



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Paris, le

20 MAI 2020

Direction générale de la Santé
Centre de crise sanitaire

Le directeur général de la santé
à
Mesdames et Messieurs les directeurs
général(e)s des agences régionales de santé
(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
(pour information)

INSTRUCTION n°DGS/CCS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du Covid-19

Date d'application : immédiate

Classement thématique : Sécurité sanitaire

Publiée au BO : non

Déposée sur le site [circulaire.legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr) : non

Résumé : La présente instruction a pour objet de préciser le cadre des évacuations sanitaires de patients atteints du Covid-19, qu'elles soient infrarégionales, interrégionales ou transfrontalières.

Mots-clés : renforts ; transfert sanitaire ; Covid-19

Mention Outre-mer : instruction applicable dans les territoires ultramarins

Textes de référence :

Textes abrogés :

Annexes :

Annexe 1 – Circuit décisionnel ;

Annexe 2 – Répartition des rôles des différents acteurs ;

Annexe 3 – Logigramme EVASAN interrégionale ;

Annexe 4 – Tableau comparatif des vecteurs

I. Contexte

L'enjeu sanitaire majeur de l'épidémie de Covid-19 est la prise en charge des formes graves requérant des soins de réanimation et le risque de débordement des services associés, avec des contraintes fortes sur les ressources humaines et matérielles. Le Centre de crise sanitaire (CCS) assure ainsi au niveau national un suivi quotidien des tensions dans les services de réanimation qui accueillent les patients graves de Covid-19. Ce suivi est basé sur les remontées quotidiennes des Agences régionales de santé (ARS) et des établissements hospitaliers publics et privés des données « capacitaires », c'est-à-dire du nombre de lits de réanimation encore disponibles et du nombre de patients Covid+ hospitalisés, notamment en réanimation, via l'application SIVIC. En complément, des échanges réguliers entre le CCS et les ARS sont organisés pour préciser d'un point de vue qualitatif la situation des différents établissements de santé des régions.

Le contexte épidémique, en particulier dans les régions les plus touchées, a conduit à la mise en place de nombreuses opérations de renforts ou d'appui, entre mars et avril 2020, par l'organisation de transferts de patients de réanimation dans une dynamique de solidarité interrégionale et internationale, par le déploiement de renforts en personnels de santé ou encore par le déploiement de renforts matériels (respirateurs, produits de réanimation etc.).

Après la réalisation en quelques semaines de près de 650 transferts de patients, un retour d'expérience a été organisé avec les différents acteurs de ces opérations. La présente instruction traduit les bonnes pratiques identifiées lors de ce dernier, organise les futures demandes d'appui des régions en tension et rappelle les circuits de décision et le rôle de l'ensemble des parties prenantes associées à ces opérations complexes. La présente instruction ne concerne que les transferts de patients atteints du Covid-19.

II. Les réponses à un risque de saturation

La réponse à la saturation des services en charge d'accueillir les patients critiques Covid+ comporte quatre types de mesures, lesquelles ont pour objectif de maintenir la qualité de soins :

- Le renforcement en professionnels de santé, permettant d'atténuer et de mieux répartir la charge de travail qui pèse sur les professionnels impactés, d'armer des lits supplémentaires et d'assurer les relèves ;
- L'envoi de matériels (respirateurs, appareil de monitoring, pompes seringues électriques ...) et de consommables afin d'armer des lits de réanimation ou de répondre à un risque de pénurie de dispositifs médicaux nécessaires à la prise en charge des patients ;
- L'envoi de médicaments nécessaires à la prise en charge de ces patients (hypnotiques, curares, antibiotiques ...) afin de répondre aux tensions d'approvisionnement ;
- L'évacuation sanitaire de patients, afin d'éviter l'engorgement des services risquant d'être saturés et de permettre l'accueil de nouveaux patients.

La présente instruction vise à préciser la doctrine concernant les transferts sanitaires de patients Covid-19.

III. Rôle de la régulation régionale et organisation des transferts sanitaires infrarégionaux

Dans chaque région, l'ARS pilote et accompagne l'augmentation des capacités des établissements et évalue en temps réel l'adéquation du nombre de patients nécessitant des soins de réanimation avec les capacités de prise en charge dans tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, en s'appuyant sur le registre opérationnel des ressources (ROR) et sur le système d'information SIVIC spécifiquement renseigné pour les patients Covid+. Afin d'anticiper au mieux les risques de saturation des capacités, des scénarii doivent être construits au plus tôt dans chaque région à partir des hypothèses les plus défavorables en prenant en compte les modélisations faites au niveau national transmises aux ARS et des remontées d'informations des établissements de santé.

En cas de risque de rupture capacitaire, des plans de transferts sanitaires de patients Covid19 devront être élaborés. Ces dispositifs devront être envisagés prioritairement au niveau infrarégional et nécessitent une coordination régionale. En effet, lorsque les établissements d'une région ne sont pas tous saturés, le transfert est organisé en priorité entre établissements de la région. Les transferts interrégionaux et transfrontaliers sont envisagés secondairement et nécessitent une coordination nationale.

