

Retour d'expérience sur la cellule régionale d'appui à la régulation des lits de réanimation Covidréa pendant la crise Covid-19

Feedback on the Regional Support Unit for the Regulation of Intensive Care Unit Beds during the COVID-19 Crisis

C. Leroy · L. Treluyer · R. Hellmann · R. Cléry · F. Haab · Y. Parc

Reçu le 3 juillet 2020 ; accepté le 8 septembre 2020
© SFMU et Lavoisier SAS 2020

Résumé La disponibilité des lits de réanimation a été un enjeu majeur de la gestion de la crise Covid-19, imposant aux acteurs régionaux de construire une réponse coordonnée et novatrice pour apporter une réponse en termes de recherche de place. Dans la région Île-de-France, la mise en place du dispositif a été constituée par deux mesures : la refonte du répertoire opérationnel des ressources (ROR) et la création d'une cellule d'appui régionale (Covidréa) comportant des cellules médicale et administrative. Les opérateurs de la cellule médicale étaient des chirurgiens volontaires sous la supervision d'un médecin urgentiste, chargés des actions de recherche et de régulation des demandes. La cellule administrative a vérifié la pertinence des informations du ROR sur un rythme pluriquotidien. La mobilisation des acteurs

locaux (anesthésistes et réanimateurs) a permis d'obtenir des données actualisées du ROR quasiment en temps réel. La crise sanitaire Covid-19 a mis en lumière les faiblesses des systèmes d'information, particulièrement la connaissance de la disponibilité en lits de réanimation en temps réel. Une démarche collective pour construire de nouveaux outils de pilotage adaptés au quotidien, dans le cadre des tensions hivernales (bronchiolite, grippe) ou saisonnières (canicule), et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles est impérative. Il est nécessaire d'intégrer cette fonction dans la mission des Samu départementaux en temps ordinaire et des Samu zonaux en temps de crise, en particulier dans la logique de construction du futur service d'accès aux soins (SAS).

C. Leroy (✉)
Direction patient qualité affaires médicales,
Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP),
4, avenue Victoria, F-75004 Paris, France
e-mail : christophe.leroy@aphp.fr

L. Treluyer
Direction des systèmes d'information, APHP,
F-75004 Paris, France

R. Hellmann
Agence régionale de santé Île-de-France,
F-75019 Paris, France

R. Cléry
Service d'urologie, hôpital Tenon, APHP,
F-75020 Paris, France

F. Haab
Service d'urologie, clinique Turin,
F-75008 Paris, France

Y. Parc
Sorbonne Université, F-75013 Paris, France

Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-Antoine,
APHP, F-75012 Paris, France

Mots clés Covid-19 · SARS-CoV-2 · Réanimation · Régulation médicale · Système d'information · Crise sanitaire · Samu

Abstract The availability of intensive care unit (ICU) beds was a major stake in the management of the COVID-19 crisis, requiring the regional actors to build a coordinated and innovative response in terms of finding a bed. In the Ile-de-France region, the implementation of the system was made up of two measures: the overhaul of the operational resource directory (ROR) and the creation of a regional support unit (COVID-ICU) including medical and administrative units. The operators of the medical cell were volunteer surgeons under the supervision of an emergency physician, in charge of research and demand medical regulation actions. The administrative unit verified the relevance of the information from the ROR on a multi-daily basis. The mobilization of local actors (anesthesiologists and intensivists) made it possible to obtain updated information almost in real time. The COVID-19 health crisis highlighted the weaknesses of the information systems, particularly the knowledge of the availability of ICU beds in real time.

A collective approach to build new management tools adapted to daily life, in the context of winter (bronchiolitis, flu) or seasonal (heat wave) tensions, and the management of exceptional health situations is mandatory. It is necessary to integrate this function into the mission of the departmental Samu in ordinary times and the zonal Samu in times of crisis, especially in the logic of building the future French access to care service (SAS).

