

**RAPPORT DE MISSION CONCERNANT  
LA LISIBILITE DE LA DISPONIBILITE  
DES LITS DE REANIMATION EN ILE-DE-FRANCE**

**Docteur Gérard BLEICHNER**

**Professeur Jacques DURANTEAU**

Paris, le 5 mars 2009

## Sommaire

Personnes rencontrées .....	4
I - Introduction.....	5
II - Etat des lieux .....	6
Dans les services d'urgences .....	6
Dans les services de réanimation.....	6
Dans les Unités de Soins Intensifs Coronariens (USIC) .....	6
Au SAMU .....	7
Dans les SMUR.....	7
III - Les difficultés observées et les problématiques.....	7
1 - La disponibilité des lits de réanimation n'est pas connue.....	7
a) CAPRI n'est pas connu .....	7
b) CAPRI est mal réactualisé, il est peu consulté .....	7
2 - Les mécanismes d'adaptation de la disponibilité des lits aux besoins sont gérés au coup par coup .....	8
a) Pas de notion de gestion des flux au niveau territorial (gestion de bassin).....	8
b) Les ressources réelles des établissements sont incomplètement connues des personnes ayant à placer un malade. ....	8
c) Pendant les vacances connaissance des fermetures de lits .....	9
d) Il n'y pas de repérage des situations critiques. ....	9
IV - Les propositions .....	10
1- Généraliser l'utilisation du logiciel CAPRI.....	11
a) Renseigner CAPRI doit être une obligation.....	11
b) Remplir CAPRI en temps réel.....	11
c) Connaître en permanence la capacité régionale de lits de réanimation opérationnels .....	11

d) Informer et sensibiliser à l'intérêt de CAPRI.....	12
e) Ouvrir l'accès de CAPRI à tous les intervenants.....	12
f) Documenter les spécificités des services.....	12
2 - Mettre en œuvre un guide des « Bonnes pratiques » du recensement et de l'utilisation des lits disponibles en réanimation.....	12
3 - Prévoir les procédures en cas de crise .....	14
a) Définir une situation de crise et les indicateurs d'alerte et de déclenchement .....	14
b) Définir une instance de régulation mobilisable en cas de difficultés (cellule de crise ?) .....	15
c) Rédiger une procédure régionale de gestion de la crise (cellule de crise).....	16
d) Informer les intervenants de la situation de crise.....	16
e) Le cas particulier de services d'accueil des urgences. ....	17
4- Inscrire les difficultés de recherche de lits de réanimation dans un système de gestion des risques .....	17
ANNEXES .....	19
Relevé des déclarations de lits libres par service de réanimation.....	19

## **Personnes rencontrées**

Docteur Philippe ALLIERES, *Collège extra-universitaire des structures d'urgence d'Ile-de-France*

Docteur Michel BAER, *SAMU 92*

Monsieur Patrick CAMPHIN, *AP-HP*

Professeur Pierre CARLI, *SAMU 75*

Docteur Simon CATTAN, *Collège régional de cardiologie des CH d'Ile-de-France.*

Docteur François DOLVECQ, *SAMU 92, ROR*

Professeur Didier DREYFUSS, *Collège des Enseignants de Réanimation Médicale d'Ile-de-France*

Madame Marie-Françoise DUMAY, *ARHIF*

Monsieur Gilles ECHARDOUR, *ARHIF*

Professeur Jean-Yves FAGON, *Direction de la politique médicale de l'AP-HP*

Docteur Marc GIROUD, *SAMU 95, SAMU de France*

Docteur LAMBERT, *SAMU 78*

Docteur Hervé MENTEC, *Collège des Réanimateurs Extra-universitaires d'Ile-de-France*

Docteur Claude POUGES, *SAMU 91*

Professeur Christian RICHARD, *AP-HP*

Professeur Bruno RIOU, *Collégiale des urgentistes de l'AP-HP*

Docteur Karim TAZAROURTE, *urgentiste, SAMU 77*

## I. Introduction

Des évènements récents, en particulier le décès d'un patient dans la nuit du 27 au 28 décembre 2008, ont souligné les difficultés observées dans la connaissance de la disponibilité des lits de réanimation en temps réel en Ile-de-France. Ces difficultés sont susceptibles d'entraîner un retard à l'admission d'un patient dans une structure de réanimation médicale, médico-chirurgicale ou chirurgicale et un nombre très élevé d'appels de la part du demandeur.