L'ARS est en charge de la coordination des transferts infrarégionaux. Il est autorisé et coordonné par l'ARS en fonction du contexte régional. Le SAMU territorialement compétent ou le cas échéant, un SAMU désigné par l'ARS pour assurer la coordination régionale, est chargé de l'organisation et du pilotage opérationnel des transferts, en lien avec les établissements concernés. À ce titre, il mobilise les moyens terrestres ou les héliSMUR des établissements de santé. Au besoin, il se rapproche en lien avec l'ARS de l'échelon zonal afin de mobiliser des moyens zonaux (hélicoptères Dragon, vecteur terrestre, moyens militaires).

Dans le cadre de votre rôle de coordination, vous vous appuyerez sur les cellules de crise des établissements de santé notamment pour vous assurer de la disponibilité des stocks de consommables (médicaments, EPI, DM) nécessaires à la prise en charge des patients transférés.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces transferts, un dispositif particulier d'information des familles et des patients à leurs réveils doit également être prévu.

Vous veillerez également à armer une cellule régionale « opérations » au sein de la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS), dont l'objectif est de coordonner l'organisation des transferts infrarégionaux et de participer à la coordination des transferts interrégionaux. Elle sera en lien avec la cellule de crise des établissements de santé et les SAMU.

IV. Organisation d'opérations de transfert sanitaire interrégional et transfrontalier

a. Formalisation des demandes d'appui au niveau national

Les stratégies de désaturation interrégionale s'inscrivent dans un schéma national défini et piloté par le CCS, qui détermine l'orientation régionale des patients et les modalités de transfert en lien avec les ARS et les SAMU territorialement compétents (région de départ et d'accueil des patients transférés et nombre de patients transférés et vecteurs utilisés). Cette coordination nationale vise à optimiser le transfert de patients vers les régions disposant encore de capacités de prise en charge, tout en tenant compte de l'impact de l'épidémie sur les régions susceptibles d'accueillir les patients et de ce transfert, et en anticipant l'allocation de moyens supplémentaires si nécessaire.

La demande d'appui du niveau national doit être formalisée par écrit par l'ARS auprès du CCS et justifiée quel que soit le besoin exprimé.

En résumé :

		ARS	CCS
Transfert sanitaire	<i>infrarégional</i>	Arbitre et coordonne	
	<i>interrégional</i>	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne
	<i>transfrontalier</i>	Analyse et exprime le besoin	Arbitre et coordonne

b. Les transferts sanitaires interrégionaux

Lorsqu'il n'est plus possible de réaliser des transferts sanitaires infrarégionaux, alors une solution interrégionale doit être envisagée.

Ces transferts doivent être réalisés en dernier recours, lorsque la majorité des établissements d'une région sont en très forte tension. **Ils doivent toujours être validés par le CCS**, afin d'adapter l'orientation du patient en fonction des tensions actuelles et anticipées dans les autres régions du territoire. Le CCS valide ainsi le transfert, la région de destination et le mode de transport, lorsqu'il implique des vecteurs à forte capacité, en tenant compte des remontées quotidiennes des ARS, du suivi des hospitalisations via SIVIC, des modélisations et prévisions épidémiques et des consommables disponibles. La mise en œuvre opérationnelle du transfert est organisée par le(s) SAMU(s) territorialement compétent(s) ou, le cas échéant, un SAMU désigné par l'ARS pour assurer la coordination régionale, sous la coordination des ARS de départ et d'arrivée et de leurs cellules dédiées.

Le CCS est ainsi chargé de la coordination des opérations de transfert interrégional sur la base des remontées des ARS et des modélisations disponibles. À ce titre, il est pertinent de procéder au transfert du patient vers un autre établissement où il n'est pas anticipé de tension dans les 15 jours suivants. Ce point doit être d'autant plus anticipé que les durées moyennes de séjour de patients atteints du Covid-19 sont élevées en réanimation. Le CCS organise une réunion de coordination en associant les ARS d'accueil et de départ, les ARS de zone et les SAMU territorialement compétents. Les préfectures de zone et de département sont informées des opérations de transfert en amont de leur réalisation et peuvent constituer un appui notamment pour la recherche de vecteur et la sollicitation des forces de sécurité intérieure.

c. Transferts transfrontaliers

Si la situation le nécessite, en plus des transferts infrarégionaux et interrégionaux, des transferts transfrontaliers peuvent être réalisés. Cette option concerne en particulier les régions frontalières, pour lesquelles des protocoles de coopération internationale existent.

Tout transfert international de patient Covid-19 doit préalablement être validé par le CCS.

d. Outil de suivi des opérations

Dans le cadre de la coordination des transferts sanitaires, il est nécessaire que les différentes parties prenantes puissent échanger des données, dont :

- La liste des personnes à transférer et la liste des patients effectivement transférés ;
- L'établissement de santé d'origine ;
- L'établissement de santé de destination ;
- Une fiche médicale par patient partagée entre la coordination médicale des établissements d'origine et de destination en lien avec les SAMU territorialement compétents ;
- Le ou les vecteurs utilisés pour ces transferts précisant le type et la composition des équipes médicales ;
- Un horodatage des différentes séquences.

Il convient que ces échanges de données soient sécurisés et permettent, *in fine*, à chaque acteur de disposer des informations nécessaires.

