

AMAVI

Afflux massif de victimes

2024

FICHE CONTROLE DU DOCUMENT

Caractéristiques du document

Nom	Plan ORSAN AMAVI Région PACA
Objet	Décrire les organisations, les missions des acteurs lors de la crise et de la post crise
Référent	Service zonal défense sécurité et planification (SZDSP) - Direction santé publique et environnementale
Statut	Version projet

Comité de rédaction et de relecture du document

	Nom	Rôle
Rédacteurs	Salomé Myriam	Chargée de mission service zonal
	Triboulet Quentin	Chargé de mission service zonal
	Juan Manon	Chargée de mission service zonal
	Boudriche Lydia	Responsable service zonal
	Ramdani Alaa	Responsable du département de la veille et de la sécurité sanitaire
	Reilhes Olivier	Responsable de la direction de la santé publique et environnementale
	Teruel Isabelle	Référente SSE DD04
	Roberton Delphine	Chargée de mission service zonal
	Bernier François	Référent SSE DD04

Relecture au sein de l'ARS	Taix Magali	Référente SSE DD05
	Egger Sabrina	Référente SSE DD05
	Delille Karine	Référente SSE DD05
	Denorme Karine	Référente SSE DD05
	Maaliki Eliane	Référente SSE DD06
	Mathon-Grenet Anne- Marie	Référente SSE DD06
	Bergeron Marianne	Référente SSE DD06
	Tartonne Antony	Référent SSE DD13
	Morciano Cécile	Référente SSE DD13
	Girouin Camille	Référente SSE DD13
	Doucen Chantal	Référente SSE DD83
	Decoppet Anne	Référente SSE DD83
	Bonnans Christelle	Référente SSE DD83
	Leroy Karen	Référente SSE DD84
Relecture des membres du groupe de travail AMAVI	Dr Heireche Fouzia	SAMU 13/ SAMU de ZONE
	Dr Puget André	SAMU 13/ SAMU de ZONE
	Dr Karpoff Philippe	SAMU 04
	Dr Visintini Pierre	SAMU 05
	Dr Galiano Nicolas	SAMU 06
	Dr Gesrel Lola	SAMU 83
	Dr Vergne Murielle	SCMM
	Dr Virard Fanny	SAMU 84
	Dr Coste Nicolas	AP-HM
	Dr Carles Gérard	AP-HM
	Godio Audrey	AP-HM
	Dr Ocelli Céline	CHU de Nice

Suivi des versions		
Version	Date	Objet de la modification
V1	2019	Création du document
V2	2024	Actualisation du document

Liste de diffusion		
Périmètre / fonction	Date	Objet de la diffusion
Externe		
Les préfetures de départements de la région Paca		Présentation en CODAMUPS TS
Les SAMU de la région Paca		
Les établissements de santé de la région Paca		
Les établissements médico-sociaux de la région PACA		
Les structures d'exercice coordonné de la région PACA		
Les ordres et les unions régionales de professionnels libéraux de la région PACA		
L'établissement français du sang de la région PACA		
Les entreprises de transporteurs sanitaires privés de la région PACA		

Les ATSU et les fédérations de transporteurs sanitaires privés		
Les laboratoires pharmaceutiques producteurs de gaz médicaux		
L'Etat-major Interministériel de la Zone SUD		
Interne		
La Direction générale de l'ARS PACA		
Les Directions métiers de l'ARS PACA		
Les Délégations départementales de l'ARS PACA		

SOMMAIRE

Fiche contrôle du document	2
Synthèse autorité	8
RÉFÉRENCES	9
JURIDIQUES.....	9
CODES :.....	9
LOIS :.....	9
DECRETS :.....	9
ARRÊTÉS.....	10
INSTRUCTIONS	10
CIRCULAIRES :	10
RECOMMANDATIONS	11
GUIDES NATIONAUX.....	11
1. Le cadre de l'ORSAN AMAVI	12
1.1. Contexte régional.....	12
1.2. L'afflux massif de victimes.....	12
1.2.1. Définition de l'afflux massif de victimes.....	12
1.2.2. Typologies de victimes lors d'un évènement AMAVI	13
1.2.3. Situation avec de nombreuses victimes traumatiques :.....	13
1.2.4. Situation avec de nombreuses victimes balistiques :.....	14
1.2.5. Situation avec de nombreuses victimes GRANDS-BRÛLES :	14
1.3. Les effets à obtenir.....	14
1.4. Le déclenchement de l'ORSAN AMAVI	16
1.5. Les acteurs santé mobilisés en cas d'AMAVI	16
1.5.1. Agences régionale de santé paca – ars de zone de défense sud.....	17
1.5.2. SAMU 13 – SAMU régional et zonal.....	18
1.5.3. SAMU départementaux.....	19
1.5.4. SAMU de coordination médicale maritime (SCMM)	19
1.5.5. Etablissement de santé de référence régional AMAVI	20
1.5.6. Etablissement de santé	21
1.5.7. Etablissement Français du Sang	23

1.5.8.	Dépôts de sang	24
1.5.9.	Transporteurs sanitaires privés.....	25
1.5.10.	Professionnels de santé libéraux	25
1.5.11.	Gaziers	26
2.	Mise en œuvre opérationnelle AMAVI	27
2.1.	La coordination inter-acteurs.....	27
2.1.1.	L’articulation entre les acteurs santé et la sécurité civile	28
2.1.2.	L’articulation des acteurs santé entre eux et le rôle de l’ARS PACA	29
2.2.	L’alerte	30
2.3.	La montée en puissance et la conduite de crise	31
2.3.1.	La prise en charge pré hospitalière.....	31
a.	L’articulation des SAMU	31
b.	La prise en charge sur le point de rassemblement des victimes (PRV).....	32
c.	La régulation médicale	33
d.	Les norias.....	34
2.3.2.	La prise en charge hospitalière.....	34
a.	L’accueil des victimes	34
b.	Les filières de soins.....	35
c.	La fourniture de PSL.....	35
d.	La mobilisation des professionnels de santé libéraux et des structures d’exercice coordonné	35
2.4.	La sortie de crise et le suivi post-événement	37
	Fiches techniques	38
	Annexes	76

SYNTHÈSE AUTORITÉ

La succession d'événements ayant entraîné un nombre important de victimes en France et partout dans le monde a mis en exergue la nécessité de mettre en place une organisation permettant de gérer un afflux massif de victimes non contaminées dans le cadre d'une urgence collective. En effet, ceci représente un défi considérable pour le système de santé, en particulier pour les établissements de santé. Cet afflux de blessés peut être la conséquence :

- d'un accident (accident collectif de circulation, explosion, incendie, catastrophe naturelle, ...);
- d'une action terroriste (agression collective par armes de guerre, explosion, ...);
- d'un conflit armé potentiellement de haute intensité.

Ainsi, le volet AMAVI du dispositif ORSAN de la région Paca vise à fixer le cadre de la montée en puissance du système de santé afin de passer d'un régime d'activité quotidien à une mobilisation maximale des services en vue de la prise en charge d'un nombre important de blessés somatiques (traumatiques, balistiques, grands brûlés). Il décrit chaque étape de la mise en œuvre opérationnelle de la réponse : de la réception de l'alerte, en passant par le déclenchement du plan, la montée en puissance et la conduite de crise, jusqu'à la sortie de crise et le suivi post événement.

RÉFÉRENCES JURIDIQUES

CODES :

- Code de la santé publique, article L3131-8 et suivants ;
- Code de la santé publique, article R3131-4 et suivants ;
- Code de la sécurité intérieure, articles L741-1 et suivants.

LOIS :

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;
- Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

DECRETS :

- Décret n°2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application des articles L741-1 à L741-5 du code de la sécurité intérieure ;
- Décret n° 2007-1273 du 27 août 2007 pris pour l'application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur ;
- Décret n°2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'Etat dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L.1435-1, L.1435-2 et L.1435-7 du code de la santé publique ;
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- Décret n°2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles ;
- Décret n°15 du 7 janvier 2013 relatif aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ;
- Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 relatif au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles fixe l'organisation du système de santé pour répondre aux SSE.

ARRÊTÉS

- Arrêté du 30 décembre 2014 modifié relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence ;
- Arrêté du 18 janvier 2024 relatif aux missions de référence, aux capacités et moyens de prise en charge et de diagnostic des établissements de santé de référence et aux missions des Agences Régionales de Santé.

