

REFORME DES SOINS CRITIQUES

Webinaire accompagnement des établissements du 04.11.2025

Référents régionaux Soins critiques :

- Dr VENUTOLO FRANCOIS
- Mme MARION MORCANT

Tous mobilisés pour la
de 6 millions de personnes en Occitanie



Rappels pour le bon déroulement de la séance

- Ce webinaire est enregistré et sera mis à disposition après l'événement.
- Le webinaire débutera par une phase de présentations durant laquelle les micros seront coupés
- Si vous avez des questions pendant la présentation, n'hésitez pas à les poser dans le chat.
- Les questions seront regroupées et abordées lors de la session de dialogue à la fin du webinaire.



NOTRE PROGRAMME

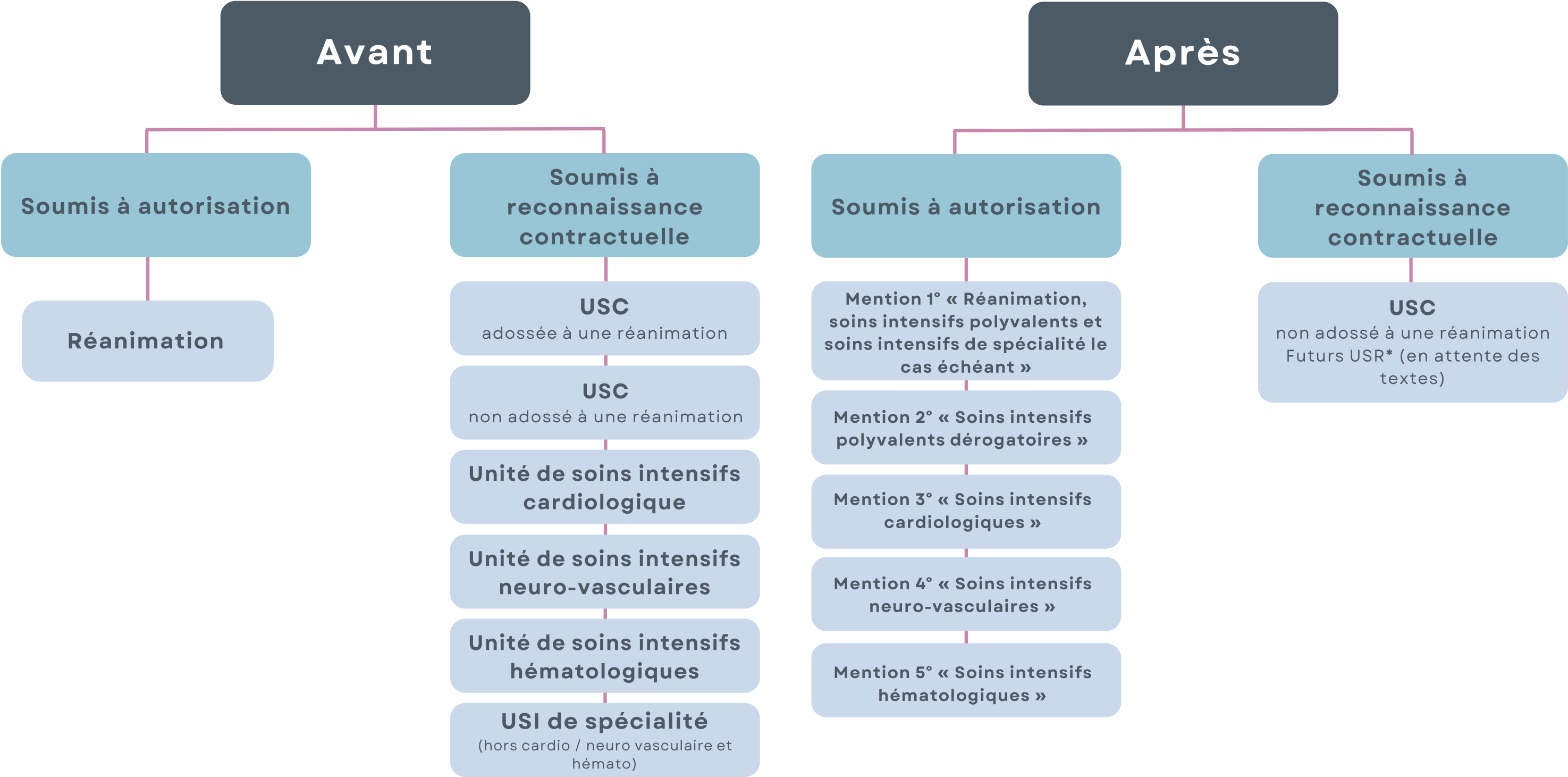


I – Rappel des points essentiels de la réforme :