Ainsi, il convient de privilégier le recours à un outil :

- Collaboratif, pour permettre à plusieurs acteurs de remplir un document commun ;
- Sécurisé, pour assurer la protection des données ;
- Accessible par l'ensemble des parties prenantes.

Le portail développé dans le cadre du programme national de modernisation des systèmes d'information des SAMU (dit « portail SI SAMU ») peut répondre à ces différentes exigences. Ce portail est en cours de déploiement. Des modalités de déploiement facilitées sur les plans juridique et technique ont été proposées aux SAMU qui le souhaitent dans le cadre de la gestion de crise Covid-19. Aussi, en lien avec le SAMU, vous pourrez utiliser cet outil pour organiser les opérations de transfert sanitaire et pour partager les données précitées, si les SAMU et les ARS concernées ont déployé cet outil. Dans le cas contraire, il conviendra de veiller à l'utilisation d'autres outils partagés permettant d'échanger les données de manière sécurisée.

e. Critères gouvernant le choix des patients

L'expérience récente du transfert de patients en très grand nombre (plus de 650 transferts de patients entre les mois de mars et d'avril 2020) démontre que quel que soit le vecteur utilisé (terrestre, aérien, ferroviaire, maritime), les transferts de patients Covid-19 intubés et ventilés restent techniquement difficiles et impliquent la mobilisation prolongée de nombreux professionnels de santé.

Il incombe donc aux services de soins, en lien avec le SAMU, de sélectionner les patients à transférer sur la base de critères objectifs afin d'assurer la sécurité des patients lors des transferts. A cette fin, des recommandations de pratiques professionnelles sont édictées par les sociétés savantes.

Le transfert de patients non encore réanimatoires doit aussi être envisagé. Ce type de transferts est techniquement moins dimensionnant, permet le transfert d'un nombre plus important de patients, mais expose néanmoins au risque de décompensation pendant le transfert. Des recommandations sur les profils cliniques de ces patients ont été réalisées par les sociétés savantes.

Le choix des patients incombe *in fine* au médecin de la réanimation de l'établissement de santé d'origine en lien avec les médecins des SAMU et de la réanimation d'accueil. Il est réalisé au regard des recommandations des sociétés savantes. Compte tenu du caractère instable de ces patients qui pourraient être non éligibles au transfert au moment de sa réalisation effective, le nombre de patients sélectionné doit être supérieur au nombre de places disponibles et à la capacité des vecteurs.

Il est donc primordial qu'un temps d'échange entre les établissements de santé et le ou les SAMU territorialement compétent(s) de la région de départ et leurs homologues de la destination d'accueil soit organisé en amont du transfert.

En amont des transferts, l'ARS s'assure également de la bonne information de l'ensemble des parties prenantes. Elle s'assure auprès de l'établissement du recueil de l'accord de la personne de confiance désignée.

f. Critères gouvernant le choix des vecteurs

Le choix du vecteur utilisé pour réaliser une opération de transfert sanitaire dépend de l'état clinique du patient, de la distance à parcourir et de la topographie, du délai imposé pour le transfert, du nombre de patients à transférer et des disponibilités des différents vecteurs.

Plusieurs modes de transport sont ainsi mobilisables (un tableau en annexe précise les capacités, délais de mobilisation et les avantages et inconvénients des différents vecteurs mobilisables) :

- **Moyens terrestres**, en ayant recours aux moyens des SMUR ou aux transporteurs sanitaires privés
- **Moyens ferroviaires**, en permettant le transfert simultané de nombreux patients sur de longues distances, les trains sanitaires diminuent massivement le taux d'occupation des services de soins critiques. Ils offrent un environnement adapté à la prise en charge de patients relevant de réanimation médicale ;
- **Moyens maritimes**, en tenant compte des contraintes techniques et du délai d'acheminement long qui génère des contraintes médicales accrues ;
- **Avion sanitaire civil**, notamment dans le cadre des moyens mis en œuvre pour des transferts longue distance mais restant néanmoins à ce jour limités dans leurs capacités d'emport. Les offres de sociétés privées spécialisées peuvent également être utilisées ;
- **Hélicoptères**, en ayant recours aux hélicoptères des établissements de santé mais aussi, si nécessaire, aux hélicoptères de la sécurité civile, de la gendarmerie ou de l'armée, lesquels nécessitent néanmoins pour la plupart d'être sanitarisés (énergie, oxygène). Ils permettent le transport de patients sans escale et donc de limiter le nombre de vecteurs intermédiaires et les ruptures de prise en charge ;

- **Dispositif de transfert médical aéroporté de l'armée** type « Morphée » permettant de prendre en charge, pour la métropole, jusqu'à 6 patients simultanément dans le cadre d'un transfert sanitaire à haute élongation dans un environnement sanitaire adapté. Cependant, leur disponibilité dépend des contraintes opérationnelles du ministère des armées.

Sans qu'ils soient directement des vecteurs mobilisables pour le transfert en lui-même, le SAMU peut également faire appel aux services d'incendie et de secours et aux associations agréées de sécurité civile pour assister l'organisation des transferts de patients.

Pour les transferts interrégionaux ou transfrontaliers, le choix du mode de transport se fait en lien avec le CCS et les ministères ou opérateurs concernés.