INSTRUCTIONS

- Instruction SGMAS/ HFDS du 20 avril 2010 relative à la veille et urgence sanitaires dans les ARS ;
- Instruction DGS du 17 juin 2010 relative aux relations entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alertes sanitaires ;
- Instruction du 2 novembre 2011 relative à la préparation de la réponse aux situations exceptionnelles dans le domaine de la santé ;
- Instruction du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014 relative à la mise en place des boites mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé ;
- Instruction DGS/DUS/CORRUSS 2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère en charge de la santé ;
- Instruction DGS/DUS/SGMAS/SHFDS/2016/40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé ;
- Instruction DR n°42/ DGS/ DUS du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes ;
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé ;
- Instruction n° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique ;
- Instruction interministérielle du 10 novembre 2017 relative à la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme ;
- Instruction interministérielle DGS/VSS/ministère de la justice en date du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence ;

CIRCULAIRES :

- Circulaire n°274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des SSE ;
- Circulaire n°374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZMRS) ;

- Circulaire relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures du 1er juillet 2019 ;
- Circulaire n° DGS/VSS/2024/16 du 16 février 2024 relative au renforcement de la préparation du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles et à l'organisation territoriale de leur gestion.

RECOMMANDATIONS

- Décision du 10/03/2020 définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1222-12 du code de la santé publique
<https://ansm.sante.fr/uploads/2020/03/17/b4a0f53f9da0999e661def7d55fdc1c1.pdf> ;
- Recommandation de bonne pratique HAS 2012 : Transfusion de plasma thérapeutique : produits, indications ;
- Indications de transfusion de plasmas lyophilisés (PLYO) chez un patient en choc hémorragique ou a risque de transfusion massive en milieu civil
https://www.sfm.org/upload/consensus/rpp_PLy_2020.pdf ;
- Recommandation de bonne pratique HAS 2014 : transfusion de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives en anesthésie, Réanimation, chirurgie, urgences ;
- Recommandation de bonne pratique HAS 2015 : transfusion de plaquettes : produits, indications.

GUIDES NATIONAUX

- Guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN régional, 2024 ;
- Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé, 2024.

1. LE CADRE DE L'ORSAN AMAVI

La succession d'événements ayant entraîné un nombre important de victimes (attentats de Paris en 2015, attentat de Nice en 2016) a mis en exergue la nécessité de mettre en place une organisation permettant de gérer un afflux massif de victimes non contaminées.

Le volet AMAVI du dispositif ORSAN de la région Paca vise à fixer le cadre de la montée en puissance du système de santé afin de passer d'un régime d'activité quotidien à une mobilisation maximale des services en vue de la prise en charge de nombreuses victimes.

Il est le pendant sanitaire du plan ORSEC NOVI déclenché par le Préfet et peut, en tant que de besoin, être complété par les volets MEDICO PSY, NRC, REB et / ou EPI CLIM de l'ORSAN régional.

Le dispositif ORSAN est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis des préfets et des CODAMUPS des départements concernés. Il est révisé annuellement.

Contexte régional

Le territoire de la région Paca est caractérisé par une démographie particulièrement polarisée autour de ses 4 grandes aires urbaines (Marseille, Toulon, Nice et Avignon) qui représentent 78,5% de la population totale. Sur ces zones urbaines, le nombre de grands rassemblements est plus élevé, augmentant ainsi le risque de nombreuses victimes en cas d'évènement particulier.

S'ajoute à une population totale de 5,13 millions d'habitants, une haute fréquentation touristique, particulièrement durant la période estivale. Les Alpes-Maritimes et Bouches-du-Rhône font parties des cinq départements les plus fréquentés en France.

De plus, la région Paca accueille tout au long de l'année des évènements d'ampleur nationale et internationale. Exemples : Festival de Cannes, Festival d'Avignon, Carnaval de Nice.

En 2016, la région Paca a été confrontée aux attentats du 14 juillet à Nice qui ont entraîné un nombre important de victimes. Cet évènement d'ampleur (86 décédés et 458 blessés) à cinématique rapide (attaque au camion-bélier) a nécessité une montée en puissance rapide du système de santé dans sa dimension locale et régionale. La prise en compte des retours d'expériences sur cette situation sanitaire exceptionnelle a conduit à une adaptation des dispositifs de réponse des acteurs de santé du territoire.

L'afflux massif de victimes

1.1.1. DEFINITION DE L'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES

Un afflux de blessés correspond à la prise en charge de plusieurs victimes dans une unité de temps. L'afflux massif de victimes est susceptible d'engendrer une augmentation importante de la demande de soins ou de perturber sensiblement l'organisation de l'offre de soins. Aussi, la prise en charge d'un afflux de blessés dans le cadre d'une urgence collective constitue un enjeu majeur pour le système de santé et tout particulièrement les établissements de santé.

Cet afflux peut être la conséquence :

- D'un **accident technologique** (sites industriels SEVESO, nucléaire, minier, rupture de barrage, transports de matières dangereuses), **accident d'infrastructure** (explosion, incendie), **accident collectif de circulation** ;
- D'un **risque infectieux ou environnemental** (pandémie, pollution) ;
- D'une **catastrophe naturelle** (séisme, inondation, avalanche, mouvement de terrain, mouvement de terrain, orages ou pluies diluviennes, vents violents, neige et verglas, grand froid, vague de chaleur, feu de forêt, radon, ...) ;
- D'une **action terroriste** (agression collective par armes de guerres, explosion, ...) ;
- D'un **conflit armé** en situation d'engagement majeur des forces armées.

Ces événements se caractérisent la plupart du temps par une cinétique rapide nécessitant une alerte et une montée en puissance rapides des dispositifs de réponse des acteurs de la santé.

Par ailleurs, jusqu'à la levée de doute effective par les forces de l'ordre, l'hypothèse du caractère terroriste de l'évènement doit être pris en compte. Ce caractère n'est pas toujours facilement identifiable par les premiers acteurs de terrain, la vigilance doit être renforcée, notamment du fait d'un risque de sur-attentat.

1.1.2. TYPLOGIES DE VICTIMES LORS D'UN EVENEMENT AMAVI

Dans un contexte d'afflux massif de victimes, la typologie des blessés va dépendre de la nature de l'évènement causal et nécessiter pour chaque blessé une prise en charge adaptée en mobilisant, le cas échéant, des ressources et compétences spécialisées régionales, voire nationale.

Trois situations peuvent être envisagées :

1.1.3. SITUATION AVEC DE NOMBREUSES VICTIMES TRAUMATIQUES :

Exemples : attentat de Nice du 14 juillet 2016, catastrophes naturelles, accidents de transports, accidents industriels...

Cette situation est caractérisée par un nombre important de victimes présentant des lésions traumatiques variées en fonction de la nature de l'évènement (réparties classiquement en environ 20% de blessés graves et 40% de blessés légers), à prendre en charge rapidement dans les établissements de santé dans la continuité de la prise en charge pré-hospitalière.

Elle présente une faible occurrence de survenue, mais elle a une forte potentialité de gravité avec parfois persistance du danger (exemple : accident industriel, catastrophe naturelle).

1.1.4. SITUATION AVEC DE NOMBREUSES VICTIMES BALISTIQUES :

Exemples : attentat du Bataclan 13 novembre 2015, attentat de Strasbourg du 11 décembre 2018.

Cette situation se caractérise à la fois par la typologie particulière et la gravité des blessures, ainsi que par le contexte terroriste dans lequel elle survient.

Elle présente un risque de récurrence (attaques multi-sites) et/ou de sur-attentat qui nécessite une vigilance sur le caractère potentiellement très évolutif de la situation (exemples : attentat de Strasbourg en 2018, le terroriste n'a pu être neutralisé que 48 heures après la commission des faits).

Les blessures provoquées par les armes de guerre utilisées par les terroristes (fusils d'assaut et explosifs) sont en général graves (plaies des organes vitaux avec hémorragies massives, lésions neuro-traumatiques, des délabrements musculo-squelettiques majeurs, avec risque de décès rapide le plus souvent par hémorragie). Elles nécessitent pour les blessés graves (urgences hémorragiques) une filière de soins adaptée avec mise en œuvre des techniques de « damage control » à chaque étape de leur prise en charge.

1.1.5. SITUATION AVEC DE NOMBREUSES VICTIMES GRANDS-BRÛLÉS :

Cette situation se caractérise par la typologie particulière et la gravité des blessures, ainsi que par la rareté des capacités de prise en charge en centre de traitement des brûlés (CTB).

La prise en charge des victimes est réalisée en deux temps : dans un premier temps, une prise en charge des blessés dans les filières de prise en charge traumatologiques ; dans un second temps, la prise en charge des blessés les plus graves en CTB.

Compte-tenu des blessures spécifiques liées aux brûlures et des capacités de prise en charge nationales, ce type d'événement nécessite une régulation nationale des victimes, ainsi qu'une coordination nationale par le CORRUSS, ou le cas échéant par le CCS. La gestion de ce type d'événement répond aux dispositions du plan national pour la gestion de nombreuses victimes grand-brûlés, annexe du plan ORSAN National.

Les brûlures d'origines chimique ou radiologique sont prises en charge dans le cadre du plan ORSAN NRC.

