



Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie  
Société Suisse de Chirurgie  
Società Svizzera di Chirurgia

Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie  
Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique  
Società Svizzera di Chirurgia Pediatrica



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN  
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE  
SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA  
SGI-SSMI-SSMI



Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin  
Société Suisse de Médecine Interne Générale  
Società Svizzera di Medicina Interna Generale  
Swiss Society of General Internal Medicine



ssp sgp  
SWISS SOCIETY OF PEDIATRICS  
Ihre Ärztinnen und Ärzte für Kinder und Jugendliche  
Les médecins de vos enfants et adolescents  
I medici dei vostri bambini e adolescenti

**SFCNS** Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies



Swiss Society of Neonatology

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie  
Société Suisse de Néonatalogie  
Società Svizzera di Neonatologia  
[www.neonet.ch](http://www.neonet.ch)

### **Directives suisses pour la reconnaissance des Unités de Soins Intermédiaires**

**Les présentes directives ont été approuvées par :**

**La Société Suisse d'Anesthésiologie et Réanimation**

**La Société Suisse de Cardiologie**

**La Société Suisse de Chirurgie**

**La Société Suisse de Chirurgie Pédiatrique**

**La Société Suisse de Médecine Intensive**

**La Société Suisse de Médecine Interne Générale**

**La Société Suisse de Pédiatrie**

**The Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies**

**The Swiss Society of Neonatology**

Ces directives ont été approuvées en mai 2013 par les organes officiels de toutes les sociétés co-signataires.  
Elles existent en versions allemande et française. La version française fait référence.

<b>1</b>	<b>Préambule .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Bases.....</b>	<b>4</b>
2.1	Objectifs et mission des unités de soins intermédiaires .....	4
2.2	Définition et caractérisation des patients des unités de soins intermédiaires .....	5
2.3	Modèles d'unités de soins intermédiaires .....	5
2.3.1	Définition de la structure .....	5
2.3.2	Conventions de collaboration entre les U-IMC et les services partenaires .....	6
2.4	Champ d'application.....	6
2.5	Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC) .	7
<b>3</b>	<b>Procédure de reconnaissance .....</b>	<b>7</b>
3.1	Demande de reconnaissance.....	7
3.1.1	Nouvelle reconnaissance .....	7
3.1.2	Réévaluation d'une reconnaissance .....	7
3.2	Documents à fournir pour une reconnaissance/réévaluation .....	7
3.3	Visite de l'Unité.....	8
3.4	Décision de reconnaissance .....	8
3.5	Reconnaissance provisoire .....	8
3.6	Conséquences de la reconnaissance .....	8
3.7	Annulation de la reconnaissance .....	9
3.8	Demande de reconsideration et recours .....	9
3.9	Suspension d'une procédure de reconsideration ou de reconnaissance.....	9
3.10	Unités de soins intermédiaires de néonatalogie de niveau II .....	9
<b>4</b>	<b>Caractéristiques d'une U-IMC et indicateurs chiffrés.....</b>	<b>10</b>
4.1	Organisation générale .....	10
4.2	Saisie des données .....	10
4.3	Nombre de lits .....	10
4.4	Patients et nombre de journées de soins .....	10
4.4.1	Classification des patients par catégories .....	10
4.4.2	Journées de soins à effectuer .....	10
4.4.3	Catégories IMC des patients admis dans les U-IMC .....	10
<b>5</b>	<b>Exigences relatives aux locaux et à l'architecture .....</b>	<b>11</b>
5.1.1	Emplacement dans l'hôpital .....	11
5.1.2	Visites et Horaires .....	12
5.2	Surfaces disponibles et distances .....	12
5.2.1	Surface disponible par lit.....	12
5.2.2	Surface brute et superficie totale de l'U-IMC .....	12
5.2.3	Chambre à un lit et isolement .....	12
5.3	Locaux et équipement .....	12
5.3.1	Chambre de malade.....	12
5.3.2	Surveillance au poste central .....	13
5.3.3	Équipement du poste central .....	13
5.3.4	Autres locaux et équipements .....	13
<b>6</b>	<b>Equipement de la place patient .....</b>	<b>13</b>
6.1	Lit du patient.....	13
6.2	Agencement du lit dans la pièce et séparation.....	14
6.3	Installations minimales à l'emplacement du lit .....	14
<b>7</b>	<b>Personnel.....</b>	<b>14</b>
7.1	Couverture médicale .....	14
7.1.1	Médecin responsable de l'Unité/suppléant .....	14
7.1.2	Organisation de la garde médicale .....	15
7.1.3	Médecins-internes, chefs de clinique et/ou médecins cadres .....	15
7.1.4	Service de piquet de supervision .....	15
7.1.5	Médecins consultants.....	16
7.1.6	Prescriptions médicales .....	16
7.2	Personnel soignant.....	16