Des recommandations des sociétés savantes dressent les avantages et inconvénients à la mobilisation des différents vecteurs. Elles sont disponibles afin d'orienter le choix des intervenants.

g. Critères gouvernant l'organisation médicale du transfert

De la même manière, le choix de l'équipe qui accompagne le patient doit être fait en cohérence avec son état, le besoin de surveillance continue, d'intervention éventuelle durant le transfert et l'expérience médicale dans le domaine du transport secondaire de patients de réanimation.

Il sera privilégié, sauf impossibilité, l'engagement des équipes médicales de la région d'accueil avec le matériel dédié, pour éviter les ruptures de prise en charge. Il convient donc de privilégier des vecteurs permettant de réaliser des trajets directs entre les établissements de départ et d'accueil.

Afin d'éviter toute rupture de charge médicale des patients lors des évacuations sanitaires, il convient de privilégier l'accompagnement par la même équipe médicale de la réanimation de départ jusqu'à la réanimation d'arrivée, sauf vecteur de transport particulier.

Dans tous les cas, la nécessité d'initier les transferts sanitaires doit être anticipée et doit être réalisée dès que possible, au fil de l'eau, afin d'éviter les opérations massives mobilisant de nombreuses ressources tant au niveau de la préparation du transfert que de la prise en charge par les SAMU et les établissements receveurs. En effet, une arrivée massive de patients dans une région et dans les établissements de santé peut engendrer des difficultés importantes et un risque de désorganisation pour l'aide médicale urgente du département et de l'établissement d'accueil.

h. Organisation du suivi des patients transférés

Il est demandé aux ARS de départ :

- De veiller à ce que la case « evasan » de SIVIC soit bien cochée ;
- De tenir un registre de tous les patients évacués (numéro SIVIC du patient, service d'origine, situation clinique, heure de départ de l'établissement, service médicalisé en charge du transport vers le vecteur longue distance, vecteur utilisé et équipe médicale présente, service médicalisé en charge du transport vers l'établissement de santé de destination, service receveur, heure d'arrivée) ;
- De s'assurer par les établissements d'origine de la bonne information des familles ;
- D'être le point d'entrée en cas de difficulté de retour des patients dans leur région ou établissement de départ.

En cas d'événements indésirables graves associés aux soins, il revient aux ARS de départ d'investiguer les cas éventuels en tenant compte des éléments transmis par les ARS de destination et d'informer le CCS.

Sur la base du signalement par l'ARS de destination de tout événement indésirable grave survenu lors d'un transfert sanitaire, l'ARS de départ analyse chaque EIG éventuel sur l'ensemble du processus, notamment les éléments suivants :

- La sélection des patients, laquelle reste de la responsabilité des services émetteurs ;

- Les norias entre l'hôpital et le vecteur longue distance ;
- Le choix du vecteur longue distance en fonction de l'état clinique des patients ;
- Les norias secondaires vers l'établissement de santé receveur ainsi que la passation en service.

Le CCS doit être informé de l'avancée de ces investigations.

V. Organisation du retour des patients transférés

Dans les régions d'accueil, il est demandé aux ARS de structurer un dispositif de suivi des arrivées et de leurs retours. Ce dispositif doit constituer un point d'entrée pour les cellules d'appui des ARS d'origine et un point d'entrée pour les établissements de santé de la région qui seraient en demande d'appui sur ces retours.

Le retour des patients vers leurs régions d'origine doit être assuré et organisé dans des conditions optimales. La règle première est celle d'une organisation par les équipes médico-administratives des établissements de santé en coordination avec les Samu-Centre 15 concernés, avec l'appui en tant que de besoin des ARS d'accueil et d'origine et une information et un suivi de celles-ci sur les transferts effectués. Il revient donc aux établissements de santé et aux Samu-centre 15 d'informer leurs ARS des transferts planifiés et aux ARS de les appuyer en cas de difficultés.

Trois catégories de patients sont concernés par ces retours :

- Les patients nécessitant la poursuite de la prise en charge dans les services MCO ou SSR ;
- Les patients dont l'état de santé est compatible avec un retour direct à leur domicile ;
- Les patients décédés.

Une mobilisation et une attention particulière des ARS est attendue sur les transferts internationaux auprès des établissements de santé. Vous veillerez notamment à vous assurer de la bonne information des proches des patients par les établissements de départ. Nous vous remercions de vous rapprocher des établissements de santé concernés afin de les informer de ces dispositions et de vous assurer de leur mise en œuvre.

Vous vous réfèrerez aux fiches pratiques relatives aux catégories de retour et aux modalités spécifiques de leur prise en charge financière. Vous vous appuierez également sur la convention type entre les ARS et les établissements de santé qui vous a été transmise.

VI. Modalités de prise en charge financière des transferts interrégionaux

Les évacuations sanitaires interrégionales, de même que les retours de patients Covid-19 transférés entre régions, bénéficient d'une prise en charge financière dérogatoire aux règles des transports inter-établissement telles que figurant dans l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Le transport sera exempté d'une demande d'entente préalable. Cette charge sera assumée dans un premier temps par l'établissement de santé qui assure le transfert du patient avec un remboursement mensuel par la CPAM, sur la base d'une convention entre l'établissement et la CPAM (modèle type à venir).