Les effets à obtenir

Le plan ORSAN AMAVI vise à définir l'organisation de la réponse du système de santé à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques (non contaminés), dépassant la capacité habituelle de prise en charge des établissements de santé du territoire concerné. Il décrit chaque étape de la mise en œuvre opérationnelle de la réponse : de la réception de l'alerte, en passant par le déclenchement du plan, la montée en puissance et la conduite de crise, jusqu'à la sortie de crise.

Les objectifs opérationnels de ce plan sont les suivants :

- Définir la stratégie régionale de prise en charge des blessés en fonction de la nature de l'évènement et de sa cinétique, de leur âge (enfants, adultes), de leur typologie (poly-traumatisés, lésions balistiques, brûlés, blastés, etc...) et des territoires considérés au sein de la région (département, agglomération, zone rurale, site à risque saisonnier identifié) ;
- Décrire sa mise en œuvre opérationnelle : déclenchement, conduite de crise, suivi des victimes, procédures de gestion de crise et outils.
- Identifier les différents acteurs santé concernés et préciser pour chacun d'entre eux leur rôle et leur place en fixant les objectifs opérationnels de prise en charge en fonction de la typologie des victimes ;
- Permettre à chaque acteur santé d'élaborer son plan de réponse ;
- Prévoir les modalités de coordination et de coopération entre les différents acteurs ;
- Prévoir l'articulation avec les régions limitrophes, les pays frontaliers et avec l'ARS de zone pour le déploiement des renforts zonaux (PZM) ;
- Préciser les modalités d'alerte des opérateurs de soins et les circuits de l'information ;
- Recenser les moyens matériels et humains à mobiliser à l'échelle régionale et définir les modalités de leur mobilisation et de leur acheminement ;
- Organiser la phase post-crise en anticipant le suivi des blessés et les conséquences sanitaires et sociales liées à la nature de leurs séquelles en termes de rééducation, réadaptation, réhabilitation, etc... ;
- Prendre en compte le retour d'expérience des évènements et exercices pour l'amélioration continue du plan.

Le déclenchement de l'ORSAN AMAVI

L'opportunité du déclenchement du plan ORSAN AMAVI s'apprécie au cas par cas en fonction de l'événement et de son impact potentiel sur le système de santé, en particulier sur les établissements de santé de première ligne (nombre et gravité des blessés à prendre en charge).

Il est déclenché pour répondre à un événement provoquant un nombre important de blessés somatiques non contaminés, dépassant la capacité courante de prise en charge des établissements de santé du territoire concerné et nécessitant l'adaptation de l'offre de soins.

Il est déclenché par le directeur général de l'ARS, de sa propre initiative, et/ou dès lors qu'un Préfet de département déclenche le plan ORSEC NOVI et/ou à la demande du ministre chargé de la santé.

Le DGARS en informe sans délai le (ou les) préfet (s) de département (s) concerné (s), le CORRUSS, ainsi que l'ensemble des acteurs santé participant au volet AMAVI.

Dans ce cadre, des messages types sont adressés par l'ARS PACA, informant notamment de la situation sanitaire exceptionnelle en cours, de la nécessité pour les acteurs de santé de se tenir prêts à déclencher leurs plans de gestion de SSE, voire de les déclencher. Ces messages précisent également les coordonnées sur lesquelles la cellule de crise de l'ARS PACA est joignable. Aussi, l'ensemble des acteurs santé de la région doit veiller à communiquer sans délai à l'ARS toute actualisation de leurs coordonnées d'alerte.

L'ORSAN AMAVI peut, en tant que de besoin, être complété par les autres volets de l'ORSAN :

- le volet MEDICO PSY dès lors qu'il est nécessaire d'assurer la prise en charge médico-psychologique des victimes ;
- les volets NRC et/ou REB, en cas de situation NRBC nécessitant une prise en charge spécifique liée à ces agents ;
- le volet EPI-CLIM en cas d'épidémie ou de catastrophe climatique.

Enfin, dans le cadre d'un événement dépassant les capacités de la mobilisation régionale, l'ARS de zone peut mobiliser des moyens zonaux en s'appuyant sur le plan zonal de mobilisation (PZM).

Les acteurs santé mobilisés en cas d'AMAVI

Ci-dessous sont listés l'ensemble des acteurs de santé de la région PACA susceptibles d'être mobilisés sur une situation sanitaire exceptionnelle conduisant à un afflux massif de victimes.

Pour chacun de ces acteurs sont précisées leurs rôles dans le cadre d'un AMAVI, leurs coordonnées d'alertes, ainsi que les fiches techniques les concernant.

1.1.6. AGENCES REGIONALE DE SANTE PACA – ARS DE ZONE DE DEFENSE SUD

ARS Paca - ARS de zone de défense Sud	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>L'ARS, en lien avec le ou les préfets territorialement compétents, coordonne l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et de la gestion des SSE. La représentation de ARS en COD de départements est assurée par des agents des délégations départementales concernées.</p> <p>Elle organise l'identification, auprès des établissements de première ligne de la région, des capacités de renfort humains et matériels à destination des établissements impactés. Elle appuie (renforts humains, matériels, transferts) les établissements faisant face à des difficultés dans la prise en charge des victimes.</p> <p>En tant qu'ARS de zone, elle coordonne l'action des ARS de la zone, ainsi que les services et organismes implantés sur la zone et relevant du ministère de la santé.</p> <p>Elle coordonne le déploiement des moyens tactiques au sein de la zone et coordonne le déploiement des moyens de l'Etat engagés par le niveau national (stocks stratégiques et réserve sanitaire).</p>	
Informations complémentaires	
<p>L'ARS Paca est également ARS de zone de défense Sud qui recouvre les régions Paca, Occitanie et Corse.</p> <p>En SSE, elle arme sa cellule de crise : la cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS)</p>	
Coordonnées	Références
<p>Point Focal Régional (PFR) : 04 13 55 80 00 ars13-alerte@ars.sante.fr</p> <p>CRAPS : Coordonnées communiquées aux acteurs de santé dès armement de la CRAPS en cas de SSE.</p>	<p>Fiches techniques : FT 02, FT 03, FT 04, FT 05, FT 06, FT 07, FT 08, FT 09, FT 10, FT 11 et FT 12</p>

1.1.7. SAMU 13 – SAMU REGIONAL ET ZONAL

SAMU 13 - SAMU régional et zonal	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Lorsque la SSE dépasse les capacités de gestion du département, le SAMU régional assure une mission d'appui technique de coordination de l'action des différents SAMU de la région.</p> <p>Lorsque la SSE dépasse les capacités de gestion de la région, le SAMU de zone de défense Sud assure une mission d'appui technique et de coordination de l'action des différents SAMU de la zone. Il participe à la réponse zonale aux risques sanitaires exceptionnels en mobilisant les moyens spécifiques et en contribuant à l'orientation des patients vers des hôpitaux préalablement ciblés en fonction de leurs capacités techniques et du risque encouru.</p> <p>Le SAMU de zone assure auprès de l'ARS de zone une mission d'appui technique, en particulier en ce qui concerne la mise en œuvre du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires (PZM).</p>	
Informations complémentaires	
Le SAMU 13 est également le SAMU régional PACA et le SAMU zonal pour la zone de défense Sud recouvrant les régions PACA, Corse et Occitanie	
Coordonnées	Références
Coordonnées en <u>annexe 1</u>	Fiches techniques : FT 01, FT 03, FT 04, FT 05, FT 07, FT 08, FT 09, FT 10, FT 11 et FT 12

1.1.8. **SAMU DEPARTEMENTAUX**

SAMU départementaux	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Evaluer la situation en déterminant si la SSE peut être gérée au niveau départemental ; Informer l'ARS et le SAMU de zone de l'évènement ; Assurer la régulation et l'orientation des victimes ; Engager les moyens tactiques à sa disposition (malles de postes sanitaires mobiles, unités mobiles de décontamination hospitalière, équipements de protection individuelle, détecteurs de contamination, ...) ; Engager la CUMP ; Evaluer les renforts médicaux nécessaires pour la gestion de l'évènement.</p>	
Informations complémentaires	
Chaque département dispose d'un SAMU.	
Coordonnées	Références
Coordonnées en annexe 1	<p>Fiches techniques : FT 01, FT 02, FT 03, FT 04, FT 05, FT 06, FT 07, FT 08, FT 11, FT 09, FT 10, FT 11 et FT 12.</p>

1.1.9. **SAMU DE COORDINATION MEDICALE MARITIME (SCMM)**

SAMU de coordination médicale maritime (SCMM)
Rôle dans le cadre d'un AMAVI
<p>Evaluer la situation en déterminant si la SSE peut être gérée au niveau départemental ; Informer l'ARS et le SAMU de zone de l'évènement ; En lien avec le SAMU départemental, assurer la régulation des victimes ; Evaluer les renforts médicaux nécessaires pour la gestion de l'évènement ; Engager un PMA mer (PSM maritime et équipe dédiée SMUR maritime) ; Renforcer si besoin en matériel sur les évènements terrestres de grande ampleur.</p>
Informations complémentaires

Le SCMM Méditerranée et le SMUR maritime de Toulon sont basés au SAMU 83 à Toulon. Le SCMM est en charge de la médicalisation des opérations d'aide médicale en mer. Dans le cadre de l'AMU, il interagit avec le centre de consultation médicale maritime (CCMM) du CHU de Toulouse, les centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage (CROSS) qui assurent pour le préfet maritime la coordination des opérations de secours et le SAMU territorialement compétent.