7.2.1	Responsable de l'équipe soignante .....	16
7.2.2	Dotation minimale en personnel soignant .....	16
7.2.3	Qualifications .....	17
7.3	Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes .....	17
7.4	Personnel auxiliaire .....	17
7.5	Personnel technique.....	18
7.6	Secrétariat.....	18
<b>8</b>	<b>Moyens diagnostiques et monitorage.....</b>	<b>18</b>
8.1	Examens de laboratoire .....	18
8.2	Radiologie .....	18
8.3	Autres techniques d'investigation .....	18
8.4	Appareils indispensables à la surveillance.....	18
<b>9</b>	<b>Equipements indispensables.....</b>	<b>19</b>
<b>10</b>	<b>Transports .....</b>	<b>19</b>
10.1	Transferts .....	19
10.2	Accompagnement au cours du transport .....	19
<b>11</b>	<b>Enseignement.....</b>	<b>19</b>
11.1	Formation continue des médecins .....	19
11.2	Formation continue du personnel soignant .....	19
<b>12</b>	<b>Dispositions régulatoires .....</b>	<b>19</b>
<b>13</b>	<b>Membres du groupe de travail multidisciplinaire .....</b>	<b>21</b>
<b>14</b>	<b>Checklist des conditions de reconnaissance .....</b>	<b>22</b>
<b>15</b>	<b>Glossaire .....</b>	<b>23</b>

## **1 Préambule**

Les hôpitaux suisses doivent prendre en charge des malades de plus en plus complexes et polymorbes. 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, la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Réanimation, 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 un groupe de travail multidisciplinaire (cf. chapitre 13) pour élaborer les directives qui font l'objet du présent document. Ce document règle la reconnaissance des U-IMC par les sociétés l'ayant approuvé. L'éventuel retrait d'une société du processus d'entérinement du document ne bloque pas l'application des directives par les sociétés co-signataires. Ces directives définissent 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. Ces directives seront régulièrement revues et modifiées selon l'évolution et les besoins de la médecine hospitalière. Les modifications devront être validées par les sociétés de discipline ayant approuvé le document de base.

## **2 Bases**

### **2.1 Objectifs et mission des unités de soins intermédiaires**

Les U-IMC garantissent : 1. la surveillance et le traitement des patients courant un risque vital latent. 2. la reconnaissance précoce et le traitement (en terme 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 («stroke unit», «unités de soins coronaires», etc...) 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 ou de complications notamment post-opératoires, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation générale de soins aigus. De niveau intermédiaire

entre les USI et les unités de soins classiques, 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 devrait être établie (réseau de soins).

## **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 pour chaque malade individuellement 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):607-610) 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:

- le besoin de surveillance dépassant 6x/j ou toutes les 4h.
- 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 chez un patient stable.

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

- la présence d'un critère d'admission dans une USI.
- un pronostic dépassé rendant l'admission 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).

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 parties des raisons d'admettre un malade dans une U-IMC.

\* Pour les patients pédiatriques devant recevoir des soins palliatifs que ce soit dans le contexte d'une abstention ou un retrait thérapeutiques, une admission dans l'IMC peut être indispensable pour assurer le meilleur accompagnement possible.

## **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 dans les hôpitaux universitaires dotés d'USI et dans les petits hôpitaux dépourvus d'USI.