Keywords COVID-19 · SARS-CoV-2 · Intensive care · Bed availability · Information system · Health crisis · Emergency medical system

Introduction

L'épidémie de Covid-19 a très fortement impacté le besoin en lits de soins critiques sur le territoire de la région Île-de-France [1]. La disponibilité des lits de réanimation est devenue rapidement un enjeu majeur de la gestion de la crise, imposant aux acteurs régionaux de construire une réponse coordonnée et novatrice pour apporter aux équipes de première ligne, tant préhospitalières qu'hospitalières, une réponse en termes de recherche de place pour les patients. Deux difficultés sont apparues dans ce contexte et ont imposé la mise en place d'une organisation spécifique. La première porte sur la circulation de l'information autour de la disponibilité de places et la seconde sur l'aide à leur recherche et à la régulation des transferts des patients vers les structures de réanimation. Pour la première fois en Île-de-France, une cellule régionale d'appui à la régulation des patients atteints de pathologie Covid-19 sévère nécessitant une admission dans un service de réanimation a été mise en place. Cet article se propose d'en faire le retour d'expérience.

Régulation médicale des admissions

Conformément à la mission de l'aide médicale urgente (AMU), les Samu sont chargés d'organiser les admissions directes dans les services de réanimation (interventions dites « primaires ») et les transferts interhospitaliers urgents (dits « secondaires »), le plus souvent entre un service d'urgence (SU) et une réanimation d'un autre site. Ces transports de patients graves sont réalisés par une équipe Smur du département où est pris en charge le patient. Dans la région Île-de-France, il existe une offre de soins de réanimation très diversifiée. Chaque département dispose de centres hospitaliers généraux (CHG) dotés de services de réanimation. Cependant, les réanimations spécialisées et les services hyperspécialisés sont répartis principalement dans le centre hospitalo-universitaire (CHU) des hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), tous situés dans les

départements de Paris (75) et de la petite couronne (92, 93, 94 et 95). En conséquence, les médecins régulateurs des Samu d'Île-de-France ont l'habitude de rechercher les places dans les réanimations de leur département, mais lorsque cela est nécessaire ou, à défaut de place de proximité, de faire appel aux ressources des autres départements. Les outils permettant cette recherche de place sont souvent rudimentaires : les médecins régulateurs connaissent bien les ressources de leur département et ils utilisent souvent un comptage manuel ou informatique des lits de proximité disponibles. Pour les services en dehors du département, ils disposent de numéro de contacts téléphoniques directs. Dans la majorité des cas, il n'y a pas de recherche systématisée par l'intermédiaire d'un site regroupant les places disponibles. Ainsi, avant la crise de Covid-19 le Répertoire opérationnel des ressources Île-de-France (ROR, <https://www.ror-if.fr/ror/>), présentant une description de l'offre de soins critiques avec une fonctionnalité de recensement et des places disponibles, était au quotidien peu adapté, peu utilisé et rarement mis à jour.

Pour les transports interhospitaliers, la recherche de la place de réanimation est organisée par un contact direct entre le médecin du SU ou du service d'hospitalisation qui est au chevet du patient et le réanimateur qui accepterait de l'admettre dans son service. En conséquence, il est fréquent que le médecin du SU (ou du médecin d'un service d'un établissement public ou privé où un patient hospitalisé s'aggrave), à la demande du régulateur du Samu ou de sa propre initiative, recherche lui-même une place de réanimation pour transférer le patient. Aucun outil simple n'est à la disposition de ce médecin. La mise en tension des services de réanimation et la demande exponentielle d'hospitalisations dans ces services au cours de la crise de Covid-19 fin mars et début avril ont amené à reconsidérer drastiquement le fonctionnement quotidien.