Il convient de :

- Veiller à ce que la case « urgence » de la prescription médicale de transport soit cochée ;
- Solliciter un transporteur pouvant réaliser ce transport dans les conditions requises par l'état de santé du patient et s'assurer auprès de l'établissement de santé de la disponibilité des moyens (humains et matériels) nécessaires au bon déroulement du transfert ;
- Remettre un relevé mensuel de ces prestations à la caisse pivot en vue d'un remboursement.

VII. Spécificités des transferts sanitaires au départ des territoires ultramarins

La stratégie de réponse face à une augmentation du nombre de patients Covid-19 en outre-mer dont la prise en charge relève de la réanimation, pouvant engendrer un risque de dépassement des capacités de prise en charge, est la suivante :

- En avance de phase, il convient d'organiser le renforcement des capacités sanitaires locales (acheminement de respirateurs notamment) ;
- Dans la situation où le nombre de patients réanimatoires augmenterait significativement dans un territoire ultramarin, un renfort supplémentaire en matériels, produits de santé et ressources humaines pourra être envisagé, pour l'accompagner dans sa montée en puissance ;
- Si les capacités maximales de renfort du territoire paraissent inévitablement être atteintes (plus de place pour des lits supplémentaires, renforts humains et matériels non disponibles en urgence), alors il sera nécessaire de délester le territoire par le transfert sanitaire de patients réanimatoires ou pré-réanimatoires.

Dans ce cas, les transferts seront d'abord envisagés au niveau infrarégional, puis au niveau de la zone. À cet effet, les capacités de transfert sanitaire intrazone et interrégional doivent être identifiées et le cas échéant renforcées.

Par dérogation au circuit de validation classique (IV – a), lorsque des transferts de patients Covid-19 sont réalisés entre des ARS ultramarines au sein d'une même zone et dans le cadre d'un protocole dédié, le CCS peut donner aux ARS un accord de principe pour la réalisation de ces transferts. Dans ce cas, l'arbitrage systématique du CCS pour ces transferts n'est plus nécessaire. Le CCS est tenu informé des transferts effectivement réalisées et de ceux qui sont planifiées.

Si compte tenu du contexte épidémique les transferts sanitaires intra-zonaux ne sont pas possibles (insuffisance de lits de réanimation dans le territoire d'accueil à court ou moyen terme, indisponibilité d'un vecteur zonal, etc.), alors un transfert interrégional vers la métropole pourra être envisagé. Les transferts sanitaires par voie aérienne sont les seuls envisageables pour de telles distances et soulèvent un certain nombre de contraintes :

- Elongation : peu de vecteurs médicalisés sont en mesure de réaliser des distances long-courrier ;
- Délai de mise à disposition du vecteur : si le vecteur est basé en métropole, un délai de projection important est à prévoir ;
- Durée de vol : l'allongement de la durée du vol pose de nombreux problèmes techniques et majore les risques pour le patient ;
- Nombre de patients évacués par rotation : pour un même vecteur, le nombre de patients pouvant être évacués avec une rotation est réduit pour un vol outre-mer/métropole par rapport à un vol métropole/métropole.

La complexité de ces manœuvres implique donc que soient menés d'importants travaux d'anticipation. Les sociétés savantes ont ainsi été saisies en ce sens, pour définir le profil type des patients en mesure de réaliser des transferts sanitaires des territoires ultramarins vers la métropole.

VIII. Coordination nationale

Le CCS assure la coordination nationale de l'ensemble des opérations d'appui et de renfort.

Je sais pouvoir compter sur votre mobilisation et votre savoir-faire.

Vous voudrez bien faire part de toute difficulté rencontrée dans l'application de cette instruction *via* la boîte aux lettres : centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr.

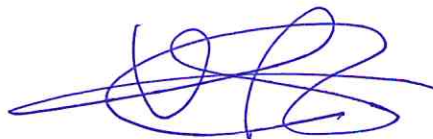
Le Directeur général de la santé

Pr. Jérôme Salomon

A blue ink signature consisting of stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

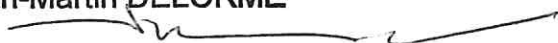
La Directrice générale de l'offre de soins

