Soins critiques

(réanimation et soins intensifs, hors néonatalogie et hors grands brûlés)

PRINCIPES DU BORDEREAU

Ce bordereau concerne la description des unités de réanimation pour adultes et pédiatrique (y compris réanimation pédiatrique spécialisée et de recours), des unités de soins intensifs adultes (y compris USI de recours) et pédiatriques (y compris de recours et dérogatoires), obéissant aux textes réglementaires du 26 avril 2022.

Les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC), neuro-vasculaires (USINV) ou d'hématologie (USIH) notamment, soumises aux mêmes conditions générales de fonctionnement, doivent en faire partie en raison de leurs liens étroits avec des activités de soins complémentaires.

N'en sont exclus que la réanimation et les soins intensifs de néonatalogie qui, faisant partie intégrante de l'autorisation octroyée en périnatalité, sont à ce titre décrits dans le bordereau correspondant, et ceux des grands brûlés, également indissociables de l'autorisation d'activité et par conséquent décrits dans le bordereau particulier dédié à cette prise en charge.

Les objectifs de ce bordereau refondu suite à la réforme des autorisations sont :

- Disposer d'une vision plus fine de la diversité des soins intensifs et de la répartition des réanimations pédiatriques.
- Mieux décrire l'organisation graduée des deux niveaux de soins critiques adultes et pédiatriques et préciser la place qu'occupe chaque établissement dans le dispositif, en identifiant notamment les transferts entre établissements.
- Disposer d'informations sur le personnel, en précisant les qualifications médicales impliquées.

Les données d'activité sont obtenues à partir des données du PMSI, sur la base d'unités médicales spécifiques à cette activité.

QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir par tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de soins critiques (réanimation et soins intensifs).

L'ensemble des informations attendues dans ce bordereau nécessite la collaboration entre les pôles d'activité cliniques et médico-techniques, le DIM et l'équipe administrative gestionnaire de la SAE.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question du bordereau FILTRE dans le bloc A : A31 (réanimation et soins intensifs).

DEFINITIONS REGLEMENTAIRES

« L'activité de **soins critiques** consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. » Cette définition reprend largement celle de la réanimation (voir Article R6123-33 du CSP réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

Les nouvelles mentions des **soins critiques adultes** reprennent :

- 1/ l'ancienne autorisation de réanimation adulte ;
- 2/ l'« ancienne » reconnaissance contractuelle des soins intensifs ;
- 3/ une partie de la surveillance continue intégrée dans les soins intensifs polyvalents (dérogatoire ou non) ;
- 4/ les soins intensifs de cardiologie (SIC), de neurologie vasculaire (SINV) et d'hématologie (SIH).

Tandis que les nouvelles mentions des **soins critiques pédiatriques** reprennent et intègrent :

- 1/ les deux mentions de réanimation de recours (ex-spécialisée) et pédiatrique ;
- 2/ les reconnaissances contractuelles des ex-surveillances continues pédiatriques intégrées en soins intensifs pédiatriques polyvalents ;
- 3/ les soins intensifs pédiatriques d'hématologie (SIH).

« L'unité de **réanimation** assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance » (voir Article R6123-33 du CSP réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

« L'unité de **réanimation pédiatrique de recours** assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance, et dont l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité. » (voir Décret n°2022-690 du 26/04/2022).

« L'unité de **réanimation pédiatrique** assure la prise en charge des patients âgés de moins de dix-huit ans qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. » (Article R6123-38-3 du CSP réédité dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022).

Les soins critiques doivent être organisés en **plateau technique** comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une **unité de soins intensifs polyvalents (USIP)** contiguë. On entend par « polyvalent » les unités de soins intensifs qui sont à proximité immédiate de l'unité de réanimation (USIP) alors que l'on entend par « polyvalent dérogatoire » celles qui sont sur site en l'absence d'une unité de réanimation (pour plus de détails, voir Art. R. 6123-34-3-III dans le décret n°2022-690 du 26/04/2022). Les USIP contiguës et les USIP dérogatoires se caractérisent principalement par l'attente d'un transfert en réanimation ou le transfert direct en réanimation en cas de nécessité de traitement de suppléance d'organe.