Impact majeur de la crise de Covid-19

L'Île-de-France a été une des trois régions les plus impactées lors de la phase initiale de l'épidémie de la maladie Covid-19. Les huit Samu d'Île-de-France et les médecins des SU ont rapidement rencontré des difficultés importantes pour trouver des places de réanimation. Plusieurs facteurs contemporains ont concouru à mettre sous tension le processus de recherche de place. La nécessité de multiplier en quelques jours, fin mars, par quatre le nombre de lits de réanimation pour hospitaliser des patients graves Covid-19 [1] a conduit à la création de nouveaux services. Ainsi, très rapidement, les salles de surveillance postinterventionnelle (SSPI), de très nombreuses unités de soins intensifs ou de surveillance continue ont été renforcées et requalifiées en services de réanimation dédiés aux patients Covid-19 [1,2]. Pour les médecins régulateurs des Samu, cette nouvelle offre

de soins a rendu caducs les repères et l'organisation habituelle, les structures hospitalières évoluant d'un jour à l'autre. Essentielle pour une prise en charge efficace des patients, cette offre était peu lisible et difficilement utilisable. L'identification, la localisation et la possibilité d'entrer en contact avec ces services, pour y faire admettre des patients, étaient imprécises. Il fallait faire évoluer l'offre en permanence, presque à chaque tentative de régulation. Le ROR n'était, au début de la crise, ni opérationnel, ni mis à jour, ni techniquement capable d'afficher les nouveaux services à la disposition de la régulation médicale en temps réel. En même temps, les médecins régulateurs du Samu ont dû faire face à une augmentation considérable d'abord des appels pour Covid-19, puis des prises en charge de patients graves conduisant à la réalisation d'un nombre important de transferts médicalisés ou non pour hospitalisation au SU ou en réanimation [3]. Malgré les renforts de personnels supplémentaires dans les régulations pour les tâches de *back-office*, la complexité de la recherche de place s'est alors révélée être une charge de travail pénalisante et perturbant la gestion de la crise. De la même manière, les médecins des SU ont été totalement accaparés par la prise en charge des patients Covid-19 et la gestion de l'aval des hospitalisations dans leur établissement.

Les Samu des départements 95 et 93 ont été les premiers, dès la seconde quinzaine de mars, à signaler au cours de la conférence téléphonique quotidienne du Samu zonal, et lors des points de coordination de l'AP-HP de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, les difficultés à réguler les places de réanimation. Cette alerte a conduit à la mise en place d'une cellule d'aide à la régulation pour laquelle l'AP-HP a été missionnée.

Cellule régionale d'appui à la régulation

La mise en place du dispositif a été constituée par deux mesures : la refonte du ROR et la création d'une cellule d'appui régionale au sein de l'AP-HP. La première mesure a consisté à reformater le ROR et simplifier son fonctionnement pour qu'il puisse fournir des informations simples, complètes et donc opérationnelles. Une mise à jour de l'ensemble des structures de soins critiques a été nécessaire ainsi qu'une modification structurelle du logiciel qui n'avait pas été adapté à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) de longue durée avec des modifications rapides et évolutives des structures hospitalières. La présentation des unités a été complètement revisitée au profit d'une simplification temporaire des unités, avec comme caractéristiques principales la spécialisation Covid+ pour les patients Covid-19 et Covid- pour les patients non Covid-19, l'actualisation du numéro de téléphone du contact a également été réalisée. Cette refonte indispensable pour utiliser le ROR a été complexe à réaliser.

Cette mission a été confiée à une cellule dédiée de l'ARS en liaison avec les établissements hospitaliers. La seconde mesure a été la création le 27 mars d'une cellule régionale d'appui et d'attribution des lits de « soins critiques » pour les transferts baptisée Covidréa par l'AP-HP et l'ARS. Son pilotage a été confié par le directeur général de l'ARS au directeur général de l'AP-HP.

