



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN

SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE

SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA

SGI-SSMI-SSMI

Kommission für die Anerkennung der Intensivstationen (KAI)  
Commission de reconnaissance des unités de soins intensifs

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs (USI) par la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI)**

Les présentes directives ont été approuvées par l'Assemblée générale de la Société Suisse de Médecine Intensive du 1<sup>er</sup> novembre 2007. Elles vont entrer en vigueur immédiatement après leur acceptation.

Elles remplacent celles des 18 juin 1976, 17 octobre 1991, 1<sup>er</sup> octobre 2001, 8 mai 2003 et 13 mai 2004.

Les directives existent dans une version allemande et une version française. Dans le doute, c'est la version allemande qui fera foi.

<b>1</b>	<b>Préambule</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Bases</b>	<b>5</b>
2.1	Définition de la médecine intensive	5
2.2	Champ d'application et délimitations	5
2.3	Commission pour la reconnaissance des USI (KAI)	5
<b>3</b>	<b>Procédure de reconnaissance</b>	<b>5</b>
3.1	Demande	5
3.1.1	Nouvelle reconnaissance	5
3.1.2	Réévaluation de la reconnaissance	6
3.2	Documents à fournir pour une nouvelle reconnaissance/réévaluation	6
3.3	Visite de l'Unité	7
3.4	Décision de reconnaissance	7
3.5	Reconnaissance provisoire	7
3.6	Autorisation d'exploitation/mandat de prestations	7
3.7	Conséquences de la reconnaissance	7
3.8	Annulation de la reconnaissance	8
3.9	Demande de reconsidération et recours	8
3.10	Suspension d'une procédure de reconsidération ou de reconnaissance	8
3.11	L'Unité de soins intensifs (USI) extraordinaire	8
<b>4</b>	<b>Caractéristiques d'une USI 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	11
4.4.1	Classification des patients par catégories	11
4.4.2	Journées de soins à effectuer	11
4.4.3	Part relative des catégories de patients	11
<b>5</b>	<b>Exigences relatives aux locaux et à l'architecture</b>	<b>12</b>
5.1	Emplacement	12
5.1.1	Emplacement dans l'hôpital	12
5.1.2	Délimitation par rapport à la salle de réveil et au service des urgences	12
5.1.3	Exigences générales	12
5.2	Accès	12
5.3	Surfaces disponibles et distances	12
5.3.1	Surface disponible par lit	12
5.3.2	Surface brute et superficie totale de l'USI	12
5.3.3	Chambre à un lit	13
5.4	Installations domotiques et protection contre l'incendie	13
5.5	Locaux et équipement	13
5.5.1	Chambre de malade	13
5.5.2	Surveillance au poste central	14

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

5.5.3	Équipement du poste central.....	14
5.5.4	Autres locaux et équipements.....	14
<b>6</b>	<b>Équipement de la place patient.....</b>	<b>14</b>
6.1	Lit du patient.....	14
6.2	Agencement du lit dans la pièce et séparation.....	15
6.3	Installations minimales à l'emplacement du lit.....	15
6.4	Équipement à l'emplacement du lit.....	15
<b>7</b>	<b>Personnel.....</b>	<b>16</b>
7.1	Couverture médicale.....	16
7.1.1	Médecin responsable de l'Unité/suppléant.....	16
7.1.2	Organisation de la garde médicale.....	16
7.1.3	Médecins-assistants, chefs de clinique et médecins cadre.....	16
7.1.4	Service de piquet de supervision.....	17
7.1.5	Médecins consultants.....	17
7.1.6	Prescriptions médicales.....	17
7.2	Personnel soignant.....	17
7.2.1	Dotation minimale en personnel soignant.....	17
7.2.2	Qualifications.....	18
7.2.3	Responsable de l'équipe soignante.....	18
7.3	Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes.....	18
7.4	Personnel auxiliaire.....	18
7.5	Personnel technique.....	18
7.6	Secrétariat.....	19
<b>8</b>	<b>Moyens diagnostiques et monitoring.....</b>	<b>19</b>
8.1	Examens de laboratoire.....	19
8.2	Radiologie.....	19
8.2.1	Autres examens diagnostiques.....	19
8.3	Appareils indispensables à la surveillance (monitorage).....	19
<b>9</b>	<b>Équipements thérapeutiques indispensables.....</b>	<b>20</b>
<b>10</b>	<b>Transports.....</b>	<b>20</b>
10.1	Transferts.....	20
10.2	Accompagnement au cours du transport.....	20
<b>11</b>	<b>Enseignement et recherche.....</b>	<b>21</b>
11.1	Formation continue du personnel soignant.....	21
11.2	Formation continue des médecins.....	21
11.3	Formation postgraduée en médecine intensive et en soins intensifs.....	21
11.4	Autres programmes médicaux de formation postgraduée.....	21
11.5	Recherche.....	21
<b>12</b>	<b>Dispositions régulatrices.....</b>	<b>21</b>
12.1	Bases légales.....	21

**Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

12.2 Guidelines et médecine basée sur les preuves (EBM) .....21

**13 Dispositions transitoires .....22**

**14 Check-list des conditions de reconnaissance .....23**

## **1 Préambule\***

La médecine intensive requiert un support humain et technique performant et fiable. Les présentes directives sont appelées à servir de base à la planification de nouvelles unités, à la rénovation ou à la restructuration d'unités de soins intensifs (USI) existantes, déjà reconnues par la Société suisse de médecine intensive (SSMI). Les différentes descriptions constituent les exigences minimales. Ces directives doivent également permettre aux USI déjà reconnues par la SSMI d'adapter leurs ressources, leurs structures et leur organisation aux nécessités modernes. Elles se basent sur l'état actuel des connaissances. A l'avenir, de nouvelles connaissances seront intégrées dans ces directives sous forme de révisions.