La nouvelle définition des **soins intensifs par spécialité** s'aligne sur la définition générale des soins intensifs polyvalents ou polyvalents dérogatoires en se restreignant sur la spécificité de la pathologie diagnostiquée ainsi que sur les traitements spécifiques qui s'y rattachent. L'ancienne définition des soins intensifs par spécialité (voir Article D.6124-104 du CSP) est en partie réécrite sans en changer le sens. Pour les adultes, les spécialités prioritaires concernent la cardiologie, la neurologie vasculaire et l'hématologie et en pédiatrie, elles concernent uniquement l'hématologie.

REFERENCES REGLEMENTAIRES

Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques.

Décret n° 2022-694 du 26 avril 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins critiques.

Arrêté du 26 avril 2022 modifiant l'arrêté du 4 août 2006 fixant l'activité minimale annuelle des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée.

NOUVEAUTES SAE 2024

Suite à la réforme des autorisations de soins critiques (réanimation et soins intensifs) en date du 26 avril 2022, le bordereau REA a été refondu pour la SAE 2024 afin d'être conforme au nouveau cadre réglementaire.

L'objet de la réforme des autorisations de l'activité de soins critiques consiste à :

- élargir le périmètre d'autorisation de la réanimation à l'ensemble du champ des soins critiques dans une approche plus englobante et intégrée ;
- regrouper les lits au sein de plateaux techniques de soins critiques de taille suffisante afin de consolider les obligations structurelles et faciliter la flexibilité capacitaire pour faire face aux besoins courants et aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- assurer un continuum de prise en charge des patients et renforcer la qualité et la sécurité des soins grâce au rapprochement physique des deux unités (unité de réanimation et unité de soins intensifs polyvalents) avec un pilotage médical commun et la mutualisation des équipes ;
- anticiper et activer la montée en charge de la capacité d'accueil en réanimation en cas de besoin en s'appuyant sur l'équipement des lits de l'USIP à l'identique de l'unité de réanimation ;
- extraire les ex-unités de surveillance continue isolées ou à distance d'une réanimation hors du champ des soins critiques.

ÉQUIPEMENT ET ACTIVITÉ

Attention : au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques, les soins intensifs peuvent intégrer une partie des anciennes unités de surveillance continue (USC) (dans le cas général, celles localisées à proximité de réanimation).

Prenant l'exemple simplifié d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), la déclaration cette année dans la SAE doit être la suivante :

- Les lits au 31/12 de la nouvelle USIP sont bien à déclarer dans le bordereau Soins critiques (REA), même s'ils ne sont associés à l'activité de l'USIP qu'au second semestre (qui aura été typée dans le PMSI dans une unité médicale de soins intensifs).
 - ➔ L'activité de l'USC au premier semestre est déclarée dans le bordereau MCO, partie D (mais aucun lit d'USC n'y est déclaré puisque le nombre de lits demandé est celui au 31/12 où l'USIP remplace désormais l'USC).
- Le nombre de journées-lits exploitables correspondra de même à un nombre calculé sur le second semestre uniquement.
 - ➔ Les journées-lits exploitables associées à l'USC sont à déclarer dans le bordereau MCO, partie D. On aura donc 0 lit pour l'USC au 31/12 mais un nombre de journées-lits exploitables non nul correspondant au nombre de journées-lits en USC effectivement exploitables en 2024. Pour 10 lits adultes en USC du 01/01/2024 au 01/07/2024 par exemple, on aura donc $10 \times 366 / 2 = 1\ 830$ journées-lits exploitables à déclarer en A63 du bordereau MCO.
 - ➔ **Pour faciliter la validation des SAE 2024 et 2025, il est fortement recommandé en cas de passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques de mentionner en commentaires de la partie D quand ce nouveau passage a eu lieu.**

Attention : dans le cas de figure identifié ci-dessus, **le typage de l'Unité Médicale dans le PMSI** a dû être modifié au passage au nouveau régime d'autorisation de soins critiques (les séjours effectués dans l'USIP ne sont plus typés avec le code de l'unité de surveillance continue, mais avec le code de l'USIP).