L'organisation de Covidréa reposait sur deux composantes : une cellule médicale et une cellule administrative. La cellule médicale a été d'abord initiée au Samu de Paris, Samu zonal. Elle a été créée par un groupe de chirurgiens volontaires provenant de structures publiques ou privées fermées en raison de la déprogrammation des interventions chirurgicales. Ce groupe a acquis rapidement les connaissances techniques et organisationnelles nécessaires à la régulation des transferts interhospitaliers. Pour pouvoir disposer de postes de régulation en nombre suffisant et de locaux adaptés, cette cellule a été déployée ensuite dans les salles de régulation médicale annexe installées sur le campus Picpus de l'AP-HP. Elle était alors armée par des chirurgiens volontaires et sous la supervision d'un médecin urgentiste maîtrisant les actions de régulation médicale et chargée des actions de recherche et de régulation des demandes. La procédure de régulation des transferts interhospitaliers mise en place par la cellule était comparable à celle du Samu (Fig. 1) : pour chaque demande de transfert, un dossier informatique standardisé était créé. La recherche était effectuée avec les informations sur la disponibilité en lits actualisée par la cellule administrative. Lorsqu'un service de réanimation acceptait un patient, cette information était immédiatement communiquée au médecin du service hospitalier demandeur et/ou au médecin régulateur du Samu territorialement compétent pour effectuer le transport avec les moyens Smur adaptés. La permanence fonctionnelle était assurée par une organisation de chirurgiens volontaires, de toute spécialité et de tout secteur, de 2 à 6 h selon les plages horaires avec présence d'un encadrant médical selon les plages horaires, du 26 mars au 11 avril 2020 : quatre opérateurs de 7 à 13 h ; 6/7 personnes de 13 à 21 h et deux personnes de 21 à 7 h. La salle de régulation disposait de six postes informatiques équipés du système informatique Carmen des Samu. La cellule administrative d'appui à Covidréa qui assurait le suivi de la mise à jour du ROR était présente sur le site du campus Picpus de 16 à 00 h le 27/03 ; de 8 h 30 à 00 h du 28 mars au 5 avril 2020, de 8 h 30 à 22 h, du 6 avril au 8 avril 2020 et de 8 h 30 à 21 h du 9 avril jusqu'à sa fermeture. L'équipe disposait de quatre postes informatiques et était articulée avec la cellule de management des lits de l'ARS. La mobilisation des acteurs locaux (anesthésistes-réanimateurs et réanimateurs) a permis d'obtenir des données actualisées quasiment en temps réel. Ce dispositif était donc destiné aux urgentistes, aux services de médecine ou de chirurgie, et aux régulateurs des Samu de la région lorsqu'ils étaient confrontés à

des difficultés de transfert secondaire d'un patient vers un service de soins critiques. Le recours à cette cellule d'appui aux transferts était optionnel. Devant une situation complexe, le médecin demandeur pouvait décider de faire appel à la cellule. Il transmettait alors un bilan médical standardisé à la cellule qui se chargeait de contacter les services en capacité d'accueillir le patient. Du 27 mars au 14 avril 2020, la cellule a organisé 806 transferts et 801 heures de téléphonie cumulée. La durée médiane de traitement d'un dossier était de 25 minutes (extrêmes : 0–1 200) et en moyenne de 74 minutes. La répartition géographique des demandes montrait une représentation importante des départements de Seine-Saint-Denis (43 %) et du Val-d'Oise (18 %). La majorité des patients a été transférée depuis un hôpital public (80 %). Les structures privées ont accueilli plus de 40 % des transferts, notamment dans des réanimations créées et dédiées à la crise de Covid-19. L'activité de la cellule d'appui à la régulation ne s'est jamais totalement substituée à celle des médecins régulateurs du Samu, qui par ailleurs ont assuré les transferts comme effecteur. Elle a atteint un pic fin mars lorsque le nombre de lits disponibles en réanimation de la région était particulièrement bas. Les dossiers traités par la cellule avaient alors concerné environ 50 % de cette offre. Le dispositif Covidréa a été levé le 16 avril 2020.