Le SCMM assure le suivi médical pendant le déroulement de l'opération et prévoit également les moyens d'accueil à quai ou dans un ES.

Dans le cadre du déclenchement du dispositif ORSEC Maritime (plan de sauvetage maritime de grande ampleur – SMGA), le SCMM est l'interlocuteur direct entre le CROSS, le préfet maritime, le SAMU de zone et l'ARS de zone pour ce qui concerne la prise en charge des victimes, du navire jusqu'à la prise en charge sanitaire à terre.

Coordonnées	Références
Coordonnées en <u>annexe 1</u>	Fiches techniques : FT 01, FT 03, FT 04, FT 05, FT 08, FT 09, FT 11 et FT 12.

1.1.10. ETABLISSEMENT DE SANTE DE REFERENCE REGIONAL AMAVI

Etablissement de santé de référence régional AMAVI	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<ul style="list-style-type: none"> - Assurer en permanence la prise en charge de patients adultes et d'enfants présentant des blessures graves nécessitant le recours à un plateau technique de haut niveau d'expertise, notamment lors d'urgences collectives. - Contribuer à la structuration des filières de traumatologie grave au sein de la région. - Apporter une expertise à l'ARS pour l'élaboration du dispositif ORSAN afin notamment de développer au sein de la région, les filières de prise en charge des patients et définir leurs parcours de soins dans le cadre d'une démarche de qualité structurée. - Apporter des conseils en matière d'organisation de la prise en charge des urgences collectives et des SSE auprès de l'ARS et des établissements de santé de la région. - Participer aux missions de sécurité nationale mentionnées à l'article L1142-8 du code de la défense et notamment contribuer via les laboratoires au réseau national des laboratoires biotox – piratox – piratome. - Assurer, via son CESU, la formation des formateurs et des référents des établissements de santé pour les SSE avec l'appui du CESU de l'établissement de santé siège du SAMU de zone. - Assurer le développement et l'animation du réseau régional constitué des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux contribuant à la prise en charge des patients dans le cadre des parcours de soins et des filières. 	
Informations complémentaires	
<p>Pour la région PACA, l'ARS PACA a désigné le CHU de Nice en qualité d'ESRR sur le risque AMAVI.</p>	

Coordonnées	Références
Centre Hospitalier Universitaire de NICE	Fiches techniques : FT 02, FT 04, FT 05, FT 07, FT 08, FT 09, FT 11 et FT 12.

1.1.11. ETABLISSEMENT DE SANTE

Etablissement de santé
Rôle dans le cadre d'un AMAVI
<p>ES de 1ère ligne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueillir et prendre en charge des blessés (UA et UR) régulés par le SAMU, voire un afflux de blessés se présentant spontanément (non régulés). - Assurer, en tant que de besoin pour les blessés le nécessitant, une prise en charge intégrant le recours au « damage control » chirurgical et la stabilisation des patients avant leur transfert éventuel vers un autre ES pour une prise en charge chirurgicale et réanimatoire complète (soins critiques de mention 1). - Assurer une prise en charge spécialisée pour les patients qui le nécessitent (ES experts). <p>ES de 2ème ligne : mobilisables en seconde intention et contribuent à l'augmentation de la capacité des ES de 1ère ligne.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer en tant que de besoin, à l'augmentation des capacités de prise en charge médico-chirurgicales en complément des ES de 1ère ligne ; - Accueillir et prendre en charge, le cas échéant, un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des ES spécialisés ; - Assurer la prise en charge de patients « conventionnels » transférés depuis les ES 1ère ligne voire experts. <p>ES en réponse minimale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à libérer des capacités dans les ES de 1ère voire 2ème ligne en assurant la prise en charge de patients « conventionnels » transférés par ces ES. - Accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des ES spécialisés. <p>Dès réception de l'alerte, les établissements impactés doivent mettre en place les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activer la CCH et mobiliser le DMC ; • Activer le PSE ; • Se mettre en relation avec le SAMU et l'ARS et transmettre les capacités réelles de prise en charge de l'établissement (adultes et pédiatriques) ; • Sécuriser les accès et mettre en place la signalétique ;

- Assurer un renfort d'effectifs pour l'accueil et le tri médical aux urgences ;
- Organiser une zone de tri des patients, une zone tampon et une zone de dégagement et les orienter en fonction de leur gravité et des priorités de prises en charge;
- Dimensionner et assurer la gestion des moyens humains et matériels supplémentaires ;
- Organiser la montée en puissance des blocs chirurgicaux et mettre en place un circuit UA chirurgical ;
- Organiser l'orientation des personnes se présentant pour une urgence courante;
- Mettre en place un secrétariat dédié aux victimes et à leur identification (intégration des données dans SIVIC) ;
- Conserver le mode d'identification des victimes « non identifiées » par un bracelet SINUS ou par un bracelet délivré par l'hôpital ;
- Organiser la gestion des lits (aux urgences et dans les unités d'hospitalisation concernées) en collaboration avec les urgences et la CCH ;
- Organiser le dispositif d'urgence médico-psychologique à destination des impliqués, des familles et proches de victimes, des victimes somatiques hospitalisées et des soignants en lien avec l'ARS ;
- Mettre en place dès le début de l'événement une cellule d'identitovigilance pour assurer le suivi des prises en charge des victimes (unité d'hospitalisation, sortie...) et fournir les coordonnées des victimes et de leurs proches à la CIAV lorsque celle-ci est activée ;
- Organiser l'accueil des familles et des proches (circuit, prise en charge spécifique, lieu d'attente spécifique avec toutes les commodités...).

Informations complémentaires

Les ES de 1ère ligne disposent d'une structure d'accueil des urgences H24 et d'un plateau technique chirurgical activable en urgence.

Les ES de 1ère ligne experts disposent d'une organisation structurée d'accueil et de prise en charge des blessés graves avec un plateau technique médico-chirurgical (adultes et enfants), radiologique, diagnostique et interventionnel avec le recours possible en permanence à un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien et un radiologue interventionnel ; un SAU et une salle d'accueil des urgences vitales permettant de prendre en charge plusieurs patients simultanément ; un bloc opératoire permettant de disposer en urgence de plusieurs salles d'opération, du matériel opératoire adapté, ainsi que d'une procédure permettant la récupération et la stérilisation en continu des boîtes d'instruments chirurgicaux ; un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en permanence les examens biologiques urgents ; l'accès en permanence à des PSL en quantité nécessaires pour répondre aux objectifs de prise en charge des patients de l'ES.

Les ES de 2ème ligne disposent d'un plateau technique sans SAU H24. Il s'agit notamment des ES disposant de capacités chirurgicales avec une astreinte chirurgicale et d'anesthésiologie.

ES en « réponse minimale » sont les ES ni 1ère, ni 2ème ligne.

Références

La classification des ES de la région sur le risque AMAVI est détaillée en annexe 2.

Fiches techniques :
FT 02, FT 04, FT 05, FT 07, FT 08,
FT 09, FT 11 et FT 12.

1.1.12. ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Etablissement Français du Sang	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Veiller à la satisfaction des besoins en matière de produits sanguins labiles. Organiser, sur l'ensemble du territoire, les activités de collecte du sang, de qualification biologique du don, de préparation, de distribution et de délivrance des produits sanguins labiles.</p>	
Informations complémentaires	
<p>L'EFS est l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine en France. Cet établissement public d'Etat est placé sous la tutelle du ministre en charge de la Santé.</p>	
Coordonnées	Références
<p>Service de Délivrance du site de Marseille Baille ouvert 24h/24 et 7j/7 (0491189501) qui orientera ensuite l'appel vers un biologiste d'astreinte et la permanence administrative.</p>	<p>Fiche technique : FT 12.</p>

1.1.13. DEPOTS DE SANG

Dépôts de sang	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Conserver et délivrer, sous l'autorité d'un médecin ou d'un pharmacien, les Produits Sanguins Labiles (PSL) destinés exclusivement à être administrés dans les services de l'ES et, le cas échéant, faire effectuer les tests de compatibilité.</p> <p>Conserver des PSL délivrés par son EFS référent en vue de l'administration à des patients de l'ES.</p>	
Informations complémentaires	
<p>Il existe 4 types de dépôts de sang :</p> <p>Dépôt de délivrance (DD) : dépôt qui conserve des PSL distribués par l'EFS référent et les délivre pour un patient hospitalisé dans l'ES.</p> <p>Dépôt relais (DR) : dépôt qui conserve des PSL délivrés par l'EFS référent en vue de les transférer à un patient hospitalisé dans l'ES.</p> <p>Dépôt d'urgence vitale (DUV) : dépôt qui conserve des concentrés de globules rouges de groupe O et si besoin du plasma de groupe AB ou du plasma lyophilisé et les délivre en urgence vitale pour un patient de l'établissement de santé.</p> <p>Dépôt d'urgence vitale et relais (DUVR).</p>	
Références	
<p>La répartition et les coordonnées des dépôts sont détaillées en <u>annexe 3</u>.</p>	<p>Fiche technique : FT 12</p>

