

UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE : ENJEUX ET FONCTIONNEMENT

Christophe Baillard

Service d'Anesthésie-Réanimation, Unité de Surveillance Continue-Réanimation, GHU Paris-Seine-Saint-Denis, CHU Avicenne, Bobigny, 93009 - EA 34-09, UFR SMBH Université Paris 13

Email : christophe.baillard@avc.aphp.fr

POINTS ESSENTIELS

- Les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue définissent les règles d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement minimales auxquelles doivent se conformer les établissements de santé pour l'exercice de ces activités.
- Les unités de surveillance continue (USC) prennent en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorés ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique.
- Les USC modifient le circuit du patient, les modalités de sa prise en charge ainsi que l'exercice des professionnels. Les enjeux pour la discipline sont ici majeurs et s'intègrent pleinement dans les perspectives de notre discipline.
- Les logiques de réanimation font appel à la nécessité de disposer de lits dits « intermédiaires » soit d'amont ou le plus souvent d'aval à la réanimation. Les patients ne présentant plus de défaillance d'organes, mais nécessitant encore une surveillance attentive peuvent ainsi être orientés précocement dans les USC libérant dans le même temps un lit « lourd » de réanimation.
- Les logiques de postopératoire et d'anesthésie font appel à la nécessité de disposer de lits d'amont et surtout d'aval à la SSPI. Il s'agit ici pour l'anesthésiste-réanimateur de répondre pleinement au contrat qui le lie avec son patient en disposant d'une structure lui permettant au besoin d'assurer et d'assumer une surveillance répétée et prolongée au-delà de celle habituellement réalisée en SSPI (<24 heures).
- Les USC ouvrent un espace d'exercice propice à l'amélioration de la sécurité des patients et à la qualité de leur prise en charge (monitorage, analgésie, réhabilitation précoce). C'est aussi pour le praticien la possibilité de suivre dans son ensemble le parcours périopératoire des patients « à risque » et de maintenir ses compétences.

INTRODUCTION

Au regard des textes qui réglementent notre activité, la médecine périopératoire s'entend de la consultation préanesthésique (CPA) à la fin de la surveillance après l'intervention. Si le début est clairement identifié, nous devons constater que la fin de la période de prise en charge (PEC) dite « postopératoire » n'est pas bornée. Le décret de 1994 qui fixe les modalités concernant la pratique de l'anesthésie précise la nécessité « d'une surveillance continue après l'intervention » et « d'une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées ». Aucune précision n'est apportée concernant la durée de la période postopératoire au-delà de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) [1]. Mais, pour le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM), la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur débute avec la consultation d'anesthésie et ne cesse qu'à la fin des soins postopératoires du domaine de sa compétence ; l'anesthésiste-réanimateur doit [aussi] être en mesure de surveiller effectivement et d'intervenir sans retard auprès du patient dont il a accepté la responsabilité [2].

Au vu de ce qui précède l'interrogation concernant la place de l'anesthésiste-réanimateur en médecine périopératoire se situe sur la période postopératoire, et plus précisément en aval de la SSPI en gardant à l'esprit que « Sous l'angle de la responsabilité professionnelle, chaque praticien en charge du patient reste responsable de ses actes » [3]. Cela signifie que quelle que soit l'organisation choisie, toute délégation de surveillance et/ou de soins ne saurait désengager la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur dans son domaine de compétence.

QUEL EST LE DOMAINE DE COMPÉTENCE DE L'ANESTHESISTE-REANIMATEUR ?

Là aussi à l'instar du domaine temporel du périopératoire, le domaine de compétence ne peut être circonscrit avec précision. Citons pour mémoire la prise en charge :

- de la prophylaxie thromboembolique pré et postopératoire (étage, ordonnance de sortie) ;
- de la douleur postopératoire ;
- de l'antibioprophylaxie, de l'antibiothérapie curative (postopératoire) ;
- de la gestion d'épargne sanguine préopératoire, de la correction de l'anémie postopératoire ;
- des relais des traitements médicamenteux pré- et postopératoire.