Si jamais il y a un délai dans le PMSI dans cette modification du typage PMSI des séjours de la nouvelle USIP (voire que l'ancien typage est resté jusqu'à la fin de l'année), **l'import PMSI ne reflétera pas fidèlement la répartition de l'activité (sur le nombre de séjours et de journées) au cours de l'année entre ancienne et nouvelle UM.**

- ➔ **Dans ce cas de figure, merci d'indiquer en commentaire de la case associée à la nouvelle UM** (sur le site de collecte), **en ligne 12** : « DNR={la Date de passage au Nouveau Régime des autorisations, au format JJ/MM/2024}, DNT={la Date de passage au Nouveau Typage, au format JJ/MM/2024 ou 2025 si jamais cette modification du typage n'est pas encore arrivée pendant l'année 2024.} »

Par exemple, dans le cas de figure d'un basculement intégral au 1^{er} juillet d'une unité de surveillance continue adulte en unité de soins intensifs polyvalents (USIP), mais d'un typage des séjours dans le PMSI en USIP réalisé seulement à partir du 1^{er} novembre (i.e. ils sont typés en unité de surveillance continue pour les mois jusqu'en octobre inclus, et dans l'USIP à partir du 1^{er} novembre), on intégrera en commentaire de la case E12 : DNR=01/07/2024, DNT=01/11/2024. Dans le même cas de figure, si les données PMSI pour 2024 sont intégralement typées en unité de surveillance continue, on intégrera en commentaire de la case E12 : DNR=01/07/2024, DNT=2025.

Lignes 1 et 10 : Nombre de lits

Pour chaque catégorie d'unités dont dispose l'établissement (voir l'encadré « définitions règlementaires »), décrire le nombre de lits au 31 décembre en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits ne doit pas comprendre les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Lignes 2 et 11 : Nombre de journées-lits exploitables

Le nombre de « journées-lits exploitables » sur l'année est égal à la somme des lits en état d'accueillir des malades de chaque journée de l'exercice. Un lit exploitable pendant toute une année fournira 365 « journées-lits exploitables » (ou 366 les années bissextiles). En revanche, lorsque le lit est indisponible, il convient de retirer des « journées-lits exploitables » le nombre de jours d'indisponibilité de ce lit.

En pratique, il faut réduire le nombre de journées exploitables dans deux types de cas :

- Les indisponibilités pour travaux ou désinfection : un lit qui ne peut recevoir de patient pour cette raison ne peut plus être comptabilisé dans les « journées-lits exploitables » pendant toute la durée d'indisponibilité. Ainsi, un lit dont l'exploitation aura été suspendue pour cause de travaux pendant 5 jours ne fournira que 360 (ou 361) « journées-lits exploitables » dans l'année.
- Le cas particulier de patients qui ont besoin d'isolement (patient contagieux par exemple) : lorsque l'isolement d'un patient induit la transformation d'une chambre double en chambre simple, le lit ainsi inutilisé n'est plus compté dans les « journées-lits exploitables ».

Cellules pré-remplies (extraction ciblée à partir du PMSI)

Lignes 3, 4, 5 et 6 : Dans la colonne A, est décrite l'activité en unités de réanimation adultes (code unité médicale (UM) dans le PMSI 01A), hors grands brûlés. Dans la colonne B est décrite l'activité en unités de réanimation pédiatrique y compris la réanimation pédiatrique spécialisée et la réanimation pédiatrique de recours (UM 13A et UM 13G), hors néonatalogie et hors grands brûlés. Les nombres de séjours et journées correspondants sont calculés en lignes 3 et 6. Le nombre de journées associées est égal à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de réanimation (retenir uniquement les journées que le patient passe dans cette UM). On s'intéresse également au nombre de passages (**ligne 4**), dont les passages de 0 jour (**ligne 5**). En effet, il peut y avoir plusieurs passages dans ces unités par séjour (*i.e.* réadmission) et l'hospitalisation des patients dans ces unités ne représente le plus souvent pas la totalité du séjour hospitalier.

Ces données sont complétées par d'autres éléments cherchant à caractériser les flux et les caractéristiques des patients accueillis.

