réalisation dans les chambres d'exams de **radiologie, d'échographie et d'endoscopie bronchique et digestive, la surveillance paramétrique continue**, le cas échéant, la réalisation transitoire d'actes de suppléance d'organe à l'exception des actes de circulation extracorporelle.

Outre les équipements précités, **au sein des plateaux de soins critiques, l'UREA et l'USIP contiguë doivent disposer des équipements** permettant le **monitoring multiparamétrique, la réalisation d'échographie cardiaque dont transoesophagienne et celle des actes de suppléance d'organes** (en particulier ventilation mécanique invasive et non invasive, épuration extra-rénale, plasmaphérèse).

Les USIC, USINV, USIH et les USI de spécialité des mention 1 disposent des **équipements** permettant la **réalisation des actes de suppléance de l'organe de leur spécialité** notamment amines vasoactives en USIC, épuration extra-rénale en USI de néphrologie, ventilation non invasive en USIR.

Outre les équipements précités ci-dessus :

- **L'USIC** dispose des équipements permettant la **réalisation dans les chambres des examens d'échographie cardiaque** dont transoesophagienne ;
- **L'USINV** dispose des équipements permettant la **réalisation dans les chambres des examens de radiologie et de doppler transcrânien** ;
- **L'USIH** dispose d'équipements permettant la **réalisation de radiologie et d'échographie** et par ailleurs, le cas échéant, de **chambres équipées de flux laminaire**.

III.C Personnels

Equipe médicale

S'agissant de l'expérience et de la formation aux soins critiques des médecins non MIR ou MAR, sa validation relève en premier lieu du médecin responsable de l'unité avec la direction de l'établissement. Le DSR peut venir en appui des établissements pour identifier et établir des critères en lien avec les sociétés savantes concernées. Lors de l'étude du dossier de demande d'autorisation, l'ARS évalue à son tour la consistance de l'expérience des médecins.

Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

Permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques

Tout titulaire d'autorisation de soins critiques doit assurer, 24h/24, **l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique**. Par ailleurs, le DSR des soins critiques peut venir en appui pour définir l'organisation territoriale de la permanence médicale.

Modalité soins critiques adultes

Mention 1 - La permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques

La permanence est assurée par au moins :

- En journée, **deux médecins membres de l'équipe médicale** afin d'assurer la **collégialité** nécessaire à la sécurité des soins ;
- En dehors des services de jour, d'un MIR ou d'un MAR **dédié aux activités des deux unités UREA et USIP**. Elle est donc à différencier des gardes sur site nécessaires aux autres activités de soins critiques.

L'organisation mutualisée du plateau de soins critiques vise à redimensionner l'équipe médicale avec des postes de MIR et MAR supplémentaires.

Mention 1 - La permanence médicale des éventuelles autres USIP non contigües et USI de spécialité

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- Pour l'USIP non contigüe :
 - La **présence sur site d'un MIR ou MAR**
- Pour l'USI de spécialité :
 - **La présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques ;**
 - Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline concernée.

Mention 2 - La permanence médicale de l'USIP dérogatoire

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- **La présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques ;**
- Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un MIR ou MAR pour l'USIP.

Mentions 3, 4 et 5 - La permanence médicale de l'USIC, de l'USINV et de l'USIH

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- **La présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques ;**
- Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, neurologie vasculaire ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire ou en hématologie respectivement.
 - Lorsque le titulaire est également autorisé à l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie, la présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline est exigée.

Modalité soins critiques pédiatriques

Mention 1 et 2 - La permanence médicale de l'UREA pédiatrique de recours et de l'USIP pédiatrique contigüe

En dehors des services de jour, la permanence est assurée :

- Par un **médecin de l'équipe médicale** de l'UREA pédiatrique de recours.
- **Elle peut être commune aux UREA pédiatrique et de réanimation néonatale** si celles-ci sont situées à proximité immédiate.
 - o Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.

Mention 3 - La permanence médicale de l'USI pédiatrique dérogatoire

En dehors des services de jour, la permanence est assurée par :

- La présence **sur site d'au moins un médecin** formé ou expérimenté en soins critiques ou en réanimation néonatale.
- Une **astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'USIP pédiatrique.

Mention 4 - La permanence médicale de l'USI pédiatrique d'hématologie

En dehors des services de jour, la permanence est assurée par :

- La présence **sur site d'au moins un médecin** formé ou expérimenté en soins critiques.
- Une **astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'USIH pédiatrique.

Effectifs et/ou Ratios PNM

Attention, vigilance : Les ratios sont désormais calculés par lit ouvert, incluant les lits occupés et les lits disponibles de l'unité.

Modalité soins critiques adultes

Dénominations actuelles	Ratio PNM actuels	Dénominations futures	Ratio PNM projetés Extension à la notion de « lit ouvert » (lits occupés et lits disponibles pour de nouveaux patients)
Réanimation adulte (autorisation)	2 IDE / 5 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 5 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * Evaluation sur la charge en soins IDE pour 10.2023 - remise rapport au PM → trajectoire inscrite à 2 IDE pour 4 lits ouverts
Surveillance continue (reconnaissance contractuelle)	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 1 « Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant » Autorisations, Mention 2 « Soins intensifs polyvalents dérogatoires »	REPRISE RATIO USIC <u>CREATION POUR TOUTES LES AUTRES USI</u> JOUR 1 IDE pour 4 lits ouverts 1 AS / 4 lits ouverts NUIT 1 IDE pour 4 lits ouverts AS / 8 lits ouverts
Soins intensifs (reconnaissance contractuelle)	USIC Jour = 1 IDE et AS/4 patients Nuit = 1 IDE et AS/8 patients	Autorisations, Mention 3 « Soins intensifs de cardiologie »	
	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 4 « Soins intensifs de neurologie vasculaire »	
	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 5 « Soins intensifs d'hématologie »	

Les ratios en réanimation sont reconduits :

- 2 infirmiers pour 5 lits ouverts ;
- 1 aide-soignant pour 4 lits ouverts.