Ces différents éléments (liste non exhaustive) constituant le domaine de compétence doivent faire l'objet d'une évaluation, d'une coordination, d'une répartition des rôles de chacun des praticiens en charge du patient, anesthésiste-réanimateur, chirurgien et d'une manière plus générale de tout praticien en charge du patient dans la période postopératoire. En aval de la SSPI, le patient est dirigé le plus souvent en salle de chirurgie, plus rarement en réanimation chirurgicale et plus récemment en Unité de surveillance continue (USC).

En salle de chirurgie

Le positionnement de l'anesthésiste-réanimateur en salle de chirurgie doit faire l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe médicale (anesthésiste-réanimateur, chirurgien, tout praticien en charge du patient, spécialiste etc.). De même la permanence des soins doit être formalisée. L'encadrement médical doit être en mesure de répondre de façon consensuelle aux questions qui ? Où ? Quand ? et Comment ? À partir de là toutes les organisations sont envisageables en gardant toutefois à l'esprit les principes généraux suivants :

- toute délégation de surveillance et/ou de soins ne saurait désengager la responsabilité du praticien dans son domaine de compétence ;
- si les praticiens interviennent chacun dans leur domaine de compétence, la diligence exclut qu'en situation d'urgence, un médecin se retranche derrière sa spécialité pour s'exonérer de sa mission d'assistance en cas de complication postopératoire quelle qu'en soit la nature ;
- il appartient au praticien de prendre les précautions exigées par le traitement qu'il prescrit.

Conceptuellement, il importe que la fin de la surveillance continue après l'intervention telle que libellée dans le décret de 94 et donc opposable soit tracée. Cela peut être réalisé dans le cadre d'un protocole d'accord de service, par exemple dès la sortie de la SSPI et/ou être tracée dans le dossier médical après une (ou plusieurs) visite (s) postopératoire (s), faisant mention par exemple de « sortie de surveillance anesthésique ». En aval, l'anesthésiste-réanimateur pourra être sollicité en tant que consultant, comme tout médecin spécialiste.

Il est usuel pour les détracteurs, d'opposer à la diversification de notre activité la pénurie d'anesthésistes-réanimateurs et de proposer de recentrer notre « métier » (pour ne pas dire le restreindre) sur les plateaux techniques et notamment le bloc opératoire. La tension sur la démographie médicale et la réduction « du temps médical » abonderaient dans ce sens si nous nous limitons à cette première analyse. Le récent rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire est à ce titre très instructif [4]. Il rappelle que le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences. « L'anesthésie n'est pas un métier, mais une technique » a-t-on pu entendre dire. Une vérité relative si on comprend que notre métier ne se limite pas à la pratique de l'anesthésie au bloc opératoire. Par ailleurs ce rapport initie une vraie réflexion sur les métiers de santé intermédiaire, sujet particulièrement sensible, que notre discipline doit considérer et développer. Il existe en effet un ou des chaînons manquants entre le médecin spécialiste (bac +11) et l'infirmière (bac +3) qu'il faut créer et éviter ainsi « les travers unanimement constatés avec le métier de médecin dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac + 9 ou bac +11 » [4]. Simultanément, la démarche licence-master-doctorat (LMD) implique une réingénierie en profondeur des formations paramédicales. Concernant notre métier, la formation des infirmières anesthésistes (IADE) comportera dans sa nouvelle configuration LMD l'obtention d'un grade Master et la formalisation de pratiques dites avancées, impliquant que celles-ci se distingueront de la pratique habituelle. Il est clair que nous aurons à reconsidérer au sein de notre métier notre activité au regard notamment de celle des IADE nouvellement « gradées et Avancées ». Nous

devrons adapter et corriger certaines dérives constatées ne correspondant pas ou plus pour certaines à des activités en relation avec une formation de niveau bac +11.

UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE

Définition et conditions techniques de fonctionnement des USC

Les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue définissent les règles d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement minimales auxquelles doivent se conformer les établissements de santé pour l'exercice de ces activités. Depuis 2007 tous les établissements de santé en France doivent se conformer aux nouvelles conditions techniques relatives à ces décrets [5, 6].

Distinction entre réanimation, soins intensifs et surveillance continue

La circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003 rappelle la distinction entre réanimation, la surveillance continue et les soins intensifs : la définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 712-90 [7]. Les unités de réanimation doivent être aptes à prendre en charge des patients présentant ou susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës circulatoires, rénales et respiratoires, mettant en jeu leur pronostic vital. Ces patients nécessitent la mise en œuvre prolongée de méthodes de suppléance telles que la ventilation artificielle, le support hémodynamique, l'assistance rénale.