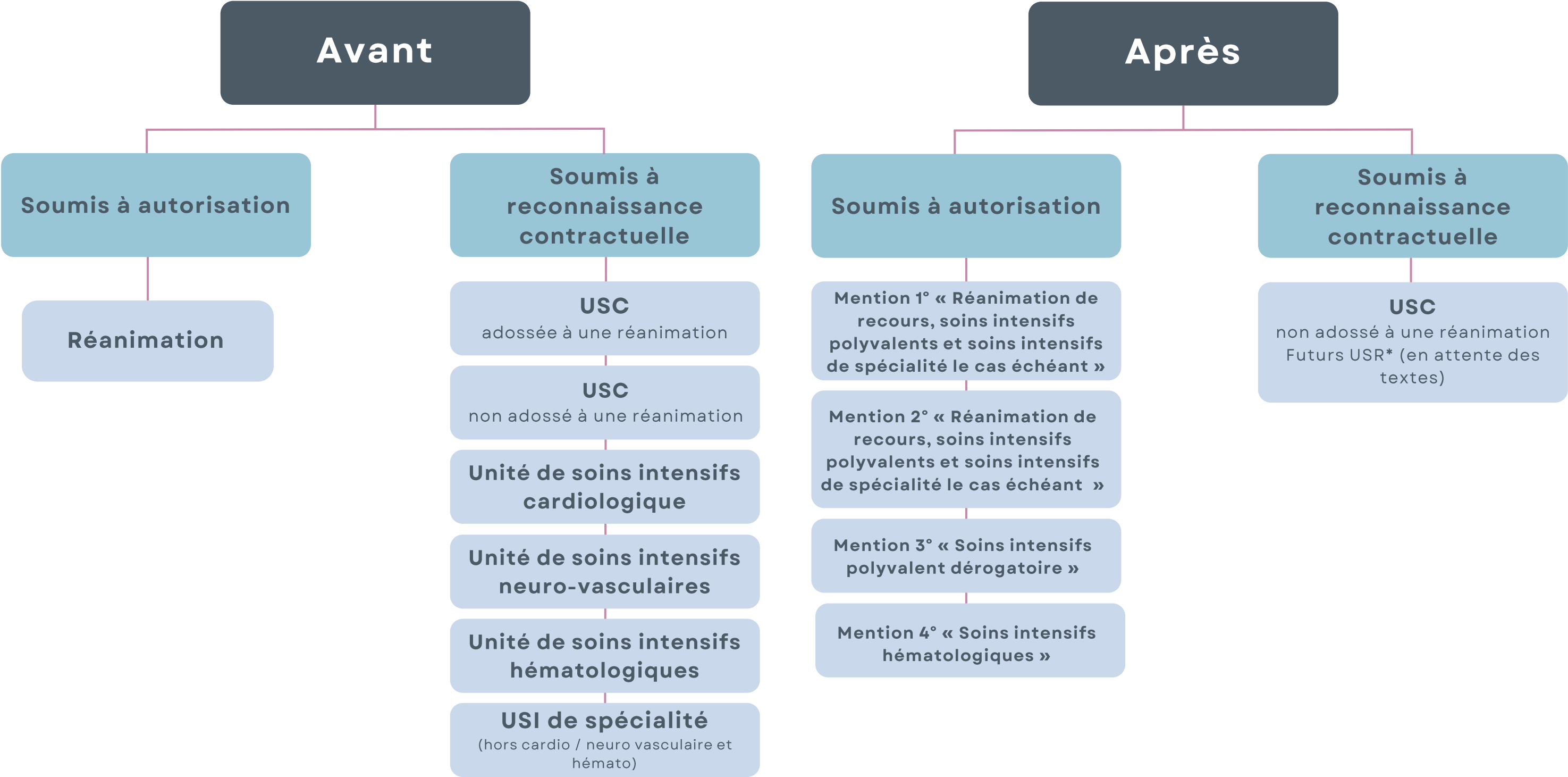
- Les mentions
- Les typologies de patients
- Les capacités exigées
- La PDSES
- Les ratios médicaux et paramédicaux
- La notion de contiguïté
- Point sur les USC futures USR
- Les financements
- Constitution du DSR

