

Compte-rendu de la réunion du 26 septembre 2007

Achat de respirateurs dans le cadre de la préparation à une pandémie grippale

◆ Personnes pressenties :

SFAR : O MIMOZ

SRLF : B REGNIER

SPILF : B GUERY

GEFRUP : D FLORET

Samu de France : E LECARPENTIER

SFMU : P GOLDSTEIN (excusé)

AP-HP : ML PIBAROT

CHRU Lille : R TRIQUET / M DEVOS

Association française des ingénieurs biomédicaux (AFIB) : B FUMAGALLI, V HARDIN

DHOS/SDO1 : R BOQUET, B ISABEY

DGS/DUS : JL TERMIGNON, S HASNI, C CHAIZE

◆ Eléments développés :

- **L'organisation du Département des Urgences Sanitaires et la mise en place de l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS)**
- **Bref historique des travaux sur la réanimation en situation de pandémie grippale**
- **La passation du marché**

Le Pr Régnier a résumé les deux stratégies possibles concernant l'achat de respirateurs :

- La première stratégie, développée dans des publications américaines, consiste à acheter des « respirateurs idéaux » pour la pandémie grippale, simple d'utilisation par du personnel peu expérimenté et avec report d'alarmes (réduction du risque pour les soignants). Ce sont globalement des respirateurs « moyen/bas de gamme », qui ne seraient pas utilisés dès à présent dans les services.
- La seconde, dans une approche plus pragmatique, consiste à renforcer le parc existant en achetant les appareils que les réanimateurs ont l'habitude d'utiliser et de les faire tourner dans les services. Cette approche a le mérite de permettre une utilisation courante du matériel et de ne pas le découvrir en situation de pandémie grippale.

L'interface des sociétés savantes retient plutôt la seconde approche, et recommande l'achat de respirateurs mixtes utilisables chez l'adulte et chez le nourrisson et l'enfant .

Il convient donc d'étudier la forme juridique et administrative permettant aux marchés d'assurer l'équipement des établissements par les différents types de respirateurs qui y sont utilisés de façon habituelle.

La modularité des machines actuelles peut permettre l'achat des configurations utiles et compatibles avec les besoins de ventilation en période de pandémie, susceptibles d'être upgradées aux frais des établissements pour certaines utilisations en pratique courante. Les besoins de ventilation en période de pandémie pourront concerner schématiquement deux groupes de patients :

- les patients porteur d'une pathologie chronique présentant une décompensation respiratoire transitoire du fait de leur état grippal, qui nécessiteront des matériels relativement simple (« moyen de gamme » ou sans compensation automatique de compliance), pour des ventilations de courte durée,
- les patients porteurs de syndromes de détresse respiratoires aiguës liés à la grippe, pour lesquels les altérations pulmonaires nécessiteront des modalités de ventilation plus complexes et des durées de prise en charge en assistance respiratoire plus prolongées.

La répartition des besoins est estimée comme étant équivalent pour ces deux groupes, ce qui pourrait conduire à l'acquisition de 50% d'appareils « moyenne gamme » et de 50% d'appareils disposant d'option évoluées (dont compensation automatique de compliance).

La question des respirateurs à turbine a été évoquée par les ingénieurs biomédicaux. Comme l'objectif est d'utiliser le matériel habituel, en situation de pandémie grippale, cette solution a été écartée.

L'option de l'utilisation de la technique VNI semble également devoir être écartée car elle poserait le problème de l'aérosolisation de l'air expiré par les malades qui semble moins sécurisée pour les personnels soignants que la ventilation invasive (intubation) en circuit fermé.

L'achat de respirateurs destinés exclusivement à réanimer des nouveaux-nés a été écarté. En effet, 1) les unités néonatales n'auront pas vocation à accueillir des nourrissons atteints de syndromes grippaux en phase de pandémie ; 2) la transmission verticale de la grippe de la mère à l'enfant est peu documentée actuellement (mais a été montrée : Lancet, 29-09-07).

Le problème de l'alimentation en fluide a été soulevé.

La question de la désinfection et de la stérilisation du ventilateur a été évoquée par les ingénieurs biomédicaux.

L'achat de matériel complémentaire est nécessaire, notamment :

- des valves peep pour les Osiris 2 (à vérifier + expliciter l'utilisation de ce matériel : transport et patients en attente d'admission en réanimation ou d'un appareil plus performant) ;
- le matériel de monitoring adéquat ;
- les pompes et seringues électriques nécessaires.