Katia Julienne

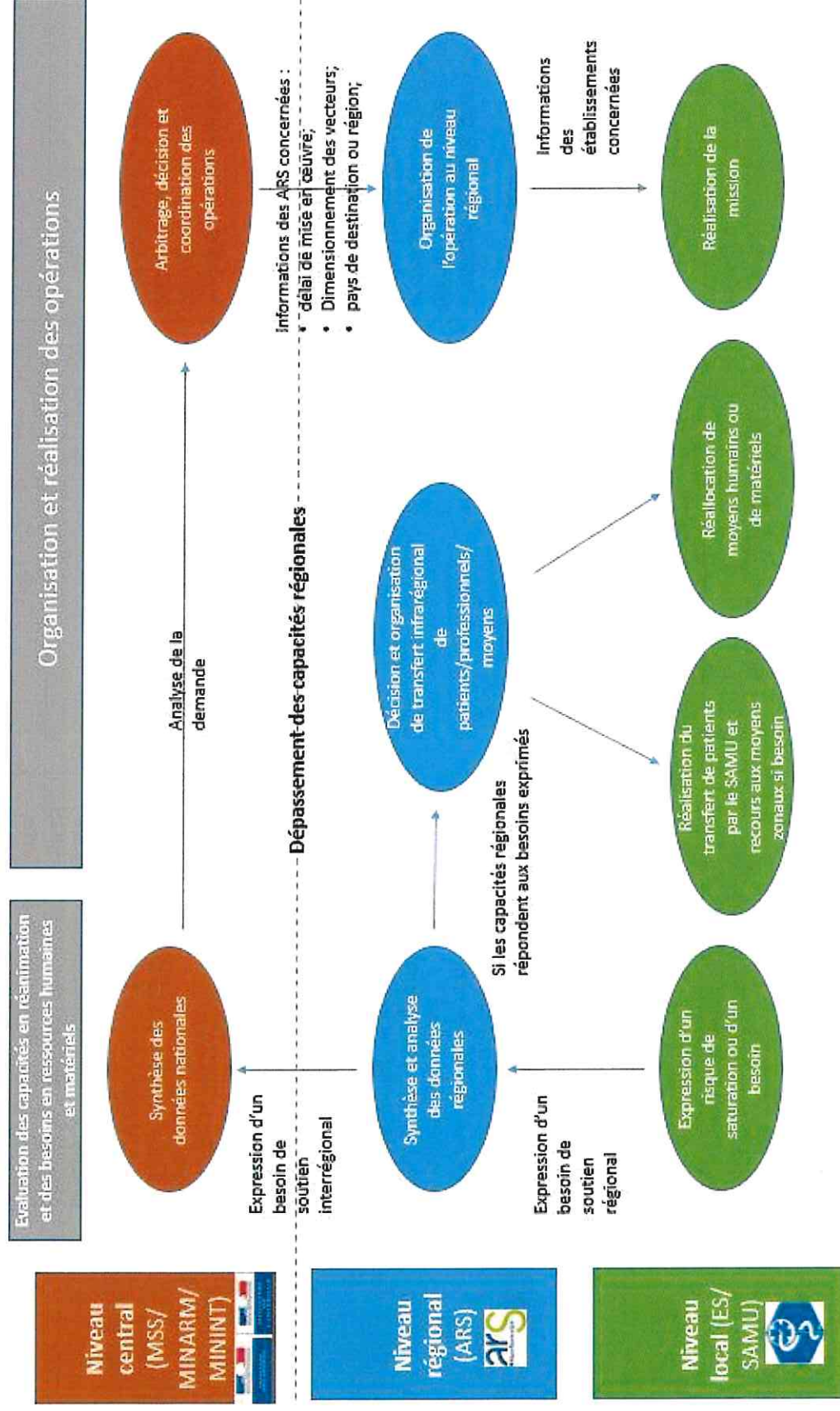
A blue ink signature featuring a series of interconnected loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Pour la secrétaire générale,
Le Secrétaire général adjoint

Jean-Martin DELORME

A black ink signature with a long, horizontal, slightly wavy line.

Annexe 1 : Circuit décisionnel



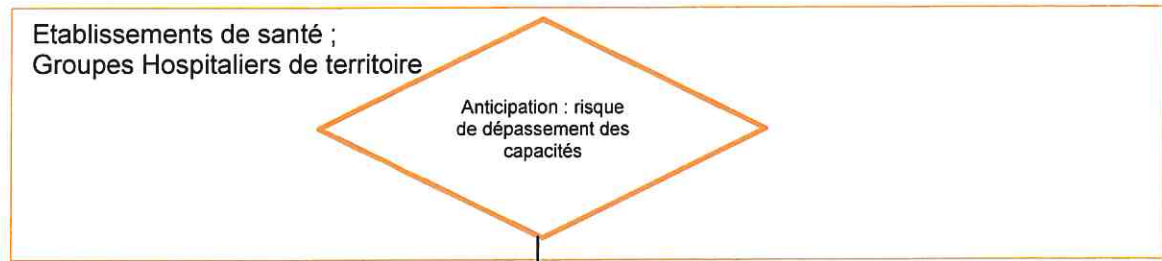
Annexe 2 : Répartition des rôles des différents acteurs