Dans les hôpitaux universitaires, il peut s'agir d'unités hautement spécialisées, telles que les U-IMC de Cardiologie (y compris les U-IMC coronaires), de Neurologie (y compris les «stroke units») et de Neurochirurgie. Il s'agit aussi d'U-IMC de Médecine Interne ou de Chirurgie. 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 rassemblés dans un secteur défini au sein d'une U-IMC constituée 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 impérativement évalué par les acteurs concernés. 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, voir régional. Les U-IMC indépendantes des USI 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 garantis aux malades des U-IMC quelque soit le type d'unité. Ceci implique que chaque type d'unité doit développer 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 :

- 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 centres: 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 terme de locaux, personnel, d'organisation et aussi dans d'autres domaines.

## **2.5 Commission pour la reconnaissance des unités de soins intermédiaires (CRUIMC)**

Une commission de reconnaissance des unités de soins intermédiaires, mandatée par les sociétés cosignataires de ces directives, examine toutes les demandes de reconnaissance sur la base des présentes directives. La commission est habilitée à vérifier que toutes les U-IMC reconnues respectent les directives. Elle soumet également les présentes directives à un examen périodique et transmet d'éventuelles propositions de modifications aux sociétés cosignataires. La commission travaille selon un règlement qui est approuvé par les comités exécutifs respectifs des dites sociétés.

# **3 Procédure de reconnaissance**

## **3.1 Demande de reconnaissance**

### **3.1.1 Nouvelle reconnaissance**

Le médecin responsable de l'unité concernée doit adresser une demande écrite de reconnaissance au président de la CRUIMC. Cette demande doit être envoyée – accompagnée de tous les documents nécessaires – par courrier postal ou par e-mail au président de la commission (disponible sur le site internet des sociétés cosignataires des directives). Celui-ci doit vérifier son contenu (conformément au point 3.2) et en accuser réception par courrier postal ou électronique au requérant dans les vingt jours ouvrables qui suivent cette demande de reconnaissance.

### **3.1.2 Réévaluation d'une reconnaissance**

Toute modification importante survenant dans l'organisation, l'attribution de postes de direction médicale, la taille, la structure, les éléments architecturaux ou le mandat de prestations d'une U-IMC reconnue entraîne une réévaluation de la reconnaissance par la CRUIMC. Dès la survenue de l'une des modifications mentionnées ci-dessus, le responsable médical de l'unité est tenu d'adresser spontanément les documents complets au président de la CRUIMC conformément au point 3.2. Une information écrite doit être envoyée au président de la commission dans les trois mois qui suivent la survenue de la modification. Le requérant a le droit de se référer à des documents soumis auparavant. Dans tous les cas, le questionnaire U-IMC doit être complété, signé et envoyé. La CRUIMC est habilitée à exiger du responsable médical d'une U-IMC reconnue l'envoi d'un dossier de réévaluation.

## **3.2 Documents à fournir pour une reconnaissance/réévaluation**

Les documents relatifs à une nouvelle reconnaissance/réévaluation englobent :

- a) la dénomination précise de l'U-IMC.
- b) le nom du médecin responsable de l'unité (identique à celui du requérant) et son titre fédéral de spécialiste (ou son équivalent) ainsi que les justificatifs de sa formation requise (cf. 7.1.1).
- c) le nom du responsable suppléant et son titre fédéral de spécialiste ainsi que les justificatifs de sa formation requise (cf. 7.1.1).
- d) le nom du responsable des soins infirmiers et les justificatifs de sa formation
- e) le nombre de lits ouverts en moyenne par an dans l'U-IMC, conformément à la collecte de données minimales (MDS IMC).

- f) le nombre de lits de l'hôpital ou de la clinique concernés.
- g) la statistique des patients pris en charge au cours de l'année écoulée, conformément aux MDS IMC.
- h) l'effectif de l'équipe médicale, conformément aux MDS IMC.
- i) l'organisation de la garde médicale.
- j) l'effectif de l'équipe soignante, conformément aux MDS IMC.
- k) le plan architectural de l'U-IMC.
- l) la description de l'équipement technique.
- m) la confirmation du respect des normes

La CRUIMC peut réclamer des documents supplémentaires au requérant. Dans tous les cas, le formulaire U-IMC doit être complété et envoyé.