L'achat des consommables revient aux établissements de santé car il n'y a pas de surcoût avant la situation de pandémie.

Dans ce cadre, l'Association française des ingénieurs biomédicaux va synthétiser les offres de ces différents matériels sur le marché.

Afin d'évaluer avec précision les matériels de ventilation actuellement utilisés, le DUS va réaliser, en lien avec la DHOS via les ARH, une étude sur le parc existant dans les établissements pouvant être concernés par l'achat de ces différents matériels. Cette étude portera à la fois sur les équipements des services de réanimation et sur ceux des unités de soins intensifs. Il paraît pertinent d'avoir comme point d'entrée hospitalier pour cette évaluation les logisticiens et les ingénieurs biomédicaux ainsi que les chefs de service de réanimation.

Le DUS travaille à évaluer le mécanisme de financement et de passation du marché le plus approprié. Est étudié en particulier :

- le choix de la forme du marché à déterminer en fonction du besoin et de la faisabilité de la prestation (marché à tranche, à phase ou à bon de commande) ;
- les marchés passés sans publicité et sans concurrence, conformément à l'article 35-II-4 relatif aux « *marchés complémentaires de fournitures, qui sont exécutés par le fournisseur initial et qui sont destinés soit au renouvellement partiel de fournitures ou d'installations d'usage courant, soit à l'extension d'installations existantes, lorsque le changement de fournisseur obligerait le pouvoir adjudicateur à acquérir un matériel de technique différente entraînant une incompatibilité avec le matériel déjà acquis ou des difficultés techniques d'utilisation et d'entretien disproportionnées (...)* » ;
- le conventionnement via l'UGAP (solution abordée hors réunion).

Une de nos préoccupations est de limiter l'effet d'aubaine des établissements de santé et de vérifier que nous travaillons bien à une augmentation des capacités de réanimation et non à un renouvellement du parc. Au cours de la réunion, un des intervenants a proposé d'identifier un référent « respirateur » par établissement receveur de matériel afin d'assurer un suivi et faire tourner les appareils dans les différents services. Ce référent pourrait donc être la personne ressource dans le cadre du contrôle de l'utilisation des appareils et de la continuité des programmes d'achat en respirateurs des établissements.

- La répartition du matériel sur le territoire

Dans l'immédiat, une répartition homogène sur l'ensemble du territoire national, DOM compris, semble être préférable (il sera souhaitable, dans un second temps, d'être en mesure de l'affiner en fonction des parcs existants et des besoins identifiés par une déclinaison régionale du plan pandémie).

Les établissements concernés par l'achat de ventilateurs et le niveau territorial de délivrance de ce matériel doivent être déterminés.

Le niveau régional semble être le niveau approprié. Les établissements pourraient être déterminés par les ARH (CHRU, CHR ou CH important)

- La gestion de ce parc

Le matériel est utilisé dans le stock roulant de l'établissement. Le contrat de maintenance doit être prévu au départ. Un marquage des respirateurs peut être nécessaire, en particulier dans le cadre d'inspection du matériel. L'inspection doit être prévue en amont et passer par un conventionnement DRASS ou zone, par exemple.

Des crédits relatifs au renouvellement et l'amortissement du parc doivent être prévus dans l'enveloppe budgétaire globale.

- Les modélisations InVS (point 14 du rapport IGAS)

L'InVS avait été saisi officiellement sur la proposition 14 du rapport IGAS RM 2006-183P du 20 novembre 2006 par le précédent cabinet et nous n'avons jamais obtenu de réponse officielle à cette saisine. Cette question est en effet particulièrement importante pour nous car, selon la perspective d'acquisition pour les années à venir, le marché sera passé différemment (tranches conditionnelles). L'InVS ne souhaite manifestement pas s'engager sur ce terrain. Un groupe de travail composé de l'InVS, de réanimateurs de l'interface et du ministère pourrait être proposé pour affiner les modélisations et étude de scénarii.

- **La lettre de mission à l'interface des sociétés savantes**

La lettre de mission à l'interface des sociétés savantes est remise à la signature de Didier Houssin et permettra la poursuite des travaux engagés. La désignation au sein du DUS d'un référent sur ce dossier est nécessaire.

Le groupe de travail a souligné l'importance d'une réelle position politique de la DGS sur ce dossier, et notamment d'un compte-rendu des ARH, DDASS et DRASS sur les travaux engagés. Le traitement du dossier déprogrammation a un impact direct sur l'organisation de la réanimation et doit être traité dans le même temps.