Enfin, en plus de l'activité de la cellule Covidréa, deux autres dispositifs en relation avec les transferts interhospitaliers ont été mis en place. L'un concernait le transfert interhospitalier de patients ne relevant pas de la réanimation (Covitrans) et l'autre des transports interhospitaliers de réanimation vers des services d'aval (cellule Dynamo) [4]. Ces

missions ne rentrant pas dans le cadre de l'AMU ne sont pas évoquées ici.

Discussion

La crise de Covid-19 a montré l'importance d'une gestion rigoureuse des capacités d'hospitalisation en réanimation au niveau de la région Île-de-France. Elle a concerné en fait deux problèmes qui se recoupent. La nécessité pour les médecins régulateurs de disposer de places de réanimation permettant l'hospitalisation directe immédiate des patients pris en charge avec une détresse vitale en préhospitalier (interventions primaires) qui est une mission prioritaire. L'importance pour les médecins régulateurs et les médecins des SU de disposer d'une information précise sur les places disponibles dans les réanimations permettant d'organiser des transports interhospitaliers urgents (interventions secondaires). Cette crise a donc conduit à mettre en place un dispositif d'appui à la régulation médicale dont ont bénéficié principalement les Samu et les SU. Aux moments les plus forts de la crise où la disponibilité des places était très limitée, ce dispositif a permis de satisfaire les besoins des départements qui étaient les plus frappés par l'épidémie et notamment de ceux dont les ressources propres en réanimation étaient structurellement limitées. Il a ainsi facilité la tâche des médecins de ces services qui étaient en première ligne en leur évitant de perdre un temps précieux pour gérer des admissions rendues complexes par l'afflux de patients et les modifications des structures. Le succès de cette entreprise a été