Des ratios en unité de soins intensifs sont créés pour toutes les mentions (délai de mise en conformité de cinq ans après autorisation) :

- 1 infirmier pour 4 lits ouverts ;
- 1 aide-soignant pour 4 lits ouverts de jour et pour 8 lits ouverts de nuit

Modalité soins critiques pédiatriques

Dénominations actuelles	Ratio PNM actuels	Dénominations futures	Ratio PNM projetés Extension à la notion de « lit ouvert » (lits occupés et lits disponibles pour de nouveaux patients)
Réanimation pédiatrique spécialisée (autorisation)	2 IDE / 4 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 1 « Réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 4 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Réanimation pédiatrique (autorisation)	2 IDE / 5 patients 1 AS / 4 patients	Autorisations, Mention 2 « Réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	2 IDE / 5 lits ouverts* 1 AS / 4 lits ouverts * L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Surveillance continue pédiatrique (reconnaissance contractuelle)	Pas de ratio PNM	Autorisations, Mention 1 « Réanimation pédiatrique de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	CREATION 1 IDE / 4 lits ouverts* 1 AS ou AP / 4 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
		Autorisations, Mention 2 « Réanimation pédiatrique et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant »	
		Autorisations, Mention 3 « Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires »	CREATION JOUR = 1 IDE / 4 lits ouverts* et 1 AS ou AP / 4 lits ouverts* NUIT = 1 IDE / 4 lits ouverts et 1 AS ou AP / 8 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE
Soins intensifs (reconnaissance contractuelle)	Néant	Autorisations, Mention 4 « Soins intensifs pédiatriques d'hématologie »	CREATION 1 IDE / 4 lits ouverts* 2 AS ou AP / 6 lits ouverts *L'équipe comprend 1 IDE PUER / 4 IDE

Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

Les **ratios** de personnels paramédicaux **des Unités de Soins Critiques pédiatriques ont été modifiés** (annexe 4 de l'instruction). Une proportion minimale d'1 IDE PUER sur 4 infirmiers au sein de l'équipe de l'unité est intégrée.

L'équipe non médicale pédiatrique est constituée d'au moins :

En réanimation (mention 2)

- 2 infirmiers pour 5 lits dont une puéricultrice
- 1 aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour 4 lits ouverts

En réanimation de recours (mention 1)

- 2 infirmiers pour 4 lits dont une puéricultrice
- 1 aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour 4 lits ouverts

En USIP pédiatrique (mention 3)

- 1 infirmier pour 4 lits ouverts dont 1 puéricultrice
- 1 aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour 4 lits ouverts le jour et 1 pour 8 lits ouverts la nuit

Un rapport d'évaluation de la charge en soins infirmiers de **réanimation** sera produit dans les 18 mois à compter de la publication du décret dans **une perspective d'un ratio à un infirmier pour deux lits ouverts** tenant compte des capacités de formation initiale des infirmiers diplômés d'état.

III.D Qualité et sécurité des soins

Permanence médicale nécessaire à la sécurité des soins critiques

Tout titulaire d'autorisation de soins critiques doit assurer, 24h/24, **l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique**. Par ailleurs, le DSR des soins critiques peut venir en appui pour définir l'organisation territoriale de la permanence médicale.

Modalité soins critiques adultes

Mention 1 - La permanence médicale dédiée aux activités du plateau de soins critiques

La permanence est assurée par au moins :

- En journée, **deux médecins membres de l'équipe médicale** afin d'assurer la **collégialité** nécessaire à la sécurité des soins ;
- En dehors des services de jour, d'un MIR ou d'un MAR **dédié aux activités des deux unités UREA et USIP**. Elle est donc à différencier des gardes sur site nécessaires aux autres activités de soins critiques.

L'organisation mutualisée du plateau de soins critiques vise à redimensionner l'équipe médicale avec des postes de MIR et MAR supplémentaires.

Mention 1 - La permanence médicale des éventuelles autres USIP non contigües et USI de spécialité

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- Pour l'USIP non contigüe :
 - La **présence sur site d'un MIR ou MAR**
- Pour l'USI de spécialité :
 - La **présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques** ;

- Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline concernée.

Mention 2 - La permanence médicale de l'USIP dérogatoire

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- **La présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques ;**
- Une astreinte opérationnelle ou une présence sur site par un MIR ou MAR pour l'USIP.

Mentions 3, 4 et 5 - La permanence médicale de l'USIC, de l'USINV et de l'USIH

La permanence est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

- **La présence sur site d'un médecin formés aux soins critiques ;**
- Une astreinte opérationnelle d'un médecin spécialisé en cardiologie, neurologie vasculaire ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire ou en hématologie respectivement.
 - Lorsque le titulaire est également autorisé à l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie, la présence sur site d'un médecin spécialisé dans la discipline est exigée.

Modalité soins critiques pédiatriques

Mention 1 et 2 - La permanence médicale de l'UREA pédiatrique de recours et de l'USIP pédiatrique contigüe

En dehors des services de jour, la permanence est assurée :

- Par un médecin de l'équipe médicale de l'UREA pédiatrique de recours.
- **Elle peut être commune aux UREA pédiatrique et de réanimation néonatale** si celles-ci sont situées à proximité immédiate.
 - Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.