A la suite de ces constatations, le Professeur Jacques Duranteau, anesthésiste-réanimateur et le Docteur Gérard Bleichner ont été mandatés par Monsieur Jacques Métais, directeur de l'ARH d'Ile-de-France et par Monsieur Benoit Leclercq, directeur de l'AP-HP par une lettre en date du 14 janvier 2009 (Annexe 1). La mission consistait à :

- Recueillir les points de vue et analyser les pratiques et comportements des diverses parties prenantes sur chacun des sujets (SAMU, régulateurs, urgentistes, réanimateurs, cardiologues notamment).

- Proposer des adaptations aux procédures et aux outils actuellement en cours en Ile-de-France en s'attachant tout particulièrement aux points suivants :

- Les améliorations qu'il convient d'adopter au logiciel CAPRI et aux procédures de déclaration des lits disponibles par les services de réanimation.
- Le dispositif à mettre en place pour permettre l'admission par le médecin responsable d'un patient qui le nécessite dans un service de réanimation sans que le demandeur consulte un nombre important de services.
- Toute recommandation que vous jugerez pertinente pour éviter la survenue de dysfonctionnements aux conséquences potentiellement graves.

La mission a duré du 14 janvier 2009 au 13 mars 2009 date de remise du rapport.

## II. Etat des lieux

### *Dans les services d'urgences*

Les services d'accueil des urgences sont l'un des deux principaux demandeurs de lits de réanimation avec les SAMU. Dans les services d'urgence, la recherche des lits de réanimation est conduite le plus souvent par les urgentistes eux-mêmes, occasionnellement par le régulateur du SAMU. Cette demande est d'autant plus difficile que les structures d'accueil des urgences ne possèdent ni la pratique, ni la méthodologie, ni les outils des régulateurs de SAMU. Les intervenants y sont multiples et parfois imparfaitement informés des possibilités de recours et d'hospitalisation de la région.

Les urgentistes interrogés ne connaissent pas tous CAPRI et l'utilisent peu.

### *Dans les services de réanimation*

Il existe une centaine de service de réanimation adultes en Ile de France. CAPRI y est mal renseigné, son renseignement n'ayant pas de caractère obligatoire. Ainsi, seulement 28% des services de réanimation en Ile de France informent CAPRI de leurs lits disponibles (40% des services parisiens et 17% des services de banlieue).

La sortie des malades de réanimation est parfois bloquée par le manque de lits d'aval. Cet effet est d'autant plus ressenti que l'on se situe en période de crise.

### *Dans les Unités de Soins Intensifs Coronariens (USIC)*

Il existe en Ile de France 41 USIC avec cardiologie interventionnelle. Neuf sont situés dans un établissement de l'AP-HP, 18 dans un CH ou un PSPH, 14 dans un établissement privé. La disponibilité des lits est principalement connue des demandeurs par une interrogation téléphonique car seulement 20% des USIC renseignent CAPRI (25% à Paris intra muros et 16% en banlieue). Il existe une pratique fréquente dans ces unités qui est de réserver un lit pour une « urgence interne » ou « une éventuelle coronarographie ». Cette pratique peut représenter une cinquantaine de lits dans la région, soit l'équivalent de 4 unités qui seraient fermées aux malades urgents des autres établissements ou du SAMU.

## ***Au SAMU***

Les régulateurs des SAMU connaissent incomplètement la disponibilité des lits de réanimation adultes, pédiatriques, néonatalogiques et spécialisés. Elle est connue pour un service sur 4 de la région qui renseigne CAPRI (40% Paris intra muros). Les régulateurs ne semblent pas accorder de confiance à CAPRI puisque certains doublent cette information par un tour téléphonique des réanimations deux à trois fois par jour.