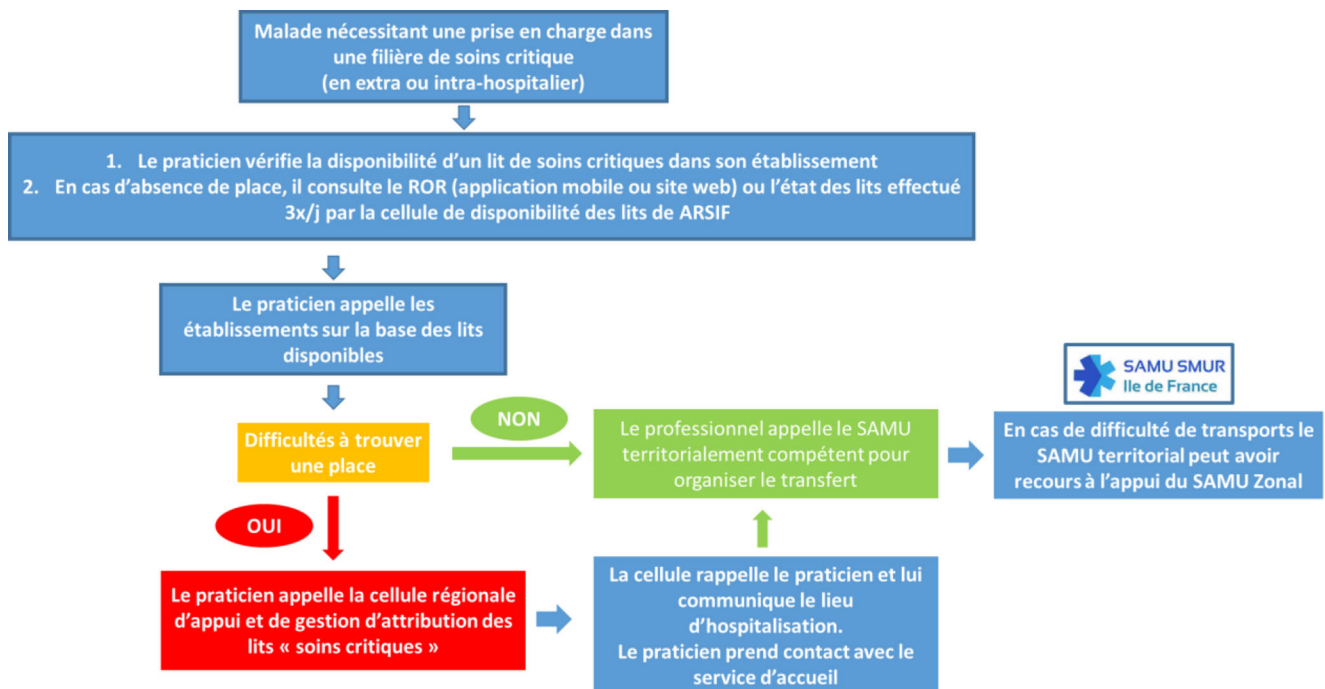


Fig. 1 Organisation fonctionnelle de la cellule Covidréa. ARS : Agence régionale de santé, ROR : répertoire opérationnel des ressources

unanimement reconnu. Il a cependant bénéficié de circonstances favorisantes :

- une mobilisation importante et coordonnée de l'ensemble des structures administratives et médicales impliquées dans la crise de Covid-19 qui ont permis la mise à disposition de ressources, de personnels de moyens techniques et de locaux indispensables pour cette mission ;
- la disponibilité d'un grand nombre de chirurgiens volontaires expérimentés qui ont pu très rapidement acquérir les compétences nécessaires à la mission et créer les organisations pour y faire face. Cette disponibilité en cas de reprise de l'épidémie ou d'une SSE n'est vraisemblablement pas reproductible.

Cependant, cette crise, véritable stress test pour le système de santé, a mis aussi en évidence un certain nombre de faiblesses dans le dispositif actuel. Le système d'information existant n'a pas été conçu pour répondre à une SSE de cette envergure et à la mobilisation de ressources sur le plan régional. La difficulté d'utilisation du ROR en est la preuve. Il a fallu un effort humain considérable pour surmonter ce problème technique. La généralisation du portail SI-Samu [5] intégrant des fonctionnalités permettant le partage de l'information en temps réel, l'échange de dossiers entre les services et la communication entre les différents acteurs est un point important d'évolution, qui doit être mise en œuvre le plus rapidement et sur l'ensemble du territoire. Ce système d'information est aussi un dispositif d'alerte permettant l'anticipation d'une montée en puissance en cas de Covid-19 ou d'une autre SSE. L'organisation des transports interhospitaliers de réanimation par le Samu n'était pas considérée comme la mission prioritaire de l'AMU. Dans les plans NOVI (NOMBREUSES VICTIMES) [6] et la composante AMAVI (Afflux massifs de victimes non contaminées) du plan ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en SSE) [7], il est ainsi indiqué qu'en dehors d'une extrême urgence les transports secondaires médicaux peuvent être reportés en attendant des équipes de renfort provenant d'autres départements. En effet, par opposition avec les transports primaires, les patients transférés sont déjà pris en charge par une équipe médicale. Leur hospitalisation en réanimation s'inscrit dans la suite logique d'un parcours de soins déjà débuté au SU dont le médecin urgentiste est l'ordonnateur et pour lequel le médecin régulateur et le médecin de l'équipe Smur assurant le transfert sont des intermédiaires. Cependant, à l'heure actuelle, seules les régulations des Samu disposent des informations nécessaires à la concrétisation de ce transfert et en sont par ailleurs l'effecteur via le Smur (quel qu'en soit le vecteur, y compris aérien). On peut donc discuter de réserver la recherche de place exclusivement au Samu et de pérenniser le concept d'une régulation régionale au quotidien pour l'accomplir, en particulier dans la logique de construction du futur service d'accès aux soins (SAS) [8]. On peut aussi étendre les possi-

bilités informatiques d'accès aux places disponibles à tous les services d'urgences. Dans l'immédiat, ces deux possibilités peuvent coexister.