Mention 3 - La permanence médicale de l'USI pédiatrique dérogatoire

En dehors des services de jour, la permanence est assurée par :

- La présence **sur site d'au moins un médecin** formé ou expérimenté en soins critiques ou en réanimation néonatale.
- Une **astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'USIP pédiatrique.

Mention 4 - La permanence médicale de l'USI pédiatrique d'hématologie

En dehors des services de jour, la permanence est assurée par :

- La présence **sur site d'au moins un médecin** formé ou expérimenté en soins critiques.
- Une **astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'USIH pédiatrique.

IV. Délais de mise en œuvre

- **5 ans** délai de mise en conformité à compter de la notification de l'autorisation pour la mise en **conformité du personnel** (un infirmier pour quatre lits ouverts, un aide-soignant pour quatre lits ouverts de jour et pour huit lits ouverts de nuit en USIP)
- **2 ans** à compter de la notification de leur autorisation pour se mettre en conformité avec les **conditions d'implantation**
- **7 ans** délai de mise en conformité pour la **contiguïté du plateau de soins critiques**

Annexe 1 : feuille de route soins critiques rédigée en concertation avec les fédérations hospitalières et les représentants des professionnels

Renforcer notre filière de soins critiques 2022-2025

Introduction et enjeux

Les soins critiques constituent un maillon essentiel de notre système de santé car ils délivrent des soins parmi les plus complexes et techniques 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 pour les patients dont le pronostic vital est engagé.

Néanmoins, des obstacles subsistaient pour constituer une véritable filière de soins critiques :

- L'architecture des soins critiques, avec une gradation à trois niveaux, fait apparaître des défauts, notamment liés à l'offre existante des surveillances continues. Alors qu'elles ont notamment vocation à servir d'amont et d'aval des prises en charge en réanimation, l'absence d'encadrement de leurs conditions d'implantation a conduit à la multiplication d'USC isolées, caractérisées par une grande hétérogénéité de fonctionnement, et, pour une partie d'entre elles, par une activité ne relevant pas à proprement parler de soins critiques ;
- De fortes tensions pesant sur les effectifs médicaux et surtout paramédicaux, ces derniers souffrant d'un *turn-over* élevé qui peut déstabiliser les équipes et conduire à un manque de personnels expérimentés et amener à la fermeture de lits de soins critiques pour manque de personnel ;
- Il y a un enjeu important à améliorer la fluidité des parcours patients en soins critiques, en amont et en aval des réanimations et des USIP, que les diverses distorsions actuelles ne permettent pas de réaliser dans les meilleures conditions ;
- Le mode de financement des soins critiques doit aussi être réformé pour financer plus justement les activités relevant réellement de soins critiques et éviter la création de lits de soins critiques pour optimiser les recettes sans offrir une prise en charge relevant réellement d'un tel niveau de prise en charge.

Par ailleurs, la crise COVID a montré l'importance d'un pilotage territorial de la filière des soins critiques et des coopérations entre établissements. Elle a aussi montré qu'il était crucial d'être capable d'adapter le capacitaire de soins critiques en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

La réforme de la filière soins critiques, initiée dès 2017, vise ainsi à bâtir une véritable filière de soins critiques, davantage intégrée, homogène, garantissant mieux la qualité des prises en charge, et mieux à même de répondre aux situations sanitaires exceptionnelles. Les travaux de cette feuille de route s'appuient largement sur le rapport de l'IGAS, commandé en février 2021 par le Ministre des solidarités et de la santé et qui a bénéficié de l'appui des CNP ARMPO et MIR.

Il est donc retenu avec l'ensemble des acteurs une feuille de route des soins critiques 2022-2025 structurée selon les axes suivants :

- **Bâtir une véritable filière de soins critiques** en renouvelant le cadre de fonctionnement des activités de soins, en renforçant les actions transversales de qualité et de sécurité des soins et en réformant le modèle de financement ;

- **Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins**, avec notamment l'augmentation de 1000 lits de soins critiques et d'aval de soins critiques pour permettre une fluidité des parcours de prise en charge
- **Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales**, en soutenant la démographie médicale des spécialités concernées, en fidélisant les personnels paramédicaux *via* un renforcement des équipes, le temps de formation, la pluridisciplinarité de l'équipe ;
- **Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques sous l'égide des ARS**, en constituant de véritables filières territoriales structurées sous la forme de dispositifs spécifiques régionaux sur la base d'un cahier des charges national, avec un maillage centré autour de plateaux de soins critiques « réanimation – USIP contiguë » ;
- **Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques, en matériel ainsi qu'en personnel, pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles**, en mettant notamment en place un vivier de personnels formés aux soins critiques et maintenus en compétence. L'enjeu majeur est de renforcer la résilience interne des plateaux de soins critiques « réanimation –USIP contiguë » afin de renforcer la résilience des établissements de santé des territoires concernés.

Axe 1 : Bâtir une véritable filière de soins critiques

1.1. Renouveler le cadre de fonctionnement des activités de soins critiques

Chantier engagé en amont de la crise, la réforme de l'autorisation de l'activité de soins critiques constitue un vecteur majeur de consolidation de la filière. Il s'agit de moderniser les obligations réglementaires structurantes du cadre d'autorisation (conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement) pour confirmer et garantir le haut niveau de sécurité nécessaire à la pratique des soins critiques.