### **3.3 Visite de l'Unité**

L'U-IMC fait l'objet d'une visite par une délégation désignée par le président de la CRUIMC. Cette délégation comprend trois membres de la commission dont un(e) représentant(e) du personnel infirmier, formé dans le domaine et exerçant une fonction de cadre. Un des membres de la délégation représente la société de spécialité dont l'U-IMC se revendique. S'agissant de réévaluations, la commission décide de la nécessité d'une visite.

### **3.4 Décision de reconnaissance**

La CRUIMC est compétente pour décider de la reconnaissance des U-IMC. Elle transmet sa décision au comité de la société à laquelle l'U-IMC est affiliée qui l'entérine. En cas de décision positive, la reconnaissance est rétroactive à partir de la date où le président de la commission a confirmé par courrier recommandé la réception du dossier complet.

### **3.5 Reconnaissance provisoire**

Dans le cadre du processus de réévaluation, une U-IMC déjà reconnue peut être reconnue à titre exceptionnel, de manière provisoire, si elle ne satisfait plus à certains points des directives, 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 lorsque l'unité ne présente pas au président de la CRUIMC par lettre recommandée un rapport montrant qu'il a été remédié aux manques constatés. Une reconnaissance provisoire n'est pas possible dans le cadre d'une nouvelle reconnaissance.

### **3.6 Conséquences de la reconnaissance**

Toute U-IMC reconnue par la CRUIMC a le droit à faire valoir cette reconnaissance. La reconnaissance d'une U-IMC entraîne l'obligation, pour le médecin responsable de l'unité concernée, d'annoncer dans un délai de trois mois après son entrée en fonction (conformément au point 3.1.2) tout changement de direction ou de structure à la CRUIMC. En cas de non respect, la commission 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 CRUIMC 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, la reconnaissance peut être annulée. Dans le cadre d'une procédure de réévaluation, l'U-IMC a le droit de réclamer une visite par la délégation de la CRUIMC après la remise d'un dossier.

### **3.7 Annulation de la reconnaissance**

La CRUIMC 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 qui l'entérine. Si une reconnaissance est transformée en une reconnaissance provisoire, cette transformation correspond à un avertissement et la durée de la période provisoire correspond au délai accordé. La reconnaissance provisoire échoit immédiatement à l'issue de 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 CRUIMC dans un délai de 28 jours en adressant une réclamation écrite motivée. L'instance examinant la demande de reconsidération se compose du comité de la société de discipline mère, élargi du Président de la CRUIMC (ou du représentant qu'il désigne) et d'un autre membre de la commission choisi par ses soins. La procédure de reconsidération consiste en une audition du médecin responsable de l'U-IMC concernée. A l'issue de celle-ci, l'instance de demande de reconsidération statue définitivement et fait un rapport écrit expliquant sa décision. Il est possible de déposer un recours contre la décision de l'instance de demande de reconsidération. L'instance de recours est la justice civile. Le for juridique est le siège de la société de discipline mère.

### **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 CRUIMC 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**

A l'instar de la reconnaissance 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 par la CRUIMC 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.

Cependant, cette classification qui concerne toutes les unités de néonatalogie n'entrera en vigueur qu'au premier janvier 2015.

## **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 de transfert interne, le patient est accompagné de l'intégralité des documents qui le concernent (dossier médical, documents radiographiques, etc.). Les proches du patient sont informés sans délai d'une entrée imprévue dans l'U-IMC. Les médecins de l'U-IMC établissent un dossier médical pour chaque patient. En cas de transfert de patients de l'U-IMC dans un autre hôpital, un rapport actualisé, ainsi que des copies de tous les résultats et documents importants sont transmis avec le 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 est obligatoire pour toutes les U-IMC. Conformément aux prescriptions des MDS IMC, la CRUIMC peut accéder aux indicateurs chiffrés des différentes U-IMC. La transmission de données dans le cadre du processus des MDS ne dispense pas le responsable de l'USI de communiquer les changements conformément au point 3.1.2.

### **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 être rattachée à une autre unité de médecine aiguë selon le modèle d' « U-IMC couplée ». Pour les unités des hôpitaux 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 du MDS IMC.