Il n'existe pas d'organisation clairement définie permettant d'identifier et de signaler une situation de tension dans la disponibilité des lits dans la région.

## ***Dans les SMUR***

Les SMUR ne recherchent pas par eux-mêmes de places de réanimation mais ils le demandent au SAMU. Lorsqu'ils ne disposent pas immédiatement de lits de réanimation ils sont équipés et compétents pour mettre en œuvre les premiers gestes de réanimation dans les ambulances de réanimation. Lorsque l'attente de lit est prolongée, la pratique est d'attendre dans un secteur équipé pour la réanimation : SAUV (Salle d'Accueil des Urgences Vitales) des urgences, salle de soins post-interventionnels, salle de déchoquage des services de réanimation.

## **III. Les difficultés observées et les problématiques**

### **1. La disponibilité des lits de réanimation n'est pas connue**

#### ***a) CAPRI n'est pas connu***

Toutes les personnes rencontrées au cours de la mission, se sont déclarées favorables à l'existence de CAPRI.

Certains chefs de service et quelques personnes connaissent CAPRI, mais beaucoup des intervenants, en particulier en garde, ignorent CAPRI

#### ***b) CAPRI est mal réactualisé, il est peu consulté***

CAPRI est renseigné de façon très partielle. Le taux de remplissage a été noté à plusieurs reprises pendant la mission (cf annexes). Moins d'un service sur trois remplit en moyenne CAPRI. Ce taux diffère selon les structures, les spécialités et les départements. Les services de réanimation médicale de l'AP-HP renseignent CAPRI à près de 80% mais l'ensemble des services de l'AP-HP ne le renseignent qu'à près de

40%. En particulier CAPRI est faiblement renseigné par les services de réanimation chirurgicale. En fait les services n'ont que peu d'intérêt à déclarer leurs disponibilités car la régulation du SAMU et l'acceptation des patients en réanimation dépendent peu de la qualité du renseignement de CAPRI. La seule contrainte est la demande qui leur a été faite à l'installation du logiciel. Une sensibilisation à l'utilisation de CAPRI doit être à nouveau réalisée.

Certains services ont perdu leur login et leur mot de passe. Si les chefs de service connaissent l'existence et les modalités de CAPRI, les plus jeunes et les emplois temporaires ne le connaissent pas. Enfin beaucoup de service ne connaissent que l'accès pour renseigner les services et ne connaissent pas le mode consultation. Il est manifeste que beaucoup de SAMU et de réanimateurs ne perçoivent pas l'intérêt de la surveillance régionale offerte par CAPRI.

## 2. Les mécanismes d'adaptation de la disponibilité des lits aux besoins sont gérés au coup par coup

### *a) Pas de notion de gestion des flux au niveau territorial (gestion de bassin)*

Certains services de réanimation pensent le recrutement des malades en termes personnels ; la notion d'urgences internes, de recherche de « beaux malades » l'emporte parfois sur la réponse aux besoins du territoire de santé. Lorsque la nature du malade présenté ne correspond pas au profil théorique du recrutement souhaité par un service donné, ce service peut refuser l'admission de ce malade. Le fait que sur l'Ile de France, plusieurs services de réanimation peuvent prendre en charge les patients n'incite pas toujours à "faire de la place" étant donné que le patient pourra être pris dans une autre réanimation. Mais, ce sentiment que le patient sera pris ailleurs pose un problème en cas de manque de disponibilité de lits de réanimation.

En cas de difficulté, les SAMU ne font sûrement pas assez appel aux autres SAMU pour chercher un lit.

### *b) Les ressources réelles des établissements sont incomplètement connues des personnes ayant à placer un malade*

Les SAMU n'ont pas forcément une connaissance précise ou actualisée du « Qui fait Quoi » en Ile-de France. De même, la connaissance des services d'urgence est encore moins bonne. A l'intérieur d'un même service, si les séniors ont, du fait de leur expérience, une connaissance relative des ressources régionales, ce n'est pas le cas des plus jeunes.

C'est pour pallier ces difficultés qu'a été conçu le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources). Ce répertoire devrait avoir une première version disponible fin 2009.

*c) Pendant les vacances connaissance des fermetures de lits*

Les DDASS organisent des réunions de programmation de fermetures de lits pour les congés, mais l'exercice demeure un peu théorique quand à la régulation des fermetures. En tout cas, les lits « opérationnels » ne sont pas connus.

*d) Il n'y pas de repérage des situations critiques*

A l'heure actuelle, la supervision de la situation régionale n'est pas organisée. Les « services de terrain » ne sont pas informés de la situation de crise. Ils ne peuvent donc pas s'adapter et s'organiser pour prendre des malades supplémentaires. De plus, la connaissance d'une situation de crise oblige les services accepteurs à ne plus raisonner individuellement, mais à s'insérer dans la problématique régionale.

Quelques personnes connaissant bien CAPRI et peuvent repérer les périodes où la disponibilité des lits est faible. Cependant le taux médiocre de renseignement ne permet pas de tirer des conclusions solides de son examen. Les services sont également prévenus par le bulletin quotidien du « CERVEAU » qui pour cet item partage les mêmes limites.

Une fois identifiée, une situation de crise liée à un manque de disponibilité de lits ne déclenche pas de réponse institutionnelle au niveau régional. Il n'existe pas de signal simple de transmission d'une quelconque alerte. Les modalités de réponse ne sont pas envisagées. Des attitudes d'anticipation ne sont pas établies.

Une telle situation de crise est en général prise en compte uniquement à l'échelon de l'hôpital. En particulier par la direction et le chef de service des urgences qui imposent parfois des décisions d'hospitalisation ou de prise en charge dans leur établissement.

## IV. Les propositions

En Ile-de-France, la gestion des lits de réanimation doit être beaucoup plus considérée comme une démarche régionale puisque la régulation des appels permet de trouver des lits appropriés dans l'ensemble de la région. C'est une mission de service publique.

Chercher une place de réanimation est une démarche en deux temps : un premier temps qui est l'identification d'un lit potentiellement disponible, un deuxième temps qui est un acte médical consistant à vérifier que le site d'accueil avec son plateau technique est bien adapté à la pathologie du patient proposé et que ce plateau technique est en mesure de le prendre en charge.

La recherche d'un lit disponible peut être déléguée à un professionnel paramédical ou administratif, mais le second temps réclame une expertise médicale pointue.

Le premier temps n'est pas automatisable. Le système de gestion des lits hospitaliers ne permet pas actuellement son automatisation par l'informatique.

Entre la disponibilité d'un lit et la décision d'admission il y a une marge de manœuvre. L'existence d'un lit disponible ne signifie pas qu'on peut y placer un malade. En effet, il faut que la pathologie du patient corresponde aux compétences de l'équipe d'accueil et au plateau technique de l'hôpital. De plus, il faut que le plateau technique soit disponible et que la charge de travail soit compatible avec la prise en charge du patient. L'absence de lit disponible ne signifie pas à l'inverse que l'on ne peut pas admettre de malade. En effet, en cas de situation critique (pas de lit ailleurs, malade instable à proximité de l'hôpital contacté,...) le réanimateur peut être amené à accepter le malade proposé en repesant le risque de faire sortir un autre malade hospitalisé en réanimation en voie d'amélioration mais jugé jusqu'alors « limite » pour quitter la réanimation. De plus, les structures assurant la traumatologie lourde sur la région parisienne disposent d'unité de surveillance post interventionnelle ouverte 24h/24h qui peuvent toujours servir d'accueil plus ou moins prolongé pour un patient difficile à placer.

Il convient d'être capable d'identifier une situation de crise. La situation de crise est celle où il devient difficile de trouver une place de réanimation pour un patient soit pour une raison d'accès au plateau technique, soit pour une diminution de l'offre de lits de réanimation. L'identification d'une situation de crise doit reposer sur des critères précis (allongement du temps pour placer un patient, diminution de la disponibilité des lits de réanimation) et doit déclencher une cellule de crise apte à répondre à cette situation en plaçant d'autorité le patient dans la structure la plus adaptée médicalement pour prendre en charge ce patient. Cette cellule pourra être

formée d'un administrateur et d'un médecin. Les services doivent être prévenus de la situation de crise en cours pour ne pas être surpris des décisions prises.

La gestion des malades en recherche d'une place de réanimation est une activité à risque. L'actualité récente en apporte la preuve. Un dispositif de gestion des lits disponibles doit être adapté à la gestion des risques.

Ces considérations conduisent à proposer les solutions suivantes face aux difficultés rencontrées récemment :

## 1. Généraliser l'utilisation du logiciel CAPRI

### *a) Renseigner CAPRI doit être une obligation*

CAPRI doit être l'outil de référence de la connaissance des lits disponibles de réanimation. L'idéal serait d'en faire une obligation réglementaire. En tout état de cause, l'obligation de renseigner CAPRI doit s'appuyer sur une conception régionale de la régulation des lits de réanimation à laquelle les établissements doivent être sensibilisés. Cette obligation peut être liée aux autorisations d'activité (et aux CPOM ?).

### *b) Remplir CAPRI en temps réel*

Pour être efficace, le renseignement de CAPRI doit être actualisé au mieux. Il n'existe pas de système informatique permettant ce renseignement de façon automatique. Il convient donc de renseigner CAPRI au mieux à chaque mouvement de malade ou au moins trois fois par jour (9h, 15h, 23h par exemple).

### *c) Connaître en permanence la capacité régionale de lits de réanimation opérationnels*

Le nombre de lits autorisés est connu des tutelles. Mais ces lits ne sont pas tous opérationnels (actifs) : certains sont fermés pour travaux, manque de personnels ou vacances, sans que cela ne soit connu. La prévention des situations de crise nécessite la connaissance des lits réellement actifs. CAPRI permet de saisir ce nombre de lits dans la zone décrivant le service. Il devrait être aménagé pour permettre la totalisation des lits « ouverts » fournissant ainsi la « capacité régionale » en lits de réanimation. En pratique, par exemple, le renseignement de CAPRI pourrait être sous la forme : « Nombre de lits disponibles / nombre de lits actifs ce jour », avec une totalisation dans un tableau de synthèse des lits disponibles et des lits actifs.

d) Informer et sensibiliser à l'intérêt de CAPRI

Les services de réanimation, de cardiologie et d'urgences (accueil, SAMU et SMUR) doivent être sensibilisés à l'intérêt de CAPRI, c'est-à-dire aux enjeux et aux devoirs de la régulation régionale des lits. Le contenu de cette information viserait à bien préciser la mission de service publique, l'organisation de la réponse permanente aux besoins de lits de réanimation et en particulier le fait que chaque service participe à une réponse régionale. Cet objectif pourrait être atteint en réalisant des réunions régulières des principaux intervenants pour actualiser les bonnes pratiques, les seuils d'alerte, l'analyse d'éventuels dysfonctionnements.

Cette information et cette sensibilisation concernent aussi bien les directions et l'encadrement de ces services que les médecins.

e) *Ouvrir l'accès de CAPRI à tous les intervenants*

Il n'y a pas lieu de limiter la connaissance de la disponibilité des lits sur CAPRI pour quelque intervenant que ce soit concerné par les malades en état grave : structures d'urgence, réanimations et surveillance continue, mais aussi blocs opératoires, administrations hospitalières, DDASS, DRASS, ARH entre autres. La transparence doit être la règle.

f) *Documenter les spécificités des services*

Proposer une hospitalisation dans un service donné nécessite la connaissance des spécificités de ce service et de son plateau technique. CAPRI possède une zone de texte pour chaque service où ces éléments peuvent figurer. Ils doivent être donnés.

Dans le même esprit, le Répertoire Opérationnel des Ressources devrait être disponible à la fin de 2009, il remplira les mêmes fonctions.

