

ÉDITORIAL / EDITORIAL

Opération Code Bleu : mettons en place un numéro d'appel unique (2222) pour les urgences vitales intra-hospitalières !

A call for 2222 in European hospitals

A. Cariou^{1*} • J. Pottecher² • F. Adnet³ • D. Whitaker⁴ • P. Carl⁵ • É. Javouhey⁶ • P. Pasquier⁷ • A. Mercat⁸

Reçu le 10 février 2020 ; accepté le 10 mars 2020.
© SRLF 2020.

Introduction

La survenue d'un arrêt cardiaque intra-hospitalier, qui constitue la forme la plus extrême de l'urgence vitale intra-hospitalière (UVIH), constitue un événement indésirable majeur qui concerne environ 1 à 5 patients pour 1000 admissions [1]. Le pronostic de ces victimes est étroitement dépendant de la mise en œuvre d'une chaîne de survie intra-hospitalière efficace, dont l'élément le plus important est le déclenchement immédiat des secours. Chaque minute compte : tout retard engendré notamment par une incertitude ou une hésitation sur le système d'alerte diminue les chances de survie et augmente les risques de séquelles [2].

Conscientes des enjeux, de nombreuses sociétés savantes et organisations (SRLF, SFAR, SFMU, CFRC, GEFRUP) souhaitent promouvoir la mise en place d'un numéro d'appel téléphonique unique (2222) pour les urgences vitales intra-hospitalières [3]. Cette initiative comporte différentes actions de communication et d'organisation regroupées au sein du projet Code Bleu (Figure 1).

Pourquoi un numéro d'appel unique ?

Le téléphone est désormais l'outil d'appel qui s'est imposé dans l'immense majorité des établissements de santé pour déclencher l'alerte en cas d'urgence vitale intra-hospitalière. Cependant, les numéros d'appel employés sont très hétérogènes. Une étude a montré 105 numéros d'appel différents dans 200 hôpitaux européens [3].

Cette hétérogénéité constitue une gêne importante dans le processus d'activation de la chaîne de survie intra-hospitalière. En effet, de nombreux personnels ne connaissent pas le numéro qui doit être composé, ce qui retarde l'activation des secours [4].

Concernant les urgences vitales extra-hospitalières, l'emploi de numéros téléphoniques abrégés connus de tous (911 aux États-Unis, 112 en Europe et 15 en France) est devenu une évidence partout dans le monde. Par analogie, une standardisation du numéro d'appel au sein des établissements de santé pourrait améliorer les performances de la chaîne de survie en diminuant le temps de déclenchement de l'alerte. L'emploi d'un numéro abrégé simple et identique d'un établissement à un autre permettrait une meilleure mémorisation par les personnels et diminuerait le temps de réaction [5].

Un processus d'harmonisation national et international

Par analogie avec la sécurisation des processus utilisés en aviation, la standardisation des procédures est un principe fondamental en matière de sécurité des soins. Un pilote d'avion formé sur un avion de ligne est capable de travailler partout dans le monde grâce à cette standardisation. Il peut ainsi piloter n'importe quel avion de ligne similaire pour n'importe quelle autre compagnie aérienne, sans remettre en cause sa formation, notamment en matière de sécurité et de réaction rapide en cas de danger. Il en est de même pour les professionnels de santé appelés à exercer dans différents établissements de santé au cours de leur carrière, ce qui est une situation fréquente de nos jours.

*Pr Alain Cariou

Médecine Intensive et Réanimation - Hôpital Cochin (APHP)
et Université Paris Descartes

✉ alain.cariou@aphp.fr

La liste complète des auteurs est disponible à la fin de l'article.





Figure 1

Aujourd'hui, la mobilité professionnelle des personnels des hôpitaux est en constante augmentation, tant sur le territoire national qu'au sein des différents états européens. Disposer d'un numéro d'appel unique pour les urgences vitales intra-hospitalières est devenu une nécessité qui permettra à tout professionnel confronté à une situation urgente de déclencher la chaîne de secours sans hésitation et sans perte de temps. C'est la raison pour laquelle cette initiative est fortement soutenue par de nombreuses sociétés savantes et organismes internationaux, dont l'European Board of Anaesthesiology, l'European Society of Anaesthesiology et l'European Resuscitation Council [6], qui recommandent désormais l'emploi d'un numéro d'appel unique [7].

Où en est-on en France ?

La grande majorité des établissements de santé français ont mis en place une organisation structurée de la chaîne de survie intra-hospitalière, qui répond aux attentes du processus de certification par la Haute Autorité de Santé. Ces organisations comportent la mise en place d'un numéro d'appel téléphonique permettant l'appel de l'équipe désignée localement (réanimateurs, SMURistes, urgentistes, ou anesthésistes). Cependant, les numéros d'appels téléphoniques employés demeurent encore très hétérogènes [8].

Ce constat a conduit au développement du projet Code Bleu, porté conjointement par plusieurs socié-

tés savantes et organisations (SRLF, SFAR, SFMU, CFRC, GEFRUP) impliquées dans la prise en charge de l'urgence vitale intra-hospitalière. L'objectif du projet Code Bleu est de promouvoir l'utilisation d'un numéro d'appel unique et identique dans tous les établissements de santé français.

Pourquoi le 2222 ?