#### **4.4.2 Journées de soins à effectuer**

L'U-IMC doit totaliser au moins 1300 journées de soins par année pour 6 lits et 1000 journées de soins pour 4 lits.

#### **4.4.3 Catégories IMC des patients admis dans les U-IMC**

Les catégories IMC permettent de grouper 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 ces unités, pour autant que les critères médicaux d'admission, de non-admission et de sortie décrits en 2.2 soient strictement

respectés. De manière générale, ces critères prennent sur tout 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 IMC	1A	1B	2	3
	NEMS >30pts	NEMS 21–30pts et SAS≤5 ou RASS≤2	NEMS 13–20pts et SAS≤5 ou RASS≤2	NEMS < 13pts et SAS≤5 Ou RAS≤2
	NEMS > 21pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS 13-20pts et SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS < 13pts et SAS > 5 ou RASS > 2	
Charge en soins	+++++	++++	+++	++

## 5 Exigences relatives aux locaux et à l'architecture

Pour les unités déjà existantes au moment de l'entrée en vigueur des présentes directives, des variations par rapport aux exigences peuvent être admissibles et sont évaluées par la CRUIMC lors de la procédure de reconnaissance. La CRUIMC a la compétence de reconnaître une U-IMC présentant des insuffisances mineures au niveau des locaux ou de l'architecture lorsqu'elle est déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur des présentes directives.

### 5.1 Exigences générales

L'U-IMC ne servira pas de lieu de transit pour les patients, idem pour le personnel et le matériel. Aucune source de nuisance (bruit, etc.) ne doit exister à proximité immédiate de l'U-IMC. On veillera particulièrement à ce que les alarmes optiques et acoustiques des diverses installations – en particulier la sonnerie du téléphone – ne constituent pas des sources de nuisance pour les patients.

#### 5.1.1 Emplacement dans l'hôpital

L'U-IMC occupe un site bien défini et elle dispose de locaux distincts des USI, de la salle de réveil, du service d'urgences et des autres services de soins généraux. Son

emplacement doit être déterminé en fonction de sa spécificité et du flux des patients qu'elle accueille. Dans tous les cas, l'accès aux services dans lesquels sont pratiqués des investigations ou des traitements requis par les patients qu'elle accueille doit être facilité.

### **5.1.2 Visites et Horaires**

Le lieu 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. Une salle d'attente ou une zone d'attente doit disposer d'un équipement adapté, et est située à proximité des WC. La salle d'attente se trouve à l'extérieur de la zone patient 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 à partir de l'entrée en vigueur des présentes directives, doivent satisfaire aux prescriptions. Pour les unités construites antérieurement, il est possible de tolérer des dérogations minimales. La CRUIMC soumet des recommandations au comité exécutif de la société concernée.

### **5.2.1 Surface disponible par lit**

La surface nette dévolue à chaque lit est d'au moins  $12\text{ m}^2$ , idéalement  $16\text{ m}^2$ ; 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  $30\text{ m}^2$ ; la surface totale est définie par la surface brute de  $30\text{ m}^2$ , multipliée par le nombre de lits (y compris couloirs, locaux annexes, etc.). Ces prescriptions doivent être respectées par toutes les unités.

### **5.2.3 Chambre à un lit et isolement**

La surface minimale d'une chambre à un lit est de  $20\text{ m}^2$ , un éventuel sas n'étant pas compris dans ce chiffre.

## **5.3 Locaux et équipement**

### **5.3.1 Chambre de malade**

Les chambres de malades font partie des locaux de classe 3 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 de 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 devraient 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 doit être assurée, avec contact visuel englobant l'ensemble des patients de l'U-IMC et un monitorage 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. Les chambres 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 Equipement du poste central**

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

### **5.3.4 Autres locaux et équipements**

- des locaux destinés au matériel et aux appareils.
- un bureau de médecin un bureau infirmier.
- un local de réunion du personnel soignant : il doit pouvoir accueillir une dizaine de personnes.
- un local pour tenir des entretiens.
- 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.
- un éclairage au lit du patient adéquat et équipé d'un variateur.