## **2 Bases**

### **2.1 Définition de la médecine intensive**

La médecine intensive comprend le diagnostic, la prévention, les soins et le traitement de toutes les formes de défaillances aiguës des fonctions vitales chez le patient en danger vital, dont le pronostic est potentiellement favorable. La médecine intensive est pratiquée par une équipe formée et spécialisée se composant de personnel médical, infirmier et paramédical. Elle est exercée dans un emplacement défini et approprié à cet effet.

### **2.2 Champ d'application et délimitations**

Les directives représentent un standard contraignant pour la reconnaissance des unités de soins intensifs par la SSMI. Elles définissent les exigences minimales en terme de locaux, personnel, d'organisation et aussi dans d'autres domaines. La reconnaissance des USI en tant que centres de formation pour personnel soignant en soins intensifs et/ou pour médecins en cours de spécialisation en médecine intensive fait l'objet d'autres directives.

### **2.3 Commission pour la reconnaissance des USI (KAI)**

Une commission (KAI), mandatée par la SSMI, examine toutes les demandes de reconnaissance ou de renouvellement de reconnaissance en fonction des présentes directives et les transmet pour décision au Comité de la SSMI. La KAI est habilitée à vérifier que toutes les USI reconnues respectent les directives.

Elle soumet également les présentes directives à un examen périodique et transmet d'éventuelles propositions de modifications au Comité de la SSMI.

La KAI travaille selon un règlement qui est approuvé par le Comité.

## **3 Procédure de reconnaissance**

### **3.1 Demande**

#### **3.1.1 Nouvelle reconnaissance**

Le médecin responsable de l'Unité concernée (dénommé « requérant » ci-après) doit adresser une demande écrite de reconnaissance au président de la KAI. Cette demande doit être envoyée – accompagnée de tous les documents nécessaires – par courrier postal recommandé ou par e-mail (le questionnaire est disponible en ligne sur la page d'accueil de

---

\* Pour une question de lisibilité, toutes les dénominations employées dans ce texte sont valables par analogie pour les deux sexes.

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

la SSMI) au Président de la KAI. Celui-ci doit vérifier son contenu (conformément au point 3.2) et en accuser réception par courrier postal recommandé au requérant dans les vingt jours ouvrables qui suivent cette demande de reconnaissance.

### **3.1.2 Réévaluation de la 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 USI reconnue entraîne une réévaluation de la reconnaissance par la KAI.

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 KAI conformément au point 3.2. Une information écrite doit être envoyée au Président de la KAI dans les trois mois qui suivent la survenue de la modification. Le requérant a le droit de référer à des documents soumis auparavant. Dans tous les cas, le questionnaire USI (disponible sur la page d'accueil du site internet de la SSMI), doit être complété, signé et envoyé.

La KAI est habilitée à exiger du responsable médical d'une USI reconnue l'envoi d'un dossier de réévaluation.

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

Les documents relatifs à une nouvelle reconnaissance/réévaluation englobent :

- a) la dénomination précise de l'USI
- b) le nom du médecin responsable de l'Unité (identique à celui du requérant) et son titre fédéral de spécialiste
- c) le nom du responsable suppléant et son titre fédéral de spécialiste
- d) le nom du responsable des soins infirmiers
- e) le nombre de lits ouverts en moyenne par an dans l'USI, conformément à la collecte de données minimales de la SSMI (MDSi)
- 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 MDSi
- h) l'effectif de l'équipe médicale, conformément aux MDSi
- i) l'organisation de la garde médicale
- j) l'effectif de l'équipe soignante, conformément aux MDSi
- k) le plan architectural de l'USI
- l) la description de l'équipement technique
- m) la confirmation du respect des normes, conformément au point 5.4
- n) uniquement pour la nouvelle reconnaissance :
  - hôpitaux publiques : une prise de position écrite de l'autorité sanitaire
  - hôpitaux privés : une prise de position écrite du Conseil d'administration ou du Conseil de fondation

La KAI peut réclamer des documents supplémentaires au requérant. Dans tous les cas, le questionnaire USI doit être complété et envoyé.

### **3.3 Visite de l'Unité**

L'USI fait l'objet d'une visite effectuée par une délégation désignée par le président de la KAI. Cette délégation comprend deux membres de la KAI et une infirmière diplômée en soins intensifs exerçant des fonctions de cadre. S'agissant de réévaluations, la KAI décide de la nécessité d'une visite.

### **3.4 Décision de reconnaissance**

Sur la base de la proposition de la KAI, le Comité de la SSMI décide de la reconnaissance de l'USI. En cas de décision positive, la reconnaissance est rétroactive à partir de la date où le Président de la KAI a confirmé par courrier recommandé la réception du dossier complet.

### **3.5 Reconnaissance provisoire**

Dans le cadre du processus de réévaluation, une USI déjà reconnue peut être reconnue à titre exceptionnel, de manière provisoire, si elle ne satisfait pas certains points des directives, pour une durée de 2 ans. 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 KAI 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 Autorisation d'exploitation/mandat de prestations**

Les USI d'hôpitaux publics ne peuvent être reconnues par la SSMI que si la direction de la santé publique du canton concerné autorise l'exploitation de cette USI dans le cadre du mandat de prestations de l'hôpital.

Dans le cas des hôpitaux privés, le Conseil d'administration ou le Conseil de fondation doit donner son accord à l'exploitation d'une Unité de soins intensifs.

### **3.7 Conséquences de la reconnaissance**

Toute USI reconnue par la SSMI a le droit à faire valoir cette reconnaissance.

Une USI reconnue par la SSMI a la possibilité de soumettre aux instances compétentes sa candidature comme Centre de formation pour personnel soignant certifié en soins intensifs ou pour médecins spécialistes FMH en médecine intensive.