Ligne 7 : Pour les unités de réanimation adultes et pédiatrique, il s'agit de connaître le pourcentage d'entrées en provenance d'autres entités juridiques (un pourcentage élevé de transferts témoignant d'un rôle de recours).

Lignes 8 : IGS2 médian (indice de gravité simplifié) observé sur l'ensemble des séjours

Pour les réanimations adultes, ce score, dont les paramètres sont colligés dans les 24 heures suivant l'admission, témoigne de la gravité de l'état d'un patient et de la charge de travail en rapport avec celle-ci. Enregistré dans le RUM (résumé d'unité médicale), il permet de valoriser l'activité de réanimation (au-dessus de 15, il donne lieu à un forfait réanimation). L'ensemble des valeurs attribuées à chaque passage dans l'UM permet de calculer l'IGS2 médian (rappel : la valeur médiane est la valeur qui partage cette distribution en deux parties égales). Cette donnée est pré-remplie à partir des données du PMSI.

Ligne 9 : Est calculé le nombre de séjours de patients de 80 ans et plus ayant séjourné dans ces unités de réanimation adulte. L'âge est en effet un élément qui influence plusieurs données comme la DMS (durée moyenne de séjour) ou l'IGS (indice de gravité simplifié).

Case A50 : Il s'agit de préciser l'existence d'une unité de réanimation pédiatrique de recours (voir l'encadré « définitions règlementaires »), correspondant à une unité médicale typée 13G dans le PMSI .

Case A51 : Nombre de lits

Si l'établissement dispose d'une unité de réanimation pédiatrique de recours : décrire le nombre de lits au 31 décembre en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes. Ils ne peuvent être inclus qu'en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours).

Le nombre de lits ne doit pas comprendre les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Lignes 10, 11, 12 et 13 : Il s'agit ici de comptabiliser le nombre de lits (voir aussi au-dessus), de journées lits-exploitable (voir aussi au-dessus), de séjours et le nombre de journées associées, avec au moins un passage dans la ou les unités médicales associée à la colonne de la case (voir ci-dessous).

Colonnes des soins intensifs adultes (hors grands brûlés) :

Colonne E : Correspond aux unités de soins intensifs polyvalents adultes (**USIP adulte** : UM codée 02C) ou de soins intensifs polyvalents dérogatoires adultes (**USIP dérogatoire adulte** : UM codée 02D). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIP.

Colonne F : Correspond aux unités de soins intensifs cardiologiques adultes (**USIC adulte** : UM codée 02E). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journée lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIC.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitable des **USIC** (UM codée 02A).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USIC adultes (du nouveau régime, codées 02E) et les USIC (de l'ancien régime, codées 02A).

Colonne G : Correspond aux unités de soins intensifs neurovasculaires adultes (**USINV adulte** : UM codée 02F). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USINV.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitable des **USINV** (UM codée 18).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USINV adultes (du nouveau régime, codées 02F) et les USINV (de l'ancien régime, codées 18).

Colonne H : Correspond aux unités de soins intensifs d'hématologie adultes (**USIH adulte** : UM codée 02H). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIH.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitable des **USIH** (UM codée 16).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les USIH adultes (du nouveau régime, codées 02H) et les USIH (de l'ancien régime, codées 16).

Colonne I : « Autres SI » rassemble des unités de soins intensifs adultes d'autres spécialités (**autres USI adultes hors grands brûlés**, par exemple en pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc. ; UM codées 02I). Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USI.

Quand les soins critiques sont dans l'ancien régime des autorisations, c'est ici dans cette colonne que sont à reporter les capacités et journées lits-exploitable des **autres USI** (UM codée 02B).

NB : jusqu'à la SAE 2023, la case « autres SI » comportait aussi les unités d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air (UM codée 16). Ce n'est plus le cas à partir de la SAE 2024 puisque les USI d'hématologie sont l'objet de la colonne H (voir au-dessus).

En cas de changement de régime d'autorisation en cours d'année, le nombre de séjours et de journées reporté dans cette colonne correspond à la somme sur les autres USI adultes (du nouveau régime, codées 02I) et les autres USI (de l'ancien régime hors UM 16, codées donc 02B).