En pédiatrie et en néonatalogie où les ressources de soins sont limitées au quotidien, la mise en place d'une régulation régionale des places de réanimation, en appui des Samu départementaux et centralisant les disponibilités en lit, est en cours de réalisation en Île-de-France. Le danger d'une crise touchant spécifiquement ce domaine pédiatrique est évident, il doit être pris en compte dans la réponse médicale quel que soit le type de SSE. Il faut considérer qu'un afflux de malades ou de blessés pédiatriques deviendrait très rapidement un problème dépassant les capacités régionales [9].

En cas de SSE, la régulation régionale (ou zonale) des places de réanimation a déjà été mise en œuvre dans d'autres circonstances. Au cours des attentats terroristes de 2015, l'admission des patients dans les centres de traumatologie et les blocs opératoires d'Île-de-France a été réalisée par une cellule de régulation dédiée du Samu zonal [10], et cette disposition a été intégrée dans le plan AMAVI régional. Elle correspond cependant à un pic d'activité intense mais court pour lequel les moyens de renfort du Samu de Paris, siège du Samu zonal, sont suffisants pour y faire face. Elle n'était par contre pas spécifiquement envisagée dans le cadre du plan ORSAN REB [7] et n'était, dans ce contexte, ni dimensionnée ni dotée de moyens. Au cours de la crise de Covid-19, la sollicitation des régulations médicales du Samu de Paris et celles des autres départements, pour répondre aux appels d'urgences et aux interventions primaires, n'a pas permis d'organiser et surtout de pérenniser pour la durée de la crise une telle structure. Cela a justifié la mise en place d'un dispositif alternatif fondé sur des renforts et des volontaires. La régulation médicale zonale a cependant servi d'appui à celle des départements en cas de difficultés d'organisation des transports Smur interhospitaliers. Elle a par contre été déployée à la demande de l'ARS pour participer à la coordination des transferts interhospitaliers interrégionaux par tous les types de vecteurs (terrestres, aériens, ferroviaires) [11,12]. Cette mission spécifiquement attribuée aux Samu zonaux a été conduite en relation avec la Direction générale de la santé (DGS), l'ARS Île-de-France et l'AP-HP, sans intervention de la cellule d'appui régionale.

Dans le cadre de la reprise de l'épidémie de Covid-19, ou d'une autre SSE mettant en tension des places de réanimation, la formalisation d'une cellule d'appui zonale à la recherche de places de réanimation, dans un cadre plus construit que celui imposé par les circonstances, est pertinente. Il est logique de l'inscrire dans les missions du Samu zonal dont le rôle est renforcé dans le cadre la suite de l'épidémie de Covid-19. Son périmètre, ses moyens, sa localisation et son seuil d'activation doivent être précisés et intégrés aux plans régionaux et zonaux de mise en tension et de montée en puissance des Samu. La fonction de Samu zonal doit aussi

Éléments remarquables

- Mobilisation des chirurgiens rendus disponibles par l'arrêt des activités programmées
- Alerte précoce, réactivité et adaptation à la crise
- Coordination des acteurs multiples
- Mise à disposition rapide et efficace des locaux et des postes informatiques
- Qualité du service rendu pour l'ensemble de la région Île-de-France

Pistes d'amélioration

- Anticipation du dispositif et prévision des moyens
- Système d'information des Samu performant et homogène sur l'ensemble du territoire (SI-Samu)
- Développement du Samu zonal
- Mise en place d'une régulation régionale pédiatrique
- Intégration au plan de montée en puissance en cas de situation sanitaire exceptionnelle (SSE)
- Intégration de la recherche de place de réanimation dans les missions ordinaires des Samu et des missions du Samu zonal dans le cadre des SSE

