

Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires (U-IMC)

Les présentes directives ont été adoptées par la Communauté d'intérêt pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CI-IMC) le 21.11.2024 et remplacent celles du 01.01.2020

Elles entreront en vigueur le 1^{er} mai 2025

Les présentes directives ont été approuvées par :

The Swiss Society of Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM)
La Société Suisse de Cardiologie (SSC)
La Société Suisse de Chirurgie (SSC)
La Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)
La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
La Société Suisse de Pédiatrie (SSP)
The Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)
The Swiss Society of Neonatology (SSN)

Les directives existent en versions allemande et française. La version allemande fait référence.

SSMI, Société Suisse de Médecine Intensive, Secrétariat CI-IMC
c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel
Tel. +41 61 561 53 51, E-Mail: info@swiss-imc.ch, www.swiss-imc.ch

Sommaire

1	Préambule*	4
2	Bases	4
2.1	Définitions	4
2.1.1	Définition de l'unité de soins intermédiaires (Intermediate Care Unit)	4
2.1.2	Définition de l'unité de soins intensifs	5
2.1.3	Définition d'une unité de soins généraux	5
2.1.4	Délimitation entre une USI, une IMC et une unité de soins généraux	5
2.2	Définition et caractérisation des patients des unités de soins intermédiaires	6
2.3	Modèles d'unités de soins intermédiaires	7
2.3.1	Définition de la structure	7
2.3.2	Conventions de collaboration entre les U-IMC et les services partenaires	7
2.4	Champ d'application	8
2.5	Communauté d'intérêt pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CI-IMC)	8
3	Procédure de reconnaissance	8
3.1	Demande de reconnaissance	8
3.1.1	Première reconnaissance d'une U-IMC	8
3.1.2	Réévaluation	8
3.1.2.1	La réévaluation d'une U-IMC suite à des changements organisationnels ou structurels	8
3.1.2.2	Réévaluation ordinaire pour le maintien de la reconnaissance de l'U-IMC	9
3.2	Documents à fournir pour une reconnaissance/réévaluation	9
3.3	Visite de l'U-IMC	9
3.4	Décision de reconnaissance	9
3.5	Reconnaissance provisoire	10
3.6	Conséquences de la reconnaissance	10
3.7	Annulation de la reconnaissance	10
3.8	Demande de reconsidération et recours	10
3.9	Suspension d'une procédure de reconsidération ou de reconnaissance	11
3.10	Unités de soins intermédiaires de néonatalogie de niveau II	11
3.11	U-IMC pédiatriques	11
3.12	Grille des frais de procédure	
4	Caractéristiques d'une U-IMC et indicateurs chiffrés	12
4.1	Organisation générale	12
4.2	Saisie des données	13
4.3	Nombre de lits	13
4.4	Patients et nombre de journées de soins	13
4.4.1	Classification des patients par catégories	13
4.4.2	Journées de soins à effectuer	13
4.4.3	Catégories IMC des patients admis dans les U-IMC	13
5	Exigences relatives aux locaux et à l'architecture	14
5.1	Exigences générales	14
5.1.1	Emplacement dans l'hôpital	14
5.1.2	Visites et horaires	14
5.2	Surfaces disponibles et distances	15
5.2.1	Surface disponible par lit	15
5.2.2	Surface brute et superficie totale de l'U-IMC	15
5.2.3	Chambre à un lit et isolement	15
5.3	Locaux et équipement	15
5.3.1	Chambre de malades	15
5.3.2	Surveillance au poste central	15

5.3.3 Équipement du poste central.....	15
5.3.4 Autres locaux et équipements	16
6 Équipement de la place patient	16
6.1 Agencement du lit dans la pièce et séparation	16
6.2 Installations minimales à l'emplacement du lit	16
7 Personnel	17
7.1 Couverture médicale.....	17
7.1.1 Direction médicale – responsabilité, conditions, activité dans l'U-IMC	17
7.1.1.1 Responsabilité.....	17
7.1.1.2 Conditions.....	17
7.1.1.3 Activité de la direction médicale de l'U-IMC.....	17
7.1.2 Organisation de la garde médicale et règlements de l'organisation	18
7.1.3 Médecin cadre et médecin en formation postgrade dans l'U-IMC.....	18
7.1.4 Service de piquet de supervision.....	18
7.1.5 Médecins consultants.....	18
7.1.6 Prescriptions médicales	19
7.2 Personnel soignant	19
7.2.1 Responsable de l'équipe soignante	19
7.2.2 Dotation minimale en personnel soignant	19
7.2.3 Qualifications	20
7.3 Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes	20
7.4 Personnel auxiliaire.....	20
7.5 Personnel technique	20
7.6 Secrétariat	21
8 Moyens diagnostiques et monitoring	21
8.1 Examens de laboratoire	21
8.2 Radiologie.....	21
8.3 Autres techniques d'investigation	21
8.4 Appareils indispensables à la surveillance (monitoring).....	21
9 Équipements indispensables	22
10 Transports.....	22
10.1 Transferts	22
10.2 Accompagnement au cours du transport	22
11 Enseignement.....	22
11.1 Formation continue des médecins.....	22
11.2 Formation continue du personnel soignant.....	22
12 Membres de la commission multidisciplinaire	23
13 Checklist des conditions de reconnaissance	24
14 Glossaire	25

* Par souci de lisibilité, seule la forme masculine a été retenue dans le présent texte. Elle désigne toutefois implicitement les personnes des deux sexes.

1 Préambule*

Les hôpitaux suisses doivent prendre en charge des malades de plus en plus complexes et polymorbides. Certains de ces patients, dont la gravité ne justifie pas qu'ils soient admis dans des unités de soins intensifs (USI), ont des besoins en soins dépassant les capacités des unités de soins généraux. Pour répondre à ces besoins de nombreux hôpitaux ont développé des unités de soins intermédiaires (intermediate care-unit : U-IMC) dont la vocation est d'offrir des soins hautement spécialisés et une surveillance étroite assurant la sécurité de ces malades de gravité intermédiaire.

Devant le développement rapide et hétérogène des U-IMC à travers la Suisse, les différentes sociétés de disciplines médicales impliquées dans leur gestion ont identifié le besoin d'élaborer des directives nationales communes définissant un cadre formalisé de fonctionnement de ces unités.

Sous l'impulsion de la Société Suisse de Médecine Intensive, the Swiss Society of Anaesthesiology and Perioperative Medicine, la Société Suisse de Cardiologie, la Société Suisse de Chirurgie, la Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique, la «Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies», la Société Suisse de Médecine Interne Générale, the Swiss Society of Neonatology et la Société Suisse de Pédiatrie ont mandaté une commission multidisciplinaire (cf. chapitre 12) pour élaborer les directives qui font l'objet du présent document. L'éventuel retrait d'une société du processus d'entérinement du document ne bloque pas l'application des directives par les sociétés cosignataires. Les présentes directives définissent notamment le processus de reconnaissance des U-IMC par les sociétés cosignataires ainsi que les besoins minimaux des U-IMC. Elles doivent permettre aux hôpitaux de définir les ressources, les structures et l'organisation de leurs unités et d'assurer le contrôle de qualité de leurs structures de soins intermédiaires.

La première version des directives a été approuvée en mai 2013 par les organes officiels de toutes sociétés cosignataires et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014. Les directives sont réexaminées et révisées tous les 5 ans et doivent de nouveau être approuvées par toutes les sociétés spécialisées impliquées.

La Commission pour la reconnaissance des Unités IMCU (CRUIMC), fondée en 2012, a été transformée en 2023, pour des raisons statutaires et en concertation avec la Société Suisse de Médecine Intensive, en la Communauté d'intérêts pour la reconnaissance des soins intermédiaires (CI-IMC). Les droits et obligations sont définis dans le règlement de la CI-IMC. (Reglement IG-IMC_V7_250501_FR.pdf (swiss-imc.ch))

2 Bases

2.1 Définitions

Il n'existe, à ce jour, pas de définition contraignante générale ou internationale de l'U-IMC. Il s'agit d'une unité dans laquelle on prend en charge les patients trop malades pour un service général ou nécessitant des soins complexes mais ne devant pas être hospitalisés dans une USI. La définition de l'U-IMC n'est ici pas identique à la définition anglo-saxonne où l'U-IMC s'adresse à des patients généralement âgés, nécessitant des soins complexes dans le cadre d'une transition entre le domaine stationnaire et ambulatoire.

L'U-IMC doit ainsi être clairement définie par rapport à l'USI et à l'unité de soins généraux.

2.1.1 Définition de l'unité de soins intermédiaires (Intermediate Care Unit)

Surveillance et traitement des patients courant un risque vital latent. Reconnaissance précoce et traitement (en termes de personnel, de compétences, de matériel et de locaux) du risque vital.

L'activité des U-IMC comprend la prévention, le diagnostic et le traitement de toutes les pathologies médicales et chirurgicales susceptibles de mener à la défaillance des fonctions vitales. Les U-IMC peuvent offrir également des soins hautement spécialisés comme par exemple en neurologie ou en cardiologie pour permettre d'assurer le meilleur standard de soins de manière efficiente. Les soins aux malades sont pratiqués par une équipe dédiée se composant de personnel médical, infirmier et paramédical. Cette activité est exercée dans un emplacement défini et approprié à cet effet.

Les unités de soins intermédiaires ont pour vocation de soigner des malades, dont la gravité et/ou la lourdeur des traitements qui leur sont appliqués, implique une observation continue ou répétée. Il s'agit de patients dont l'état ou le traitement font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances d'organes nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances d'organes est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation de soins généraux. De niveau intermédiaire entre les USI et les unités de soins généraux, ces U-IMC ne peuvent se substituer à une USI. Les U-IMC entretiennent une collaboration étroite avec leur USI partenaire. Lorsque cette dernière appartient à un autre établissement, une convention de collaboration doit être établie (réseau de soins).

2.1.2 Définition de l'unité de soins intensifs

Les USI sont des unités dotées de personnel et d'équipements spécialisés prodiguant des soins médicaux aux patients dans un état critique. Le patient dans un état critique est un patient dont le pronostic vital est engagé en raison de la défaillance d'un ou de plusieurs systèmes d'organes suite à une maladie ou une blessure.

2.1.3 Définition d'une unité de soins généraux

Une unité de soins généraux est un service qui prend en charge des patients nécessitant, dans le cadre d'une intervention chirurgicale ou en raison de la gravité d'une maladie, des moyens hospitaliers particuliers, sans toutefois nécessiter de surveillance constante (ni de soutien) des fonctions vitales ou encore des soins très complexes et pour lesquels rien ne laisse supposer un risque concret qui engagerait le pronostic vital.

2.1.4 Délimitation entre une USI, une U-IMC et une unité de soins généraux

Les définitions qui précèdent montrent qu'il existe un spectre continu de la gravité de la maladie, des besoins et de la complexité en matière de traitement dans la transition entre les trois types d'unités de soins et qu'il n'est généralement pas possible d'établir une délimitation nette. Entre autres facteurs, la répartition des patients dépend également des structures et des équipements respectifs ainsi que des possibilités offertes par les hôpitaux et les unités de soins.

Ainsi, la dotation en personnel des unités de soins généraux et la qualification du personnel employé (y compris pour les équipes de nuit), le matériel dont les unités disposent (surveillance de base avec ECG, mesure non invasive de la tension artérielle, oxymétrie pulsée avec surveillance centrale et fonction d'alarme), l'aménagement des lieux (distances à parcourir par le personnel, audibilité des alarmes sonores, disponibilité du médecin) et l'expérience du personnel (p. ex., dans les traitements utilisant des médicaments spéciaux administrés par voie intraveineuse ou la détection de problèmes émergents) ont une incidence considérable sur les options thérapeutiques.

La transition entre les U-IMC et les USI peuvent toutefois être très floues : quand doit-on recourir à la ventilation artificielle ? Peut-on mettre en place une mesure invasive de la pression artérielle ou administrer des catécholamines dans une U-IMC ? Il est donc impératif de définir des critères spécifiques d'admission et de sortie (cf. Chapitre 2.2.).

Les recommandations ci-dessous se rapportent à une U-IMC générale selon les critères d'inclusion et d'exclusion énoncés pour un traitement dans une U-IMC. Celles-ci doivent être adaptées aux exigences et aux données locales ainsi qu'au type d'unité concernée. Si l'U-IMC propose des prestations supplémentaires, les ressources personnelles et structurelles doivent

être augmentées en fonction des besoins.

2.2 Définition et caractérisation des patients des unités de soins intermédiaires

La décision d'admission, de non-admission ou de sortie d'un patient d'une U-IMC doit être prise individuellement pour chaque malade, avec le souci de lui assurer les meilleurs soins possibles. Ce processus décisionnel doit tenir compte des structures et des ressources à disposition dans l'institution et de leur capacité à prendre en charge les malades en fonction de la gravité de leur état.

Des critères d'admission et de sortie généraux peuvent aider au fonctionnement optimal d'une U-IMC. On peut également définir le type de malade qu'il ne convient pas d'admettre dans une telle unité. Ces critères qui ont été définis dans la littérature (Crit Care Med 1998 Mar; 26(3):607610) doivent être considérés dans le contexte de chaque institution hospitalière et être établis par les responsables des unités.

Parmi les divers critères d'admission dans une U-IMC on doit en tout cas retenir les points suivants :

- le besoin de surveillance dépassant 6x/j ou toutes les 4h
- le besoin d'un monitoring étroit du système cardiovasculaire et traitement adapté
- le besoin de soutien respiratoire dépassant 3x/j. (par CPAP ou ventilation non-invasive ou aspirations bronchiques)
- le besoin aigu de soutien respiratoire par ventilation non-invasive

Parmi les divers critères de non-admission dans une U-IMC on doit en tout cas retenir les points suivants :

- la présence d'un critère d'admission dans une USI
- un pronostic dépassé rendant l'admission dans une U-IMC futile aux yeux du personnel médical et infirmier en charge du patient*
- une décision de retrait ou d'abstention thérapeutique*

Parmi les divers critères de sortie d'une U-IMC on doit en tout cas retenir :

- l'apparition d'un critère d'admission dans une USI
- la stabilisation des paramètres physiologiques indiquant une interruption de la surveillance rapprochée (moins de 6x/j ou toutes les 4 h)

Bien que le besoin en personnel et la charge de travail ne soient pas une indication à une admission, dans certains cas, ces critères peuvent faire partie des raisons d'admettre un malade dans une U-IMC.

2.3 Modèles d'unités de soins intermédiaires

2.3.1 Définition de la structure

Selon les différentes organisations hospitalières, on peut distinguer différents modèles d'U-IMC. Le premier, est celui des U-IMC indépendantes qui n'ont pas de lien hiérarchique administratif ou médical, avec les USI. Ces unités existent généralement dans les hôpitaux universitaires dotés d'USI et dans les petits hôpitaux dépourvus d'USI. Un autre modèle est celui des U-IMC intégrées dans les services de médecine intensive. Dans ce modèle, les patients de soins intermédiaires peuvent être regroupés et traités dans un secteur défini au sein d'une U-IMC qui est couplée à l'USI. Au sein d'un même établissement, le regroupement des différentes U-IMC pourrait offrir des avantages médicaux et économiques, néanmoins les situations locales spécifiques peuvent rendre un regroupement peu réaliste voir impossible. Vu les typologies différentes des patients des U-IMC et leurs besoins variables en techniques et en ressources, un tel regroupement doit être évalué par les acteurs concernés.

La reconnaissance d'une U-IMC n'exclut pas la possibilité d'une autre certification technique supplémentaire de l'unité et peut intervenir indépendamment de cette certification, à savoir, n'a aucune influence sur celle-ci.

Les présentes directives n'ont pas pour objectif de recommander un modèle d'U-IMC exclusif, mais d'émettre des recommandations de fonctionnement général tenant compte de l'environnement spécifique des unités et de leur intégration dans le système de soins intra-hospitalier, voire régional. Les U-IMC indépendantes des unités de soins intensifs doivent pouvoir garantir une réponse adéquate à la survenue d'une défaillance des fonctions vitales mettant en jeu la vie des malades sous leur responsabilité. Pour ce faire, ces unités doivent garantir une collaboration étroite avec le service/unité de médecine intensive du même hôpital ou de l'hôpital de référence lorsque l'hôpital abritant l'U-IMC n'a pas d'USI. Cette collaboration revêt un caractère particulièrement critique lorsque l'USI partenaire n'est pas dans la même institution.

2.3.2. Conventions de collaboration entre les U-IMC et les services partenaires

La sécurité et l'accessibilité aux soins spécialisés doivent être garanties aux malades des U-IMC quel que soit le type d'unité. Ceci implique que chaque type d'unité doit élaborer des conventions de collaboration à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution hospitalière pour permettre d'assurer une prise en charge adéquate des malades dont elle a la responsabilité. Ces conventions doivent régir au minimum les points suivants :

- a) le mode de transfert des malades d'une unité à l'autre afin de rendre la procédure la plus rapide possible et assurer que le malade qui nécessite une prise en charge intensive spécifique puisse en bénéficier.
Un réseau régional doit être défini spécifiquement afin de permettre les admissions et les transferts pour des surveillances accrues intensives et pour des interventions spécialisées réalisées dans d'autres services : prise en charge neuro-chirurgicale, neuro-vasculaire, cardiologique, pédiatrique etc...
- b) le mode de recours aux divers spécialistes adressant les malades aux U-IMC (cardiologues, chirurgiens, neurologues, pneumologues etc...), de sorte que les interventions spécialisées ne faisant pas partie du catalogue de compétences du personnel de l'U-IMC puissent être pratiquées sans délai pour le bénéfice des malades.

2.4 Champ d'application

Les directives représentent un standard contraignant pour la reconnaissance des U-IMC par les sociétés cosignataires de ces directives. Elles définissent les exigences minimales en termes de personnel, d'organisation et de locaux aussi dans d'autres domaines.

2.5 Communauté d'intérêt IMC (CI-IMC)

La communauté d'intérêt pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CI-IMC) mandatée par les sociétés signataires examine toutes les demandes de reconnaissance des IMCU sur la base des présentes directives. L'IG-IMC est habilitée à vérifier le respect des directives par les IMCU reconnues. Elle procède elle-même à une révision des directives tous les cinq ans et soumet d'éventuelles propositions de modification aux sociétés signataires.

Les droits et obligations de la CI-IMC sont définis dans le règlement de la CI-IMC. (Règlement IG-IMC_V6_221103_Final_DE.pdf (swiss-imc.ch)). Les membres de la CI-IMC sont délégués par les sociétés spécialisées respectives et représentent les intérêts de ces dernières au sein de la CI-IMC.

3 Procédure de reconnaissance

3.1 Demande de reconnaissance

3.1.1. Première reconnaissance d'une U-IMC

La direction médicale de la CI-IMC est responsable de la demande écrite de reconnaissance auprès du secrétariat de la CI-IMC. Une première reconnaissance est possible au plus tôt 6 mois après la mise en service de la CI-IMC. Pour une première reconnaissance réussie, 100 % des critères de certification S1 et 60 % des critères S2 doivent être remplis. Si des lacunes sont constatées dans les critères de certification IMC requis, celles-ci doivent être entièrement comblées et les documents/justificatifs correspondants doivent être soumis à nouveau au secrétariat de la CI-IMC. L'équipe d'inspection vérifie les documents soumis ultérieurement. Si tous les critères requis sont remplis, la reconnaissance définitive est prononcée, sinon aucune reconnaissance n'est accordée.

La demande de reconnaissance doit être envoyée avec tous les documents nécessaires par e-mail au secrétariat de la CI-IMC. (Le formulaire est disponible sur le site Internet de la CI-IMC <https://www.swiss-imc.ch/fr/reconnaissance.html>). Le secrétariat de la CI-IMC doit vérifier l'exhaustivité des documents (conformément au point 3.2) et en accuser réception par courrier électronique au requérant dans les vingt jours ouvrables qui suivent cette demande de reconnaissance.

3.1.2. La réévaluation d'une U-IMC

3.1.2.1 La réévaluation suite à des changements organisationnels ou structurels

Toute modification importante survenant dans l'organisation, l'attribution de postes de direction médicale ou infirmière, le nombre de lits, la structure, les éléments architecturaux ou le mandat de prestations d'une U-IMC reconnue entraîne une réévaluation de la reconnaissance par la CI-IMC.

La direction médicale est tenue d'envoyer une communication écrite au secrétariat de la CI-IMC au plus tard 3 mois après la survenue d'un des changements décrits ci-dessus, sans que la CI-IMC ait à la demander. Une information écrite comportant le détail des modifications intervenues, le formulaire de reconnaissance amendé ainsi que tous les documents requis conformément au point 3.2 doivent être envoyés au secrétariat de la CI-IMC par courriel. Il n'est pas nécessaire de joindre les documents n'ayant pas été modifiés depuis la dernière reconnaissance. Le secrétariat de la CI-IMC doit vérifier que les documents soient complets

(conformément au point 3.2) et en accuser réception par courrier électronique au requérant dans les vingt jours ouvrables qui suivent cette demande de reconnaissance.

La CI-IMC décide de la nécessité d'une nouvelle visite.

3.1.2.2 Réévaluation ordinaire pour le maintien de la reconnaissance de l'U-IMC

Les U-IMC disposant d'ores et déjà d'une reconnaissance définitive doivent être réévalués tous les 5 ans. 6 mois avant expiration de la reconnaissance de l'U-IMC, le médecin responsable de l'U-IMC reçoit un courrier de la CI-IMC lui demandant de transmettre par courriel les documents requis dans le chapitre 3.2. Les documents doivent être envoyés au cours des 6 mois qui suivent. Faute de quoi, la CI-IMC est habilitée à retirer la reconnaissance. Une réévaluation implique une nouvelle visite.

3.2 Documents à fournir pour une reconnaissance/réévaluation

Les documents relatifs à une nouvelle reconnaissance/réévaluation englobent les documents suivants devant être numérotés et cités comme suit :

- Document n°1 : Formulaire de reconnaissance dûment rempli comportant la dénomination précise de l'U-IMC
- Document n°2 : Courrier d'accompagnement
- Document n°4.1 : Concept d'exploitation
- Document n°4.3 : MDS_{IMC} à savoir données MDSi des 12 derniers mois (ou 6 mois en cas de première reconnaissance)
- Document n°5 : Plan architectural de l'U-IMC (uniquement pour les nouvelles U-IMC ou en cas de changement de l'architecture/de la structure)
- Document n°7 : Justificatifs du titre fédéral de spécialiste (ou attestation d'équivalence) et justificatifs de formation postgrade requise (cf. 7.1.1) du médecin responsable de l'unité et de son suppléant
- Document n°7.1 : Effectif de l'équipe soignante, conformément aux MDS_{IMC}.
- Document n°7.1.1 : Plan de garde des médecins des 2 derniers mois avec la légende des symboles utilisés*
- Document n°7.1.2 : Règlement de l'organisation
- Document n°7.2 : Attestation de formation postgrade/diplôme du responsable des soins infirmiers et de son suppléant
- Document n°7.2.1 : Effectif de l'équipe soignante et diplômes de formation continue
- Document n°7.2.2 : Plan de garde des infirmiers des 2 derniers mois avec la légende des symboles utilisés*
- Document n°8 : Document de l'hôpital attestant du respect des normes de construction et d'installations

*Doit être visible : service de jour/de soirée/de nuit et qualification du personnel

3.3 Visite de l'U-IMC

L'U-IMC fait l'objet d'une visite par une délégation désignée par le président de la CI-IMC. Cette délégation comprend trois membres de la CI-IMC dont un représentant diplômé du personnel infirmier, formé dans le domaine et exerçant une fonction de cadre. Un des membres de la délégation représente la société spécialisée dont l'U-IMC effectuant la demande se revendique. Ceci étant, les U-IMC de chirurgie peuvent également être représentées par un membre du service d'anesthésie ou de médecine intensive. En cas de réévaluation suite à des changements organisationnels ou structurels, la CI-IMC décide de la nécessité d'une nouvelle visite.

3.4 Décision de reconnaissance

La CI-IMC est compétente pour décider de la reconnaissance des U-IMC. Elle transmet sa décision au comité de la société à laquelle l'U-IMC soumettant la demande est affiliée. En cas de première demande de reconnaissance ou de réévaluation dans le cadre de changements

organisationnels ou structurels, si la décision est positive, la reconnaissance de l'U-IMC est rétroactive à partir de la date où le secrétariat de la CI-IMC a confirmé par courrier électronique la réception du dossier complet. En cas de réévaluation ordinaire, la reconnaissance s'applique à compter de la date d'expiration de la précédente reconnaissance.

3.5 Reconnaissance provisoire

Une reconnaissance provisoire n'est pas possible dans le cadre d'une première reconnaissance.

Lors du processus de réévaluation, suite à des changements organisationnels ou structurels, une U-IMC déjà reconnue peut, si elle ne satisfait plus à certains points des directives, être reconnue à titre exceptionnel, de manière provisoire, pour une durée de 2 ans maximum.

Cette reconnaissance provisoire ne peut être prolongée et se voit automatiquement transformée en une annulation de la reconnaissance si l'unité ne fait pas parvenir une prise de position / une attestation précisant les mesures mises en place pour remédier aux manques constatés, par courrier électronique au secrétariat de la CI-IMC.

3.6 Conséquences de la reconnaissance

Toute U-IMC reconnue par la CI-IMC a le droit à faire valoir cette reconnaissance vis-à-vis de l'extérieur.

La reconnaissance d'une U-IMC par la CI-IMC entraîne l'obligation, pour le médecin responsable de l'unité concernée, d'annoncer dans un délai de trois mois après son entrée en vigueur (conformément au point 3.1.2.1) tout changement de direction ou de structure à la CI-IMC. En cas de non-respect, la CI-IMC fixe, sous la forme d'un avertissement, conformément au point 3.7, un délai pour que lui soit remis un dossier, à l'issue duquel elle pourra retirer la reconnaissance.

Une U-IMC reconnue s'engage à satisfaire aux exigences de la collecte de données minimales (MDS_{IMC}). La CI-IMC peut réclamer la remise d'un dossier (conformément au point 3.2) et procéder éventuellement à une visite visant à une réévaluation. Si cette visite révèle des insuffisances par rapport aux directives, la reconnaissance peut être annulée.

3.7 Annulation de la reconnaissance

La CI-IMC retire la reconnaissance à l'U-IMC qui, malgré un avertissement préalable, ne remplit pas ses obligations ou ne répond pas aux exigences requises dans le délai qui lui a été fixé. Cette décision est transmise au comité de la société de discipline mère à laquelle appartient l'U-IMC avant la consultation.

Si une reconnaissance ordinaire est transformée en reconnaissance provisoire, cette transformation correspond à un avertissement et la durée de la période provisoire est de 2 ans maximum. Si les prescriptions ne sont pas remplies, la reconnaissance provisoire expire avec ce délai.

Si le canton, le Conseil de fondation ou le Conseil d'administration retirent leur mandat d'exploitation à une U-IMC, la reconnaissance prend automatiquement fin avec l'expiration du mandat d'exploitation.

3.8 Demande de reconsidération et recours

Le requérant peut faire recours par écrit contre la décision de la CI-IMC dans un délai de 28 jours en adressant une réclamation écrite motivée.

L'instance examinant la demande de reconsidération se compose du Président et d'un membre du comité de la société de discipline mère, à laquelle appartient l'U-IMC, élargie au Président de la CI-IMC (ou du représentant qu'il désigne) et d'un autre membre de la commission choisi par ses soins. L'instance examinant la demande de reconsidération est en droit de demander une expertise indépendante supplémentaire.

La procédure de reconsidération doit impliquer une audition du médecin responsable de l'U-IMC concernée. À l'issue de celle-ci, l'instance de demande de reconsidération statue définitivement et fait un rapport écrit expliquant sa décision.

3.9 Suspension d'une procédure de reconsidération ou de reconnaissance

Si des changements importants surviennent dans le dossier de l'unité pendant la procédure de reconnaissance, la CI-IMC peut réclamer la remise d'un nouveau dossier.

Si pendant une procédure de reconsidération, des changements importants surviennent par rapport au dossier qui a été soumis par l'unité, la procédure de reconsidération est immédiatement suspendue et la décision de la commission entérinée par le comité de la société mère entre aussitôt en vigueur.

Par changements importants, on entend par exemple (non exhaustif) : changement de la direction médicale, manque de personnel médical ou infirmier, changements dans le nombre de lits ouverts.

3.10 Unités de soins intermédiaires de néonatalogie de niveau II

À l'instar de la certification comme unités de médecine intensive, accordée par la Société Suisse de Médecine Intensive aux unités de néonatalogie de niveau III, une reconnaissance comme U-IMC sera accordée aux unités de néonatalogie de niveau II. La condition requise étant que ses unités soient préalablement reconnues par le comité exécutif de la Société Suisse de Néonatalogie, sur la recommandation de la CANU (Commission for Accreditation of Neonatal Units) comme unités de néonatalogie de niveau II.

La CI-IMC n'ouvre pas de processus de reconnaissance propre pour ces unités, mais reconnaît automatiquement toutes les unités figurant sur la page d'accueil sous le lien suivant :

<https://www.neonet.ch/en/education/swiss-neonatal-intensive-care-units-accredited-train-neonatologists/>

3.11 U-IMC pédiatriques

Les directives ci-dessus s'appliquent également aux U-IMC pédiatriques à l'exception des aménagements concernant les points suivants :

Chapitre 4.1 Organisation générale

Le rapport de sortie de l'IMC est intégré au dossier médical du patient. Les interventions et les soins sont décrits de manière détaillée à des fins de codage et de facturation.

Chapitre 4.2 Saisie des données

La saisie des données s'effectue dans le cadre d'un rapprochement avec les données MDS utilisées dans les unités de soins intensifs pédiatriques ou les U-IMC/unités de soins intensifs de néonatalogie.

Chapitre 4.4.3 Admission dans les U-IMC par catégorie de patients

La catégorisation des malades fait actuellement encore l'objet d'une adaptation spécifique pour les conditions particulières des patients pédiatriques et néonatalogiques. Actuellement, la catégorisation doit s'effectuer selon les critères définis dans l'annexe du chapitre 15.2 concernant l'admission, la non-admission et la sortie.

Chapitre 5 Exigences relatives aux locaux et à l'architecture

Pour les U-IMC pédiatriques, les indications de surface sont des valeurs indicatives et ne constituent pas une condition requise.

Chapitre 5.1.2 Visites et horaires

Il ne doit pas y avoir nécessairement d'espace d'accueil spécifique ou de salle d'attente. Il est

judicieux d'utiliser en commun les espaces dédiés des unités voisines.

Chapitre 7.1.1 Médecin responsable

Personnel médical Pédiatrie : conditions requises pour la direction médicale et son adjoint :

La direction médicale de l'IMCU est responsable de l'IMCU sur le plan médical. La direction médicale doit être titulaire du titre de médecin spécialiste correspondant ou être employée dans la clinique correspondante.

La direction médicale doit pouvoir justifier d'une activité clinique d'au moins 12 mois dans une unité de soins intensifs pédiatriques certifiée/reconnue par la SSMI.

À défaut, la direction médicale doit pouvoir justifier d'une activité clinique d'au moins 18 mois dans une unité de soins intermédiaires pédiatrique reconnue ou d'une activité clinique d'au moins 18 mois cumulés dans au moins deux des institutions suivantes : unité de soins intensifs pédiatriques suisse certifiée/reconnue par la SGI, dans un service d'urgence pédiatrique reconnu, dans un service d'anesthésiologie pédiatrique reconnu par la SSAPM (cette activité doit durer au moins 3 mois dans chaque cas).

Le remplaçant du médecin doit remplir les mêmes conditions que le médecin-chef.

L'activité peut avoir été exercée dans un autre pays, mais elle doit avoir été reconnue par l'Institut suisse pour la formation médicale continue et postgraduée (ISFM) ou par la Commission des professions médicales (MEBEKO).

Chapitre 7.2 Direction du personnel soignant

Personnel infirmier : conditions pour la direction des soins : au moins 2 ans d'expérience en pédiatrie.

Chapitre 7.2.3 Qualifications

L'IG IMC reconnaît la formation en néonatalogie. À défaut, les infirmiers d'une unité de soins intermédiaires pédiatriques doivent justifier d'au moins deux ans d'expérience en soins pédiatriques jusqu'à ce qu'une formation en IMC soit disponible pour les infirmiers.

Chapitre 8 Moyens diagnostiques et monitoring

Le diagnostic aigu par échocardiographie ou par stimulateur cardiaque externe n'est pas une condition préalable obligatoire pour l'U-IMC pédiatrique. Si un diagnostic par échocardiographie ou bronchoscopie/gastrosopie ne peut pas être réalisé sur place, il doit exister une convention de collaboration spécifique avec un hôpital externe. Hormis la mise à disposition de médicaments de réanimation d'urgence, l'U-IMC ne doit pas impérativement disposer d'une pharmacie interne.

3.12 Grille des frais de procédure

La Grille des frais de procédure est disponible sur le site à l'adresse suivante : <https://www.swiss-imc.ch/de/richtlinien>

4 Caractéristiques d'une U-IMC et indicateurs chiffrés

4.1 Organisation générale

Un règlement d'organisation interne stipule les modalités de fonctionnement du personnel médico-soignant. Que ce soit, à son admission ou à sa sortie de l'U-IMC, chaque patient fait l'objet d'un rapport médical et infirmier de transfert personnalisé. En cas d'admission dans une U-IMC, un rapport médical d'admission et en cas de sortie, un rapport de transfert ou de sortie doit être rédigé.

Les médecins de l'U-IMC établissent un dossier médical pour chaque patient.

4.2 Saisie des données

Les responsables de l'U-IMC saisissent les données selon les prescriptions des MDS_{IMC}. Cette collecte et son transfert au fichier central conformément aux MDS_{IMC} est obligatoire pour toutes les U-IMC reconnues. La CI-IMC peut accéder aux indicateurs chiffrés des MDS_{IMC} de chaque U-IMC.

La transmission de données dans le cadre du processus des MDS ne dispense pas le responsable médical de l'U-IMC de communiquer les changements conformément au point 3.1.2.1.

4.3 Nombre de lits

Le nombre minimum optimal requis pour la reconnaissance est de 6 lits. Une U-IMC de 4 lits peut néanmoins également être reconnue, elle doit dans ce cas être rattachée à une autre unité de médecine aiguë selon le modèle d'« U-IMC couplée ». Pour les U-IMC des cliniques sans USI, les conventions décrites en 2.3.2 s'appliquent dans le cadre d'un réseau régional de soins.

4.4 Patients et nombre de journées de soins

4.4.1 Classification des patients par catégories

La catégorisation des patients s'effectue selon les prescriptions des MDS_{IMC}.

4.4.2 Journées de soins à effectuer

L'U-IMC doit totaliser au moins 1300 journées de soins par an pour 6 lits (définition d'une journée de soins conformément à MDS_{IMC} : nombre de roulements infirmiers divisé par le nombre de roulements/24 heures) et 860 journées de soins par an pour 4 lits. Si l'U-IMC est fermée le week-end ou ne gère qu'un nombre de lits restreint, le taux d'occupation des lits en semaine doit être de 60% minimum.

Nombre de lits	Journées de soins
4	860
6	1300
8	1730
12	2595
16	3460
20	4325
24	5190

En cas de fermeture le week-end, le nombre de jours de soins requis est réduit proportionnellement

4.4.3 Catégories IMC des patients admis dans les U-IMC

Les catégories de patients IMC permettent de regrouper les patients en fonction de la charge de travail infirmier qu'ils occasionnent*. Ces catégories associent les mesures du « nine equivalents of nursing manpower use score » (NEMS) et celles des scores d'agitation « Sedation-Agitation Scale » (SAS) ou « Richmond Agitation-Sedation Scale » (RASS) (Tableau 1)*. Le NEMS et les catégories IMC reflètent également indirectement la gravité des patients. La dotation en personnel soignant doit être en accord avec les besoins tant du point de vue quantitatif que qualitatif tel que développé au chapitre 7.2 des présentes directives. En principe, seuls les patients de catégorie 2 et 3 devraient être admis dans les U-IMC. Certains malades de catégorie 1 peuvent également être pris en charge dans les U-IMC, pour autant que la dotation en personnel et les critères médicaux d'admission, de non-admission et de sortie décrits en 2.2 soient strictement respectés. De manière générale, ces critères piment sur toute autre considération dans la décision de prendre en charge un malade dans une U-IMC.

Exemple d'un patient de catégorie 1 pouvant être pris en charge dans une U-IMC :
 Patient BPCO sous oxygène et ventilation non-invasive sans signe clinique suggérant une intubation imminente recevant une antibiothérapie intraveineuse et dont on consigne la diurèse horaire.

- Cette catégorisation des malades fait l'objet d'une adaptation spécifique pour les particularités des patients pédiatriques et néonatalogiques.

Tableau 1

Catégories U-IMC	1A	1B	2	3
	NEMS > 30 pts	NEMS 21 - 30 pts et SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2	NEMS 13 - 20 pts et SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2	NEMS < 13 pts et SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2
	NEMS > 21 pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS 13 - 20 pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS < 13 pts et SAS > 5 ou RASS > 2	
Charge en termes de soins	+++++	++++	+++	++

5 Exigences relatives aux locaux et à l'architecture

La CI-IMC a la compétence de reconnaître une U-IMC présentant des insuffisances mineures au niveau des locaux ou de l'architecture.

5.1 Exigences générales

L'U-IMC ne servira pas de lieu de transit pour les patients, le personnel ou le matériel. Aucune source de nuisance (bruit, lumière etc.) ne doit exister à proximité immédiate de l'U-IMC.

5.1.1 Emplacement dans l'hôpital

Il est souhaitable que l'U-IMC soit située à proximité des salles d'opération, du service des urgences, d'une USI, d'un ascenseur pour lits, du service de radiologie ou d'autres services dans lesquels sont examinés ou traités les patients des U-IMC.

5.1.2 Visites et horaires

L'espace d'accueil des visites doit disposer d'une sonnette, d'un téléphone ou tout moyen de communication similaire permettant aux visiteurs de s'annoncer avant d'être autorisés à entrer dans l'U-IMC. La salle d'attente doit être séparée de la zone réservée aux patients de l'U-IMC.

Les horaires de visite sont réglementés, mais doivent être conçus de façon libérale. Après concertation, une visite est possible vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les activités de soins ou les activités médicales ne doivent pas être perturbées par les visites. Les entretiens avec les proches doivent pouvoir être menés dans un environnement adéquat. La salle d'entretien destinée aux familles doit permettre d'avoir une conversation à l'écart et isolée des familles des autres patients.

5.2 Surfaces disponibles et distances

Les unités qui ont été remaniées ou mises en service après l'entrée en vigueur des présentes directives, doivent satisfaire aux prescriptions. Pour les unités construites antérieurement, il est possible de tolérer des dérogations minimales.

5.2.1 Surface disponible par lit

La surface nette dévolue à chaque lit est d'au moins 12 m², idéalement 16 m² ; cette surface comprend l'emplacement du lit et son environnement immédiat.

La distance entre chaque lit est de 2 mètres au minimum. Chaque lit dispose d'une longueur de paroi de 3 mètres au minimum.

5.2.2 Surface brute et superficie totale de l'U-IMC

La surface brute par lit est d'au moins 30 m² ; la surface totale est définie par la surface brute de 30 m², multipliée par le nombre de lits (y compris couloirs, locaux annexes, etc.).

5.2.3 Chambre à un lit et isolement

La surface minimale d'une chambre individuelle dans une U-IMC est de 20 m², un éventuel sas n'étant pas compris dans ce chiffre.

5.3 Locaux et équipement

5.3.1 Chambre de malades

Les chambres de malades font partie des locaux de groupe 2 conformément à la norme NIBT. Selon l'organisation de l'U-IMC, la fréquence de certaines pathologies, les impératifs de soins ainsi que les besoins liés à l'accueil de patients souffrant de maladies infectieuses hautement contagieuses, les chambres peuvent héberger un à quatre lits.

Chaque chambre doit être pourvue d'une fenêtre dans le but de favoriser l'orientation spatiale du patient et de lui garantir une ouverture sur le monde extérieur. Les ardeurs du soleil doivent pouvoir être atténuées par un store, des rideaux lavables ou l'emploi de verre teinté.

Un lavabo est installé dans chaque chambre. Il délivre de l'eau chaude et froide à l'aide d'un mécanisme actionné par le coude ou le pied de l'utilisateur voire un détecteur de présence. Un réservoir de savon liquide, un dispensateur de désinfectant et des essuie-mains à usage unique doivent être disponibles près du lavabo. Pour les patients mobiles ne nécessitant pas une surveillance continue, des toilettes doivent être disponibles à proximité. L'usage de sèche-mains par air chaud n'est pas autorisé.

5.3.2 Surveillance au poste central

Une surveillance centralisée doit être assurée, avec contact visuel de l'ensemble des patients de l'U-IMC et un monitoring centralisé si un membre du personnel soignant n'est en permanence dans la chambre du patient. Ce poste est situé au carrefour des différents locaux de soins et permet de superviser l'ensemble des patients hospitalisés. Les chambres des malades sont disposées autour du lieu central de surveillance, d'où elles sont facilement accessibles. La surveillance à partir du poste central ne doit pas être assurée en permanence par le personnel soignant tant que ce dernier est au chevet des patients. Le contact visuel peut aussi être établi au moyen d'une solution technique (surveillance vidéo).

5.3.3 Équipement du poste central

- une pharmacie (armoire à médicaments)
- une armoire frigorifique destinée à certains médicaments
- un stock de perfusions.
- un lavabo
- un lieu destiné à la préparation des médicaments, pousse-seringues et perfusions.
- un système de rangement, fixe ou mobile.
- un équipement informatique selon les besoins de l'unité

5.3.4 Autres locaux et équipements

- des locaux destinés au matériel et aux appareils.
- un bureau de médecin
- un bureau infirmier
- une salle de détente pour le personnel soignant
- une salle de réunion
- un/des vidoir(s) : le vidoir doit être un local séparé et ne doit pas servir de lieu de passage
- une armoire munie d'une clé pour chaque membre de l'équipe soignante
- du matériel informatique en quantité suffisante avec accès Internet
- 2 nettoyeurs aspirants (sous vide)
- un éclairage au lit du patient adéquat et équipé d'un variateur

6 Équipement de la place patient

6.1 Agencement du lit dans la pièce et séparation

La localisation et l'orientation du lit doivent permettre au patient d'apercevoir l'infirmière, la fenêtre de la chambre, l'horloge ainsi que d'autres points de repère dans l'espace. Les côtés et le pied du lit doivent être accessibles en permanence. En cas de besoin le lit doit pouvoir être aisément déplacé pour faciliter l'accès à la tête du lit, et cela sans porter préjudice à la liberté de circulation autour des autres lits.

Les rideaux de séparation, qui empêchent le patient de voir les autres patients, ne doivent pas constituer un obstacle à la surveillance infirmière.

6.2 Installations minimales à l'emplacement du lit

- 12 prises électriques*
- 2 prises d'oxygène
- 1 prise d'air comprimé
- 2 prises de vide
- Éclairage au lit du patient adéquat et équipé d'un variateur
- Sonnette d'alarme à signal optique*
- Prise téléphone*
- Prise radio et télévision avec écouteurs individuels*

De manière générale, l'agencement des équipements au lit des malades doit être conçu de manière à ce qu'ils restent eux-mêmes aisément accessibles tout en n'entravant pas l'accès au patient.

* Ces dispositifs ne concernent pas les U-IMC pédiatriques.

7 Personnel

7.1 Couverture médicale

7.1.1 Direction médicale – responsabilité, conditions, activité dans l’U-IMC

7.1.1.1 Responsabilité

Le médecin responsable de l'U-IMC assume la responsabilité médicale de l'U-IMC.

Le médecin responsable de l’U-IMC est le responsable médical de l’unité Intermediate Care Station (U-IMC). Le médecin responsable d’une U-IMC spécialisée (p. ex. IMC de neurologie, IMC de cardiologie) doit être titulaire du titre de spécialiste correspondant ou être employé par la clinique rattachée.

Sa responsabilité comprend l’organisation générale de l’U-IMC et la prise en charge médico-soignante de tous les patients de l’U-IMC. Il peut déléguer des tâches médicales au personnel médical qui lui est assigné (équipe médicale U-IMC). Il peut déléguer ces tâches aux médecins de service dans la mesure où elles entrent dans le champ de compétences spécifiques de ces derniers. Ceci est défini dans un règlement de l’organisation propre à l’U-IMC. Le médecin responsable doit avoir un suppléant dédié.

Le médecin responsable est en charge de l’organisation et de la réalisation de la formation initiale, postgraduée et continue du personnel médical de l’U-IMC et y est personnellement impliqué. Il est co-responsable avec la direction infirmière en charge de l’organisation et de la réalisation de la formation initiale, postgraduée et continue du personnel soignant de l’U-IMC, dans lesquelles il doit également s’impliquer.

En cas d’absence du responsable, un suppléant doit être nommé de manière contraignante (règlement des absences). Tous les collaborateurs doivent être informés et connaître le nom du suppléant.

7.1.1.2 Conditions

Le médecin responsable doit être porteur du titre fédéral de spécialiste (ou d’une formation jugée équivalente) d’une des disciplines cosignataires des présentes directives.

Le médecin responsable (si la direction est composée de plusieurs médecins, ils doivent tous répondre à ces critères) doit pouvoir justifier d’une activité clinique d’au moins 12 mois dans une unité de soins intensifs certifiée par la SSMI.

À défaut, le médecin responsable (si la direction est composée de plusieurs médecins, ils doivent tous répondre à ces critères) doit pouvoir justifier d’une activité clinique d’au moins 18 mois dans une unité de soins intermédiaires reconnue ou d’une activité clinique cumulative d’au moins 18 mois dans au moins deux types de services suivants : une unité de soins intensifs suisse certifiée par la SSMI ; un service d’urgence reconnu, un service d’anesthésiologie reconnu par la SSAPM, un « Stroke Center » ou une Stroke Unit » reconnus par le SFCNS ou dans une unité de soins intermédiaires reconnue par l’IG-IMC. Cette activité doit durer au moins 3 mois dans chaque service.

Le remplaçant du médecin responsable doit remplir les mêmes conditions que le médecin responsable.

Cette activité peut avoir été exercée dans un autre pays mais doit avoir été reconnue par l’Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) ou la Commission des professions médicales (MEBEKO).

7.1.1.3 Activité de la direction médicale de l’U-IMC

Les pourcentages d’activité (clinique, administrative et formation postgraduée de l’U-IMC) suivants doivent être atteints par la direction médicale.

- U-IMC 4 lits : 25%
- U-IMC 5- 7 lits : 50%
- U-IMC 8 - 11 lits : 100%

Si la structure compte plus de 11 lits, le médecin responsable ne pourra pas effectuer ces tâches seul. Il aura besoin d'autres médecins qualifiés. Les pourcentages d'activité cumulatifs sont les suivants :

- U-IMC 12 - 18 lits : 150%
- U-IMC > 18 lits : 200%

Ces pourcentages ne doit considérer que l'activité dédiée à l'U-IMC.

7.1.2 Organisation de la garde médicale et règlements de l'organisation

Le médecin responsable de l'U-IMC doit veiller à ce qu'à tout moment un médecin soit présent à l'hôpital. Ce médecin est responsable des patients de l'U-IMC et doit à tout moment être disponible (règlement de l'organisation).

Le médecin responsable doit garantir et consigner dans le règlement de l'organisation que des mesures médicales urgentes peuvent être mises en œuvre immédiatement à tout moment.

La collaboration avec une USI doit être réglée de manière contraignante pour permettre un transfert rapide si nécessaire.

L'implication d'un personnel médical externe ne faisant pas partie de l'U-IMC doit faire l'objet d'une convention écrite entre le médecin responsable de l'U-IMC et les responsables des services proposant leur personnel. (Absences, médecins de garde).

7.1.3 Médecin cadre et médecin en formation postgraduée dans l'U-IMC

Le médecin cadre de l'U-IMC est sous la responsabilité du médecin responsable de l'U-IMC et lui est subordonné. Le médecin cadre dans l'U-IMC a droit à une formation médicale continue dans le domaine IMC (4 heures par mois).

La durée de rotation pour un médecin en formation postgraduée dans une U-IMC est de 3 mois ininterrompu minimum. Il a droit à une formation médicale initiale et postgraduée dans le domaine IMC (4 heures par mois). Tous les formulaires de formation requis sont préparés par le médecin en formation postgraduée. Le médecin responsable de l'U-IMC établit les formulaires de formation selon la réglementation pour la formation postgraduée de l'Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) et selon le programme de formation des différentes sociétés spécialisées. Le médecin en formation postgraduée reçoit une évaluation formelle à la fin de sa formation postgraduée dans l'U-IMC par le médecin responsable de l'U-IMC.

Tous les médecins en formation postgraduée doivent être supervisés et mis à contribution au sein de l'équipe de manière adaptée à leur degré et à leurs objectifs de formation postgraduée. En aucun cas, des médecins en formation ne doivent être contraints – par défaut d'organisation ou absence de spécialistes – de pratiquer des actes médicaux pour lesquels ils ne sont pas qualifiés.

7.1.4 Service de piquet de supervision

Le médecin responsable de l'U-IMC ou son suppléant ou un cadre désigné par l'U-IMC doit être joignable en permanence et être, si nécessaire, opérationnel dans l'U-IMC en l'espace de 2 heures.

7.1.5 Médecins consultants

Un représentant de chacune des disciplines susceptibles d'adresser des patients à l'U-IMC (anesthésiologie, cardiologie, médecine interne ou pédiatrie, chirurgie ou chirurgie pédiatrique, gynécologie, radiologie, neurologie, neurochirurgie, médecine intensive etc...) doit être joignable à tout instant afin de pouvoir répondre aux demandes de consultation.

7.1.6 Prescriptions médicales

Les prescriptions médicales sont notifiées par écrit. Seuls les membres de l'équipe médicale de l'U-IMC sont habilités à effectuer des prescriptions médicales. Afin de garantir une collaboration efficace, ils tiennent compte des propositions émises par les consultants et par les responsables médicaux des autres départements dont sont issus les patients de l'unité.

7.2 Personnel soignant

7.2.1 Responsable de l'équipe soignante

Le responsable de l'équipe soignante est en charge des soins dispensés par le personnel infirmier et co-responsable du fonctionnement de l'U-IMC. Sa responsabilité englobe la gestion et le développement du personnel infirmier, le maintien de la qualité des soins ainsi que l'application des recommandations d'hygiène hospitalière. Il est co-responsable avec le médecin responsable de l'U-IMC de l'enseignement et de la formation post-graduée et continue du personnel soignant, dans lesquelles il doit s'impliquer.

Le responsable de l'équipe soignante est titulaire du diplôme d'infirmier ES ou HES et/ou EPD en soins intensifs, anesthésiologie et urgences ou peut justifier d'avoir suivi une formation spécifique U-IMC. Les collaborateurs étrangers n'étant pas titulaires de ce diplôme d'infirmier doivent fournir un diplôme équivalent. Le responsable de l'équipe soignante doit avoir un suppléant. En outre, il est souhaitable qu'il justifie d'une formation dans le domaine de la gestion des soins ou qu'il soit prêt à suivre une telle formation.

Lors d'un changement de direction ou d'un changement significatif sur le plan structurel ou organisationnel, impliquant une réévaluation de la reconnaissance (cf. 3.1.2.), les exigences des présentes directives s'appliquent en intégralité.

Le temps de travail dédié aux tâches administratives et d'organisation est fonction de la grandeur de l'U-IMC. Le temps minimum indiqué pour les tâches de direction est de 80% d'équivalent temps plein pour 9 lits plus 10% pour chaque lit supplémentaire. Pour une U-IMC couplée à une unité de médecine aiguë, le pourcentage de travail non lié au patient doit être comptabilisé indépendamment du travail dans l'unité de médecine aiguë.

7.2.2 Dotation minimale en personnel soignant

Le nombre des postes de soignants attribués doit correspondre à la charge de travail établie, qui résulte de la répartition des patients en catégories IMC.

Le calcul du nombre postes EPT (EPT = équivalent plein temps / FTE=Full time equivalent) se fait selon les présentes directives et tient compte de la loi sur le travail, du nombre de lits, du taux d'occupation des lits et du ratio patients : infirmiers (= clé soignants). Comme exemple, une unité de 6 lits avec un taux d'occupation moyen de 60% et 50% de patients de catégories II et III devrait disposer de 10,4 postes EPT (au moins 2 soignants par « roulement »).

La même unité, avec le même taux d'occupation mais 100% de patients de catégorie II, devrait disposer de 13,1 postes EPT. Pour un taux d'occupation de 80% à 100% avec 100% de patients de catégorie II, l'U-IMC devrait disposer d'environ 15,6 postes EPT. La CI-IMC recommande comme règle de base, une clé de soignants minimum de 1:3.

Le travail non lié aux patients effectué par les cadres infirmiers p.ex. des infirmiers praticiens formateurs, les infirmiers cliniciens, membres de l'équipe soignante de l'U-IMC n'est pas inclus dans les calculs du nombre de postes nécessaires. Le travail non lié aux patients de tous les cadres doit être dûment documenté. Le poste de responsable de l'équipe soignante d'une U-IMC est défini en tant que poste fournissant un travail non directement lié au patient.

Le nombre des assistants en soins et santé communautaire (ASSC) n'étant pas en formation ne doit pas dépasser 20 % de l'équipe infirmière. En cas de collaboration avec un ASSC, la responsabilité incombe entièrement à l'infirmier ES/HES.

Les soignants ayant une activité dans la formation ne sont comptabilisés dans les chiffres ci-dessus que pour leur activité de soins directs au lit des patients. Le temps dévolu à l'enseignement, ne doit pas être comptabilisé dans les chiffres mentionnés ci-dessus. Ce temps doit être dûment documenté séparément.

Les tâches que le personnel infirmier de l'U-IMC effectue dans d'autres domaines (p. ex. aux urgences, dans le cadre d'une collaboration dans l'équipe de réanimation cardio-pulmonaire, surveillance de patients de salle de réveil ou de télémétrie) doivent être comptabilisées et déclarées séparément. Le pourcentage en EPT doit être calculé et déduit de l'effectif U-IMC.

7.2.3 Qualifications

Dans les U-IMC de moins de 6 lits, au moins un tiers des équivalents plein temps du personnel requis doit être certifié en soins intensifs, médecine d'urgence ou anesthésiologie EPD ES, ou posséder une formation équivalente ou avoir suivi une formation spécifique IMC pour le personnel infirmier. Les deux tiers restants du personnel soignant doivent posséder le diplôme d'infirmier ES/HES.

Au moins un membre du personnel soignant par roulement (horaire) infirmier travaillant au lit du malade doit avoir une formation correspondant aux recommandations ci-dessus.

Pour des U-IMC de 6 lits ou plus, au minimum 40% du personnel soignant doit posséder une formation telle que décrite pour pouvoir remplir ces exigences. Les exigences de formation spécifique IMC pour le personnel infirmier sont déterminées par la commission de développement PEC EPD ES d'OdASanté (programme d'enseignement cadre de soins en anesthésie, médecine intensive et médecine d'urgence) sur mandat du SEFRI.

Pour les U-IMC de pédiatrie et de néonatalogie, jusqu'à ce qu'une formation en soins intermédiaires soit disponible, les exigences de qualification du personnel infirmier se limitent à une expérience d'au moins deux ans dans un service de pédiatrie pour tout le personnel travaillant dans l'U-IMC.

7.3 Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes

Chaque U-IMC doit avoir à disposition un nombre suffisant de physiothérapeutes en fonction de sa taille et du collectif de patients, afin qu'il soit possible de pratiquer tous les jours des séances de traitement à chaque patient.

Le personnel de physiothérapie devrait, dans la mesure du possible, être intégré à l'équipe de l'U-IMC. Selon le besoin des patients, l'U-IMC doit pouvoir recourir à un spécialiste en ergothérapie et en logopédie.

7.4 Personnel auxiliaire

L'U-IMC doit disposer d'un nombre adéquat de personnel auxiliaire. La dotation minimale en personnel soignant indiquée sous le point 7.2.2 présuppose une dotation de base en personnel auxiliaire. Les équivalents plein temps de personnel auxiliaire attribués doivent être dûment documentés.

Si tous les travaux auxiliaires sont effectués par du personnel soignant diplômé et/ou certifié, les équivalents plein temps (non liés aux patients) prévus pour ces travaux auxiliaires doivent être documentés séparément et ne comptent pas dans la dotation minimale selon le point 7.2.2.

7.5 Personnel technique

La nécessité d'intégrer dans l'équipe soignante de l'U-IMC des techniciens, laborantines, informaticiens, etc., dépend des installations et des appareils utilisés ainsi que des réalités internes de l'hôpital. Le personnel soignant qualifié relevant de la dotation minimale selon le

point 7.2.2 ne doit pas être détourné de sa tâche pour s'occuper de l'entretien relatif au matériel électronique, aux appareils respiratoires, aux appareils de laboratoire et autres installations techniques, ni aux réseaux et aux ordinateurs. La direction de l'U-IMC doit veiller à ce que la maintenance de tous les appareils techniques soit assurée et documentée.

7.6 Secrétariat

Les tâches de secrétariat doivent être assumées par du personnel qualifié en nombre suffisant.

8 Moyens diagnostiques et monitoring

8.1 Examens de laboratoire

Un laboratoire d'urgence doit être disponible 24 heures sur 24. Il doit fournir les prestations suivantes :

- toutes les analyses de routine en chimie, hématologie, coagulation sanguine et médecine de transfusion.
- analyses des gaz sanguins, avec carboxyhémoglobine et saturation en oxygène de l'hémoglobine.
- Dans le cas où l'U-IMC gère un appareil de laboratoire, elle doit s'assurer que les exigences de la commission suisse pour le contrôle de qualité des laboratoires médicaux, se basant sur l'article 58 de la LAMAL et l'article 77 de l'ordonnance correspondante (OAMal), soient respectées.

8.2 Radiologie

Les examens de radiologie conventionnelle ainsi que la tonodensitométrie doivent être disponibles. Ces examens doivent pouvoir être interprétés par du personnel qualifié.

8.3 Autres techniques d'investigation

Selon le type d'U-IMC, les techniques suivantes doivent être disponibles en complément :

- Examens échographiques
- Examens endoscopiques
- EEG

8.4 Appareils indispensables à la surveillance (monitorage)

L'U-IMC dispose d'un nombre suffisant d'appareils et de systèmes de surveillance pour couvrir les besoins de tous les patients.

- Surveillance cardio-vasculaire : surveillance permanente de l'ECG et de la pression artérielle (pas de mesure invasive de la pression artérielle dans les U-IMC de pédiatrie ou de néonatalogie) et veineuse invasive.
- Surveillance respiratoire : oxymétrie pulsée, fréquence respiratoire.

9 Équipements indispensables

Tout le matériel spécialisé nécessaire à la prise en charge des patients spécifiques au type d'U-IMC doit être disponible en quantité suffisante. Toute U-IMC doit en outre avoir au minimum :

- du matériel de ventilation : ballon de ventilation, cathéters et masques d'oxygénation, matériel d'intubation, respirateurs si ventilation non-invasive envisagée ou pratiquée
- un électrocardiogramme à 12 dérivations.
- un défibrillateur / stimulateur cardiaque externe (nombre d'unité en fonction des besoins spécifiques de l'U-IMC)
- des pompes à perfusion, pousse-seringues en nombre suffisant.

10 Transports

10.1 Transferts

Les patients qui ne peuvent pas être pris en charge dans l'U-IMC de manière adéquate pour des raisons de personnel, de matériel ou de technique doivent être transférés dans les meilleurs délais et stabilisés aux mieux vers des centres mieux équipés.

10.2 Accompagnement au cours du transport

Le patient doit être accompagné de personnel qualifié et disposant de la formation et de l'équipement adapté, de sorte que puisse être détectée et traitée à temps toute défaillance des fonctions vitales.

11 Enseignement

11.1 Formation continue des médecins

Une politique active d'acquisition et de maintien des compétences spécialisées et spécifiques doit être menée au sein de l'U-IMC. Les conventions de collaboration avec les partenaires de soins doivent également concerner l'enseignement.

11.2 Formation continue du personnel soignant

Le personnel soignant doit être constamment formé et perfectionné dans les domaines relevant des soins et de la technique. Le responsable du personnel infirmier en soins intensifs de l'U-IMC tient une liste des colloques internes de formation et formation continue dont a bénéficié le personnel soignant de l'U-IMC. Une documentation écrite de la participation du personnel soignant à des manifestations de formation continue, tant internes qu'externes doit être assurée. Le programme de formation continue doit contenir les éléments de bases importants de la formation du personnel des soins intensifs. Une collaboration étroite entre l'U-IMC et l'USI pour la mise en place des programmes de formation est souhaitable.

12 Membres de la communauté d'intérêt multidisciplinaire CI-IMC (Kerngruppe)

Présidence :

Pr Dr méd. Werner Z'Graggen	SFCNS / Président de la CI-IMC
Dr. méd. Susanne Vuilleumier	SSAPM / Vice-présidente de la CI-IMC
Dr méd. Jolanda Contartese	SSMI / Past Présidente de la CI-IMC
Brigitte Hämmerli	SSMI / Membre du Présidium (Soins)

PD Dr méd. Emmanuel Carrera	SFCNS
Dr. méd. Daniel Ribeiro	SSMIG
PD Dr méd. Tobias Zingg	SS Chirurgie
Pr Dr. med Yvan Gasche	SSMI
Dr méd. Bernhard Haubner	SSC Cardiologie
Dr méd. Juan Llor	SSP
Dr méd. Noémi Anthuber	SSAPM

13 Checklist des conditions de reconnaissance

3	Procédure de reconnaissance	☐
3.1	Demande de reconnaissance	☐
3.2	Documents à fournir pour une reconnaissance/réévaluation	☐
4	Caractéristiques d'une U-IMC et indicateurs chiffrés	☐
4.1	Organisation générale	☐
4.2	Saisie des données	☐
4.3	Nombre de lits	☐
4.4	Patients et nombre de journées de soins	☐
5	Exigences relatives aux locaux et à l'architecture	☐
5.1	Exigences générales	☐
5.2	Surfaces disponibles et distances	☐
5.3	Locaux et équipement	☐
6	Équipement de la place patient	☐
6.1	Agencement du lit dans la pièce et séparation	☐
6.2	Installations minimales à l'emplacement du lit	☐
7	Personnel	☐
7.1	Couverture médicale	☐
7.2	Personnel soignant	☐
7.3	Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes	☐
7.4	Personnel auxiliaire	☐
7.5	Personnel technique	☐
7.6	Secrétariat	☐
8	Moyens diagnostiques et monitoring	☐
8.1	Examens de laboratoire	☐
8.2	Radiologie	☐
8.3	Autres techniques d'investigation	☐
8.4	Appareils indispensables à la surveillance (monitorage)	☐
9	Équipements indispensables	☐

14 Glossaire

Abréviations (dans l'ordre d'apparition) :

U-IMC	Unité intermediate care (unité de soins intermédiaires)
USI	Unité de soins intensifs
CPAP	Continuous positive airway pressure
CI-IMC	Commission de reconnaissance des U-IMC
MDS _{IMC}	Minimal Data Set Intermediate care
CANU	Commission for accreditation of neonatal units
NEMS	Nine equivalents of nursing manpower use score
SAS	Sedation-agitation scale
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
EPD ES	Études post-diplôme des écoles supérieures
EPT	Équivalent temps plein
ES	École supérieure
HES	Haute école spécialisée
PEC	Plan d'étude cadre
SEFRI	Secrétariat d'État à la formation à la recherche et à l'innovation