La reconnaissance d'une USI par la SSMI entraîne l'obligation, pour le médecin responsable de l'Unité concernée, d'annoncer dans un délai de trois mois après son entrée (conformément au point 3.1.2) tout changement de direction ou de structure à la KAI. En cas de non respect, la KAI fixe au nom du Comité de la SSMI, sous la forme d'un avertissement, conformément au point 3.8, un délai pour que lui soit remis un dossier, à l'issue duquel le Comité pourra retirer la reconnaissance.

Une USI reconnue par la SSMI s'engage à satisfaire aux exigences de la collecte de données minimales de la SSMI (MDSi).

La KAI 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'USI a le droit de réclamer une visite par la délégation de la KAI après la remise d'un dossier.

### **3.8 Annulation de la reconnaissance**

Le Comité de la SSMI retire la reconnaissance à l'USI 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.

Si une reconnaissance est transformée en une reconnaissance provisoire, cette transformation correspond à un avertissement et la durée de la période provisoire 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 USI, la reconnaissance de la SSMI prend automatiquement fin avec l'expiration du mandat d'exploitation.

### **3.9 Demande de reconsidération et recours**

Le requérant peut faire recours par écrit contre les décisions du Comité dans un délai de 28 jours en adressant une réclamation écrite motivée.

L'instance de demande de reconsidération se compose du Comité, élargi du Président de la KAI (ou du représentant qu'il désigne) et d'un autre membre de la KAI choisi par ses soins. La procédure de reconsidération consiste en une audition du médecin responsable de l'USI concernée. A l'issue de celle-ci, l'instance de demande de reconsidération statue définitivement.

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 SSMI.

### **3.10 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, le Comité ou la KAI peuvent réclamer la remise d'un nouveau dossier.

Si pendant une procédure de reconsidération des changements importants surviennent dans le dossier qui a été soumis par l'Unité, la procédure de reconsidération est immédiatement suspendue et la décision du Comité 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.

### **3.11 L'Unité de soins intensifs (USI) extraordinaire**

Certaines USI ayant une activité réduite (autrement dit plus faible que les chiffres minimaux indiqués dans les directives) peuvent à titre exceptionnel, c'est-à-dire dans des conditions bien déterminées, obtenir une reconnaissance.

Ces conditions sont définies de manière exhaustive par une situation géographique qui empêche de manière régulière et prolongée (plus de 12 heures) le transport dans un grand centre de soins.

## Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs

Pour l'essentiel, tous les points des présentes directives s'appliquent, hormis les exceptions et adjonctions suivantes :

- a) Les USI extraordinaires doivent remplir les critères ci-après (toutes les définitions selon MDSi) :

Nombre minimal de journées de soins par année :	800 avec le nombre de lits nécessaires en conséquence
Catégorisation et scores de gravité des malades de l'USI :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Catégorie I SSMI : maximum 5% des horaires de soins infirmiers</li><li>• Catégorie III SSMI : maximum 60% des horaires de soins infirmiers</li></ul> et : <ul style="list-style-type: none"><li>• SAPS II &gt; 40 : entre 5% et 15% des patients</li><li>• SAPS II &lt; 20 : maximum 60% des patients</li></ul>
Journées de ventilation mécanique :	plus de 100 par an
Services médicaux présents dans l'hôpital :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anesthésie</li><li>• Chirurgie</li><li>• Médecine interne</li><li>• Radiologie</li></ul>
Présence du médecin responsable de l'USI :	Présence régulière de minimum 25% d'une activité à 100%

La dotation minimale en personnel soignant doit être adaptée à la charge en soins, réduite proportionnellement au nombre de lits ouverts. Toutefois, pour garantir la sécurité des malades, le maintien de la qualité et l'efficacité des soins, un effectif minimum doit être assuré : 12 équivalents plein temps (EPT) ; 1/3 certifié ; infirmière responsable de l'USI non comprise.

- b) Une collaboration régulière entre cette Unité et une ou plusieurs Unités de soins intensifs reconnues est nécessaire. Elle fait l'objet d'une convention écrite, signée par les deux parties et approuvée par les autorités sanitaires responsables du/des canton(s) concerné(s). Elle porte sur la mise en place d'une politique de transferts des malades dans les situations où cette USI extraordinaire ne possède pas les ressources humaines et techniques ou les connaissances spécialisées permettant une prise en charge d'une pathologie selon les standards reconnus. En général, cette collaboration devrait se concentrer sur une unité partenaire. Vu les structures fédéralistes de l'organisation sanitaire suisse, la KAI acceptera aussi d'autres modèles selon la situation.
- c) L'acte de reconnaissance de la Société fera mention du caractère exceptionnel de cette reconnaissance et de la raison qui la justifie. Tout changement de situation devra être signalé par écrit à la KAI par le médecin responsable de l'Unité dans les trois mois.

## **4 Caractéristiques d'une USI 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'USI, 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, radiographies, etc.). Les proches du patient sont informés sans délai d'une entrée imprévue dans l'USI.

Les médecins de l'USI établissent un dossier médical pour chaque patient. En cas de transfert de patients de l'USI dans un autre hôpital, un rapport actualisé ainsi que des copies de tous les résultats et documents importants sont transmis avec le patient. Une liste de garde et de personnel permettent d'alerter rapidement les différents intervenants.

Chaque appareil est pourvu d'une fiche de maintenance sur laquelle sont notifiées les dates de réparation et de contrôle technique.

### **4.2 Saisie des données**

Les responsables de l'USI saisissent les données selon les prescriptions des MDSi de la SSMI. Cette collecte et son transfert au fichier central conformément aux MDSi est obligatoire pour toutes les USI, qu'elles soient reconnues à titre régulier ou extraordinaire (voir point 3.7). Conformément aux prescriptions des MDSi, la KAI peut accéder aux indicateurs chiffrés des différentes USI.