1.1.14. TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVES

Transporteurs sanitaires privés	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Réaliser des transports sanitaires urgents du lieu de l'évènement vers les établissements de santé. Réaliser des transports sanitaires inter-hospitaliers destinés à libérer des places dans les établissements de santé.</p>	
Informations complémentaires	
Mobilisés à la demande de l'ARS, si besoin par arrêté de réquisition.	
Coordonnées	Références
Coordonnées ATSU et représentants des fédérations syndicales des sociétés de transports sanitaires privés de la région et capacités par département en <u>annexe 4</u> .	Fiche technique : FT 06

1.1.15. PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Professionnels de santé libéraux	
Rôle dans le cadre d'un AMAVI	
<p>Les URPS et ordres professionnels :</p> <p>Diffuser de l'information aux professionnels de santé.</p> <p>Les professionnels de santé libéraux et les structures d'exercice coordonné (SEC) :</p> <p>Apporter un soutien à la mobilisation des ES en limitant les hospitalisations de leur patiente aux seules urgences qui ne peuvent être différées en lien avec la régulation médicale ;</p> <p>Faciliter le retour à domicile des patients ;</p> <p>Ouvrir leurs cabinets médicaux selon des horaires élargis à la demande de l'ARS ;</p> <p>Participer à la prise en charge médicale ;</p> <p>Participer à la prise en charge psycho-traumatique (s'ils sont formés) ;</p> <p>Diffuser de l'information à la population ;</p> <p>Participer aux dispositifs de veille et de sécurité sanitaire</p> <p>En sus, pour les SEC, coordonner la mobilisation des membres de la structure dans la gestion de la SSE.</p>	
Informations complémentaires	
<p>Appartiennent à la catégorie des professionnels de santé libéraux les médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychologues, psychothérapeutes et sages-femmes.</p> <p>Les professionnels de santé libéraux sont représentés par les ordres professionnels et les</p>	

unions régionales des professionnels de santé.	
<p>Les professionnels de santé libéraux peuvent se regrouper en structure d'exercice coordonné. Il s'agit d'une organisation de soins constituée de plusieurs professionnels de santé, leur permettant de mieux coordonner leurs exercices et collaborations pour la prise en charge du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les centres de santé (CDS) mono-professionnels ou polyvalents ou pluri-professionnels, professionnels salariés. - Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), professionnels libéraux. - Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire. Elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours, mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. Elles sont identifiées comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de SSE. 	
Coordonnées	Références
Les professionnels de santé libéraux sont contactés par l'ARS via les Ordres et les URPS, ainsi que par les structures d'exercice coordonné auxquels ils sont rattachés.	Fiche technique : FT 10

1.1.16. GAZIERS

<h2>Gaziers</h2>	
<h3>Rôle dans le cadre d'un AMAVI</h3>	
Réapprovisionnement des établissements de soins (hôpitaux, cliniques) et des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) en gaz médicaux.	
<h3>Informations complémentaires</h3>	
Les gaziers sont des laboratoires pharmaceutiques producteurs de gaz médicaux. Les principaux gaziers sur la région sont AIR LIQUIDE, AIR PRODUCT, LINDE HEALTHCARE et SOL FRANCE.	
Coordonnées	Références
<p>Numéros d'astreintes joignables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AIR LIQUIDE : 0810 12 26 04 (24h/24h, 7j/7) - LINDE HEALTHCARE : 0810 421 000 (24h/24h, 7j/7) N° spécial plan NOVI : 0800 0800 18 - AIR PRODUCT : 0800 480 000, Choix n°2 (24h/24h, 7j/7) - SOL France : 0810 00 55 26 en dehors des heures ouvrées (aux heures ouvrées, il faut contacter l'agence de Vitrolles : 04 42 10 87 20). 	Fiche technique : FT 11

2. MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE AMAVI

La stratégie de réponse du système de santé à un évènement générant un AMAVI s'articule autour de 3 grandes phases :

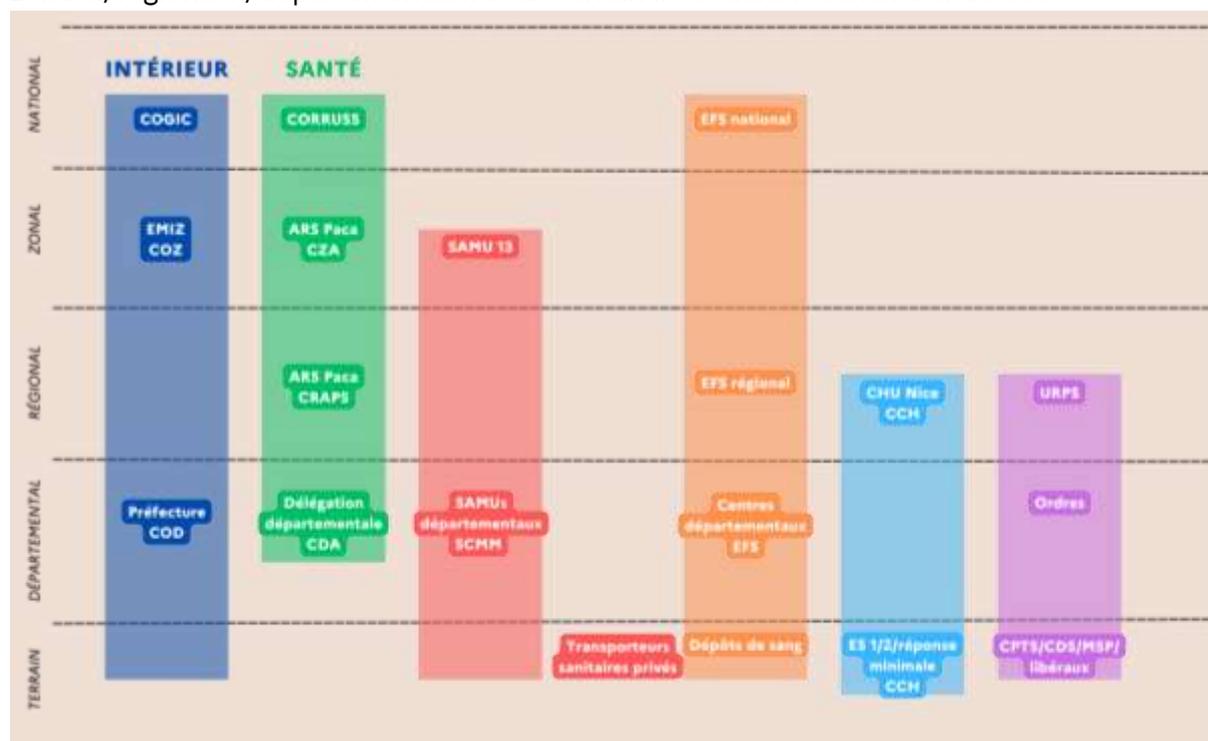
- **L'alerte.** Il s'agit de disposer d'un schéma d'alerte rapide et performant de l'ensemble des chaînes institutionnelles et opérationnelles concernées par un évènement de type AMAVI.
- **La montée en puissance du dispositif de réponse et la conduite de crise.** Il s'agit de mobiliser et coordonner les moyens et ressources adaptées à la situation.
- **La sortie de crise et le suivi post évènement.** Il s'agit d'accompagner le désarmement des dispositifs de gestion et d'organiser le suivi, notamment des patients, après la phase aigüe de crise.

Sur chacune de ces phases, et au vu du nombre d'acteurs de santé mobilisés, les dispositifs de coordination inter-acteurs doivent être sécurisés.

La coordination inter-acteurs

La bonne articulation des acteurs mobilisés sur une SSE constitue une garantie d'efficacité et d'efficience des actions mises en œuvre par chacun.

Par coordination inter-acteurs, on entend l'articulation entre l'ensemble des acteurs nationaux, zonaux, régionaux, départementaux et de terrain listés dans le schéma ci-dessous :



L'articulation entre les SAMU et le rôle du SAMU 13 (SAMU régional et de zone défense Sud) est détaillée en partie 3.3 du présent document.

2.1.1. L'ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS SANTE ET LA SECURITE CIVILE

En situation de crise, y compris sanitaire, le Préfet est le directeur des opérations et assure la cohérence de l'action publique pour la coordination de l'ensemble des acteurs publics, privés, associatifs et des collectivités territoriales.

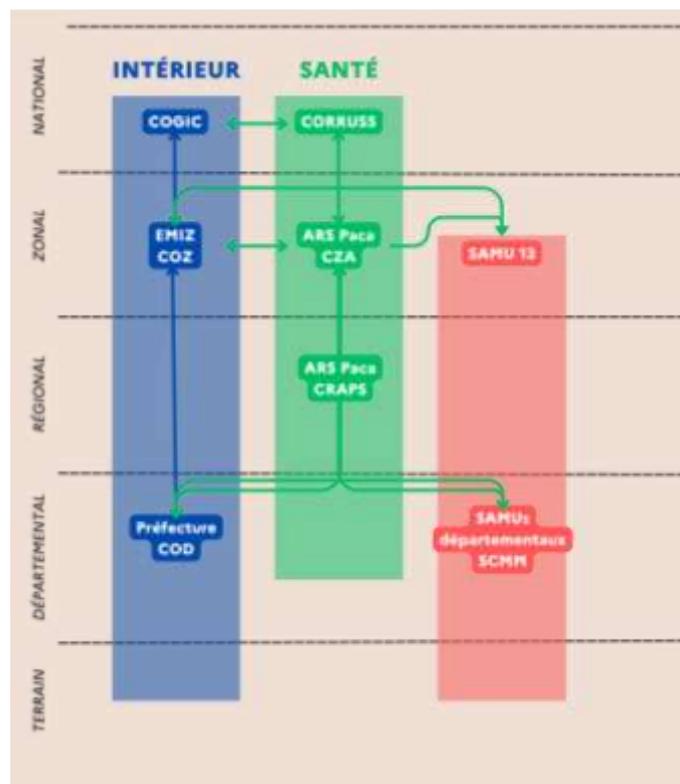
Aussi, sous la direction du Préfet, la mise en œuvre de la réponse sanitaire pré hospitalière à une urgence collective s'inscrit dans une logique de coopération entre les acteurs de la santé, les services de secours et les forces de l'ordre dans le seul but « d'éviter les morts évitables ».

Des capacités spécifiques pour prendre en charge les victimes, n'appartenant pas directement au ministère de la Santé, peuvent être mobilisées en renfort :

- Au niveau des SDIS :
 - Des véhicules de secours et d'assistance aux victimes
 - Des PMA et/ou PRV
 - Des véhicules médicalisés ou paramédicalisés
 - Personnels du service de santé et de secours médical (SSSM ou 3SM) : médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues
- Au niveau militaires : sollicitation du service de santé des Armées (SSA)
Sollicitation selon la règle des « 4 i » : réquisition lorsque les moyens nécessaires sont « indisponibles, inadaptés, inexistantes ou insuffisants ».

En pratique, l'articulation entre les acteurs santé et la sécurité civile se matérialise à quatre niveaux :

- Au niveau national, entre le COGIC et le CORRUSS ;
- Au niveau zonal, par la participation de l'ARS PACA en tant qu'ARS de zone et du SAMU 13 en tant que SAMU de zone au centre opérationnel de zone (COZ) de l'EMIZ ;
- Au niveau départemental, par la participation de l'ARS PACA et, selon les départements, du SAMU départemental impacté au centre opérationnel départemental (COD) de la préfecture ;
- Enfin, sur le terrain, les équipes SAMU / SMUR sont placées sous l'autorité du Chef des opérations de secours (COS) et sous la coordination médicale du Directeur des Secours Médicaux (DSM).



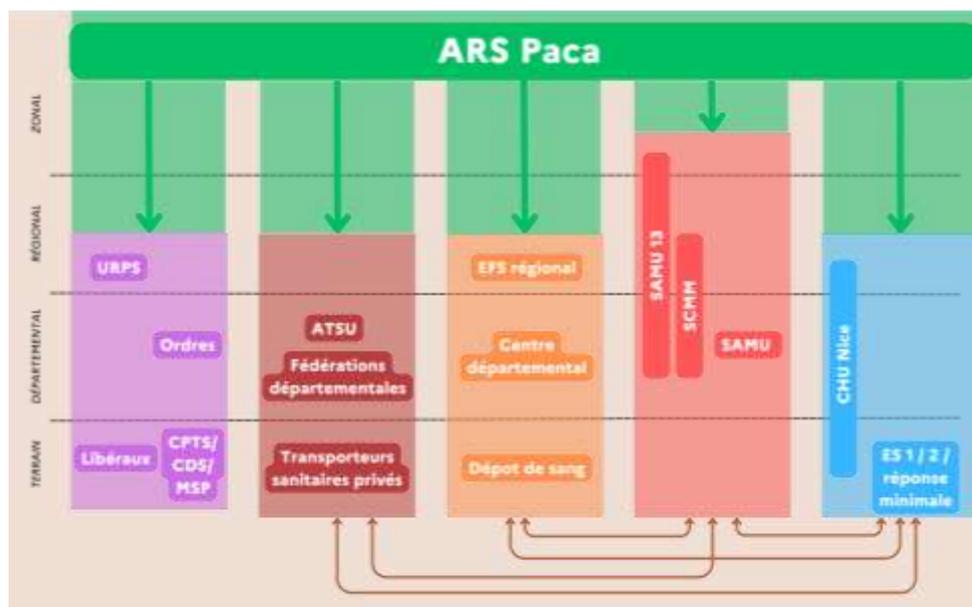
En outre, cette articulation doit porter sur la projection tactique des moyens sanitaires extra-hospitaliers.

2.1.2. L'ARTICULATION DES ACTEURS SANTE ENTRE EUX ET LE ROLE DE L'ARS PACA

L'ARS PACA est chargée de coordonner l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles sur la région PACA. Dans ce cadre, elle assure le pilotage stratégique et la coordination de l'action de l'ensemble des acteurs santé de l'offre de soins pré-hospitalière, de soins hospitalière et de soins de ville.

Par ailleurs, chacune des grandes catégories d'acteurs dispose de son dispositif de coordination spécifique :

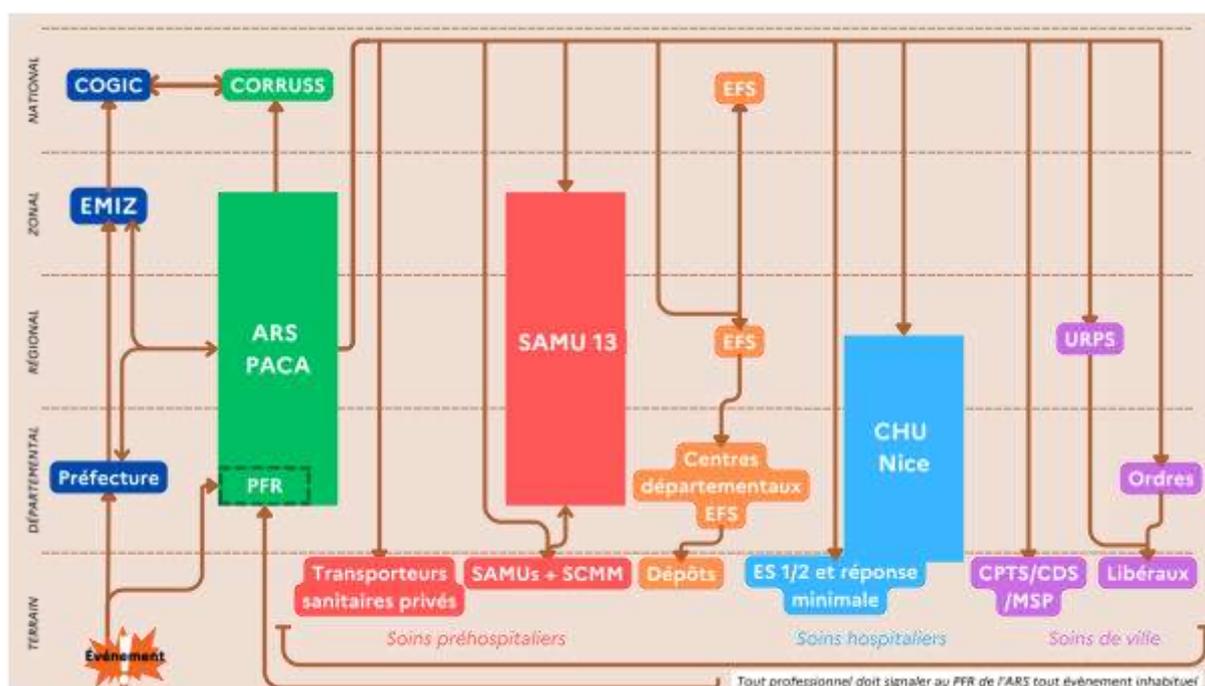
- Les CPTS, CDS et MSP coordonnent la mobilisation des professionnels de santé adhérents à leur structure d'exercice coordonné.
- Les ATSU et, sur certains départements les fédérations départementales, assurent la coordination de la mobilisation des entreprises de transports sanitaires privées.
- L'EFS régional assure la coordination des acteurs en charge de la gestion des produits sanguins labiles.
- Le SAMU 13 (SAMU régional et zonal) assure la coordination des SAMU.
- Les SAMU sont en lien avec les transporteurs sanitaires privés, l'EFS et les ES.
- Le CHU Nice, établissement de santé de référence régional sur l'AMAVI appuie les ES du territoire dans la mise en place de leur dispositif de réponse.



Enfin, en sa qualité d'ARS de la zone de défense Sud, l'ARS PACA coordonne l'action des ARS de la zone (ARS Corse, Occitanie et PACA), ainsi que des services et organismes implantés sur la zone et relevant du ministère de la santé.

L'alerte

Afin de sécuriser la circulation de l'information et de garantir une alerte rapide de l'ensemble des acteurs de santé concernés par un évènement générant un AMAVI, le réseau d'alerte ci-dessous est validé.



Chaque acteur santé concerné par un évènement de type AMAVI doit s'intégrer dans ce schéma d'alerte dont le pivot central est l'ARS PACA.

Le Point Focal Régional (PFR), point d'entrée unique à l'ARS PACA de tous les signaux sanitaires, doit sans délai être alerté par les acteurs de terrain de tout évènement susceptible d'impacter le système de santé. Il est joignable 7/7 et 24/24 soit par téléphone au 04 13 55 80 00, soit par courriel sur la BAL ARS-PACA-ALERTE@ARS.SANTE.FR .

Dès réception du signalement, l'ARS PACA analyse la situation et lance le processus d'alerte selon le schéma ci-dessus.

Il appartient alors à chaque maillon de la chaîne santé identifié dans le schéma de procéder sans délai au transfert de l'alerte aux maillons suivants.

L'efficacité de ce schéma de diffusion de l'alerte et donc de la montée en puissance du dispositif de réponse dépendent de la réactivité de chacun.

La montée en puissance et la conduite de crise

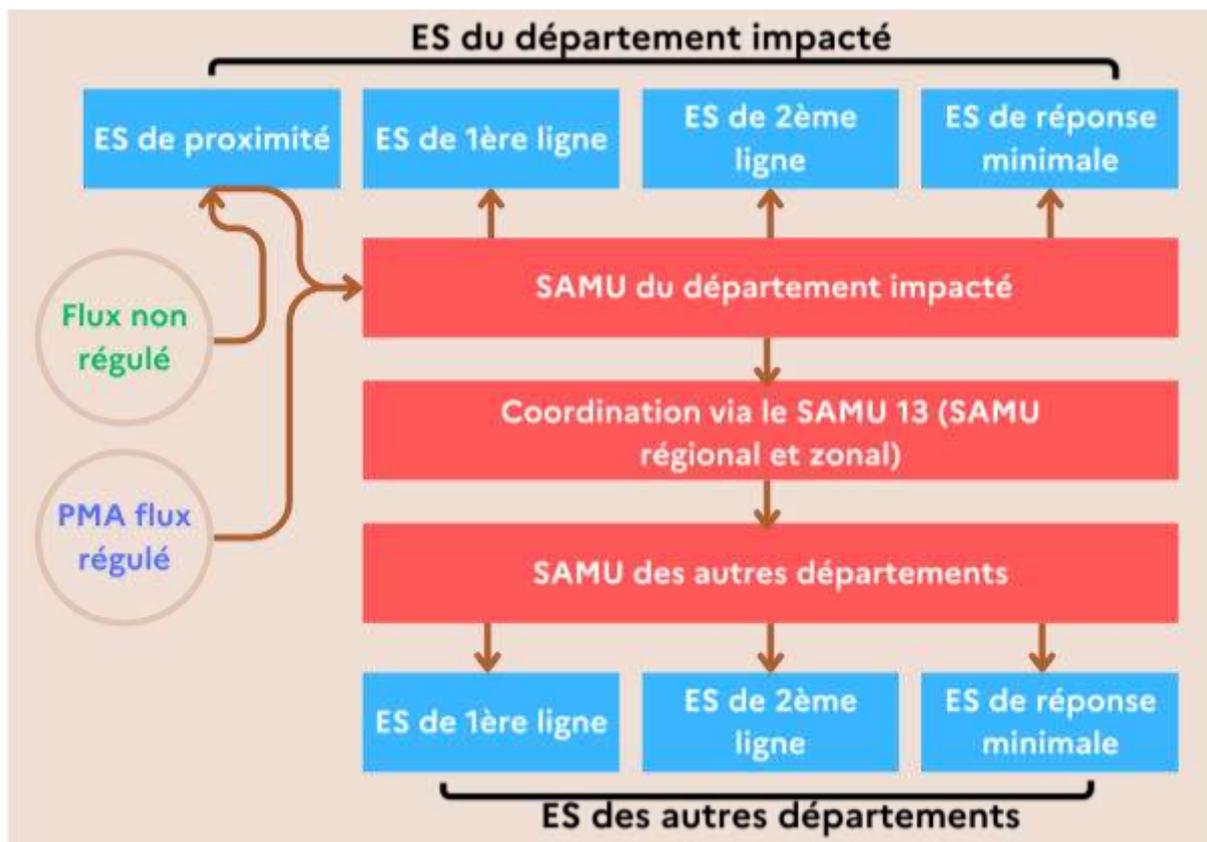
2.1.3. LA PRISE EN CHARGE PRE HOSPITALIERE

a. L'articulation des SAMU

En cas d'évènement de type AMAVI, les SAMU sont en charge

- De l'évaluation de la situation en déterminant le niveau géographique adapté de gestion de la SSE.
- De la régulation médicale qui vise à la délivrance du « juste soin » en s'appuyant sur la catégorisation des blessés pour organiser les flux de manière à ce que le plus grand nombre puisse bénéficier du parcours de soins spécialisé notamment du damage control. La régulation médicale doit s'adapter en passant **d'une logique individuelle à une logique collective.**
- De l'engagement des moyens tactiques à sa disposition.
- De l'engagement de la CUMP.
- De l'évaluation des renforts médicaux nécessaires pour la gestion de l'évènement.

Le SAMU impacté par la SSE évalue la capacité de gestion de l'évènement par les acteurs santé de son territoire. Si les moyens départementaux sont insuffisants, il prend l'attache du SAMU 13, SAMU régional et de zone de défense Sud, qui organise alors la mobilisation et la coordination de la réponse des SAMU qu'il sollicite.



→ FT 01 : l'articulation des SAMU

b. La prise en charge sur le point de rassemblement des victimes (PRV)

En lien avec la sécurité civile, le SAMU peut décider de mobiliser des moyens sur le lieu de prise en charge des victimes :

- Projection d'équipes médicales, notamment pour réaliser le premier niveau de triage médico-chirurgical.

Lors d'urgences collectives, la stratégie de réponse sanitaire inscrit la prise en charge des victimes dans une logique collective qui nécessite de prioriser les blessés par un triage. Il s'agit d'identifier rapidement la gravité de chaque victime pour déterminer la priorité de traitement entre elles.

→ FT 02 : le triage chirurgical

- Projection d'équipes et matériels de damage control

Le concept de damage control désigne la mise en œuvre de toute une série de techniques qui vont permettre de maintenir en vie un patient ayant une ou plusieurs lésions létales. Il se décline en 4 phases qui vont de la prise en charge du patient sur le théâtre des opérations jusqu'aux actes de chirurgie réparatrice au sein d'une structure hospitalière. La phase pré hospitalière du « damage control » consiste à déterminer le plus rapidement possible la gravité des lésions du patient, à mettre en œuvre des soins d'urgence pour limiter leurs effets (ex : garrot tourniquet ou pansement hémorragique pour

stopper le saignement) et d'orienter le patient vers une structure médicale adaptée à ses besoins.

En cas d'évènement de type AMAVI, l'ARS Paca peut réaliser en urgence un état des lieux des moyens de damage control humains et matériels mobilisables et demander leur projection sur le site de la SSE ou d'un établissement de santé impacté.

- Projection de moyens tactiques

Les moyens tactiques sont déployés et pré-positionnés dans des établissements de santé par le niveau national. Il s'agit de produits de santé, matériels et équipements. Ces moyens projetables ont vocation à être utilisés pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle (SSE).

La mobilisation des moyens tactiques doit être envisagée en fonction :

- Des particularités du terrain et du lieu de l'accident ;
- Du type de victimes potentielles et de la gravité des lésions ;
- Des possibilités d'accès des équipes de secours, du nombre d'équipes SMUR disponibles ;
- Du nombre et de l'importance des moyens d'évacuation et de la possibilité de poser des hélicoptères sur site ;
- De la distance du lieu de l'accident par rapport à un établissement de première ligne.

Ces moyens peuvent également être mobilisés sur le site d'un établissement de santé impacté.