La définition des conditions techniques de fonctionnement des soins intensifs (activités non soumises à autorisation) est fixée à l'article D.712-112. Les unités de soins intensifs ont vocation à prendre en charge les défaillances viscérales liées à une seule spécialité d'organe. Si l'activité de soins intensifs peut donner lieu, pour certaines indications propres à chaque spécialité d'organe, à la pratique d'actes de réanimation, elle ne saurait en aucun cas se confondre avec une activité de réanimation. En cas d'atteinte multiviscérale, les patients doivent être transférés dans une unité de réanimation dans un délai ne pouvant dépasser 48 heures, après contact entre les équipes pour organiser au mieux le transfert.

La définition des conditions techniques de fonctionnement de la surveillance continue (activité non soumise à autorisation) est fixée à l'article D. 712-125. Les USC prennent en charge les patients dont l'état et le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique. Elles constituent un niveau intermédiaire entre d'une part les unités de réanimation et d'autre part les unités de soins classiques. Les unités de surveillance continue ne peuvent en aucun cas prendre en charge de façon prolongée des patients traités par assistance ventilatoire. Le regroupement des lits de surveillance continue dans une unité individualisée est toujours préférable à l'existence de lits non regroupés dédiés à cette activité. Dans le cas où un établissement de santé dispose d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation, il importe que la capacité de l'USC soit suffisamment importante pour ne pas entraver les conditions de transfert des patients d'une unité à l'autre. À cet égard, il est

souhaitable que les capacités de l'USC soient au moins égales à la moitié des capacités de l'unité de réanimation et que ces deux types d'unités soient situés à proximité l'une de l'autre.

Organisation et fonctionnement des USC

La Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) en partenariat avec la Société de réanimation de langue française (SRLF) a édicté des recommandations concernant l'organisation des unités de surveillance continue en 2004 qui sont rappelées ici [8]. Les USC sont de niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques et qu'elles ne sauraient prendre en charge plus de quelques heures des patients nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë. Ceux-ci doivent être transférés dans l'unité de réanimation de l'établissement ou, en son absence, dans l'unité d'un autre établissement avec lequel une convention a été établie. L'USC doit être géographiquement individualisée, les lits regroupés et être adossée à une réanimation lorsqu'elle existe dans l'établissement. Le dimensionnement ne doit pas être inférieur à 4 lits avec un ratio de un lit pour deux lits de réanimation.

Il est aussi apparu nécessaire de proposer dans ces recommandations la distinction entre les USC des établissements disposant d'une réanimation, des USC des autres établissements. Les premières sont destinées à utiliser au mieux les capacités d'accueil en réanimation aussi bien en préalable à un séjour en réanimation qu'à sa suite (assumant les fonctions des unités dites de « post-réanimation »). Par souci de cohérence et de sécurité de prise en charge des malades, l'USC est sous la responsabilité médicale et administrative de la (ou les) équipe(s) de réanimation de l'établissement. L'effectif médical doit permettre la présence d'un médecin exclusivement consacré à cette unité dans la journée. Point important, l'USC ne nécessite pas de garde médicale spécifique. La permanence des soins est assurée par la garde médicale de réanimation à laquelle (auxquelles) est rattachée l'unité. Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, il convient alors que la garde médicale soit complétée par une astreinte opérationnelle, et/ou par une garde formatrice. Lorsque l'ensemble réanimation-USC dépasse 30 lits, ce dispositif est complété par une deuxième garde médicale.

Les USC des établissements ne disposant pas d'un service ou unité de réanimation répondent prioritairement aux besoins des unités d'accueil des urgences et d'hospitalisation ainsi que du bloc opératoire. L'USC peut aussi prendre en charge des patients ayant une défaillance viscérale aiguë suppléée, en particulier par la ventilation mécanique, à la condition qu'une résolution rapide de cette défaillance soit prévisible. L'USC peut également admettre des patients sortant de réanimation ou soins intensifs d'un autre établissement lié par une convention. L'USC est sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie-réanimation ou de réanimateurs médicaux. La permanence médicale des soins n'est pas obligatoirement exclusive à l'unité, mais doit être assurée par un médecin ayant les qualifications, compétences ou expériences attestées par l'article D.712-108 du décret n° 2002-466 du 5 avril 2002. Il sera de préférence de garde sur place pour d'autres activités ou, à défaut, en astreinte opérationnelle. Toutefois, la présence dans l'USC d'un malade bénéficiant d'une technique de suppléance impose sur place la présence du médecin défini plus haut. Cette USC fonctionne en réseau, impliquant des conventions avec les unités de réanimation et les unités de soins intensifs du secteur sanitaire, des secteurs voisins, du territoire de santé. Ces conventions

préciseront notamment les critères de transfert et les modalités de transport des malades entre cette USC et ces unités.

Le personnel paramédical doit être en nombre suffisant pour garantir la continuité de la surveillance 24 h/24, 7 jours/7. L'estimation du nombre nécessaire est de 1 IDE et 1 AS pour 4 malades présents. Quels que soient le mode d'organisation du travail et la taille de l'unité, au moins 2 membres du personnel paramédical doivent être à tout moment physiquement présents dans l'unité. Il est souhaitable que la charge en soins soit évaluée au sein de l'unité afin de revoir éventuellement ces ratios. La présence d'autres personnels tels qu'un kinésithérapeute est également souhaitable. L'USC dispose du personnel nécessaire à son fonctionnement. Ce personnel est regroupé avec celui de l'unité de réanimation de rattachement. En l'absence de réanimation, cette unité dispose d'un personnel spécifique, ayant bénéficié d'une formation adéquate. Un encadrement infirmier spécifique à l'unité est souhaitable. Des moyens spécifiques de secrétariat doivent être prévus, prenant notamment en compte la rotation rapide des patients.

Les locaux de l'USC doivent permettre la mise en œuvre des dispositions réglementaires en matière d'accueil, de conditions d'hospitalisation et d'hygiène hospitalière (prévention des infections nosocomiales). Ils doivent être composés de préférence de chambres individuelles, chacune comprenant, un lit, des sanitaires, au moins un point d'eau, des fluides médicaux, un appareillage de monitoring non invasif de la pression artérielle, d'oxymétrie de pouls et un scope cardiaque. Il doit exister également un report d'alarme ou une centrale. La mise en œuvre d'une ventilation artificielle, la réalisation de clichés radiographiques, d'échographies et d'endoscopies au lit du malade doivent être possibles. De plus, l'accès à un secteur opératoire, à la scanographie et aux examens de laboratoire de routine (hématologie, bactériologie, biochimie, toxicologie) doit être assuré en permanence, soit sur le site, soit par convention avec un établissement en disposant dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des malades.

ENJEUX ET PERSPECTIVES POUR LA DISCIPLINE

Les enjeux pour la discipline sont ici majeurs. Les USC modifient le circuit du patient, les modalités de sa prise en charge ainsi que l'exercice des professionnels. Schématiquement, Les USC s'adressent à deux principaux flux ou interfaces conceptuellement assez différents, ceux de la réanimation et ceux de la SSPI. En caricaturant à peine, s'expriment dans le premier cas des logiques de réanimation et dans le deuxième cas celles concernant la prise en charge postopératoire et d'anesthésie, deux concepts certes différents, mais impliquant souvent les mêmes patients et professionnels avec une intrication organisationnelle réelle. On aura compris que notre discipline, l'anesthésie-réanimation, recouvrant ces deux champs d'activité et de compétence, se positionne naturellement sur les USC. Les USC sont un espace d'exercice naturel des anesthésistes-réanimateurs.

Les logiques de réanimation font appel à la nécessité de disposer de lits dit « intermédiaires » (« intermediate care », « step down » ou « high-dependency » unit des anglo-saxons) soit d'amont ou le plus souvent d'aval à la réanimation. Les patients ne présentant plus de défaillance d'organes, mais nécessitant encore une surveillance attentive peuvent ainsi être orientés précocement dans les USC libérant dans le même temps un lit « lourd » de

réanimation. Dans cette configuration, il y a du sens à ce que l'USC soit sous la responsabilité médicale de l'équipe de réanimation. Il existe bien évidemment aussi des logiques économiques relatives à la valorisation (814 vs 326 euros) et au coût de fonctionnements très différents entre un séjour en unité de réanimation ou en USC. La définition même des 4 critères ouvrant droit à un supplément (forfait USC) journalier [9]:

- Patient admis en post-réanimation (à condition d'avoir eu un forfait réanimation)
- Patient présentant un IGS II sans l'âge ≥ 15
- Patient présentant un IGS II sans l'âge ≥ 7 et :
 - soit un acte thérapeutique justifié par un diagnostic dont la liste est définie (Actes associés aux diagnostics principaux et autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue)
 - soit un diagnostic dont la liste est définie (Diagnostics principaux et autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue)
- Patient admis en postopératoire d'une chirurgie dont la liste est définie (Actes chirurgicaux autorisant la facturation d'un supplément d'USC),

fait apparaître que trois d'entre eux répondent à des logiques de réanimation. Ceci est particulièrement vrai pour les deux premiers : post-réanimation et IGSII sans l'âge ≥ 15 . Difficile d'imaginer un IGSII ≥ 15 , à fortiori sans l'âge, en l'absence de défaillance d'organe alors que ce critère rend éligible au forfait USC, structure devant accueillir des patients sans défaillance ! Seul le quatrième critère fait appel à une spécificité du post-interventionnel.

Les logiques de postopératoire et d'anesthésie font appel à la nécessité de disposer de lits d'amont et surtout d'aval à la SSPI. Il s'agit ici pour l'anesthésiste-réanimateur de répondre pleinement au contrat qui le lie avec son patient en disposant d'une structure lui permettant au besoin d'assurer et d'assumer une surveillance répétée et prolongée au-delà de celle habituellement réalisée en SSPI (<24 h). En anesthésie, chaque médecin devrait alternativement occuper les différentes activités reconnues comme essentielles en pré-, per- et postopératoire. Pourtant, on constate encore trop souvent une dichotomisation, entre ce qui relève de la préparation et de la réalisation d'une activité interventionnelle réalisée sous anesthésie et de la prise en charge post-interventionnelle. Le praticien qui ne participe pas au suivi postopératoire perd l'accès à un pan entier de sa formation médicale continue et s'exclut d'un retour d'expérience fort utile aux maintiens des bonnes pratiques. Les USC permettent un juste retour de cette activité et dans cette configuration, il y a du sens à ce que l'USC soit en continuité de la SSPI et sous la même responsabilité médicale.

Il s'agit des patients les plus « lourds », mais qui ne présentent pas de défaillance d'organe donc non éligibles à la réanimation et/ou pour ceux nécessitant des techniques d'analgésie spécifiques par exemple la péridurale thoracique. Les patients les plus « lourds » ou mieux « les plus à risque de défaillances » sont ceux ayant bénéficié d'une chirurgie et/ou ceux présentant un terrain « à risque ». Concernant la chirurgie, la liste est clairement définie (actes chirurgicaux autorisant la facturation d'un supplément d'USC), mais il en est tout autrement concernant le risque lié au patient. Une réflexion doit en effet être menée pour que les critères d'éligibilité prennent en compte aussi les caractéristiques du patient, notamment ses antécédents médicaux et/ou son état de santé (cardiaque, respiratoire, rénal pour ne citer que ceux-là). Il existe de nombreux scores ou outils évaluant « le risque patient » comme le score ASA ou évaluant le risque dans sa globalité comme le score de POSSUM pour ne citer qu'un

exemple qui devraient être utilisés comme critères d'éligibilité [10]. C'est ici que probablement l'enjeu pour notre discipline est le plus important.

Les USC peuvent faciliter l'organisation et la planification de notre activité et notamment le parcours du patient « lourd ou à risque » en intégrant ces différents éléments. Nous disposons d'enquêtes nationale (enquête Sfar-Inserm) ou internationale (*National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths, NCEPOD*) permettant l'identification des patients à risque élevé de morbi-mortalité postopératoire [11-12]. Ce sont ces patients qui devraient justifier d'une surveillance répétée et prolongée en USC. Ces enquêtes nous révèlent que 37% de la mortalité intervient dans les 3 premiers jours postopératoires, dont 85% des patients avec un score ASA >2, 70% de plus de 70 ans et 70% relevant d'une chirurgie urgente. Observons que ces trois critères pourtant prédictifs de mortalité précoce postopératoire sont insuffisants pour rendre éligibles les patients à l'admission en USC. Le score ASA n'est pas pris en compte, l'âge est exclu de l'IGS2 pour des raisons obscures, la chirurgie urgente ne compte que 8 points. Ainsi, une patiente de 85 ans, ASA 3, opérée en urgence d'une prothèse intermédiaire ou un patient coronarien opéré d'un pontage fémoro-poplité ayant nécessité d'une transfusion peropératoire ne seraient pas éligible à l'USC. Une réflexion doit en effet être menée pour que les critères d'éligibilité soient mieux définis au regard du risque périopératoire.

Les USC ouvrent un espace d'exercice propice à l'amélioration de la sécurité des patients et à la qualité de leur prise en charge (monitorage, analgésie, réhabilitation précoce). C'est aussi pour le praticien la possibilité de suivre dans son ensemble le parcours périopératoire des patients « à risque » et de maintenir ses compétences.

MÉDECINE PÉRIOPÉRATOIRE : INDISPENSABLE POUR UNE SÉCURITÉ GLOBALE DE L'OPÉRÉ. QUELS ENJEUX POUR LA SÉCURITÉ DU PATIENT ?

Ce sont précisément les titres utilisés lors des États généraux de l'anesthésie-réanimation (EGAR) en juin 2010 [13]. À l'occasion de ces EGAR il était rappelé de l'importance « de la consultation préopératoire et d'une procédure de suivi postopératoire pour améliorer la sécurité globale, en particulier des patients à haut risque ». En 20 ans, la mortalité attribuable en tout ou partie à l'anesthésie a reculé d'un facteur 10, mais reste encore distante des systèmes les plus sécurisés comme l'aéronautique. Cette distance ne pourra être franchie dans les prochaines années sans considérer la période postopératoire car la morbi-mortalité y est 500 à 1000 fois plus élevée qu'au bloc opératoire. Parmi les éléments de réflexion abordés aux EGAR on peut citer : l'identification du problème spécifique de l'âge extrême, que 12 % des opérés expliquent 84 % de la mortalité opératoire, d'utiliser au mieux les technologies notamment en terme de monitoring et de la nécessité d'améliorer l'évaluation du pronostic périopératoire. Comment pourrait-on au rEGARd constatations et orientations de notre discipline envisager notre place autrement que décisive et incontournable en médecine périopératoire ?

CONCLUSION

Les USC ouvrent un espace d'exercice propice à l'amélioration de la sécurité des patients et à la qualité de leur prise en charge (monitorage, analgésie, réhabilitation précoce). C'est aussi

pour le praticien la possibilité de suivre dans son ensemble le parcours périopératoire des patients « à risque » et de maintenir ses compétences. Nul doute que c'est aussi un élément important d'attractivité supplémentaire pour notre discipline. Les enjeux relatifs aux USC sont donc majeurs et s'intègrent pleinement dans les perspectives de notre discipline.

RÉFÉRENCES

- [1] Décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne l'anesthésie et modifiant le Code de Santé publique. 94-1050, 1994
- [2] Ordre National des Médecins. Rappel concernant les anesthésies. Bulletin du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 1983;45:27
- [3] Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. Recommandations formalisées d'experts SFAR 2009.
- [4] Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. Janvier 2011
- [5] Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)
- [6] Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets simples) – (J.O. du 7 avril 2002).
- [7] Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.
- [8] Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue. http://www.sfar.org/_docs/articles/uscsfarsrlfreco.pdf
- [9] Règle de facturation du supplément SRC pour les patients sortis à partir du 1er mars 2009. <http://www.atih.sante.fr/?id=00022000B7FF>
- [10] Neary WD, Heather BP, Earnshaw JJ. The Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity (POSSUM). Br J Surg. 2003;90:157-65
- [11] Lienhart A, Auroy Y, Péquignot F, Benhamou D, Warszawski J, Bovet M, Jouglé E. Survey of anesthesia-related mortality in France. Anesthesiology. 2006;105:1087-97
- [12] The National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths 2002. <http://www.ncepod.org.uk/pdf/2002/02full.pdf>
- [13] États Généraux de l'Anesthésie-Réanimation 2010. <http://www.sfar.org/article/210/egar>