Orientations :

- Consolider la filière de soins critiques en élargissant le périmètre d'autorisation de la réanimation au champ des soins critiques dans son ensemble pour une approche plus englobante et intégrée, et améliorer le niveau de prise en charge dans les unités de soins critiques.
- Regrouper les lits pour disposer de plateaux de soins critiques de taille suffisante pour consolider le niveau d'obligations structurelles de seuil capacitaire par unité, de locaux, d'équipements et de mutualisation d'équipes pour la permanence médicale et la continuité des soins.
- Les nouvelles normes impliquent également un renforcement des équipes pour assurer un meilleur parcours de soin (psychologue, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeutes, *etc.*) ;
- Structurer une filière territoriale de soins critiques, s'appuyant notamment sur un dispositif spécifique régional de soins critiques basés sur un cahier des charges national, qui permettra de préciser l'esprit des décrets, notamment quant à la gradation des différents niveaux de soins critiques telle que prévue dans les décrets.

Actions et calendrier :

- Publication des décrets (conditions d'implantation et de fonctionnement) en avril 2022 ;
- Lancement au premier semestre 2022, en lien avec les fédérations et les CNP de réanimation, de travaux pour construire le cadre réglementaire des unités de soins renforcés et leur frontière avec les USIP dérogatoires maintenues.

- Elaboration en lien avec les fédérations et les CNP de réanimation du cahier des charges national cadrant les dispositifs spécifiques régionaux structurant dans chaque région la filière des soins critiques : lancement 1^{er} semestre 2022
- Elaboration des PRS et SRS 2023-2028 pour application d'ici le 1^{er} novembre 2023 ;
- Mise en œuvre progressive des nouvelles autorisations à partir du 1^{er} juin 2023 (après révision des PRS).

1.2. Renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins

Avec le concours des CNP, de nombreuses recommandations ont été formulées et diffusées tout au long de la crise pour assurer la meilleure qualité des soins dans le secteur des soins critiques, caractérisé par une grande diversité de pratique. Il s'agit désormais de capitaliser sur ces recommandations et bonnes pratiques et de poursuivre la dynamique d'amélioration et d'uniformisation sur tout le territoire. Ce renforcement suppose une meilleure évaluation des événements indésirables graves associés aux soins et la généralisation de la mise en place d'indicateurs intégrés de suivi de la qualité des soins.

Orientations :

- Améliorer le suivi des événements indésirables graves (EIG) ;
- Veiller à la bonne application des critères de qualité spécifiques aux unités de soins critiques inclus dans la nouvelle version du manuel de certification de la HAS.
- Mettre en place des registres.
- Renforcer le dispositif d'accréditation d'équipe des professions à risques (anesthésie-réanimation et réanimation / soins intensifs en particulier).

Actions et calendrier :

- Saisie de la HAS sur la base du rapport annuel qu'elle produit sur les EIG déclarés sur le portail ad hoc, pour identifier ceux intervenus dans les services de soins critiques, et s'appuyer la gestion de ces EIG pour sensibiliser les services en « sous-déclarations », en lien avec les ARS concernées au second trimestre 2022 ;
- Saisie de la HAS pour extraire les résultats de la certification concernant le critère relatif aux soins critiques pour identifier les manquements et proposer les actions correctrices à mettre en œuvre d'ici fin 2022 ;
- Lancement d'un groupe de travail avec les ARS et les CNP, avec appui de la FSM¹, sur la base des travaux HAS relatifs à la mise en place de registres d'ici fin 2022 ;

1.3. Adapter le modèle de financement aux enjeux d'organisation de la filière

Comme souligné dès 2017 par le rapport d'Olivier Véran « L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur », le mode de financement des soins critiques a pu participer indirectement à en fragiliser l'organisation. D'après le rapport public annuel 2021 de la Cour des comptes, l'ouverture d'un lit en réanimation génère actuellement un déficit par an et cette situation n'a pas été, ces dernières années, de nature à inciter les établissements à adapter leurs capacités d'hospitalisation aux besoins constatés, principe fondant pourtant la tarification à l'activité (T2A).

En effet, le mode de financement de l'activité en soins critiques repose très largement sur le niveau d'activité des services (GHS, suppléments notamment) et représente entre 75 % et 85 % des recettes totales, auxquelles s'ajoutent les produits issus de l'utilisation de certains médicaments onéreux (7 %

¹ Fédérations des spécialités médicales

des recettes). Si ce mode de financement permet de garantir une juste répartition des ressources entre établissements, il expose toutefois fortement les établissements aux écarts entre les recettes issues de l'activité et les charges qui y sont rattachées, notamment quand le niveau de charges est très élevé et encadré et que les leviers de développement d'activité sont limités.

Afin d'assurer la pérennité de la filière de soins critiques, un nouveau modèle de financement adapté au nouveau cadre normatif sera mis en place en tirant les enseignements des difficultés rencontrés.

Orientations :

- Conformément au cadre prévu à l'article 79 de la LFSS 2017, mettre en place un nouveau modèle de financement des soins critiques combinant une partie financée à l'activité et une partie forfaitaire pour mieux prendre en compte les spécificités de la filière des soins critiques.

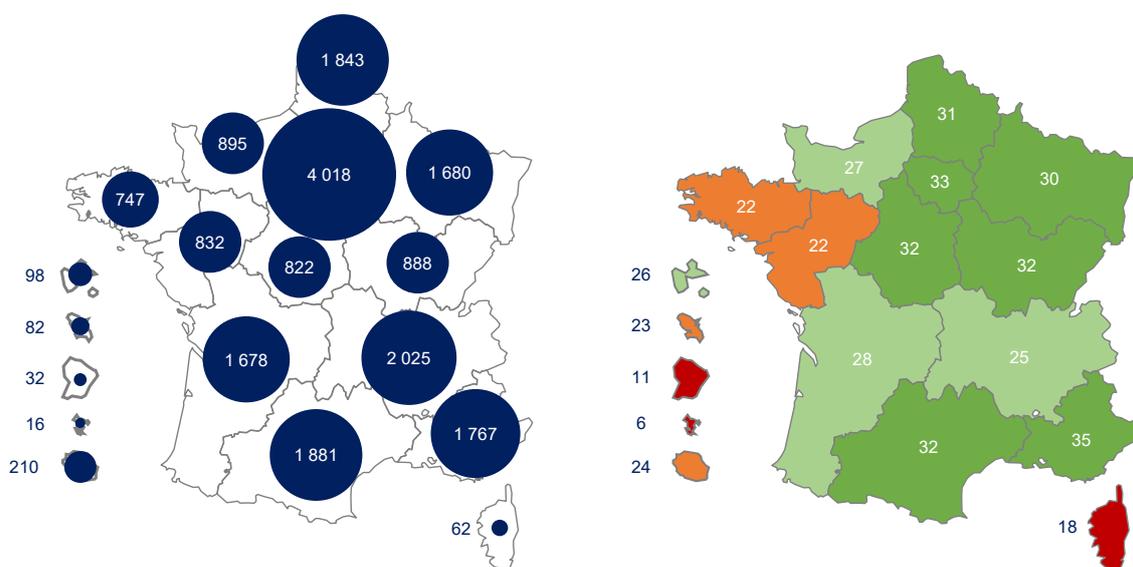
Actions et calendrier :

- Travaux techniques DGOS / ATIH sur les composantes des coûts « structures » (charges fixes) et simulation de modélisation de la dotation socle de fin 2021 jusque mi 2022 ;
- Co-construction avec les acteurs du modèle au S2 2022 ;
- Mise en œuvre du nouveau modèle de financement des soins critiques lors de la campagne tarifaire 2023 afin d'être concomitante avec la réforme des autorisations.
- Lancement au premier semestre 2022 d'un travail technique concernant le cadre de financement des soins renforcés.

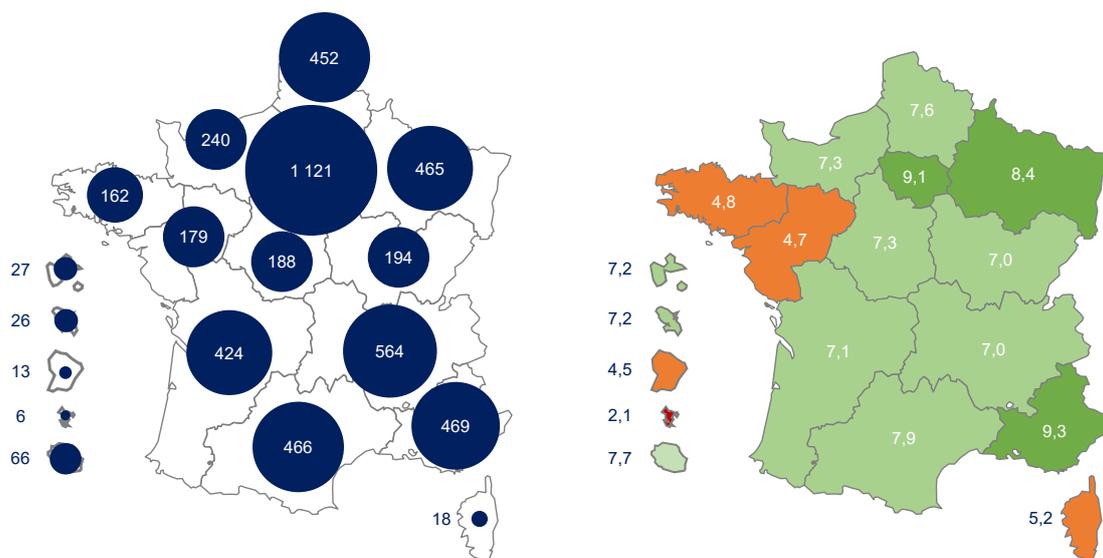
Axe 2 : Adapter l'offre de soins critiques pour répondre à l'évolution prévisible des besoins

L'IGAS, en lien avec les CNP ARMPO et MIR, a exploré les enseignements tirés de la pandémie de Covid-19, les recommandations des sociétés savantes ainsi que la littérature internationale, et produit des recommandations portant sur l'adaptation des capacités de soins critiques en réponse à la fois au besoin courant et aux besoins exceptionnels en période de crise sanitaire. Le rapport produit par la mission IGAS souligne que le vieillissement démographique demeure le principal critère à prendre en compte dans la détermination de l'évolution des besoins capacitaires en soins critiques à long terme.

Ces hausses de besoin appellent à la création de lits de soins critiques supplémentaires mais également à une fluidification des parcours avec le développement de structure d'aval adaptées à la prise en charge de patients qui connaissent aujourd'hui des séjours prolongés en réanimation.



Capacités de soins critiques adulte et enfant et densité de lits de soins critiques pour 100 000 habitants par région en 2019 (sources : SAE et INSEE 2019)



Capacités de réanimation adulte et densité de lits de réanimation adulte pour 100 000 habitants par région en 2019 (sources : SAE et INSEE 2019)

Orientations :

- Augmenter de 1000 le nombre de lits de réanimation pour renforcer les plateaux de soins critiques existants. Cette augmentation se fera par la sécurisation de l'ouverture de 500 lits de réanimation déjà autorisés et la montée en charge de 500 lits supplémentaires en service de réadaptation post-réanimation.
- Augmenter progressivement les capacités en réanimation des régions métropolitaines les moins dotées (Bretagne, Pays-de-la-Loire et Corse) et combler les besoins spécifiques identifiés en Guyane et à Mayotte afin de se rapprocher des moyennes nationales. Ces augmentations ciblées s'additionnent aux 1000 lits supplémentaires prévus au niveau national et doivent se faire de façon privilégiée en renforçant les plateaux de soins critiques existants.
- Renforcer les liens entre réanimation et rééducation pour fluidifier les parcours de soins des patients effectuant des séjours prolongés en réanimation notamment par la création des lits de services de réadaptation post-réanimation (SRPR).