La transmission de données dans le cadre du processus des MDSi ne dispense pas le responsable de l'USI de communiquer les changements conformément au point 3.7.

### **4.3 Nombre de lits**

Le minimum requis pour la reconnaissance est de 6 lits.

Au-delà de 12 lits, il est recommandé de subdiviser l'USI en blocs fonctionnels distincts.

#### **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 MDSi.

Si des patients de type salle de réveil sont admis exceptionnellement (p.ex. la nuit et pendant le WE), ces patients doivent être identifiés séparément et ne doivent pas être inclus dans les données statistiques de MDSi. Une catégorisation n'est alors pas nécessaire.

<b>Catégorie SSMI</b>	<b>1 A</b>	<b>1 B</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	NEMS > 30 pt	NEMS 21 – 30 pt <b>et</b> SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2	NEMS 13 – 20 pt <b>et</b> SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2	NEMS < 13 pt <b>et</b> SAS ≤ 5 ou RASS ≤ 2
	NEMS ≥ 21 pt <b>et</b> SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS 13-20 pt <b>et</b> SAS > 5 ou RASS > 2	NEMS < 13 pt <b>et</b> SAS > 5 ou RASS > 2	---
charge de travail infirmier	très lourde	Lourde	moyenne	modérée
EPT par patient et horaire (%)	133%	100%	67%	33%

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

L'USI doit totaliser au moins 1300 journées de soins (6 lits, 60% d'occupation) par année (définition de la journée de soins selon les MDSi : nombre d'heures de soins divisé par le nombre d'heures/24 heures). Pour les USI qui désirent être reconnues comme Centre de formation pour personnel soignant ou pour médecins, les exigences requises sont celles des règlements correspondants.

##### **4.4.3 Part relative des catégories de patients**

La part relative des horaires de soins en catégorie 1 (A et B) doit être supérieure à 15% et celle des horaires en catégorie 3 inférieure à 40% (conformément aux MDSi).

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

### **5.1 Emplacement**

#### **5.1.1 Emplacement dans l'hôpital**

L'USI occupe un territoire bien défini et séparé des autres Unités de soins. Il est souhaitable que l'USI soit localisée à proximité des salles d'opération, du Service des urgences, des autres USI, d'un ascenseur pour lits, du service de radiologie ou d'autres services dans lesquels sont pratiqués des investigations ou des traitements requis par les patients de soins intensifs (p.ex. coronarographie, endoscopie).

#### **5.1.2 Délimitation par rapport à la salle de réveil et au service des urgences**

La salle de réveil et le service des urgences disposent de locaux distincts de l'USI.

#### **5.1.3 Exigences générales**

L'USI 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'USI.

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.

### **5.2 Accès**

Il est souhaitable que les accès prévus pour les lits et le personnel soient distincts de l'accès réservé aux visiteurs.

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 la visite. Une sonnette, le téléphone ou tout moyen de communication similaire doivent permettre aux visiteurs de s'annoncer avant d'être autorisés à entrer dans l'USI.

### **5.3 Surfaces disponibles et distances**

Les Unités qui ont été remaniées ou mises en service à partir du 1.1.1996, doivent satisfaire aux prescriptions. Pour les Unités déjà reconnues et construites antérieurement, il est possible de tolérer des dérogations minimales. La KAI soumet des recommandations au Comité de la SSMI.

#### **5.3.1 Surface disponible par lit**

La surface nette dévolue à chaque lit est d'au moins 16 m<sup>2</sup> ; 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.

#### **5.3.2 Surface brute et superficie totale de l'USI**

La surface brute par lit est d'au moins 40 m<sup>2</sup> ; la surface totale est définie par la surface brute de 40 m<sup>2</sup>, multipliée par le nombre de lits (y compris couloirs, locaux annexes, etc.). Ces prescriptions doivent être respectées par toutes les Unités.

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

### **5.3.3 Chambre à un lit**

La surface minimale d'une chambre à un lit est de 20 m<sup>2</sup>, un éventuel sas n'étant pas compris dans ce chiffre.

### **5.4 Installations domotiques et protection contre l'incendie**

Les normes et directives suivantes doivent être respectées :

- normes d'installation à basse tension (NIBT) de l'organisation Electrosuisse
- directives de l'Association Suisse pour l'éclairage (SLG)
- directive 99-3 de la Société Suisse des ingénieurs en chauffage et climatisation (SICC)
- prescriptions cantonales de construction
- dispositions sur la protection contre les incendies de l'Association des établissements cantonaux d'assurance incendie (AEAI)

Le responsable médical de l'USI présente un document signé des services hospitaliers compétents, confirmant que les normes et les directives énumérées ci-dessus ont été respectées dans la version en vigueur au moment de la construction ou de la transformation du bâtiment.

### **5.5 Locaux et équipement**

#### **5.5.1 Chambre de malade**

Les chambres de malades font partie des locaux de classe 4 conformément à la norme NIBT.

Selon l'organisation de l'USI, la fréquence de certaines pathologies, les impératifs de soins et d'asepsie, les chambres de patients peuvent héberger de un à quatre lits.

Le sol de la chambre doit être revêtu d'un matériau facile à désinfecter, qui absorbe le son, favorise le déplacement sur roulettes et empêche les glissades.

Le sol, le plafond, les murs et les portes doivent répondre aux exigences d'isolation phonique et être pourvus d'un revêtement lavable.

Pour favoriser la surveillance du patient, la partie supérieure des portes et des cloisons doit être pourvue de baies vitrées. Un store incorporé permet d'atténuer les nuisances lumineuses.

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.

Une horloge murale est installée dans chaque chambre.

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. L'usage de sèche-mains par air chaud n'est pas autorisé.