		Mission/prérogatives dans le cadre du transfert sanitaire des patients	Liens opérationnels et acteurs concernés	Missions/prérogatives dans le cadre de l'accueil de patients
ES/GHT	Service de soins critiques	Sélectionner des patients éligibles en lien avec les familles ; Préparer le patient avant le transfert ; Transmettre le dossier médical.	Directeurs médical de crise.	Recenser les disponibilités et éventuels besoins supplémentaires (RH, respirateurs, médicaments, EPI, consommables).
	Directeur médical de crise/Référent Lits soins critiques ES/GHT	Etablir la liste des patients éligibles à un transfert au sein de l'ES ou du GHT.	Cellule de crise de l'ES, SAMU territorialement compétent, services de soins critiques, coordination régionale ou sous régionale des soins critiques.	Recenser au sein de l'ES ou du GHT les capacités de prise en charge disponibles et les éventuels besoins complémentaires.
	Cellule de crise ES/GHT	Etablir les demandes de transfert.	CRAPS, SAMU territorialement compétent.	Accepter la prise en charge des patients évacués.
ARS/ARS Z	Niveau décisionnel	Déterminer les besoins en fonction des modélisations et des risques de saturation remontées par les ES ; Etablir la liste des patients éligibles au sein de la région, sur le fondement des listes remontées par les ES ; Arbitrer et demander, le cas échéant, l'organisation du transfert sanitaire interrégionale.	CCS	S'assurer des disponibilités de lits à moyen terme, sur le fondement des modélisations et des remontées des ES ; S'assurer de la bonne répartition au sein de la région ; S'assurer auprès des ES de la région des places disponibles.
	Niveau opérationnel	Coordonner les opérations de transfert sanitaire en lien avec le CCS, l'ARS d'accueil et les SAMU ; Informar la préfecture ; Solliciter le SZDS au besoin ; transmettre les données relatives aux transferts sanitaires (liste des patients etc) ; Dresser le registre des patients évacués ; Assurer le traitement des éventuels EIGS.	Portail SI SAMU (création d'un événement avec SAMU, ARS et CCS) ou autre outil partagé sécurisé	Coordonner les opérations de transfert sanitaire en lien avec le CCS, l'ARS de départ et les SAMU ; Informar la préfecture, informer l'ARS de départ des éventuels EIGS.
	SZDS renforcé ou CZA	Appui de la CRAPS en cas de demande, relai en lien avec le SAMU de zone les demandes de moyens supplémentaire émise par l'ARS à l'EMIZ et la préfecture de zone.	SAMU de Zone, CRAPS, EMIZ	Appuyer le SAMU et maCRAPS pour la recherche d'équipes médicales et de vecteurs complémentaires dans la zone.