Actions et calendrier :

- Travaux d'approfondissement pour établir les critères d'ouverture de lits supplémentaires nécessaires à court et moyen termes afin de consolider les plateaux de soins critiques existants et répondre aux besoins de régions moins dotées en lits de réanimation (au vu de l'enjeu du vieillissement démographique notamment) Mi-2022, transmission aux ARS d'une instruction nationale cadrant une méthode pour la qualification des besoins capacitaires régionaux et la préparation de la montée en charge pluriannuelle des capacités en vue des PRS 2023-2028, en privilégiant les projets d'ouverture de lits au sein des plateaux de soins critiques existants. Le contenu de l'instruction sera travaillé avec les CNP et les fédérations.
- Etablissement d'un état des lieux plus précis des lits fermés pouvant être réouverts en 2022.

Axe 3 : Lever les fortes tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales

3.1. Soutenir la démographie médicale des spécialités de Médecine Intensive Réanimation et d'Anesthésie-réanimation

Le rapport IGAS propose de renforcer les équipes médicales intervenant en réanimation, avec l'augmentation de 400 postes ouverts à l'ECN sur 10 ans. Les 2 spécialités ont bénéficié, en particulier en 2021, d'une augmentation de postes supérieures à celles des autres spécialités. Pour la médecine intensive - réanimation, 74 postes ont été ouverts et pourvus en 2020 *versus* 64 postes en 2017. Pour l'anesthésie-réanimation, 468 postes ont été ouverts (473 pourvus) en 2020 *versus* 445 postes (450 pourvus) en 2017. Pour l'année 2021, le soutien à ces 2 spécialités a été renforcé avec 95 postes de MIR (+21 *versus* 2020, + 28%) et 486 postes de MAR (+16) qui ont été ouverts (+3%).

Enfin, la médecine des soins intensifs relève du « régime général » de reconnaissance des titres de formation, en vue de l'établissement du professionnel dans un autre Etat membre de l'UE. Cette profession n'est ainsi pas couverte, à ce stade, par l'un des régimes de reconnaissance automatique des professions. L'inclusion dans ce système de reconnaissance, au cas par cas, induit un examen de la demande constitué de différentes étapes, et une décision pouvant imposer des mesures supplémentaires préalablement à la reconnaissance de la qualification. La crise sanitaire a mis en exergue, spécifiquement pour cette spécialité, l'inefficience de la procédure de reconnaissance actuelle de même que son caractère inopportun, alors même que la problématique des renforts se posait.

Orientations :

- Ouvrir au moins 40 postes supplémentaires d'internes MIR/MAR par an jusqu'en 2030
 - Relancer les travaux arrêtés par la Commission européenne en mars 2021 pour permettre la reconnaissance automatique de la qualification de médecine en soins intensifs.

Actions et calendrier :

- Mise en œuvre de cette stratégie de soutien à ces spécialités par une augmentation des postes ouverts aux ECN depuis 2021
- Réalisation d'une note, explicitant les motivations et proposant une stratégie de reconnaissance des qualifications professionnelles, à destination de la DGE et du SGAE pour pouvoir intervenir lors du groupe des coordonnateurs de la directive des qualifications professionnelles soulignant la position favorable de la France, ré-ouvrir les travaux et faire adopter un règlement pour introduire la médecine intensive à l'Annexe V.

3.2. Fidéliser les personnels paramédicaux

De nombreux professionnels paramédicaux sont impliqués chaque jour dans le fonctionnement des unités de soins critiques. Infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, étudiants en santé... et beaucoup d'autres participent à assurer des prises en charge de qualité en soins critiques.

Contrairement à d'autres pays européens, les infirmiers travaillant dans des services de soins critiques ne bénéficient pas d'une formation diplômante spécifique. Cette formation se fait donc sur le terrain, au contact de professionnels expérimentés. Il en va de même pour les autres professionnels qui développent des compétences spécifiques dans les services.

L'expérience de la crise mais aussi les contraintes d'exercice liées à un fonctionnement 24h/J7 des services de soins critiques ont conduit à la mise en place de mesure d'attractivité pour assurer la qualité du recrutement et entretenir les compétences et la technicité de ces professionnels.

Orientations :

- Réintégrer un module de réanimation dans la formation initiale des étudiants en soins infirmiers ;
- Systématiser une formation aux soins de réanimation pour les infirmiers prenant leurs fonctions dans l'unité de réanimation, sur site. Sa durée sera de 8 semaines, pouvant être réduite en cas

Rédaction : Cécile Chevance avec l'appui de Valérie Friot-Guichard et d'Augustin Viard

d'expérience antérieure en réanimation. Les IDE en formation ne seront pas comptabilisés dans les ratios par lits afin de ne pas augmenter la charge de travail des équipes ;

- S'assurer de la formation continue pour le maintien et le développement de nouvelles compétences de tous les professionnels exerçant en soins critiques dans le cadre du plan de formation local selon les activités et priorités de chaque établissement ;
- Reconnaître financièrement la spécificité du métier d'IDE en réanimation ;
- Hausse des ratios de personnel en USIP, SI de spécialité et USIP dérogatoire ;
- Initier une trajectoire de révision à la hausse des ratios de personnel en réanimation,
- Passage à des ratios par rapport aux lits ouverts et non plus aux patients acté dans les décrets d'autorisations d'activité.
- Réaliser un état des lieux national, en lien avec les CNP MIR et ARMPO, de la présence dans les services de réanimation des masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues ;
- Améliorer la qualité de vie au travail des professionnels exerçant en soins critiques en améliorant l'organisation des cycles de travail (jour / nuit) et la gestion des plannings.