### **5.5.2 Surveillance au poste central**

Une surveillance doit être assurée, avec contact visuel englobant l'ensemble des patients de l'USI 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. 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).

### **5.5.3 Equipement du poste central**

- pharmacie
- une armoire frigorifique destinée à certains médicaments
- un stock de perfusions
- un lavabo selon le point 5.5.1
- un lieu destiné à la préparation de médicaments, pousse-seringues et perfusions
- un équipement permettant de consulter les examens radiologiques
- un système de rangement, fixe ou mobile, destiné à recueillir les résultats des examens réalisés par des procédés d'imagerie ; éventuellement un archivage assisté par ordinateur

### **5.5.4 Autres locaux et équipements**

- des locaux destinés au matériel et aux appareils
- un bureau de médecin
- un bureau infirmier
- une toilette
- 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 salle d'attente ou une zone d'attente : la salle d'attente doit pouvoir accueillir un nombre de visiteurs égal au nombre de lits dans l'USI. Ce local est convivial, dispose d'un équipement adapté, et il est situé à proximité d'un WC. La salle d'attente se trouve à l'extérieur de la zone patient de l'USI.
- une armoire munie d'une clé pour chaque membre de l'équipe soignante
- ordinateur(s) avec accès internet

## **6 Equipement de la place patient**

### **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.

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

L'équipement du lit est conçu de telle sorte qu'il soit possible de mettre le patient dans toutes les positions (sur le dos, le côté ou le ventre).

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
- Monitoring : voir point 8.3

### **6.4 Equipement à l'emplacement du lit**

Un pupitre destiné à déposer les feuilles d'ordre et de surveillance du patient ainsi que certains documents tels que les ECG et les résultats de laboratoire. Il est possible de remplacer ce genre d'installation par un équipement informatique, pour autant que ce dernier puisse être utilisé à partir de l'emplacement du patient.

Une petite table de nuit pour les effets personnels du patient.

Deux rails muraux ou équivalents situés à environ 40 et 120 cm du sol, et destinés à l'ancrage des dispositifs de soins, de traitement et de monitoring.

Des consoles et/ou des tringles suspendues au plafond dans le but d'y accrocher les perfusions, des pousse-seringues, des pompes volumétriques ou autres appareils.

Compte tenu des moyens disponibles, l'agencement des équipements doit être conçu de manière à ce qu'ils restent eux-mêmes aisément accessibles tout en n'entravant pas l'accès au patient.

---

\* Réparti(e)s de chaque côté du lit, à plus de 120 cm du sol, aisément accessibles

## **7 Personnel**

### **7.1 Couverture médicale**

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

Il est le responsable médical et administratif de l'Unité des soins intensifs (USI).

La responsabilité administrative comprend l'organisation générale de l'USI, ainsi que les relations avec les autorités médicales et administratives de l'hôpital, de la SSMI, la FMH et d'autres instances.

La prise en charge médico-infirmière intensive de tous les patients de l'USI est sous la direction et la responsabilité du médecin responsable de l'Unité. Il peut déléguer certaines tâches médicales tant à ses collaborateurs qu'à des médecins d'autres disciplines, et ce dans le champ de compétences spécifique de ces derniers.

Il organise et participe activement à la formation postgraduée et à la formation continue en médecine intensive des médecins et du personnel soignant de l'USI.

Il est porteur du titre fédéral de spécialiste en médecine intensive et membre de la SSMI. A titre exceptionnel, le Comité de la SSMI peut reconnaître une USI dont le médecin responsable de l'Unité n'est pas porteur du titre fédéral en médecine intensive, à condition qu'il satisfasse à des exigences équivalentes à celles d'un spécialiste fédéral dans cette discipline. Cet équivalent ne peut être accordé que par le comité de la SSMI.

La direction de l'USI doit rester dans les mêmes mains pour une période prolongée, à savoir au moins 3 ans.

Le médecin responsable de l'USI doit avoir un suppléant porteur d'un titre de spécialiste fédéral (ou d'un certificat d'équivalence). Il doit remplir au moins les exigences décrites sous 7.1.2.

Le temps de travail minimal pendant lequel le médecin responsable de l'USI et son suppléant se consacrent à l'USI (tâches administratives et formation incluses) est de 160% pour les Unités de 12 lits ou plus, de 120% pour les Unités de 8-11 lits et de 80% pour les Unités plus petites.

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

Le médecin responsable de l'USI est garant qu'à tout moment un médecin est présent à l'hôpital ; ce médecin doit à tout moment être responsable et disponible pour les patients de l'USI. Il faut garantir que des mesures médicales urgentes (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 à tout instant. Un médecin cadre répondant pour l'USI, porteur d'un titre fédéral en médecine intensive ou, le cas échéant, d'un titre fédéral en anesthésiologie / médecine interne / chirurgie / pédiatrie et dans ce cas-là possédant une formation d'au moins 6 mois en médecine intensive doit être présent dans l'hôpital ou être opérationnel dans un délai de 30 minutes au cas où le médecin de garde pour l'USI ne possède pas cette qualification.

#### **7.1.3 Médecins-assistants, chefs de clinique et médecins cadre**

Tous les médecins de l'USI sont subordonnés au médecin responsable et aux médecins cadres de l'USI, tant au niveau médical qu'administratif.

Tous les médecins en formation ont droit au formulaire de formation selon les directives de la formation de la FMH et selon les programmes de formation des différents sociétés.

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

Tous les médecins en formation, en particulier les médecins-assistants, sont supervisés et fonctionnent 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.

Les médecins-assistants sont affectés à l'USI pour des périodes d'au moins trois mois.

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

Un spécialiste porteur du titre fédéral en médecine intensive ou d'un titre équivalent accordé par le comité de la SSMI, répondant pour l'USI, doit être joignable en permanence et être si nécessaire opérationnel dans l'USI en l'espace de 2 heures.