II – Temps d'échange avec les participants

L'ÉVOLUTION DES MENTIONS : ADULTE



L'ÉVOLUTION DES MENTIONS : PEDIATRIE



FOCUS SUR LES PLATEAUX DE SOINS CRITIQUES

Réanimation



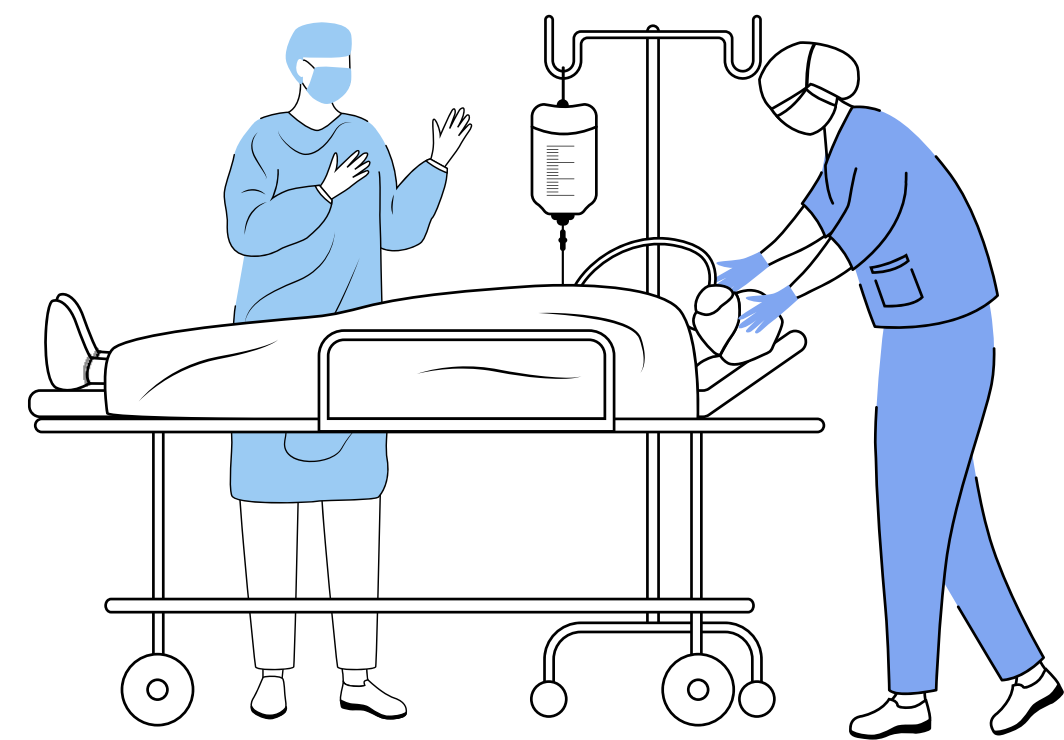
Soins intensifs
polyvalent ou de
spécialité



PTSC

Des unités mutualisées : Le plateau de soins critiques (PTSC) se compose d'une unité de réanimation et d'une unité de soins intensif polyvalent ou de spécialité contigüe à cette dernière.

- **Équipement identique** → objectif : pouvoir transformer des lits d'USIP en lits de réanimation en cas de besoin
- **Mutualisation des équipes** → le PTSC est vu comme une seule unité
- **Pilotage unique**



DES TYPOLOGIES DE PATIENTS RÉVISÉES : ADULTE



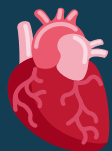
L'UNITE DE REANIMATION

- Présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance



LES USIP ADOSSES OU DEROGATOIRES

- Susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.



LES USIC

- Présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie cardiovasculaire
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Imposant des traitements spécifiques cardiologiques
- Pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance.



LES USINV

- Présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie neuro-vasculaire
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires de prévention et de rééducation neurologique et cognitive.



LES USIH

- Présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Imposant des traitements spécifiques hématologiques
- Pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile.

DES TYPOLOGIES DE PATIENTS RÉVISÉES : PÉDIATRIQUE



L'UNITÉ DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE DE RECOURS

- Patients âgés de moins de dix-huit ans
- Présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës
- Mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- Pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance
- Dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers du fait de sa rareté ou sa complexité.



L'UNITÉ DE RÉANIMATION PÉDIATRIQUE

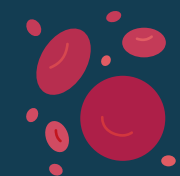
- Patients âgés de moins de dix-huit ans qui
- Présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës
- Mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- Pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance



LES USIP ADOSSES ET DEROGATOIRES

- Patients âgés de moins de dix-huit ans
- Susceptibles de présenter une défaillance aiguë
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation.

Lorsque le patient présente une ou plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel et nécessitant un traitement de suppléance d'organe, il est transféré en réanimation



LES USIH

- Patients âgés de moins de dix-huit ans
- Présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à une pathologie hématologique
- Mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel
- Imposant des traitements spécifiques hématologiques
- Pouvant nécessiter un ou des séjours en secteur stérile

LES CAPACITÉS EN LITS : ADULTES

Site avec réanimation

UREA + USIP*
14 lits minimum
8 + 6

USI de spécialité
6 lits minimum

Site sans réanimation

USIP* dérogatoire
6 lits minimum

Site avec ou sans réanimation

USIC
6 lits minimum

USINV
4 lits minimum

USIH
6 lits minimum

*Unité de soins intensifs polyvalents
**Unité de soins renforcés (hors champ des soins critiques)

Pour les **anciens USC isolés**
deux possibilités

USIP **USR****
dérogatoire (textes a venir)

