



## Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

Groupe Hospitalo-Universitaire Caremeau  
Place du Professeur Robert Debré  
30029 NIMES Cedex 9

# Réanimation et Unité de Surveillance Continue (RUSC) Règlement Intérieur

## PREAMBULE

Vu les dispositions du décret n° 2002 - 465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation ;

Vu les dispositions du 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 ;

Vu la 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.

Les modalités suivantes de fonctionnement sont proposées pour l'unité de réanimation et de surveillance continue (RUSC) :

## Partie 1 - Unité de surveillance continue

### ARTICLE 1 : PRINCIPES GENERAUX DU FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE

L'unité de surveillance continue comprend 8 lits dont la capacité va augmenter à 12 (hivers 2016-2017) puis 15 (printemps 2017) situés Hall 4 niveau - 3 dans une unité de réanimation et de surveillance continue (RUSC) comprenant également 5 lits de réanimation (printemps 2017).

Elle admet en hospitalisation par ordre de priorité :

- des patients pris en charge dans tous les services de chirurgie du CHU de Nîmes et de l'institut de cancérologie du Gard (ICG).
- des patients pris en charge dans les unités de réanimation chirurgicale et de réanimation médicale,
- des patients de traumatologie via l'unité d'accueil des urgences vitales, après avis et accord du ou des services de chirurgies concernés par les lésions constatées.
- Cette unité n'accueillera des patients de médecine que lors de son déploiement final (20 lits) prévu pour mai 2017. Avant cette date, les patients porteurs de pathologie médicale ne sont pas pris en charge dans cette unité.

Cette USC constitue une unité fonctionnelle du Service des Réanimations.

En accord avec le Dr COHENDY, chef de Pôle du pôle ARDU et le Dr MULLER, chef de service des Réanimations, le responsable d'unité fonctionnelle est Mme le Dr BOUTIN Caroline pour une durée de 3 ans renouvelable.

## **ARTICLE 2 : ADMISSION DES PATIENTS**

Seront hospitalisés dans cette unité, uniquement sur prescription médicale (anesthésique et réanimatrice), les patients, relevant d'une surveillance médicale et paramédicale rapprochée ou continue au-delà des possibilités actuellement offertes dans les lits d'hospitalisation des services de spécialités chirurgicales.

### **☞ Critères d'admission**

- 1) Patients porteurs d'une pathologie susceptibles de s'aggraver brutalement.
- 2) Patients ne nécessitant pas de réanimation ni de suppléance d'une grande fonction mais susceptibles de présenter une défaillance viscérale unique ou multiple
- 3) Patients nécessitant des techniques ventilatoires visant à prévenir la défaillance respiratoire aiguë : ventilation non invasive.
- 4) Patients nécessitant une analgésie lourde comprenant la perfusion continue d'agents anesthésiques ou antalgique, voire l'utilisation d'analgésie loco régionale telle que l'analgésie péridurale.
- 5) Patients nécessitant une surveillance hémodynamique, rénale ou neurologie continue.

### **☞ Procédure d'admission**

- 1) La validation de la planification des places, pour les entrées programmées, est réalisée au plus tard le vendredi pour la semaine suivante, après la réunion de programmation opératoire des services de chirurgie. Une confirmation la veille et le matin de l'intervention est nécessaire afin de s'assurer de la disponibilité des places.
- 2) Les demandes d'hospitalisation sont transmises aux médecins et au cadre de l'unité RUSC.
- 3) En cas de difficulté à admettre un patient par manque de place, la décision est prise par le responsable médical de l'unité, en concertation avec les services de chirurgie et d'anesthésie, en tenant compte de l'antériorité respective des demandes.

## **ARTICLE 3 : CRITERES DE SORTIE DES PATIENTS**

- 1) Validation concertée entre le médecin anesthésiste et/ou réanimateur et le chirurgien de la discipline concernée.
- 2) Acceptation par le médecin de la discipline concernée.
- 3) Transfert dans un lit d'hospitalisation classique si évolution favorable.
- 4) Transfert vers une unité de réanimation ou de soins intensifs si défaillance d'organe.

#### **ARTICLE 4 : ORGANISATION MEDICALE**

##### **1) Aux heures ouvrables :**

Les soins médicaux (visites et prescriptions dans le logiciel « Réassist » de la société Evolucare) sont prodigués par les médecins anesthésistes et/ou réanimateurs présents au nombre de un (tant que 8 lits) à deux sur l'USC.