## **6      Equipment de la place patient**

Pour les unités déjà existantes au moment de l'entrée en vigueur des présentes directives, des variations par rapport aux exigences peuvent être admissibles et sont évaluées par la CRUIMC lors de la procédure de reconnaissance. La CRUIMC a la compétence de reconnaître une U-IMC présentant des insuffisances mineures au niveau de l'équipement lorsqu'elle est déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur des présentes directives.

### **6.1 Lit du patient**

Le lit du patient est pourvu de roulettes munies d'un système de blocage et équipé

de mécanismes qui permettent de l'élever, de l'abaisser et de l'incliner. Le dossier doit pouvoir être actionné séparément. Le lit doit permettre de réaliser un massage cardiaque externe. Alèse et matelas doivent être choisis de telle sorte qu'une prévention d'escarres soit possible.

## **6.2 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 repères spatiaux et éléments de décoration. Les côtés et le pied du lit sont accessibles en permanence. En cas de besoin le lit doit 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 permanent à la surveillance infirmière.

## **6.3 Installations minimales à l'emplacement du lit**

- 12 prises électriques
- 2 prises d'oxygène
- 1 prise d'air comprimé
- 2 prises de vide (vacuum)
- Eclairage 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 IMC pédiatriques.

# **7 Personnel**

## **7.1 Couverture médicale**

### **7.1.1 Médecin responsable de l'Unité/suppléant**

Le médecin responsable de l'U-IMC est le responsable médical de l'unité.

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 certaines tâches médicales tant à ses collaborateurs qu'à des médecins d'autres disciplines, et ce dans le champ de compétences spécifiques de ces derniers. Le médecin responsable de l'U-IMC est responsable de l'organisation et de la réalisation de l'enseignement et de la formation pré-graduée, post-graduée et continue du personnel médical dans lesquelles il doit être personnellement impliqué. Il est co-responsable avec l'infirmier(ère) responsable de l'U-IMC de l'enseignement et de la formation post-graduée et continue du personnel soignant, dans lesquelles il doit également s'impliquer.

Le médecin responsable de l'U-IMC doit avoir un(e) suppléant(e).

Pour les unités fondées après l'entrée en vigueur des présentes directives, le médecin responsable et son suppléant doivent être porteur du titre de spécialiste (ou d'une formation jugée équivalente) d'une des disciplines co-signataires des directives. Ils doivent d'autre part pouvoir justifier d'une activité clinique d'au moins 1 année

dans une unité de médecine intensive reconnue par la SSMI ou alors d'une activité d'au moins 6 mois dans une unité de médecine intensive reconnue par la SSMI plus 6 mois dans un service de médecine d'urgence, d'anesthésiologie ou dans une U-IMC (telle que définie en 2.3.1) reconnue par la CRUIMC chargée d'appliquer les présentes directives. La période d'activité en médecine intensive ou médecine d'urgence peut avoir été pratiquée dans un pays reconnaissant la formation dans ces disciplines. Pour les neurologues formés en Suisse on reconnaîtra également comme suffisante une formation de 18 mois dans une U-IMC reconnue par la CRUIMC. Cette reconnaissance revêt un caractère transitoire et prendra fin lorsque la période de formation en médecine intensive sera reconnue pour la spécialisation en neurologie.

Pour les unités déjà existantes lors de l'entrée en vigueur des présentes directives, une période transitoire de 5 ans doit permettre au médecin responsable, soit de se conformer aux exigences de formation décrites ci-dessus, soit de nommer un suppléant dont la formation correspond à ces exigences. Lors d'un changement de direction ou d'un changement significatif structurel ou organisationnel impliquant une réévaluation de la reconnaissance tel que décrit en 3.1.2, les exigences des présentes directives s'appliquent.

Le pourcentage d'activité pendant lequel le médecin responsable de l'U-IMC et son suppléant se consacrent à l'U-IMC (tâches administratives, cliniques, et formation inclus) est de 140% pour les unités de 12 lits ou plus, de 100% pour les Unités de 8-11 lits et de 50% pour les unités plus petites. Ce taux ne doit considérer que l'activité dédiée à l'U-IMC. Pour les unités couplées, le taux d'activité doit être calculé et atteint indépendamment du taux d'activité dédié à l'unité (au service) à laquelle (auquel) l'U-IMC est couplée.