Actions et calendrier :

- Travaux de révision de la formation initiale des IDE début 2022 pour un calendrier d'application en 2024 ;
- Travaux en 2022 pour la mise en place de la formation d'adaptation à l'emploi.
- Mise en place de la revalorisation de 100 euros pour les IDE en soins critiques depuis le début de l'année 2022 ;
- Dans un délai de 5 ans à compter de la notification de l'autorisation, hausse des ratios d'IDE en USI (USIP, SI de spécialité, USIP dérogatoire) à 1 IDE pour 4 lits ouverts, de jour comme de nuit.
- Comme proposé dans le rapport de l'IGAS, réalisation sous 18 mois, en lien avec les CNP de réanimation, d'une évaluation de la lourdeur de la charge en soins des infirmiers de réanimation en fonction des besoins de soins des patients, par rapport à d'autres spécialités médicales, ainsi que des capacités de formation initiale. Cette évaluation s'inscrit dans un objectif de hausse des ratios d'IDE par lit de réanimation de 2 pour 5 à 2 pour 4.
- Réalisation de l'état des lieux de la présence en réanimation des masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychologues en 2022 ;
- Communication d'un guide d'organisation des cycles de travail et accompagnement de la mise en œuvre des travaux menés par l'ANAP : donner les outils aux établissements pour adapter leurs organisations internes de façon autonome.

Axe 4 : Compléter les leviers de pilotage et d'animation territoriale de l'offre de soins critiques, sous l'égide des ARS

L'ensemble des mesures des précédents axes doit *in fine* contribuer à la structuration d'une filière de soins critiques structurée autour des plateaux de réanimation soins intensifs polyvalents au sein de chaque territoire et renforcer les leviers de pilotage et d'animation de cette filière au sein de chaque région.

Orientations :

- Structurer, à l'échelle régionale, les filières de soins critiques sur la base des dispositifs spécifiques régionaux, conformément au cahier des charges national devant être élaboré avec les acteurs de la filière (*cf. supra*) ;
- Formaliser le pilotage de la filière de soins critiques et les modalités de coopération entre établissements dans une convention entre l'ARS et les acteurs de la filière.

- Renforcer les systèmes d'information de pilotage de la filière (ex. : répertoire opérationnel des ressources) en mobilisant, le cas échéant, le plan national d'investissement dans les systèmes d'information hospitalier.

Actions et calendrier :

- Réalisation mi-2022 d'une instruction d'accompagnement à l'élaboration du volet soins critiques du SRS, d'application des décrets et d'accompagnement sur les outils de pilotage territorial de la filière, la formalisation des coopérations et l'organisation de la dilatation capacitaire ;
- Poursuite du financement d'outils SI de « bed management »² ;
- Poursuite de la fiabilisation du ROR³.

Axe 5 : Organiser la capacité d'adaptation de l'offre de soins critiques pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles

La crise sanitaire a mis en évidence l'importance de la capacité à augmenter l'offre de soins critiques pour répondre à un accroissement brutal des besoins. Le potentiel d'augmentation des capacités de soins est moins contraint par le nombre de lits que par les ressources humaines et matérielles disponibles pour armer des lits supplémentaires. Par ailleurs, la montée en charge des soins critiques doit être conçue de façon à limiter autant que possible la déprogrammation des activités.

Dans cet objectif, le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles dit « ORSAN » suivra désormais une logique opérationnelle reposant sur des plans activables par les ARS en lien étroit avec les préfets.

De nombreuses solutions de recours prévues et mobilisées depuis mars 2020 pour organiser les services de soins critiques afin d'assurer cette continuité des prises en charge dans le contexte de crise sanitaire seront pérennisées pour préparer le système de santé à la survenue des crises à venir. Par exemple, dans la continuité des actions de mobilisation menées dans le cadre de la crise, les nouvelles souplesses RH permises par le Ségur de la santé en matière d'organisation du temps de travail faciliteront la constitution d'une réserve RH dédiée à ces prises en charge à l'échelle régionale ou à l'échelle d'un territoire.

Orientations :

- Actualiser les plans de préparation aux crises sanitaires pour y intégrer des lignes directrices relatives à l'adaptation de l'offre de soins critiques ;
- Elaborer dans chaque établissement de santé doté d'unités de soins critiques un plan de montée en charge du nombre de lits de soins critiques pouvant intégrer un palier avec les SSPI et permettant de connaître à l'avance les différents paliers d'augmentation des capacités aux niveaux régional et national ;
- Constituer des viviers de personnels médicaux et paramédicaux en soins critiques dans chaque région au niveau des établissements, en ciblant les équipes de suppléance, les personnels ayant quitté récemment les services de soins critiques ;
- Développer la participation à la formation spécialisée transversale (FST) « situation sanitaire exceptionnelle ».

Actions et calendrier :

- Diffusion d'ici mi 2022 du guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires ;

² Financement depuis 2020

³ Répertoire opérationnel des ressources

- Intégration dans les décrets des autorisations soins critiques d'une obligation de formalisation d'un plan de montée en charge du capacitaire en situations exceptionnelles pour faire face à un afflux massif de patients et consolidation des plans de montée en charge existants pour déterminer la capacité de réanimation ;
- Diffusion par note d'information aux établissements des orientations pour le développement des compétences dans la FPH pour le plan de formation 2022 ;
- Actualisation du plan ORSAN avec notamment une disposition spécifique transversale « ORSAN Soins Critiques » qui traite de la montée en puissance des soins critiques, ainsi qu'un volet ressources humaines et EVASAN : en cours de relecture par les ARS avec une échéance de validation au 1^e juin 2022.