## 2. Mettre en œuvre un guide des « Bonnes pratiques » du recensement et de l'utilisation des lits disponibles en réanimation

Ces recommandations de « Bonnes Pratiques » doivent être rédigées de façon consensuelle par les professionnels concernés. Pour réaliser cet objectif un groupe de travail réunissant les représentants des intervenants doit être constitué. Il comprendra en particuliers des urgentistes (accueil et régulation), des réanimateurs et des cardiologues. Ces recommandations devront être réévaluées en fonction des dysfonctionnements observés.

C'est à ce groupe de travail de formuler les recommandations. Néanmoins, un certain nombre de recommandations générales peuvent être faites :

- **Sénioriser les échanges.** Proposer ou accepter un malade est une tâche médicale complexe. Pour cette raison les échanges téléphoniques liés à la proposition ou l'acceptation d'un malade doivent être réalisés entre médecins séniors, même lorsqu'il n'y a pas de lits disponibles. Cette règle est générale pour toutes les structures : régulation du SAMU, réanimation, accueil des urgences, cardiologues, etc.

- **Installer un numéro unique d'appel dans les services.** La localisation du correspondant sénior est une source de perte de temps dont se plaignent les intervenants. La technologie actuelle permet facilement d'y remédier. Chaque service doit avoir un numéro d'appel unique porté à la connaissance de tous les intervenants. Ce numéro doit être indiqué dans CAPRI, chaque fois que possible il correspond à un numéro de téléphone mobile (DECT ou autre) correspondant au sénior chargé de l'acceptation et de la régulation des malades dans le service

- **Tout lit disponible doit être déclaré.** Garder un lit pour une éventuelle « urgence intérieure » ou un certain type de malade entraîne une indisponibilité d'un nombre important de lits dans la région. A ce titre, cette façon de faire est déconseillée. Le tissu hospitalier est assez dense en Ile-de-France pour ne pas à avoir à garder de lits.

- **Supprimer les demandes téléphoniques systématiques d'état des lits.** Le tour téléphonique systématique de déclaration des lits disponibles effectué par les SAMU dans certains départements doit être abandonné car il décrédibilise CAPRI et n'incite pas à le renseigner.

- **Transparence :** L'ensemble de cette activité de régulation doit être réalisée avec un souci de transparence pour une meilleure maîtrise de la gestion des lits. Cette transparence doit notamment s'appuyer sur les « rapports d'activité » des SAMU (flux par pathologie, par origines et par destination) disponibles pour les services concernés. Elle doit s'appuyer aussi sur des indicateurs dans les « rapports d'activité » des services destinataires, publics ou privés, mettant en évidence la part qu'ils prennent pour répondre aux besoins régionaux (% de malade acceptés de l'extérieur).

- **Dans des situations de crise, savoir dissocier la réalisation d'un geste technique urgent de la disponibilité d'un lit de réanimation.** Cette option est à réserver en dernier recours face à une situation de crise. Les gestes techniques : intervention chirurgicale, examen radiographique ou endoscopique, accouchement, etc, peuvent être dissociés de l'hospitalisation. Ces gestes pourront être réalisés là où

le plateau technique est disponible et si aucun lit de réanimation n'est disponible sur l'hôpital, le transfert pourra se faire secondairement vers un autre hôpital disposant d'un lit. La situation de la coronarographie interventionnelle correspond à ce cas de figure où cette attitude est susceptible de faire baisser le délai « diagnostic - coronarographie ». Mais cette option doit être exceptionnelle, sachant le nombre de grosses structures en Ile de France où il est toujours possible de "faire un lit de réanimation" sur l'ensemble des unités de réanimations et sur les SSPI.

### 3. Prévoir les procédures en cas de crise

En temps « normal », la régulation se fait simplement : CAPRI indique les lits disponibles, le médecin demandeur ou le régulateur place directement le malade dans le service disponible après accord téléphonique.

En temps de « crise » la procédure est plus complexe et doit être formulée à l'avance.