### **7.1.5 Médecins consultants**

Un représentant de chacune des disciplines de base (anesthésiologie ; médecine interne ou pédiatrie ; chirurgie ou chirurgie pour enfants ; gynécologie ; radiologie) doit être disponible 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'USI sont habilités à effectuer des prescriptions médicales. Dans un esprit de franche et saine collaboration, ils peuvent tenir 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 Dotation minimale en personnel soignant**

<b>Nombre de lits USI</b>	<b>Nombre de postes (équivalents 100%) (EPT)</b>
6	15
8	20
12	30
16	40

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

Le travail non lié aux patients effectué par les cadres infirmiers ou d'autres membres de l'équipe soignante de l'USI n'est pas inclus dans les chiffres indiqués ci-dessus. 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'USI fournit dans d'autres domaines (p.ex. aux urgences, dans le cadre d'une collaboration dans un team de réanimation

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

cardiopulmonaire, 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 USI.

### **7.2.2 Qualifications**

Au moins un tiers des équivalents plein temps du personnel soignant minimalement requis doit être certifié en soins intensifs ASI ou posséder une formation équivalente. La Commission paritaire pour la formation postgraduée au titre d'infirmière certifiée en soins intensifs SBK/ASI décide de l'équivalence.

Au moins un membre du personnel soignant par horaire infirmier travaillant au lit du malade est certifié en soins intensifs ASI ou équivalent selon définition ci-dessus. Pour des USI de 6 lits et 15 EPT, au minimum 40% (= 6 EPT) du personnel doivent être certifiés pour pouvoir remplir ces exigences.

### **7.2.3 Responsable de l'équipe soignante**

L'infirmière-responsable est titulaire du certificat de capacité d'infirmière en soins intensifs ASI.

## **7.3 Physiothérapeutes, ergothérapeutes et logopédistes**

Chaque USI doit disposer d'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.

Dans la mesure du possible, le personnel de physiothérapie devrait être intégré à l'équipe de l'USI. Un physiothérapeute peut assurer le traitement de 10 patients au maximum.

Selon le besoin des patients, l'USI doit pouvoir recourir à un spécialiste en ergothérapie et en logopédie.

## **7.4 Personnel auxiliaire**

L'USI doit disposer d'un nombre adéquat de personnel auxiliaire. La dotation minimale en personnel soignant indiquée sous le point 7.2.1 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 7.2.1.

## **7.5 Personnel technique**

La nécessité d'intégrer dans l'équipe soignante de l'USI 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'USI doit veiller à ce que la maintenance de tous les appareils techniques soit assurée et documentée.

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

### **7.6 Secrétariat**

Il est nécessaire d'engager une secrétaire à mi-temps pour une Unité de 6 à 8 lits. Les USI ayant plus de lits ont besoin d'une secrétaire à 100% et davantage.

Si le personnel soignant assume des tâches de secrétariat, il faut évaluer le temps et le rajouter aux dotations minimales selon le point 7.2.1.

## **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
- analyses microbiologiques, y compris analyses de la résistance aux antibiotiques
- Dans le cas où l'USI 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**

Des radiographies classiques du thorax et de l'abdomen doivent pouvoir être réalisées dans l'USI.

Un tomodensitomètre doit être constamment disponible au sein de l'hôpital. L'interprétation des tomographies doit être assurée.

Toutes les installations radiologiques doivent être utilisées en conformité avec les directives fédérales de radioprotection.

#### **8.2.1 Autres examens diagnostiques**

Les examens et mesures suivants doivent pouvoir être réalisés à tout moment dans l'USI :

- Examens échographiques
- Echocardiographie
- Bronchoscopie flexible
- Endoscopies digestives haute et basse
- Electrocardiogramme à 12 dérivations
- Poids corporel

### **8.3 Appareils indispensables à la surveillance (monitorage)**

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

## **Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

- Surveillance cardio-vasculaire : surveillance permanente de l'ECG et de la pression artérielle et veineuse invasive ainsi que mesure intermittente ou continue du débit cardiaque
- Surveillance respiratoire : oxymétrie pulsée, CO<sub>2</sub> en fin d'expiration, fréquence respiratoire
- Température corporelle, y compris surveillance de l'hypothermie
- Pression intracrânienne et EEG (pour les USI neurologiques et neurochirurgicales)

## **9 Equipements thérapeutiques indispensables**

- Pharmacie de l'Unité
- Drainage thoracique
- Appareils de ventilation : ballon de ventilation, cathéters et masques d'oxygénation, matériel d'intubation, respirateurs, respirateur de transport, matériel pour intubations difficiles
- Stimulateurs cardiaques endoveineux provisoires
- Défibrillateur, stimulateur cardiaque externe
- Pompes à perfusion, pousse-seringues
- Possibilités de refroidissement
- Dialyse ou hémofiltration
- Bronchoscopie/gastro-coloscopie
- Banque de sang
- Ballon intra-aortique à contre-pulsation et/ou autres méthodes pour le soutien cardiaque mécanique (USI cardiologiques et cardio-chirurgicales)
- ECMO pour les USI pédiatriques avec chirurgie cardiaque
- Le traitement des insuffisances organiques doit être assuré à tout moment grâce à la présence d'un nombre suffisant d'appareils et de dispositifs de traitement.

## **10 Transports**

### **10.1 Transferts**

Les patients qui ne peuvent pas être pris en charge dans l'USI 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 et recherche**

### **11.1 Formation continue du personnel soignant**

Le personnel soignant doit être constamment formé et perfectionné dans les domaines relevant des soins, de la médecine intensive et de la technique. Le responsable du personnel soignant de l'USI tient une liste des colloques internes de formation et de formation continue dont a bénéficié le personnel soignant de l'USI. Une documentation écrite de la participation du personnel soignant à des réunions de formation continue, tant internes qu'externes doit être assurée

### **11.2 Formation continue des médecins**

La formation continue des médecins spécialistes FMH en médecine intensive est définie dans le programme de formation continue de la SSMI. Les USI doivent permettre à leurs médecins de prendre part à ces activités.