LES CAPACITÉS EN LITS : PEDIATRIQUE

Site avec réanimation

UREA + USIP**
(mention 1 UREA de recours)
minimum
8*+ 4

UREA + USIP**
(mention 2)
minimum
8*+ 4



Attention si réa néonate contigüe
et mutualisée → 4 lits UREA

Site sans réanimation

USIP dérogatoire**
4 lits minimum

Site avec ou sans réanimation

USIH
4 lits minimum

Pour les **anciens USC isolés**
deux possibilités

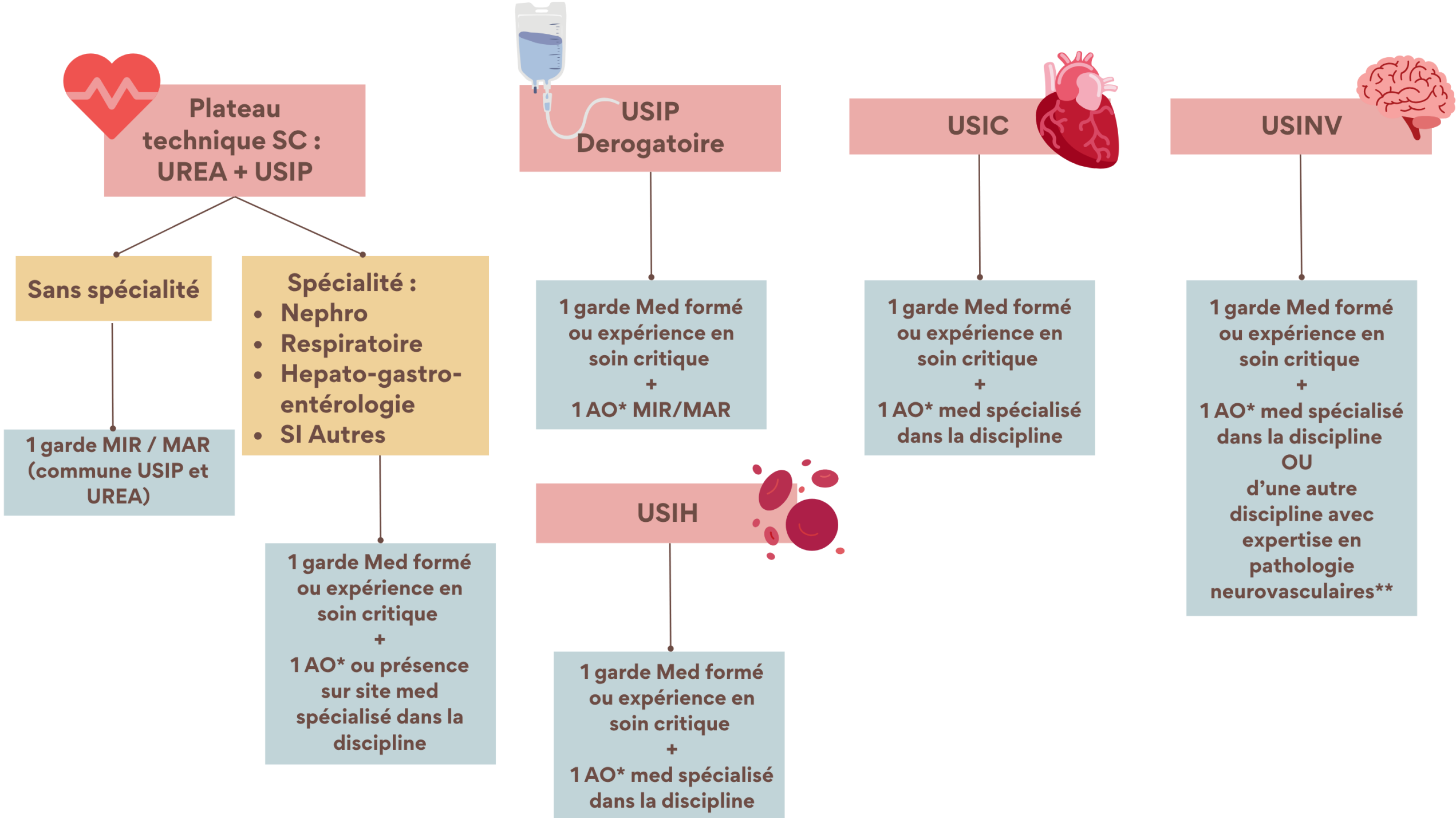
USIP **USR****
dérogatoire (textes à venir)