tenir compte des disparités de dimension et d'organisation des zones de défense. Bien développée dans la région-zone de défense Île-de-France, elle peut être modulée dans d'autres zones par la désignation par l'ARS d'un Samu adapté à la situation. Dans le cadre des tensions hivernales (bronchiolite, grippe) ou saisonnières (canicule par exemple), un appui à la régulation médicale de la recherche de place peut aussi être envisagé. Il ne faut pas cependant qu'il devienne une solution de facilité pour certains des acteurs (Samu, SU, services d'hospitalisation), leur permettant de se décharger facilement de la mission de recherche de place au profit d'une autre structure sans pour autant améliorer le service rendu. Il faut donc confirmer la nécessité d'un appui et le structurer pour le futur, mais il ne faut pas le transformer en une substitution. Il est donc nécessaire d'intégrer cette fonction dans la mission des Samu départementaux en temps ordinaire et des Samu zonaux en temps de SSE.

Conclusion

La crise sanitaire de Covid-19 a mis en lumière les faiblesses de nos systèmes d'information et tout particulièrement autour de la connaissance de la disponibilité en lits de réanimation. Une démarche collective pour construire de nouveaux outils de pilotage adaptés au quotidien et à la gestion des SSE est impérative et doit rapidement aboutir. Le second enseignement est qu'il est possible de construire des organisations transversales d'appui à la recherche de place dans les situations de tension. Les épisodes de tensions saisonnières doivent nous permettre de modéliser et de consolider le concept qui là aussi doit aboutir rapidement. L'expérience Covidria a permis donc de proposer dans le domaine de la régulation des places de réanimation une amélioration de la réponse aux SSE. L'impact de cette crise a mis aussi en évidence un domaine de notre fonctionnement quotidien qui a été rapidement mis en tension. Cela nous permet d'introduire en plus une adaptation permettant une gradation de la réponse du quotidien à l'exceptionnel.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Covid-19-AP-HP Group (2020) The Assistance publique-Hôpitaux de Paris response to the Covid-19 pandemic. *Lancet* 395:1760-1
2. Riou B, Cariou A, Duranteau J, et al (2020) Retour d'expérience sur la direction médicale de crise à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pendant la crise de Covid-19. *Ann Fr Med Urgence* 10:340-9
3. Telion C, Marx JS, Dautrepe C, Carli P (2020) Retour d'expérience sur la régulation au Samu de Paris pendant la crise de Covid-19. *Ann Fr Med Urgence* 10:202-11
4. Langlois M, Borel M, Clovotr O, et al (2020) Cellule de coordination des flux sortants de réanimation en période de Covid-19. *Ann Fr Med Urgence* 10:327-32
5. Agence du numérique en santé (2019) Portail SI-Samu. Un espace d'échanges, de partage et d'information au service des Samu. https://esante.gouv.fr/presse/portail-SI_Samu (Dernier accès le 5 septembre 2020)
6. Gouvernement de la République française (2020) Plan NOVI (NOmbreuses VICTimes). <https://www.gouvernement.fr/risques/plan-novi> (Dernier accès le 5 septembre 2020)
7. Ministère de la Santé et des Solidarités (2015) Le plan ORSAN. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan> (Dernier accès le 5 septembre 2020)
8. Mesnier T, Carli P (2019) Rapport : Pour un pacte de refondation des urgences. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf (Dernier accès le 5 septembre 2020)
9. Carli P, Pons F, Levraut J, et al (2017) The French emergency medical services after the Paris and Nice terrorist attacks: what have we learnt? *Lancet* 390:2735-8
10. Nahon M, Poirot N, Marx JS, et al (2016) Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. La régulation médicale zonale. *Ann Fr Med Urgence* 6:16-21
11. Lecarpentier E, Travers N, Jbeili C, Chollet-Xémard C (2020) Retour d'expérience sur le centre médical de coordination et d'évacuation aérien Covid-Paris-Orly. *Ann Fr Med Urgence* 10:278-87
12. Lamhaut L, Nivet CM, Dagron C, et al (2020) Retour d'expérience des évacuations par train à grande vitesse de patients en syndrome de détresse respiratoire aiguë sur infection à Covid-19 : Les missions Chardon. *Ann Fr Med Urgence* 10:288-97