NB : Dans l'activité reportée, si plusieurs passages dans ces unités (les autres USI sont considérées comme une unité ici) ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté. Ici encore, la durée du séjour (c'est-à-dire le nombre de journées associées) est égale à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de soins intensifs.

Colonnes des soins intensifs pédiatriques (hors néonatalogie) :

Colonne K : Correspond aux unités de soins intensifs polyvalents pédiatriques (**USIP pédiatriques** : UM codée 15C), de soins intensifs polyvalents dérogatoires pédiatriques (**USIP dérogatoires pédiatriques** : codée 15D), ou de soins intensifs polyvalents pédiatriques de recours (**USIP pédiatriques de recours** : UM codée 15G). Les unités de soins intensifs de néonatalogie ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIP.

Colonne L : Correspond aux unités de soins intensifs d'hématologie pédiatriques (**USIH pédiatrique**, UM codée 15H). Les unités de soins intensifs de néonatalogie ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USIH.

Colonne M : « Autres SI » rassemble des unités de soins intensifs de cardiologie (**USIC pédiatriques**, UM codée 15E), et d'autres spécialités (**autres USI pédiatriques**, par exemple neurovasculaire, pneumologie, gastroentérologie, néphrologie, greffés, infectiologie, etc. ; UM codées 15I). Les unités de soins intensifs de néonatalogie et pour grands brûlés ne sont pas incluses. Ne compter dans cette colonne que les capacités et journées lits-exploitable (lignes 10 et 11) rattachées à ces USI.

NB : Dans l'activité reportée, si plusieurs passages dans ces unités (les autres USI sont considérées comme une unité ici) ont lieu au cours d'un même séjour, un seul séjour est compté. Ici encore, la durée du séjour (c'est-à-dire le nombre de journées associées) est égale à la somme des durées de séjour partiel dans ces unités de soins intensifs.

Colonne J, N et D : Les cases de cette colonne ne sont pas à saisir : elles sont automatiquement calculées.

PERSONNEL

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins pendant les séjours dans ces unités médicales, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite et de temps de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans ces différentes unités.

Les équivalents temps plein travaillés (ETP_T) du personnel salarié et les effectifs des libéraux sont ceux ayant contribué à l'activité des unités décrites, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP_T **salariés** correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle. (Lire aussi les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités de soins »).

Pour les médecins **libéraux**, les effectifs physiques présents au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

Lignes 38-40-42-44-46-48 : ETP travaillés (ETP_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité de réanimation, y compris réanimation pédiatrique de recours et de soins intensifs, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

Lignes 39-41-43-45-47-49 : Effectifs physiques des **libéraux** présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement.

Le remplissage se fait verticalement, dans la (les) colonne(s) correspondant au(x) type(s) d'unité(s) dont dispose l'établissement ; en cas d'unités multiples de même nature (par exemple deux réanimations adultes), cumuler les personnels.

Lignes 38 et 39 : Médecins (hors internes)

Pour les unités de réanimations adultes (**colonne A**), ne compter, en ETP_T salarié ou en effectifs de libéraux, que les médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation et/ou en réanimation médicale (titulaires du DES, ou reconnus par la commission de qualification). Compter également d'une part les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale et médecine intensive, d'autre part les spécialistes de médecine interne ayant un diplôme complémentaire en réanimation.

Pour les unités de réanimations pédiatriques (**colonne B**) et pédiatriques de recours (**colonne H**), ne compter en ETP_T salarié ou en effectifs de libéraux, que les médecins seniors (hors internes) spécialistes en anesthésie-réanimation (avec une expérience en anesthésie réanimation pédiatrique), en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique [respectivement spécialistes en anesthésie-réanimation (avec une expérience en anesthésie réanimation pédiatrique de recours), en pédiatrie de recours ou en chirurgie pédiatrique de recours]. Compter également les assistants chefs de clinique ou les assistants spécialistes inscrits en DESC de réanimation médicale et médecine intensive.

Colonnes I et J : « Soins intensifs », cumuler tous les médecins seniors (hors internes) intervenant, quelle que soit leur spécialité, comme par exemple, pneumologie, gastro-entérologie, néphrologie, greffes, infectiologie, etc. (pour les adultes et les enfants séparément).