Les prescriptions seront faites à l'entrée du patient dans l'unité après consultation du dossier d'anesthésie comportant les transmissions spécifiques relatives au patient. Des protocoles de prises en charges spécifiques selon le type de la chirurgie (en cours d'élaboration ou de formalisation) seront par ailleurs, disponibles dans le logiciel « Réassist » pour aider à la prescription.

La présence d'un à plusieurs internes dans l'unité restera à définir lors de l'ouverture définitive des lits.

Le médecin présent doit par ailleurs veiller à la bonne tenue des dossiers des patients :

- En effectuant une observation d'entrée à partir de la trame se trouvant dans CRH RUSC dans CRH du disque B puis en le copiant dans HDM du dossier patient informatisé « Clinicom » du CHU et en renseignant dans l'observation l'IGS du patient à la 24<sup>ème</sup> heure,
- En précisant régulièrement les éléments d'évolution des patients dans le dossier patient informatisé « Clinicom » du CHU,
- En réalisant un compte-rendu d'hospitalisation renseignant systématiquement le traitement de sortie qui devra être également facilement consultable dans le dossier patient informatisé en copiant l'évolution dans le service, la conclusion et le traitement de sortie dans la rubrique évolution du dossier patient informatisé.

Le médecin doit également veiller à la bonne saisie des PMSI en tenant à jour la saisie quotidienne des actes CCAM et des RUMs lors de la sortie du patient de l'unité. Un TIM est éventuellement disponible pour aider à cette saisie à raison d'une demi-journée par semaine.

Concernant les rapports avec les équipes chirurgicales :

L'équipe de chirurgie digestive fera un point sur ses patients le matin vers 07 h 45 avec le médecin de garde.

L'équipe de chirurgie vasculaire fera un point sur ses patients l'après midi.

Il est impératif de demander un avis chirurgical systématique dans les cas suivants, dans

l'attente de la procédure commune en cours d'élaboration entre les pôles Chirurgies et ARDU, sur la base de document de la HAS (novembre 2015) intitulé : « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens ; mieux travailler en équipe » :

- l'ablation de drains
- la reprise alimentaire
- toute prescription de prostigmine ou de dérivés de la somatostatine
- toute anticoagulation après chirurgie vasculaire
- le transfert en unité d'hospitalisation conventionnelle

Quelle que soit la spécialité chirurgicale, il est souhaitable qu'un compte rendu provisoire soit saisi dès le fin de l'intervention dans le logiciel clinicom, au chapitre « Evolution ».

De même, lorsque que le service de chirurgie souhaite un traitement ou une action spécifique, il en avertit oralement le médecin de garde du RUSC. Dans un but de traçabilité, cette demande doit être consignée dans le logiciel clinicom, au chapitre « Evolution ».

## **2) En garde, nuit, week-end et jours fériés :**

Un médecin anesthésiste et/ou réanimateur est de garde sur place.

Ses obligations médicales (visite, prescription, tenue de dossier et saisie des PMSI) sont identiques à la période de jour.

Il est par ailleurs recommandé de prescrire le traitement de sortie du patient dans le logiciel « Pharma » permettant ainsi d'éviter des erreurs ou oublis de prescription lorsque le médecin du nouveau service receveur n'est pas physiquement présent pour accueillir le patient.

Il est impératif de demander un avis chirurgical systématique dans les cas suivants :

- l'ablation de drains et sonde d'alimentation
- la reprise alimentaire
- toute prescription de prostigmine ou de dérivés de la somatostatine
- toute anticoagulation après chirurgie vasculaire
- le transfert en unité d'hospitalisation conventionnelle

## **6) En cas d'urgence vitale :**

Appel du médecin anesthésiste et/ou réanimateur de garde dans l'unité au **06 70 40 58 26**.

## Partie 2 - Réanimation

### **ARTICLE 1 : PRINCIPES GENERAUX DU FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE**

A partir du printemps 2017, l'unité de réanimation comprendra 5 lits associés aux 15 lits de l'unité de surveillance continue situés au Hall 4 niveau - 3 dans une unité de réanimation et de surveillance continue (RUSC).