### **7.1.2 Organisation de la garde médicale**

Le médecin responsable de l'U-IMC est garant qu'à tout moment un médecin est présent à l'hôpital; ce médecin est responsable des patients de l'U-IMC et doit à tout moment être disponible. Il doit garantir que des mesures médicales urgentes de stabilisation (telles que réanimation, intubation, mise en place d'un cathéter artériel ou veineux central, drainage thoracique [liste non exhaustive]) puissent être mises en œuvre immédiatement. L'implication d'un personnel médical externe à l'U-IMC doit faire l'objet d'une convention écrite entre le responsable de l'U-IMC et les responsables des services proposant leur propre personnel.

### **7.1.3 Médecins-internes, chefs de clinique et/ou médecins cadres**

Tous les médecins de l'U-IMC sont subordonnés au médecin responsable ou à son suppléant. Tous les médecins en formation ont droit au formulaire de formation selon les directives de la formation de l'institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) et selon les programmes de formation des différentes sociétés. Tous les médecins en formation, en particulier les médecins-internes, sont supervisés et fonctionnent au sein de l'équipe de manière adaptée à leur degré et à leurs objectifs de formation post-graduée. 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. Les médecins-internes devraient être affectés à l'U-IMC pour des périodes d'au moins trois mois.

### **7.1.4 Service de piquet de supervision**

Le responsable de l'U-IMC, son remplaçant ou un cadre désigné 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 susceptible d'adresser des patients à l'U-IMC (anesthésiologie; cardiologie; médecine interne ou pédiatrie; chirurgie ou chirurgie pédiatrique; gynécologie ; radiologie ; neurologie, neurochirurgie, intensiviste 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**

L'infirmier(ère) responsable de l'U-IMC est responsable 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/elle 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/elle doit s'impliquer.

L'infirmier(ière) responsable doit avoir un(e) suppléant(e)

L'infirmier(ière) responsable est titulaire du diplôme d'infirmière EPD ES en soins intensifs, anesthésiologie et urgences ou peut justifier d'avoir suivi une formation spécifique IMC, mise sur pied pour le personnel infirmier des soins intermédiaires. En outre, il est souhaitable qu'il (elle) justifie d'une formation dans le domaine du management de soins ou qu'il (elle) soit disposer de suivre une telle formation.

Pour les unités déjà existantes lors l'entrée en vigueur des présentes directives, une période transitoire de 5 ans doit permettre à l'infirmier(ière) responsable, soit de se conformer aux exigences de formation décrites ci-dessus, soit de nommer un suppléant dont la formation correspond à ces exigences. Lors d'un changement de direction ou d'un changement significatif structurel ou organisationnel impliquant une réévaluation de la reconnaissance tel que décrit en 3.1.2., les exigences des présentes directives s'appliquent.

Le temps de travail dédié aux tâches administratives et d'organisation doivent s'adapter à la grandeur de l'U-IMC. Pour une U-IMC de 6 lits ou plus, un temps plein au minimum est nécessaire. 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 en catégories IMC. Le calcul du nombre postes EPT (équivalent plein temps) 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: infirmier(ère)s en fonction de la catégorie des malades. 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 poste EPT (au moins 2 soignants par « shift »). 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'unité devrait disposer d'environ 15.6 postes EPT. Le travail non lié aux patients effectué par les cadres infirmiers ou d'autres membres de l'équipe soignante de l'U-IMC n'est pas inclus dans les calculs du nombre de postes nécessaires. Ce travail doit être dûment documenté. Le poste de l'infirmière responsable est défini en tant que poste fournissant un travail non directement lié au patient. Le temps dévolu à l'enseignement, ne doit pas être comptabilisé dans les chiffres mentionnés ci-dessus. Ce temps doit être dûment documenté. Toutes les tâches que le personnel infirmier de l'U-IMC fournit dans d'autres domaines (p.ex. aux urgences, dans le cadre d'une collaboration dans un team de réanimation cardio-pulmonaire, surveillance de patients de salle de réveil ou de télémétrie) doivent être 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 minimalement 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 restant du personnel soignant doit posséder le diplôme d'infirmier (ère) ES/HES. Au moins un membre du personnel soignant par horaire infirmier travaillant au lit du malade a une formation selon les recommandations ci-dessus. Pour des U-IMC de 6 lits ou plus, au minimum 40% du personnel doivent posséder une formation telle que décrite pour pouvoir remplir ces exigences. Les exigences de formation spécifique IMC pour le personnel infirmier seront déterminées dans un premier temps par la commission de développement (PEC EPD ES) d'OdASanté, déléguée par l'OFFT. 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,