#### *a) Définir une situation de crise et les indicateurs d'alerte et de déclenchement*

La situation de crise est celle où il devient difficile de trouver une place de réanimation pour un patient soit pour une raison d'accès au plateau technique, soit pour une diminution de l'offre de lits de réanimation.

L'offre de lits disponibles en réanimation est le seul paramètre facilement accessible. Les autres paramètres, liberté d'un bloc opératoire ou d'une équipe chirurgicale, niveau d'occupation des équipes, ne sont renseignables qu'au cas par cas, après contact avec les services concernés.

La situation de crise est identifiable sur deux critères :

- **Le nombre de lits disponibles en réanimation.** La valeur de cet indicateur ne pourra être fixée que lorsque CAPRI sera renseigné de façon satisfaisante. Il est probablement différent selon les spécialités de réanimation (médioco-chirurgicale, cardiologique, pédiatrique et néonatale). Cet indicateur est à fixer de façon régionale (moins de 10 lits ?). Il est modulé par la capacité régionale de lits de réanimation réellement ouverts. Le déclenchement de la situation de crise à partir de cet indicateur pourrait être régional (ARH ?). L'alerte est déclenchée pour l'ensemble de la région.

- **Le temps nécessaire à trouver une prise en charge pour un malade.** Bien que fondée sur une constatation empirique, l'allongement du temps pour trouver une prise en charge adaptée à un malade traduit un dysfonctionnement. On peut proposer par exemple que lorsque le temps nécessaire pour placer un malade est

supérieur à 20 minutes, une situation d'alerte doit être caractérisée. La justesse de cet indicateur devra être évaluée par un groupe de travail. Cet indicateur est observé au niveau départemental par le SAMU et déclenche l'alerte pour le département concerné.

La valeur des indicateurs doit être fixée pour n'identifier que les réelles situations de crise. Une mise en alerte trop fréquente signifierait une insuffisance des moyens régionaux en réanimation.

*b) Définir une instance de régulation mobilisable en cas de difficultés (cellule de crise ?) :*

En cas de crise, la gestion doit être assurée par un tandem médical et administratif. La plus value apportée par ce tandem est 1) l'autorité de l'administrateur de placer un malade dans le service décidé sur le conseil du médecin, 2) une mission nouvelle pour le régulateur : choisir la structure d'accueil qui lui semble la plus adaptée, même en cas d'absence de lits disponibles, étendre obligatoirement ses recherches à toute la région, contacter et alerter les autres SAMU d'Ile-de-France.

Cette cellule de crise doit être déclenchée par le médecin responsable du SAMU, ou son représentant.

L'administrateur doit avoir autorité sur tous les établissements concernés AP-HP et CH pour pouvoir mettre en œuvre les solutions choisies.

Le médecin doit disposer d'une bonne connaissance des ressources régionales et du fonctionnement de la régulation.

Plusieurs hypothèses sont à examiner pour déterminer le médecin de la cellule de crise :

- Le médecin responsable du SAMU départemental qui a déclenché l'alerte
- Un médecin responsable d'un SAMU d'un département désigné à l'avance, par exemple selon un tour de garde plaçant ce SAMU en « grande garde » pour l'ensemble de la région.
- Un médecin régulateur extérieur au SAMU : cette solution se prive de l'expertise des SAMU, des outils et des techniques de la régulation habituelle.

Cette instance n'est pas destinée à fonctionner en permanence mais uniquement lorsque les critères d'alerte définis ont été établis. Cette situation doit garder un

caractère exceptionnel sinon elle témoignerait d'un manque permanent de moyens et non d'une adaptation à une situation inhabituelle.

c) *Rédiger une procédure régionale de gestion de la crise (cellule de crise).*

La réaction à une situation de difficulté doit être prévue à l'avance et non gérée au coup par coup. Ainsi une procédure de gestion de crise doit être élaborée par les intervenants concernés (dans le cadre du guide des « Bonnes Pratiques »).