Annexe 2 Le Dispositif Spécifique Régional (DSR)

Le dispositif spécifique régional de soins critiques⁴, est né suite à la crise COVID qui a montré l'importance du pilotage territorial de l'organisation des soins critiques en lien étroit avec les acteurs de la filière pour coordonner les coopérations entre établissements notamment en cas de besoin de montée en charge du capacitaire de réanimation.

La constitution du DSR sous l'égide de l'ARS vise à améliorer la fluidité des circuits de prises en charge, à faciliter la gestion des transferts et le recours à l'expertise, à anticiper et adapter la réactivité du système de santé en période de tensions sanitaires, à mettre en synergie tous les acteurs des soins critiques adultes et pédiatriques de la région.

Le DSR permet l'organisation des filières de soins critiques adultes et pédiatriques.

L'ensemble des titulaires d'autorisation des mentions 1 et 2 de la modalité de soins critiques adultes font partie de la filière territoriale de soins critiques visant à favoriser et structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques notamment par télé-santé. Les titulaires adhèrent au **dispositif spécifique régional de soins critiques de leur région**.

L'ensemble des titulaires d'autorisation des mentions 1, 2 et 3 de la modalité soins critiques pédiatriques font partie de la filière territoriale de soins critiques pédiatriques visant à favoriser et structurer les coopérations notamment par télé-santé.

Gouvernance et fonctionnement

Le DSR est destiné à favoriser le lien entre les acteurs et assurer une dynamique régionale. Sous l'égide de l'ARS, il est composé :

- d'experts médicaux de réanimation, adulte et pédiatrique, des sites les plus importants en volume d'activité de réanimation, en intégrant les établissements publics et privés
- de représentants de l'ARS

Il peut également associer :

- les représentants de filières d'urgence (dont le SAMU), de trauma center et de soins de spécialité (cardiologie, neuro-vasculaire, hématologie, néphrologie, pneumologie, pédiatrie, obstétrique ...)
- des experts paramédicaux en soins critiques adultes et pédiatriques.

Missions

Leurs principales missions sont les suivantes :

⁴ Un cahier des charges du DSR est annexé à l'instruction N° DGOS/R3/2023/47 du 6 avril 2023 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques

1. Adapter l'organisation et les articulations entre les titulaires d'autorisations de soins critiques ;
2. Participer à l'adaptation des capacités de prises en charge en soins critiques ;
3. Renforcer les modalités de coopérations notamment via la télésanté ;
4. Organiser l'adaptation capacitaire de l'offre de soins critiques, en matériel ainsi qu'en personnel, pour faire face aux variations saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles ;
5. Améliorer la fluidité du parcours patient et promouvoir l'efficacité des soins et renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins ;
6. Diffuser les bonnes pratiques ;
7. Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application de la feuille de route soins critiques ;
8. Communiquer sur les soins critiques de la région.

Objectifs

1. Adapter l'organisation et les articulations entre les titulaires d'autorisations de soins critiques

- Synergie des compétences et ressources en soins critiques au sein de la région ;
- Promotion et formalisation de la qualité des parcours des patients en soins critiques ;
- Cohésion du maillage territorial de la gradation de l'offre de soins critiques ;
- Renforcement des liens des équipes de soins critiques adultes et pédiatriques.

2. Participer à l'adaptation des capacités de prises en charge en soins critiques

- Formalisation des parcours de soins entre services / établissements /SAMU pour fluidifier la communication sur la disponibilité des lits ;
- Articulation avec les filières de spécialité, en amont et en aval de la réanimation ;
- Renforcement de l'articulation avec la médecine, la chirurgie et les SMR afin de fluidifier l'aval ;
- Participation à la gestion des lits de soins critiques et aux transferts à l'échelle régionale.

3. Renforcer les modalités de coopérations notamment via la télésanté

- Organisation des expertises en soins critiques notamment via la télésanté ;

4. Organiser l'adaptation capacitaire de l'offre de soins critiques, en matériel ainsi qu'en personnel, pour faire face aux variations saisonnières et aux situations sanitaires exceptionnelles en évitant les déprogrammations

- Appui de l'ARS pour le pilotage régional de la montée en charge du capacitaire de réanimation en cas de tension et de situation exceptionnelle : mise en cohérence des plans de flexibilité capacitaire et en ressources humaines de chaque site en fonction des besoins infrarégionaux, le cas échéant en lien avec les autres régions et territoires frontaliers ;
- Appui à la constitution et la formation des renforts de personnels paramédicaux.

5. Améliorer la fluidité des parcours patient et promouvoir l'efficacité des soins et renforcer les actions transversales de qualité et de sécurité des soins

- Appui méthodologique et d'expertise ;
- Partage et analyse de données des activités dans le champ des soins critiques ;
- Réflexion sur les outils numériques et moyens de communication adaptés à l'organisation structurelle et territoriale des soins critiques ;
- Promotion et aide à la structuration de coopérations ;
- Déploiement régional du registre des refus d'admission.

6. Diffuser les bonnes pratiques (veille documentaire, formation)

- Le DSR peut venir en appui des établissements pour identifier et établir des critères en lien avec les sociétés savantes concernées pour définir les notions d'expérience et de formation aux soins critiques des médecins non MIR ou MAR (validation qui relève en premier lieu du médecin responsable de l'unité avec la direction de l'établissement). Lors de l'étude du dossier de demande d'autorisation, l'ARS évalue la consistance de l'expérience des médecins

7. Aider à la mise en œuvre des nouvelles autorisations et à l'application de la feuille de route soins critiques**8. Communiquer sur les soins critiques de la région (site ARS, conférences, témoignages, programmes de recherche...)**