**Unité de soins intensifs polyvalents

***Unité de soins renforcés (hors champ
des soins critiques)

*Capacité +2 si création ou reconstruction/restructuration d'un secteur existant

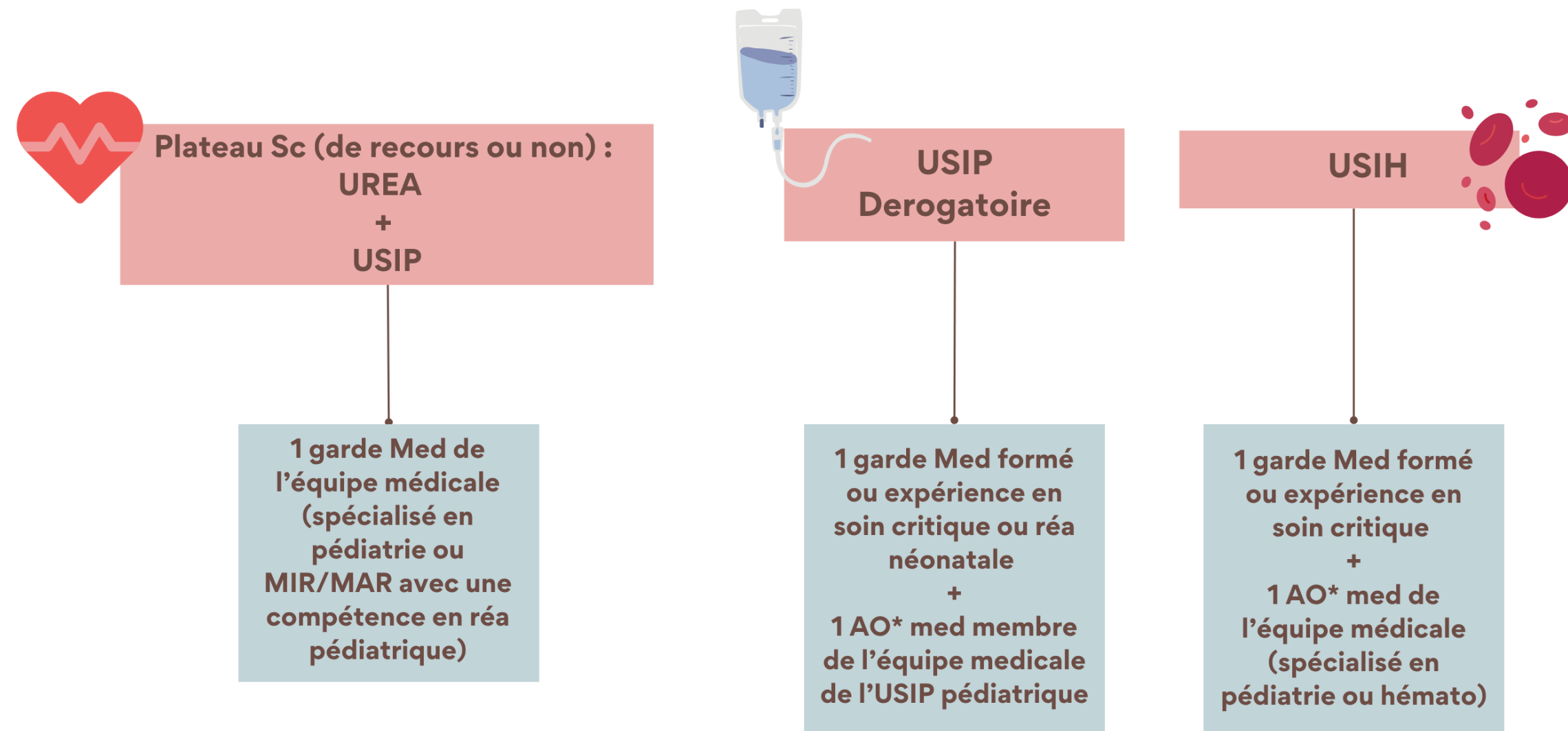
L'ORGANISATION DE LA PDSES : ADULTE



*Pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins

**Remplacé par med spécialisé dans la discipline si autorisation activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie

L'ORGANISATION DE LA PDSES : PEDIATRIQUE



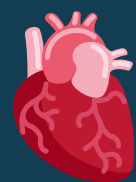
*Pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins

LES RATIOS MEDICAUX ADULTE



L'UNITE DE REANIMATION / LES USIP ADOSES ET DEROGATOIRES

- médecins spécialisés en médecine intensive réanimation ou en anesthésie réanimation
- Le cas échéant d'autres médecins spécialisés en soins critiques
- de jour : au moins deux médecins membres de l'équipe médicale
- Si besoins : psychiatre, MPR.



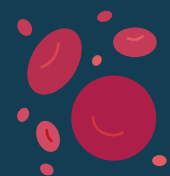
LES USIC

- Médecins spécialisés en cardiologie et médecine des affections vasculaires ou spécialisés en pathologies cardiovasculaire
- Un médecin coordonnateur membre de l'équipe médicale et justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques



LES USINV

- Médecins avec un expertise neurovasculaire
- Un médecin neurologue coordonnateur membre de l'équipe médicale



LES USIH

- Médecins spécialisés en hématologie
- Médecin coordonnateur membre de l'équipe médicale et disposant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques



LES USI DE SPÉCIALITÉ / AUTRES

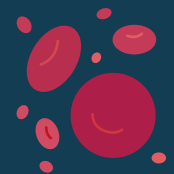
- Médecin spécialisé dans la discipline concerné
- MIR / MAR

LES RATIOS MEDICAUX PÉDIATRIQUE



L'UNITE DE REANIMATION, DE LA RÉANIMATION DE RECOURS AINSI QUE LES USIP ADOSSÉS

- médecins spécialisés en pédiatrie, en médecine intensive réanimation ou en anesthésie réanimation avec une compétence pédiatrique
- Lorsqu'il exerce en réanimation pédiatrique → médecins ont une compétence en néonatalogie ou en réanimation pédiatrique + une expérience de deux ans minimum dans ces services
- Lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique de recours → médecins ont une compétence ou expérience (deux ans minimum) en réanimation pédiatrique.
- Un médecin coordonnateur membre de l'équipe médicale de l'unité (minimum deux ans d'expérience en réa pédiatrique et 5 ans si UREA de recours)
- Si besoins : tout médecin spécialistes nécessaires à la prise en charge notamment en pédopsychiatrie



LES USIH

- Médecins spécialisés en pédiatrie
- Médecins spécialisés en hématologie
- Si besoins : des médecins spécialistes nécessaires à la prise en charge des patients notamment en pédopsychiatrie

LES RATIOS PARAMEDICAUX ADULTE



L'UNITE DE REANIMATION / LES USIP ADOSES

- 2 IDE pour 5 **lits ouverts**
- 1 AS pour 4 **lits ouverts**
- 1 masseur kinésithérapeute en mesure d'intervenir 7j/7 et justifiant d'une expérience attestée en SC
- 1 psychologue

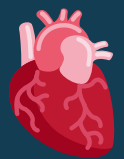
Si besoin : 1 diététicien / 1 ergothérapeute / du personnel à compétence biomédicale



LES USI DE SPÉCIALITÉ / AUTRES ET USIP DEROGATOIRE

- 1 IDE pour 4 lits ouverts
- Les AS : ☀ 1 AS pour 4 lits ouverts / 🌙 1 AS pour 8 lits ouverts
- 1 masseur kinésithérapeute expérimenté en SC
- 1 cadre de santé

Si besoins : 1 psychologue / 1 diététicien / 1 ergothérapeute / du personnel à compétence biomédicale



LES USIC

- 1 IDE pour 4 lits ouverts
- Les AS : ☀ 1 AS pour 4 lits ouverts / 🌙 1 AS pour 8 lits ouverts
- 1 masseur kinésithérapeute
- 1 cadre de santé

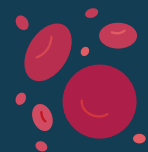
Si besoins : 1 psychologue / 1 assistant social / du personnel à compétence biomédicale



LES USINV

- 1 IDE pour 4 lits ouverts
- Les AS : ☀ 1 AS pour 4 lits ouverts / 🌙 1 AS pour 8 lits ouverts
- 1 masseur kinésithérapeute
- 1 cadre de santé

Si besoins : 1 psychologue / 1 assistant social / du personnel à compétence biomédicale



LES USIH

- 1 IDE pour 4 lits ouverts
- Les AS : ☀ 1 AS pour 4 lits ouverts / 🌙 1 AS pour 8 lits ouverts
- 1 masseur kinésithérapeute
- 1 cadre de santé

Si besoins : 1 psychologue / 1 assistant social / du personnel à compétence biomédicale

LES RATIOS PARAMEDICAUX PÉDIATRIQUE



L'UNITE DE REANIMATION DE RECOURS

- 2 IDE pour 4 **lits ouverts**
- **1 IDE de puériculture sur 4 IDE**
- 1 AS ou auxiliaire de puériculture pour 4 **lits ouverts**
- 1 masseur kinésithérapeute 7j/7 justifiant d'une expérience attestée en SC pédiatriques
- 1 psychologue
- 1 cadre de santé

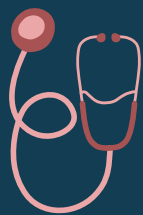
Si besoin : 1 orthophoniste / 1 psychomotricien / 1 Assistant social



L'UNITE DE REANIMATION

- 2 IDE pour 5 **lits ouverts**
- **1 IDE de puériculture sur 4 IDE**
- 1 AS ou auxiliaire de puériculture pour 4 **lits ouverts**
- 1 masseur kinésithérapeute 7j/7 justifiant d'une expérience attestée en SC pédiatriques
- 1 psychologue
- 1 cadre de santé

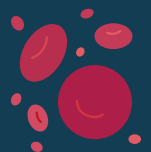
Si besoin : 1 orthophoniste / 1 psychomotricien / 1 Assistant social



LES USI POLYVALENTS ACCOLÉS / DE SPÉCIALITÉ / AUTRES ET USIP DEROGATOIRE

- 1 IDE pour 4 **lits ouverts**
- **1 IDE de puériculture sur 4 IDE**
- 1 AS ou auxiliaire de puériculture pour 4 **lits ouverts**
- 1 masseur kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en SC pédiatriques
- 1 cadre de santé

Si besoin : 1 psychologue / 1 orthophoniste / 1 psychomotricien / 1 Assistant social



LES USIH

- 1 IDE pour 4 **lits ouverts**
- **1 IDE de puériculture sur 4 IDE**
- 1 AS ou auxiliaire de puériculture pour 6 **lits ouverts**
- 1 masseur kinésithérapeute 7j/7 justifiant d'une expérience attestée en SC pédiatriques
- 1 cadre de santé

Si besoin : 1 psychologue / 1 Assistant social / du personnel à compétence biomédicale

LA NOTION DE CONTIGÜITÉ

Objectif de l'exigence de contigüité → on raisonne en plateau technique de soins critiques (UREA + USIP) avec des équipes, du matériel et un encadrement mutualisé.

Cette exigence ne relève pas d'une simple contrainte d'aménagement : elle répond à une logique de sécurité, de qualité et d'efficacité des soins.

- Pour les patients, la proximité physique garantit une prise en charge rapide en cas d'aggravation de l'état de santé, sans délai de transfert ou rupture de surveillance.
- Pour les équipes, la contigüité facilite la collaboration et le partage de compétences, notamment entre réanimateurs, intensivistes et soignants.
- Pour l'établissement, elle permet une meilleure organisation des flux et une mutualisation des moyens (locaux, équipements, personnels de garde, etc.).



Attention → si proximité immédiate (unités situées dans le même bâtiment ou dans un bâtiment adjacent) le décret laisse 7 ans pour la mise en conformité

En pratique :

→ La contigüité entre la réanimation et l'unité de soins intensifs (USI) signifie que ces deux unités doivent être directement reliées, c'est-à-dire situées côte à côte, sur un même plateau technique, avec des espaces communs immédiatement accessibles.

→ un patient doit pouvoir être transféré d'une unité à l'autre sans changer d'étage, sans traverser un autre service ou des zones communes du bâtiment. Les deux unités doivent fonctionner comme un ensemble cohérent, permettant une circulation fluide des patients, du personnel, du matériel et des informations.

→ La contigüité peut prendre plusieurs formes selon les contraintes architecturales, mais elle implique toujours : un accès direct et sécurisé entre les deux unités, une proximité immédiate permettant un transfert sans passage par d'autres zones de soins, des locaux techniques ou logistiques partagés, une coordination médicale et paramédicale facilitée, sous une même responsabilité fonctionnelle et hiérarchique.

LES DÉLAIS DE MISE EN CONFORMITÉ

Le principe :

Le délais de mise en conformité conféré par les textes aux établissements titulaires d'une autorisation en soins critiques est de deux ans à compté de la notification de l'autorisation.

Les décisions soins critiques ont été notifiées le 30/10/2024

Les textes prévoient cependant plusieurs exceptions :

- 5 ans à compter de la notification de l'autorisation pour se mettre en conformité avec les ratios infirmiers instaurés pour toutes les unités de soins intensifs.
- Sur la notion de contigüité ce délai est porté à 7 ans si les unités ont une proximité immédiate

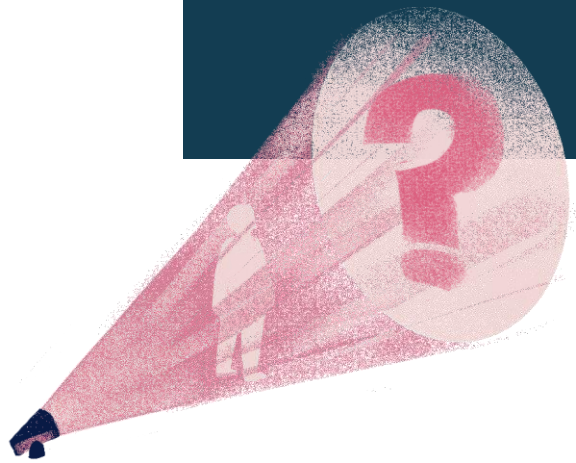


POINT SUR LES UNITÉS DE SURVEILLANCE CONTINUE

- **Les USC ne font désormais plus partie des soins critiques** : les USC ne peuvent plus réaliser de prises en charge relevant des soins critiques, mentionnées à l'article R. 6123-34-3 du code de la santé publique (CSP)
- **La typologie des patients accueilli en USC a été modifiée** : patients qui présentent une pathologie médicale ou chirurgicale aiguë avec un état de santé stable, sans risque de défaillance d'organe prévisible à court terme, nécessitant des soins complexes ou lourds ainsi qu'une surveillance clinique et biologique répétée et méthodique. Cette prise en charge peut-être à visée préventive et/ou curative.
- **Une unité à différencier des SSPI** : les USC n'ont pas vocation à se substituer aux SSPI
- **Un maintien transitoire** pour un passage en USR (Unité de soins renforcés) en 2027

Lien du cahier des charges du maintien transitoire des USC → <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2024/2024.7.sante.pdf>

Actuellement les USC préexistantes ont fait l'objet d'une reconduction dans les CPOM des établissements concernés dans l'attente des textes sur les unités de soins renforcés.



Point sur la réforme du financement :

A vocation à remplacer le modèle actuel suppléments + tarifs GHS

Orientation vers un financement mixte qui comprendra:

- **Dotations socle annuelle**, calculée sur la base du nombre de lits, montant fixé sur la base des ratios réglementaires de personnels non médicaux et l'amortissement du matériel spécifique à l'activité
- **Financement à l'activité**

Le calendrier prévisionnel prévoyait une mise en œuvre en 2025-2026 pour la réanimation néonatale et adulte et en 2026-2027 pour les soins intensifs

- Travaux techniques sur le calcul des socles ont d'ores et déjà débuté (association des CNP)
- Méthode de travail présentée aux fédérations et conférences (DG, PCME)
- Prochaines étapes: lancement de travaux sur le modèle de financement à l'activité (décembre 2023); début 2024 ➔ règles de gouvernance des dotations socles

En attente de nouvelles informations de la DGOS au sujet de cette réforme.

CONSTITUTION DU DISPOSITIF SPECIFIQUE REGIONAL (DSR)

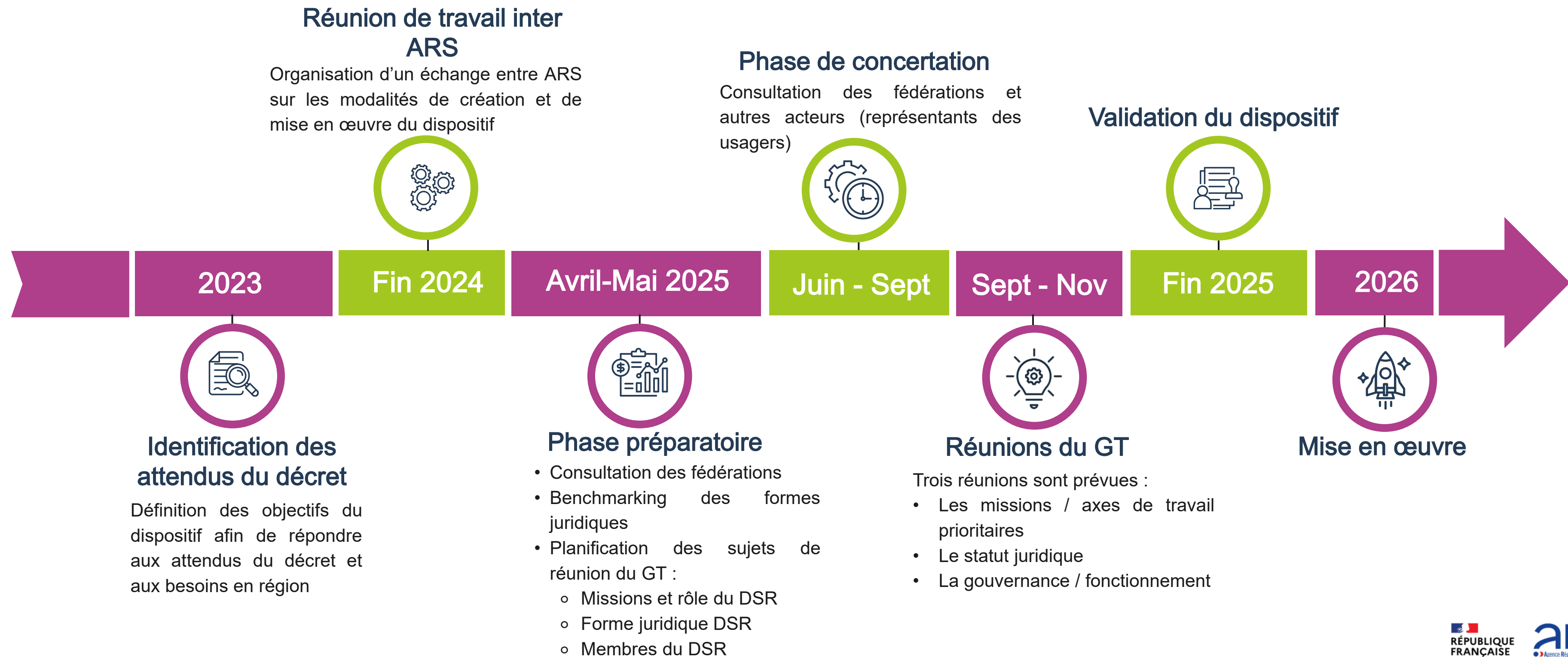


- La constitution de ce DSR sous l'égide de l'ARS, est né suite à la crise COVID, qui a montré l'importance du pilotage territorial de l'organisation des soins critiques en lien étroit avec les acteurs de la filière pour coordonner les coopérations entre établissements. (cahier des charges annexé à l'instruction DGOS du 6 avril 2023).
- **Objectif** : 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.
- **Méthode : mise en place d'un Groupe de travail regional pour la constitution d'un DSR Soins critiques d'ici mi-2026.**
Ce GT a vocation à associer des représentants de l'ensemble de acteurs de la filière et des différents secteurs (composition est basée sur celle du GT PRS 3), l'objectif étant de mettre en œuvre un dispositif cohérent par rapport à la filière régionale.

L'avis des fédérations hospitalières (FHP/FHF/FEHAP) sur la composition du GT regional a été pris en compte.

Des réunions du GT sont prévues sur les 3 grands axes suivants:
 - 1er axe : Les missions et axes de travail prioritaires
 - 2ème axe : La forme juridique
 - 3ème axe : La gouvernance et le fonctionnement

CALENDRIER PRÉVISIONNEL





Temps d'échange avec les participants





*Merci pour votre
attention*



Agence régionale de santé
Occitanie



occitanie.ars.sante.fr
occitanie-sante.fr

© @ARS_OC 2023



Contacts ARS :

MARION MORCANT
CADRE RÉFÉRENT SOINS CRITIQUES, GRANDS BRÛLÉS ET
HOSPITALISATION À DOMICILE
DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE
04.67.07.21.30/06.63.78.59.81 | MARION.MORCANT@ARS.SANTE.FR

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE
26-28, PARC-CLUB DU MILLÉNAIRE | 1 025, RUE HENRI
BECQUEREL | CS 30001 | 34067 MONTPELLIER CEDEX 2

FRANÇOIS VENUTOLO
MÉDECIN RÉFÉRENT SOINS CRITIQUE ET CHIRURGIE
DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE L'AUTONOMIE
FRANCOIS.VENUTOLO@ARS.SANTE.FR

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ OCCITANIE
26-28, PARC-CLUB DU MILLÉNAIRE | 1 025, RUE HENRI
BECQUEREL | CS 30001 | 34067 MONTPELLIER CEDEX 2