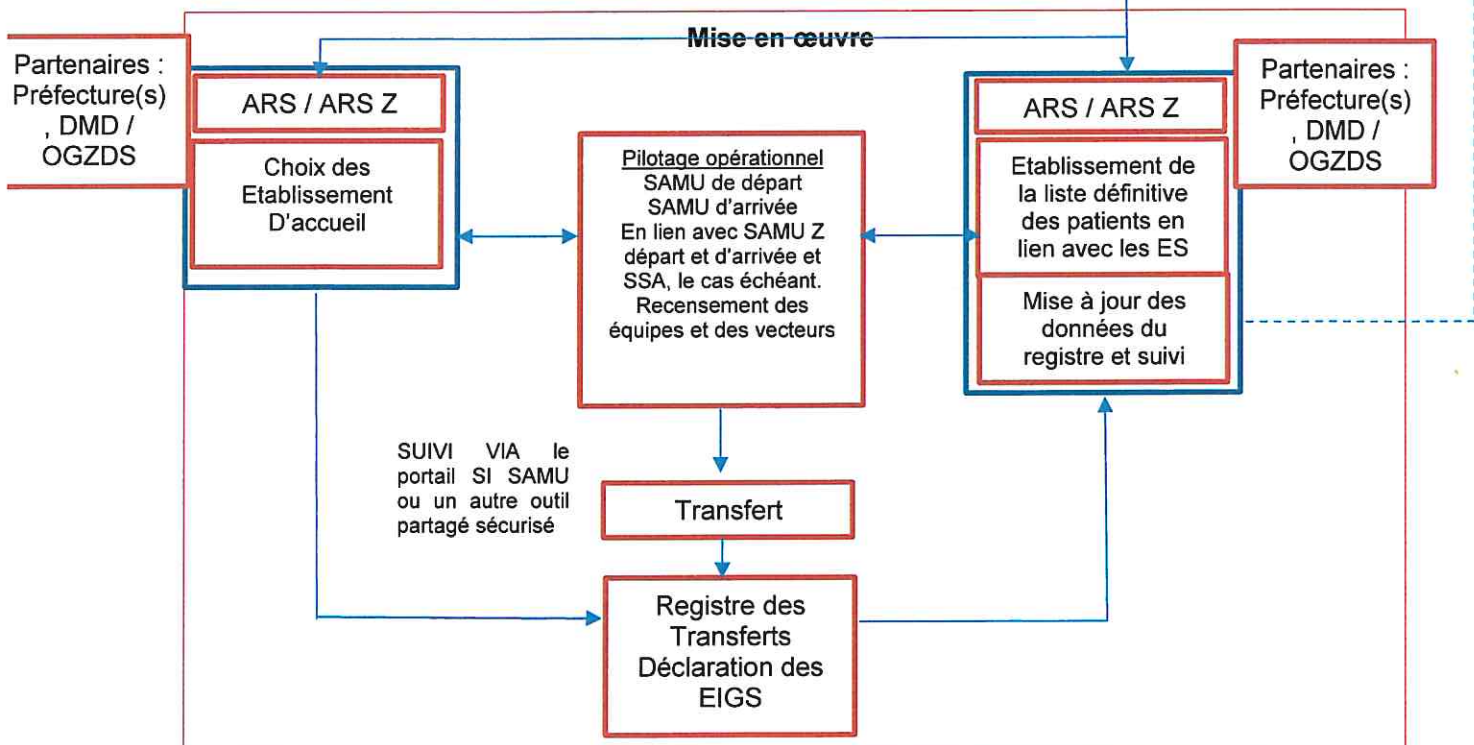
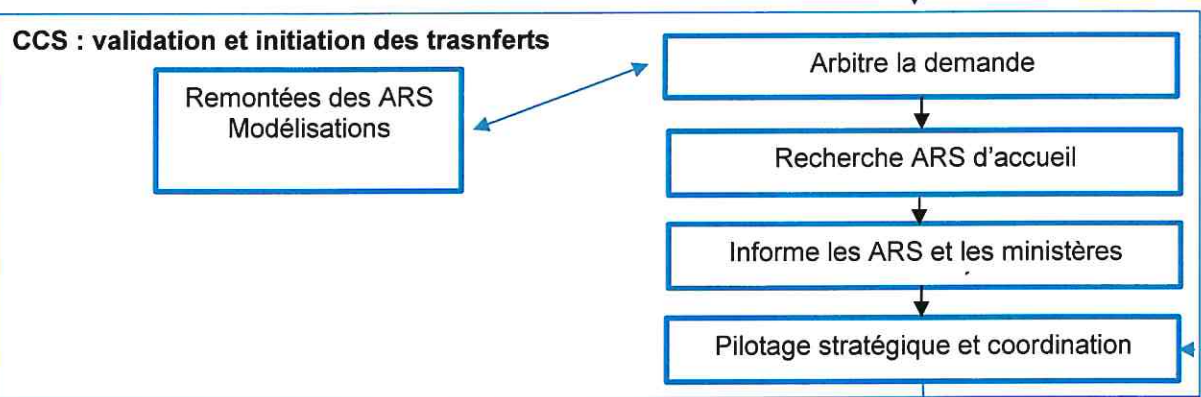
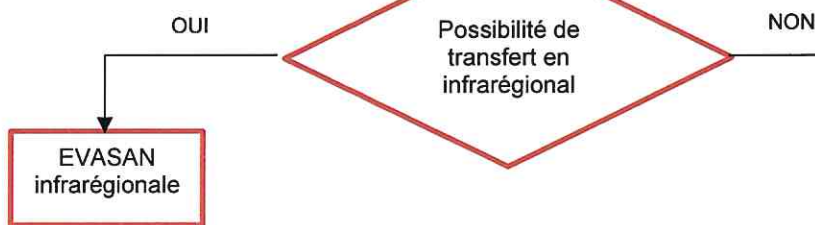
		Mission/prérogatives dans le cadre du transfert sanitaire des patients	Liens opérationnels et acteurs concernés	Missions/prérogatives dans le cadre de l'accueil de patients
SAMU	SAMU territorialement compétent	S'assurer que l'état clinique du patient est compatible avec l'EVASAN; Mobiliser les moyens disponibles en s'assurant de la continuité de la permanence des soins; Organiser et participer aux transports des patients; Recenser les équipes médicales et vecteurs disponibles dans la région; Proposer une organisation en fonction du nombre de patients pour les EVASAN, des équipes médicales et des vecteurs disponibles et en tenant compte des renforts régionaux.	Directeur Médical de Crise, SAMU, CRAPS, CCS	Organiser et participer aux transports des patients à partir de la région de départ; Recenser les équipes médicales et vecteur disponibles dans la région afin de renforcer la région d'origine.
	SAMU de zone	Recenser les équipes médicales et vecteurs mobilisables dans la zone à la demande de l'ARS de zone ou du SAMU territorialement compétent.	SAMU, ARS Z, EMIZ, Préfecture de zone, SZDS renforcé ou CZA	Recenser les équipes médicales et vecteurs mobilisables au niveau zonal à la demande de l'ARS de zone ou du SAMU.

CC	Recenser les remontées de tensions des ARS ; Analyser, arbitrer et valider les demandes d'EVASAN transmises par les ARS; Sélectionner sur le fondement des modélisations et des remontées de terrain les régions d'accueil de patients ; Faire le lien entre les ARS de départ et d'accueil; Coordonner les opérations d'EVASAN interrégionales et le choix du vecteur à forte capacité; Faire le lien avec les autres ministères concernés si nécessaire (pour les vecteurs ou les transferts transfrontaliers notamment).	DG des ARS, CRAPS, SAMU, ministères et ambassades concernés.	
-----------	--	---	--

Annexe 3 : Logigramme EVASAN interrégionale



ARS



Annexe 4 : Tableau comparatif des vecteurs

	Vecteur	Capacité patients	Délai de mise en œuvre minimum
Ferroviaire	<i>Train sanitaire</i>	24 PAX/train	48h
Terrestre	<i>SMUR</i>	1 PAX	12h
	<i>Ambulance privée</i>	1 PAX	12h
	<i>Bus</i>	6 PAX	12h
Aérien	<i>Dragon</i>	1 PAX	24h
	<i>Helismur</i>	1 PAX	24h
	<i>Caracal (militaire)</i>	2 PAX	24h
	<i>NH-90 (militaire)</i>	2 PAX	24h
	<i>Morphée (militaire)</i>	6 PAX	48h
	<i>A400M (militaire)</i>	6 PAX	48h
	<i>Casa (militaire)</i>	2 PAX	24h
	<i>Avions privés</i>	2 PAX	24h
Hélicoptères			
Avions			