### **11.3 Formation postgraduée en médecine intensive et en soins intensifs**

Les exigences auxquelles doivent satisfaire les USI qui désirent être reconnues comme Centre de formation en médecine intensive et en soins intensifs sont définies dans les règlements correspondants.

### **11.4 Autres programmes médicaux de formation postgraduée**

Les médecins-assistants qui ne sont pas en formation postgraduée pour le titre de spécialiste en médecine intensive (assistants en rotation) ou les assistants qui travaillent dans une USI non reconnue pour la formation postgraduée de spécialistes FMH en médecine intensive nécessitent en plus de leur programme de formation postgraduée, une introduction adéquate et une formation spécialisée postgraduée en médecine intensive.

### **11.5 Recherche**

Les USI participent de manière appropriée à des projets de recherche. Elles participent en particulier également dans la mesure de leurs possibilités à des projets de recherche soutenus par la SSMI.

## **12 Dispositions réglementaires**

### **12.1 Bases légales**

L'USI respecte les lois et ordonnances cantonales et fédérales, en particulier la LAMAL, la loi sur la transplantation et la loi sur les médicaments. A la demande, les responsables de l'USI sont tenus de renseigner la KAI sur les moyens utilisés pour remplir les exigences légales. Exemples : contrôle de qualité (art. 58 de la LAMAL) ou l'application de la loi sur la transplantation (art. 45-47).

### **12.2 Guidelines et médecine basée sur les preuves (EBM)**

L'USI intègre les principes d'une médecine basée sur les preuves dans son concept de traitement et respecte d'autres guidelines/directives (p.ex. de la SSMI ou de l'ASSM)

### **13 Dispositions transitoires**

Pour les USI dont une procédure de nouvelle reconnaissance est en cours lors de l'entrée en vigueur des présentes directives, l'évaluation sera faite selon les directives du 13 mai 2004. Les exigences des présentes directives du 1<sup>er</sup> novembre 2007 doivent être remplies au plus tard deux ans après leur entrée en vigueur. La KAI gère la procédure et le contrôle dans le cas précis.

Dans un délai d'au maximum six mois après l'entrée en vigueur des nouvelles directives, les USI reconnues doivent communiquer à la KAI les points des directives qui ne sont pas remplis. Dans ces cas, une période transitoire de deux ans est accordée pour la mise en conformité avec ces nouvelles directives. La KAI gère la procédure à la fin de la période de transition. Les USI n'effectuant pas cette déclaration à la KAI dans un délai de maximum six mois après l'entrée en vigueur des nouvelles directives, doivent remplir toutes les exigences des nouvelles directives dès leur entrée en vigueur.

## 14 Check-list des conditions de reconnaissance

<b>3</b>	<b>Procédure de reconnaissance</b>	
3.1	Demande écrite	<input type="checkbox"/>
3.1	Questionnaire	<input type="checkbox"/>
3.2	Dossier de nouvelle reconnaissance/réévaluation	<input type="checkbox"/>

<b>4.1</b>	<b>Organisation générale</b>	
4.1	Règlement d'organisation	<input type="checkbox"/>
4.1	Rapport de transfert à l'entrée et à la sortie	<input type="checkbox"/>
4.1	Dossier médical	<input type="checkbox"/>
4.1	Remise de documents lors du transfert	<input type="checkbox"/>
4.1	Listes de garde et plans de travail	<input type="checkbox"/>
4.1	Contrôles techniques des appareils	<input type="checkbox"/>

<b>4.2</b>	<b>Saisie des données</b>	
4.2	Saisie des données selon les prescriptions des MDSi de la SSMI	<input type="checkbox"/>

<b>4.3</b>	<b>Nombre de lits</b>	
4.3	Nombre de lits $\geq$ 6 lits	<input type="checkbox"/>

<b>4.4</b>	<b>Patients</b>	
4.4.1	Classification selon les catégories 1A, 1B, 2, 3	<input type="checkbox"/>
4.4.1-4.4.2	Journées de soins selon points 4.4.1 et 4.4.2	<input type="checkbox"/>
4.4.3	Pourcentage des horaires de soins selon point 4.4.3	<input type="checkbox"/>

## Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs

<b>5.1</b>	<b>Emplacement dans l'hôpital</b>	
5.1.1	Territoire défini	<input type="checkbox"/>
5.1.1	Proximité de l'ascenseur	<input type="checkbox"/>
5.1.2	Salle de réveil indépendante	<input type="checkbox"/>
5.1.3	Pas un lieu de transit	<input type="checkbox"/>
5.1.3	Pas de sources extérieures de nuisance	<input type="checkbox"/>

<b>5.2</b>	<b>Accès</b>	
5.2	Accès distincts pour les lits et les personnes	<input type="checkbox"/>
5.2	Réglementation des visites	<input type="checkbox"/>

<b>5.3</b>	<b>Surfaces disponibles</b>	
5.3.1	Surface nette par lit $\geq 16 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>
5.3.1	Distance entre les lits $\geq 2 \text{ m}$	<input type="checkbox"/>
5.3.1	Longueur de paroi par lit $\geq 3 \text{ m}$	<input type="checkbox"/>
5.3.2	Surface brute par lit $\geq 40 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>
5.3.3	Surface pour une chambre à 1 lit $\geq 20 \text{ m}^2$	<input type="checkbox"/>