Elle admet en hospitalisation :

- des patients en défaillance d'un à plusieurs organes hospitalisés dans tous les services de chirurgie du CHU de Nîmes et de l'institut de cancérologie du Gard (ICG),
- des patients en défaillance d'un à plusieurs organes, de traumatologie via l'unité d'accueil des urgences vitales du service des urgences enfin
- des patients en défaillance d'un à plusieurs organes, de médecine via l'unité d'accueil des urgences vitales du service des urgences.

Cette réanimation constitue une unité fonctionnelle du Service des Réanimations.

En accord avec le Dr COHENDY, chef de Pôle du pôle ARDU et le Dr MULLER, chef de service des Réanimations, le responsable d'unité fonctionnelle est Mme le Dr BOUTIN Caroline pour une durée de 3 ans renouvelable.

### **ARTICLE 2 : ADMISSION DES PATIENTS**

#### **☞ Critères d'admission**

Patients nécessitant une ou plusieurs suppléances d'une grande fonction qu'ils soient déjà hospitalisés ou non dans un service de spécialité chirurgicale ou médicale.  
Les admissions directes étant possibles.

#### **☞ Procédure d'admission**

Dépendant uniquement de l'appréciation médicale présente.

### **ARTICLE 3 : CRITERES DE SORTIE DES PATIENTS**

- 1) Validation concertée entre le médecin anesthésiste et/ou réanimateur et le chirurgien de la discipline concernée.
- 2) Acceptation par le médecin de la discipline concernée.
- 3) Transfert dans un lit d'hospitalisation classique si évolution favorable.
- 4) Transfert vers les lits de surveillance continue si le patient le nécessite.

## **ARTICLE 4 : ORGANISATION MEDICALE**

**Un des médecins de l'unité est joignable 24h/24 et 7/7j au numéro suivant :  
06 70 40 58 26**

### **1) Aux heures ouvrables :**

Les soins médicaux (visites et prescriptions dans le logiciel « Réassist ») sont prodigués par les médecins anesthésistes et/ou réanimateurs présents au nombre de un à deux sur les lits de réanimation et les 3 lits d'USC lourde.

A noter, que les prescriptions seront faites à l'entrée du patient dans l'unité après consultation du dossier d'anesthésie comportant les transmissions spécifiques relatives au patient, le cas échéant. Des protocoles de prises en charges spécifiques selon le type de la chirurgie (en cours d'élaboration ou de formalisation) seront par ailleurs, disponibles dans le logiciel « Réassist » pour aider à la prescription.

La présence d'un à plusieurs internes dans l'unité restera à définir lors de l'ouverture définitive des lits.

Le médecin présent doit par ailleurs veiller à la bonne tenue des dossiers des patients :

- En effectuant une observation d'entrée à partir de la trame se trouvant dans CRH RUSC dans CRH du disque B puis en le copiant dans HDM du dossier patient informatisé « Clinicom » du CHU et en renseignant dans l'observation l'IGS du patient à la 24<sup>ème</sup> heure,
- En précisant régulièrement les éléments d'évolution des patients dans le dossier patient informatisé « Clinicom » du CHU,
- En réalisant un compte-rendu d'hospitalisation renseignant systématiquement le traitement de sortie qui devra être également facilement consultable dans le dossier patient informatisé en copiant l'évolution dans le service, la conclusion et le traitement de sortie dans la rubrique évolution du dossier patient informatisé.

Le médecin doit également veiller à la bonne saisie des PMSI en tenant à jour la saisie quotidienne des actes CCAM et des RUMs lors de la sortie du patient de l'unité. Un TIM est éventuellement disponible pour aider à cette saisie à raison d'une demi-journée par semaine.

Il est impératif de demander un avis chirurgical systématique dans les cas suivants :

- l'ablation de drains
- la reprise alimentaire
- toute prescription de prostigmine ou de dérivés de la somatostatine
- toute anticoagulation après chirurgie vasculaire
- le transfert en unité d'hospitalisation conventionnelle

### **2) En garde, nuit, week-end et jours fériés :**

Un médecin anesthésiste et/ou réanimateur est de garde sur place.

Ses obligations médicales (visite, prescription, tenue de dossier et saisie des PMSI) sont inchangées.

Il est par ailleurs recommandé de prescrire le traitement de sortie du patient dans le logiciel « Pharma » permettant ainsi d'éviter des erreurs ou oublis de prescription lorsque le médecin du nouveau service receveur n'est pas physiquement présent pour accueillir le patient.

Concernant les rapports avec les équipes chirurgicales : ils sont identiques aux heures ouvrables.

### **7) En cas d'urgence vitale :**

Appel du médecin anesthésiste et/ou réanimateur de garde dans l'unité au **06 70 40 58 26**.

## Partie 3 - Organisation paramédicale

### ARTICLE 1 : EFFECTIFS CIBLES A L'OUVERTURE COMPLETE DES LITS DE SOINS CONTINUS ET DE REANIMATION :

#### 1) Les effectifs : total de 61,5 ETP

- IDE : 31 ETP travaillant en 12 h répartis en 5 IDE le jour et 5 la nuit sauf un ETP référent matériel en 7h30
- AS : 24 ETP travaillant en 12 h répartis en 4 AS le jour et 4 la nuit.
- ASH : 5,5 ETP travaillant en 7h30
- Cadre de santé : 1 ETP travaillant en 7h30
- Un ETP secrétaire médicale
- Un ETP de kinésithérapie
- Un ETP psychologue, mutualisé pour les 3 unités du service : réanimation chirurgicale, médicale, RUSC.
- Temps dédié de nutritionniste, assistante sociale, orthophoniste.

#### 2) Les postes fonctionnels cibles

	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Secteur 5	Total Postes fonctionnels
IDE	2 lits réas	2 lits réas	1 réa+ 3 sc tièdes +	6 lits SC	6 Lits SC	<b>5 IDE H24</b>
	<b>Secteur1</b>		<b>Secteur 2</b>	<b>Secteur 3</b>	<b>Secteur 4</b>	
AS	4 lits réas		1 réa+ 3 sc tièdes +	6 lits SC	6 lits SC	<b>4 AS H24</b>

### ARTICLE 2 : EFFECTIFS POUR 8 LITS DE SOINS CONTINUS :

- Concernant les IDE : 10 ETP travaillant en 12 h et répartis en 2 IDE le jour, 1 la nuit actuellement puis 2 sauf IDE matériel en 7h30.
- Concernant les AS : 9 ETP travaillant en 12 h et répartis en 2 AS le jour, 1 AS la nuit.



- Concernant les ASH : 2 ETP
- Concernant le cadre de santé : 1 ETP mais actuellement l'IDE référent matériel fait faisant fonction de cadre

**ARTICLES 3 EFFECTIFS IFS POUR 12 LITS DE SOINS CONTINUS :**

**1) Les effectifs :**

- Concernant les IDE : 20 ETP travaillant en 12 h et répartis en 2 IDE le jour, 1 la nuit actuellement puis 2 sauf IDE matériel en 7h30.
- Concernant les AS : 18 ETP travaillant en 12 h et répartis en 2 AS le jour, 1 AS la nuit.
- Concernant les ASH : 3 ETP
- Concernant le cadre de santé : 1 ETP travaillant en 7h30

**2) Les postes fonctionnels cibles :**

3 propositions (postes fonctionnels/ETP nécessaires)

	Nombre IDE		Nombre AS	
	jour	nuit	jour	nuit
Proposition 1	3	3	3	3
Proposition 2	3	3	2	2
Proposition 3	2	2	2	2
Nombre ETP Alloués	19		18	
Nombre ETP nécessaires	Proposition 1 : 18 IDE +18 AS + 1 IDE MATERIEL (du lundi au vendredi) Proposition 2 : 15 IDE+ 15 AS + 1 IDE MATERIEL (du lundi au vendredi) Proposition 3 : 12 IDE+12 AS + 1 IDE MATERIEL (du lundi au vendredi)			

**3) Impact sur la possibilité de formation des personnels non médicaux :**

Il est nécessaire dès le mois de janvier, d'organiser la formation du personnel paramédical aux soins de réanimations.

En fonction, de l'organisation des postes fonctionnels (choix 1, 2 ou 3), les besoins en ETP ne sont pas les mêmes, impactant, de fait, les possibilités de dégager du personnel pour la formation, comme le montre le tableau ci-dessous.

Possibilité formation	Proposition 1	Proposition 2	Proposition 3
IDE	1	4	7
AS	0	3	6