Un certain nombre de points sont essentiels :

- **Définition d'un fonctionnement en période normale** : pendant cette période les lits disponibles sont repérés par CAPRI, le placement se fait de gré à gré entre deux médecins séniors.

- **Définition d'un fonctionnement en situation de crise** : Déclenchement par séniors,

- **Identification des seuils de déclenchement**

- **Obligation de concertation entre les différents SAMU d'Ile-de France**

- **La responsabilité de la gestion de crise doit être médicale et administrative.** Elle ne peut être ni exclusivement médicale, ni exclusivement administrative. En effet, le placement d'un malade dans un lit de réanimation est un acte médical qui suppose une connaissance des pathologies rencontrées et des ressources mobilisables. La disponibilité d'un lit de réanimation ne signifie pas qu'il puisse être occupé par n'importe quel malade.

- **Donner une priorité à la réanimation** pour placer ses malades sortants dans l'hôpital. Cette logique conduit également à faciliter l'utilisation des salles de soins post-interventionnels et des lits de surveillance continue.

d) *Informers les intervenants de la situation de crise*

Pour permettre une réactivité en situation de crise, ou au moins une compréhension, il est indispensable que toutes les personnes concernées (services de réanimation, urgences, SAMU, administration...) soient prévenues de la situation. Le mode d'avertissement doit être le plus simple possible.

Pour les personnes utilisant régulièrement CAPRI, c'est ce moyen qui doit être privilégié. Ainsi, un sigle clignotant ou un message simple d'alerte visible au moment où on renseigne ou consulte CAPRI est le meilleur moyen. Elle indique le niveau régional ou départemental de l'alerte.

Pour les personnes ne consultant pas régulièrement CAPRI (direction des établissements, tutelles), un message par mail associé ou non à d'autres messages (CERDEAU) peut être utile.

*e) Le cas particulier de services d'accueil des urgences.*

L'adressage en réanimation des patients en état grave à partir des urgences est en général réalisé par les urgentistes. Ces médecins ne disposent pas des outils dont dispose la régulation du SAMU. Dans ces conditions un seuil spécifique doit être fixé pour eux au delà duquel le placement des patients doit être réalisé par un régulateur du SAMU (par exemple trois tentatives infructueuses ou absence de lits dans le département).

#### 4. Inscrire les difficultés de recherche de lits de réanimation dans un système de gestion des risques

Répondre de façon pertinente aux besoins d'hospitalisation en urgence des malades de réanimation est une activité à risque. Une gestion adaptée à ces risques potentiels doit être organisée. Comme dans toute gestion de risque elle doit comporter une traçabilité des événements, une remontée et une analyse dysfonctionnements, une transparence de l'activité.

Les points essentiels d'une démarche qualité pourraient être :

*a) Dans une démarche de gestion a priori des risques : **formaliser les modalités de déclaration et de recherche des lits.** C'est le rôle dévolu à la rédaction d'un guide de « Bonnes Pratiques ».*

*b) Dans une démarche de gestion a posteriori : rédiger les **fiches de dysfonctionnement** Comme toutes activité d'urgence, mais plus particulièrement en raison des risques rencontrés, la régulation des malades de réanimation doit faire systématiquement l'objet de fiche de signalement par les services demandeurs ou receveurs en cas d'incident. Ces fiches, prévues au décret, doivent être mises en place, traitées et analysées conformément à la réglementation.*

*c) Dans une démarche de gestion a posteriori des risques : **tenir un registre des refus.***

La tenue d'un « registre des refus » doit être fortement conseillée dans les services de réanimation. C'est un outil de gestion interne. Elle permet lors de la transmission du lendemain d'analyser le pourquoi des refus et éventuellement de corriger les pratiques. Ce registre doit comporter, en particulier, les motifs des refus

de façon détaillée : manque de lit, manque de disponibilité du plateau technique, manque d'infirmières, manque d'indication médicale par exemple.

La tenue d'un registre des refus par les SAMU a moins d'intérêt car ils disposent des enregistrements. Toutefois, elle permet, lorsque c'est nécessaire, une analyse statistique des acceptations ou des refus de malades.