<b>5.4</b>	<b>Installations domotiques et protection contre l'incendie</b>	
5.4	Installations électriques conformes à la réglementation	<input type="checkbox"/>
5.4	Prescriptions cantonales de construction	<input type="checkbox"/>
5.4	Dispositions sur la protection contre les incendies	<input type="checkbox"/>

**Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

<b>5.5</b>	<b>Structures et équipements</b>	
5.5.1	Classification des chambres de malades en locaux de classe 4	<input type="checkbox"/>
5.5.1	1-4 lits par chambre de malades	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Sol selon point 5.5.1	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Isolation phonique	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Locaux faciles à nettoyer	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Fenêtres, stores, rideaux	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Horloges	<input type="checkbox"/>
5.5.1	Lavabo selon point 5.5.1	<input type="checkbox"/>
5.5.2	Surveillance centralisée, vue sur tous les patients	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Armoire à médicaments	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Réfrigérateur pour médicaments	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Stock de perfusions	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Lieu destiné à la préparation des perfusions	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Équipement permettant d'observer les examens radiologiques	<input type="checkbox"/>
5.5.3	Système de rangement des documents selon point 5.5.3	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Locaux destinés au matériel	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Bureau du médecin	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Bureau infirmier	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Toilette	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Local de réunion	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Local de conférence	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Vidéo	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Salle d'attente	<input type="checkbox"/>
5.5.4	Armoire munie d'une clé pour chaque membre de l'équipe soignante	<input type="checkbox"/>

**Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

<b>6</b>	<b>Equipement de la place patient</b>	
6.1	Lit du patient selon point 6.1	<input type="checkbox"/>
6.2	Agencement du lit dans la pièce selon points 5.3.1 et 6.2	<input type="checkbox"/>
6.3	Prises électriques à l'emplacement du lit selon point 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Prises d'oxygène à l'emplacement du lit selon point 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Prise d'air comprimé à l'emplacement du lit selon point 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Prises de vide à l'emplacement du lit selon point 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Eclairage à l'emplacement du lit selon point 6.3	<input type="checkbox"/>
6.3	Sonnette d'alarme à signal optique à l'emplacement du lit	<input type="checkbox"/>
6.3	Prise téléphone à l'emplacement du lit	<input type="checkbox"/>
6.3	Prise radio et TV à l'emplacement du lit	<input type="checkbox"/>
6.4	Pupitre selon point 6.4	<input type="checkbox"/>
6.4	Petite table de nuit	<input type="checkbox"/>
6.4	Rails muraux et tringles selon point 6.4	<input type="checkbox"/>
6.4	Agencement des équipements selon point 6.4	<input type="checkbox"/>

## Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs

<b>7.1</b>	<b>Couverture médicale</b>	
7.1.1	Le médecin responsable de l'Unité est le responsable médical et administratif de l'USI	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Le médecin responsable de l'Unité est membre de la SSMI	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Le médecin chargé de la direction de l'Unité est porteur du titre fédéral de spécialiste en médecine intensive	<input type="checkbox"/>
7.1.1	La direction de l'USI doit rester dans les mêmes mains pendant au moins 3 ans	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Le suppléant est porteur d'un titre fédéral, d'un titre étranger de médecin spécialiste ou d'un diplôme équivalent	<input type="checkbox"/>
7.1.1	Temps de travail selon point 7.1.1	<input type="checkbox"/>
7.1.2	Organisation de la garde médicale selon point 7.1.2	<input type="checkbox"/>
7.1.3	Les médecins-assistant(e)s de l'USI sont directement subordonnés au médecin responsable de l'USI	<input type="checkbox"/>
7.1.3	Durée de rotation des médecins-assistants $\geq$ 3 mois	<input type="checkbox"/>
7.1.4	Un spécialiste en médecine intensive doit être opérationnel si nécessaire en l'espace de 2 heures	<input type="checkbox"/>
7.1.5	Médecins consultants	<input type="checkbox"/>
7.1.6	Prescriptions médicales	<input type="checkbox"/>

<b>7.2</b>	<b>Personnel soignant</b>	
7.2.1	Dotation en personnel soignant selon point 7.2.1	<input type="checkbox"/>
7.2.2	Au moins un tiers du personnel soignant doit être certifié en soins intensifs ASI ou posséder une formation équivalente	<input type="checkbox"/>
7.2.3	L'infirmière-chef est titulaire du certificat de capacité d'infirmière en soins intensifs ASI	<input type="checkbox"/>
7.3	Physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes	<input type="checkbox"/>
7.4	Personnel auxiliaire	<input type="checkbox"/>
7.5	Personnel technique	<input type="checkbox"/>
7.6	Secrétariat	<input type="checkbox"/>

**Directives pour la reconnaissance des unités de soins intensifs**

<b>8</b>	<b>Moyens diagnostiques et monitoring</b>	
8.1	Examens de laboratoire selon point 8.1	<input type="checkbox"/>
8.2	Radiologie et autres examens diagnostiques selon point 8.2	<input type="checkbox"/>
8.3	Monitoring selon point 8.4	<input type="checkbox"/>

<b>9</b>	<b>Equipements thérapeutiques indispensables</b>	
9	Equipements thérapeutiques selon point 9	<input type="checkbox"/>

<b>10</b>	<b>Transports</b>	
10.1	Transfert	<input type="checkbox"/>
10.2	Accompagnement au cours du transport	<input type="checkbox"/>

<b>11</b>	<b>Enseignement et recherche</b>	
11.1	Formation continue du personnel soignant	<input type="checkbox"/>
11.2	Formation continue des médecins	<input type="checkbox"/>
11.3	Formation postgraduée en médecine intensive et en soins intensifs	<input type="checkbox"/>
11.4	Autres programmes médicaux de formation postgraduée	<input type="checkbox"/>
11.5	Recherche	<input type="checkbox"/>