Pour les unités déjà existantes lors de l'entrée en vigueur des présentes directives, une période transitoire de 5 ans doit permettre de conformer la dotation en personnel soignant aux exigences décrites par les présentes directives.

### **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 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 7.2.1 presuppose 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 7.2.1.

## **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 7.2.1 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 monitorage**

## **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, 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**

Les techniques suivantes doivent être disponibles :

- Examens échographiques.
- Examens endoscopiques.
- EEG

## **8.4 Appareils indispensables à la surveillance**

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    Equipements indispensables**

Tout le matériel spécialisé nécessaire à la prise en charge des patients spécifiques au type d'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'oxygenation, 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)
- des pompes à perfusion, pousses-seringue 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 ces unités. Les conventions de collaboration avec les partenaires de soins doivent également concerter 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 soignant de l'U-IMC tient une liste des colloques internes de formation et de formation continue dont a bénéficié le personnel soignant de l'U-IMC. Une documentation écrite de la participation du personnel soignant à des réunions 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 continue 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    Dispositions régulatoires**

Les U-IMC pourront déposer leur requête de reconnaissance après l'entrée en vigueur des présentes directives. La requête doit se faire au maximum 6 mois après l'entrée en service de l'unité. Une analyse du dossier et une visite seront menées par la CRUIMC qui rendra un rapport et des recommandations aux comités exécutifs des sociétés co-signataires. Le comité exécutif de la société dont se revendique l'unité communiquera ses conclusions et recommandations au responsable de l'U-IMC candidate à la reconnaissance. Une copie du rapport sera remise à la CRUIMC et aux comités exécutifs des sociétés co-signataires des directives. Lorsque la reconnaissance n'aura pas été obtenue en raison d'un non respect des points des présentes directives, l'unité non reconnue pourra redéposer son dossier à n'importe quel moment après s'être mise en conformité. Un nouvel examen du dossier sera alors pratiqué par la CRUIMC qui rendra ses conclusions au comité exécutif. Le comité exécutif de la société dont se revendique l'unité transmettra la décision finale au responsable de l'unité.

## **13 Membres du groupe de travail multidisciplinaire**

Gérald <b>Berthet</b>	Société Suisse de Pédiatrie
Thomas <b>Brack</b>	Société Suisse de Médecine Interne Générale
Léo <b>Bühler</b>	Société Suisse de Chirurgie
Tiziano <b>Cassina</b>	Société Suisse d'Anesthésiologie et Réanimation
Jolanda <b>Contartese</b>	Société Suisse de Médecine Intensive
Philippe <b>Eckert</b>	Société Suisse de Médecine Intensive
Yvan <b>Gasche</b>	Société Suisse de Médecine Intensive
Pierre-Frédéric <b>Keller</b>	Société Suisse de Cardiologie
Angelika <b>Lehmann</b>	Société Suisse de Médecine Intensive
Martine Louis <b>Simonet</b>	Société Suisse de Médecine Interne Générale
Marie-Luise <b>Mono</b>	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
Marion <b>Mönckhoff</b>	Société Suisse de Néonatalogie
Sonia <b>Saudan</b>	Société Suisse d'Anesthésiologie et Réanimation
Stefan <b>Schmid</b>	Société Suisse de Chirurgie
David <b>Tüller</b>	Société Suisse de Cardiologie
Werner <b>Z'Graggen</b>	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies

## 14 Checklist des conditions de reconnaissance

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

## **15 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
CRUIMC	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
OFFT	office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie