

L'unité de soins renforcés en hospitalisation médicale ou chirurgicale : une composante importante de la réorganisation des soins en Etablissement de santé

Communiqué de l'Académie nationale de médecine (*)

4 mars 2022

La réflexion engagée par les pouvoirs publics sur les soins critiques à l'hôpital (unités de réanimation, soins intensifs polyvalents) vise à tirer leçon de la pandémie de Covid-19 pour mieux répondre aux besoins de prise en charge en régime habituel et préparer ce secteur des soins à s'adapter rapidement à un afflux de patients en situation de crise.

Il s'agit notamment d'éviter que l'accroissement des besoins de prise en charge pour soins critiques se traduise, comme au printemps 2020, par une interruption importante des soins programmés, en particulier opératoires, qu'ils soient réalisés par des chirurgiens ou des médecins, y compris pour des patients gravement malades (patients en attente de greffe (1), ou ayant un cancer, par exemple).

Durant la première vague pandémique de Covid-19, cette interruption a été rendue nécessaire par l'indisponibilité des lits de soins critiques, interdisant ainsi l'accueil de patients réclamant une surveillance continue de courte durée au décours d'une intervention chirurgicale lourde, mais aussi par l'indisponibilité des salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI : ex salles de réveil) ou des unités d'ambulatoire, transformées en unités covid temporaires. Lors de cette première vague, elle a entraîné un haut niveau de déprogrammation opératoire (plus de 50%) (2), qui a été à l'origine d'une perte de chance pour de nombreux malades, dont l'état de santé s'est aggravé en raison du report de l'intervention prévue.

La mise en place ou le maintien d'unités de soins renforcés au cœur des secteurs de soins chirurgicaux ou médicaux spécialisés, appuyée sur une adaptation de l'article D 6124-117 du Code de la santé publique, serait une façon de mieux répondre aux besoins de soins, en mode habituel d'activité et en situation de crise.

Ce type d'unités se caractérise par un nombre adapté de lits permettant une prise en charge de courte durée pour des malades, ayant subi des gestes opératoires complexes, réclamant une surveillance étroite et des soins post-opératoires spécifiques, mais dont l'état est stable, sans défaillance viscérale aiguë, donc sans besoin d'une hospitalisation en soins critiques.

Une telle unité ne nécessite pas une présence médicale sur place permanente, mais réclame que la continuité des soins s'appuie sur une astreinte opérationnelle chirurgicale ou médicale au sein des services concernés, notamment durant la nuit et les weekends, et sur une densité de personnels non-médicaux adaptée à la charge en soins que réclament ces patients.

Ce type d'unité :

- est attractif pour les infirmières, en leur permettant d'acquérir les bases d'une formation en pratiques avancées dans la spécialité concernée ;
- fluidifie la gestion des lits ;

(*) Communiqué de la Cellule de Communication Rapide de l'Académie validé par les membres du Conseil d'administration le 28 février 2022.

- permet une mutualisation qui, selon les spécialités et les souhaits des professionnels concernés, mène à des unités de taille adaptée à leur fonctionnalité ;
- coûte moins cher qu'une unité de soins critiques.

L'Académie nationale de médecine souligne l'importance que, dans le cadre de la réflexion engagée sur les soins critiques hospitaliers pour tirer leçon de la pandémie de Covid-19, l'attention soit portée aux unités de soins renforcés en hospitalisation, car de telles unités permettent, :

- En régime habituel,
 - de faire face à l'augmentation du nombre de malades lourds dans les structures chirurgicales ou médicales spécialisées, alors même que la part croissante de la chirurgie ambulatoire évite une hospitalisation aux patients les moins graves ;
 - de répondre à l'augmentation de la charge en soins pesant sur les personnels non-médicaux, dans des secteurs d'hospitalisation post-opératoire aujourd'hui sous-dotés et désorganisés;
 - d'éviter l'accueil de tels patients opérés dans un secteur de soins critiques, alors qu'ils nécessitent avant tout des soins post-opératoires spécifiques, demandant du temps et une technicité particulière, et une surveillance continue par un personnel entraîné;
 - de regrouper et de mutualiser ces lits de soins renforcés selon l'organisation et la nature des activités au sein de l'Etablissement de santé. Seraient ainsi favorisées la complémentarité et la coopération entre certains services de chirurgie ou de médecine, la diversification des compétences, et l'harmonisation des charges de travail des personnels non-médicaux ;
- En situation critique,
 - de disposer rapidement de structures capables de mettre en œuvre des soins lourds et surtout dotées de personnels non-médicaux habitués aux soins renforcés et à la surveillance continue, donc à même de venir, si nécessité, en renfort de secteurs de soins critiques;
 - d'éviter la fermeture de SSPI ou d'unités ambulatoires, qui a été une source importante de déprogrammation en 2020.

Référence :

1. Comment maintenir une activité chirurgicale vitale en cas de crise sanitaire grave ?
L'exemple de la transplantation chez l'adulte. Communiqué de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie, 23 juin 2020
2. DREES, En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors-Covid-19 a diminué de 13% par rapport à 2019, *Etudes & Résultats*, Septembre 2021, 1204, p. 6