Dans de nombreux établissements de santé, il existe déjà un numéro abrégé permettant d'activer la chaîne des secours en cas d'urgence vitale. Le 2222 est un numéro abrégé simple à mémoriser et très facile à composer en cas d'urgence. Dans les enquêtes de pratiques qui ont été effectuées, il s'agit déjà d'un numéro souvent utilisé. Pour ces différentes raisons, c'est ce numéro 2222 qui a été choisi au niveau européen, et qui a été retenu dans le cadre du projet Code Bleu.

Comment initier la démarche au sein de nos établissements ?

Pour réussir, l'initiative doit être portée et accompagnée par l'ensemble de la gouvernance hospitalière, soignante et administrative, avec l'aide des services techniques. Elle nécessite une réflexion collective, impliquant tous les acteurs de la chaîne de survie intra-hospitalière et respectant certaines étapes majeures qui sont rappelées dans le [Tableau 1](#).

Tableau 1 - Comment faire au sein de son établissement ?

1. Alerter sa communauté sur l'intérêt du numéro unique (président de CME, direction hospitalière)
2. Valider la mise en œuvre avec la commission qualité et sécurité des soins et le groupe urgence vitale
3. Obtenir l'appui logistique de la direction qualité et des services techniques
4. Sanctuariser le 2222 avec l'aide des services de la téléphonie
5. Organiser une campagne de communication (affichage, e-mailing, etc..) indiquant la date prévue pour la bascule de l'ancien système vers le 2222
6. Actualiser la signalétique (affichage, stickers près des postes téléphoniques)
7. Prévoir une période de transition pendant laquelle l'ancien système demeure fonctionnel (et désactiver cet ancien système après avoir vérifié qu'il n'était plus employé)

Mobilisons-nous !

L'efficacité de la chaîne de survie intra-hospitalière constitue l'un des piliers de la sécurité des soins. Pour la renforcer, nous encourageons la mise en place rapide d'un numéro d'appel unique européen (2222) pour les urgences vitales intra-hospitalières. Dès maintenant, nous appelons tous les professionnels de santé à soutenir cette initiative au sein de leurs établissements.

Conflits d'intérêts

Alain Cariou déclare avoir reçu des honoraires de BARD pour la préparation et la réalisation de conférences sans rapport direct avec cette publication.

Julien Pottecher déclare avoir été récipiendaire de versements de LFB à une association labélisée pour la tenue de congrès.

David Whitaker est président du comité de sécurité des patients du Conseil européen d'anesthésiologie. Il a reçu des honoraires de conférence d'Aguettant et de Medtronic, qui ont tous été versés à Lifebox. Aucun autre financement externe ou intérêt concurrent déclaré.

Étienne Javouhey, Pierre Pasquier, Pierre Carli, Alain Mercat et Frédéric Adnet ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Affiliations

¹Service de Médecine Intensive et Réanimation

Hôpital Cochin, APHP

Centre-Université de Paris, France

²Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale

Pôle Anesthésie Réanimation & Médecine Péri-Opératoire

Hôpital de Hautepierre - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

1, Avenue Molière - 67098 Strasbourg Cedex

EA3072, FMTS, Université de Strasbourg, France

³AP-HP, Urgences - Samu 93

Hôpital Avicenne, Université Paris 13

Inserm U942, Bobigny, France

⁴Manchester Royal Infirmary

Oxford Road, Manchester, M13 9WL, UK

⁵Department of Anesthesia & Intensive Care Unit, SAMU

Hôpital Necker Enfants Malades, APHP

Centre-Université de Paris, France

⁶Service de Réanimation pédiatrique

Hôpital Femme Mère Enfant. HCL.

Université de Lyon

⁷Service d'Anesthésie-Réanimation

Hôpital d'instruction des armées PERCY

101 avenue Henri Barbusse 92141 Clamart, France

⁸Département de Médecine Intensive-Réanimation et Médecine Hyperbare

Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Université d'Angers, Angers, France.

Références

- Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M (2007) In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 33:237-245. DOI: [10.1007/s00134-006-0326-z](https://doi.org/10.1007/s00134-006-0326-z)
- Bircher NG, Chan PS, Xu Y, American Heart Association's Get With The Guidelines-Resuscitation Investigators (2019) Delays in Cardiopulmonary Resuscitation, Defibrillation, and Epinephrine Administration All Decrease Survival in In-hospital Cardiac Arrest. *Anesthesiology* 130:414-422. DOI: [10.1097/ALN.0000000000002563](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002563)
- Whitaker DK, Nolan JP, Castrén M, et al (2017) Implementing a standard internal telephone number 2222 for cardiac arrest calls in all hospitals in Europe. *Resuscitation* 115:A14-A15. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2017.03.025](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.03.025)
- Løfgren B, Larsen CB, Rasmussen ML, et al (2010) Limited knowledge of the crash call number among hospital staff—A call for standardisation. *Resuscitation* 81:S28. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2010.09.122](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.09.122)
- Lauridsen KG, Løfgren B (2016) A call for 2222 in European hospitals-A reply to letter by Dr. Whitaker. *Resuscitation* 107:e19. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2016.07.245](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.07.245)
- Whitaker DK (2016) Establishing a standard "Cardiac Arrest Call" telephone number for all hospitals in Europe-2222. *Resuscitation* 105:e25. DOI: [10.1016/j.resuscitation.2016.05.011](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.05.011)
- ERC (2019) Quality standards for cardiopulmonary resuscitation practice and training - PDF consulté le 27/04/2020 PDF
- Jouffroy R, Bobbia X, Gauss T, et al (2018) Process and organisation of in-hospital emergencies in France. *Anaesth Crit Care Pain Med* 37:629-631. DOI: [10.1016/j.accpm.2018.07.010](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2018.07.010)