→ FT 03 : la mobilisation des PSM

→ FT 04 : la mobilisation des respirateurs OSIRIS

c. La régulation médicale

En s'appuyant sur le triage de l'avant, réalisé sur le site de l'évènement, la régulation médicale réalisée par le SAMU organise les flux d'évacuations des victimes vers les établissements de santé en capacité de poursuivre la stratégie de soins critiques pré-hospitalière ou en tant que besoin, de damage control initiée sur le terrain.

L'objectif de la régulation médicale est la délivrance du « juste soin » en s'appuyant sur la catégorisation des blessés pour organiser les flux de manière à ce que le plus grand nombre puisse bénéficier du parcours de soins spécialisé, notamment du damage control. La régulation médicale doit donc s'adapter en passant d'une logique individuelle à une logique collective.

Le principe de subsidiarité et de priorité de l'orientation pour les blessés les plus gravement atteints s'applique. La nécessité d'adéquation entre les lésions de patients et l'offre de soins territoriale de proximité conditionne l'orientation par le SAMU. Cette dernière doit être fonction de la compétence des équipes hospitalières requise pour assurer la prise en charge des victimes.

Il s'agit d'assurer la prise en charge des blessés graves dans le ou les établissements de santé adaptés dans l'heure qui suit l'évènement. Ainsi, les blessés graves doivent bénéficier d'une

prise en charge en priorité dans les établissements de santé de première ligne situés au plus près de l'évènement. Afin d'éviter une saturation de ces établissements, les blessés plus légers peuvent, quant à eux, être orientés et transportés vers des établissements de santé de première ligne plus éloignés, voire des établissements de santé de deuxième ligne.

d. Les norias

De façon générale, la limitation et la dispersion relative des moyens sanitaires de réponse (ex : SMUR) imposent une réflexion stratégique sur la mise en œuvre de la réponse sanitaire pré hospitalière à une urgence collective en lien avec la sécurité civile.

La prise en charge des blessés graves dans les établissements de santé disposant des compétences énoncées supra, ne peut s'effectuer que si les moyens de transports pré hospitaliers sont suffisants pour permettre le transport rapide médicalisé de ces blessés graves.

→ FT 05 : les vecteurs sanitaires

Si le nombre de SMUR n'est pas suffisant, l'ARS PACA, en concertation avec le SAMU, peut décider de mobiliser des transporteurs sanitaires privés pour réaliser des transferts urgents vers les établissements.

→ FT 6 la mobilisation des transporteurs sanitaires privés

2.1.4. LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

L'ensemble des établissements de santé alertés doit se préparer à déclencher son PGTHSSE : soit immédiatement, soit sur demande de l'ARS.

a. L'accueil des victimes

L'accueil des patients régulés et non régulés doivent être distingués et les établissements de santé sont invités à identifier deux types de circuits patients.

L'accueil de victimes régulées par le SAMU.

Dès la réception de l'alerte, les établissements de santé de première ligne et deuxième ligne doivent se préparer à accueillir des patients et à réaliser dès leur arrivée un triage. Ce triage permet d'identifier les profils de patients et rapidement poursuivre la stratégie de soins critiques pré-hospitalière ou en tant que besoin, de damage control initiée sur le terrain.

L'accueil de victimes non régulées.

Dès la réception de l'alerte, l'ensemble des établissements de santé situés à proximité du lieu de l'évènement doivent se préparer à recevoir un afflux de victimes non régulées.

Dans ce cadre, ils doivent déclencher leur plan de sécurisation de l'établissement et armer leur dispositif de réponse à un AMAVI.

→ FT 07 : Organisation de l'accueil des victimes en ES

L'accueil de victimes en fonction des seuils de rupture territoriaux.

Dès la réception de l'alerte, les points de rupture territoriaux au-delà desquels les opérateurs de soins ne peuvent plus répondre à la demande de soins malgré leur mobilisation maximale doivent être identifiés. L'identification de ces points de rupture prend en compte l'évaluation des risques et des menaces et s'appuie sur une double logique :

- Une **logique de filière de soins** prenant en compte les aspects organisationnels (coordination, régulation, adaptation) et capacitaires (plateaux techniques, lits et places, professionnels de santé spécialisés), à dimension régionale, voire suprarégionale. Les filières « premier recours et urgences », « traumatologie adultes et pédiatriques », « soins critiques adultes et pédiatriques », « infectiologie » et « médico-psychologique » sont particulièrement sollicitées.
- Une **logique de proximité** prenant en compte les spécificités du territoire.

Les seuils de rupture territoriaux de la région sont précisés en annexe 7.

b. Les filières de soins

La capacité d'accueil de victimes de chaque établissement de santé est fonction :

- De ses capacités de prise en charge et des seuils de rupture d'urgences absolues et urgences relatives, enfants et adultes (annexe 6).
- Des plateaux techniques dont il dispose.
→ FT 08 : les filières de prise en charge AMAVI
- De la rapidité de montée en puissance de son dispositif de réponse.
→ FT 09 : la gestion des capacités d'hospitalisation

c. La fourniture de PSL

La typologie des victimes d'un AMAVI détaillée en partie 1.2.2 met en exergue la nécessité d'une mobilisation rapide de produits sanguins labiles (PSL) et leur acheminement soit sur le lieu de l'évènement, soit dans les établissements de santé d'accueil des victimes.

→ FT 12 : mobilisation des PSL

d. La mobilisation des professionnels de santé libéraux et des structures d'exercice coordonné

En cas d'AMAVI, la mobilisation des professionnels de santé libéraux et des structures d'exercice coordonné est essentielle pour :

- Apporter un soutien à la mobilisation des ES en limitant les hospitalisations de leur patientèle aux seules urgences qui ne peuvent être différées en lien avec la régulation médicale ;

- Faciliter le retour à domicile des patients hospitalisés et éligibles à une prise en charge à domicile assurée par des professionnels libéraux ;
- Ouvrir leurs cabinets médicaux selon des horaires élargis à la demande de l'ARS ;
- Participer à la prise en charge médicale des victimes de la SSE, soit sur le site de la SSE, soit au sein de leurs cabinets.
- Participer à la prise en charge psycho-traumatique (s'ils sont formés) ;
- Diffuser de l'information à la population ;
- Participer aux dispositifs de veille et de sécurité sanitaire.

→ FT 10 : la mobilisation des PS libéraux

La sortie de crise et le suivi post-événement

L'AMAVI se caractérise par une cinétique rapide qui nécessite une grande réactivité dès la survenance de l'évènement, mais dont la phase aigüe est potentiellement courte. Pour autant, au-delà de la prise en charge immédiate des victimes, le suivi post-événement doit être rapidement organisé.

En effet, la typologie des victimes d'un AMAVI, détaillée en première partie, montre que les victimes peuvent subir de lourds traumatismes physiques et psychiques.

Aussi, le parcours de soins des patients doit être envisagé dans une logique globale, dès leur prise en charge initiale jusqu'à leur retour à la vie la plus normale possible, malgré l'existence de séquelles ou de handicaps.

Sur le plan physique, les blessures sont souvent responsables de lésions graves pouvant entraîner de lourdes séquelles (amputations de membre, traumatismes crâniens ou vertébro-médullaires, brûlures graves...). Les équipes de médecine physique et de réadaptation interviennent dès la phase postcritique pour débiter la « rééducation initiale » et les accompagner tout au long de la « réadaptation-réinsertion ». Après l'admission en services de soins conventionnels, la prise en charge des patients se poursuivra, pour certains, en centres spécialisés de rééducation/ réadaptation.

Le suivi médico-psychologique des victimes dans la phase « post-événement » est détaillé dans le volet « ORSAN urgences médico-psychologiques ».

The background features a series of white, curved, brushstroke-like lines that sweep across the left side of the page, creating a sense of motion and depth. The lines are set against a solid, warm orange background. In the center-right, a dark orange rectangular box contains the text 'FICHES TECHNIQUES' in white, bold, uppercase letters.

FICHES TECHNIQUES

L'articulation des SAMU

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime.

L'articulation des SAMU

Lorsque l'évènement ne dépasse pas les capacités de prise en charge du département, le SAMU du département territorialement impacté en assure la gestion.

Lorsque l'évènement dépasse les capacités de prise en charge du département impacté, le SAMU 13 (régional et de zone) assure la coordination régionale.

Le SAMU 13 (régional et de zone) a notamment pour missions de :

- Mettre en œuvre le renfort humain et matériel (SMUR et PSM) en provenance des autres départements ;
- Assurer la coordination des renforts des moyens sanitaires en lien avec le SAMU territorialement compétent ;
- Apporter un appui au SAMU territorialement compétent pour la régulation médicale en vue de l'accueil dans les ES des patients évacués ;
- Assurer la synthèse des moyens disponibles dans les départements (SMUR, véhicules terrestres, hélicoptères, équipements) ;
- Assurer la coordination des hélicoptères sanitaires des SMUR (Héli-SMUR) en lien avec l'état-major de zone.

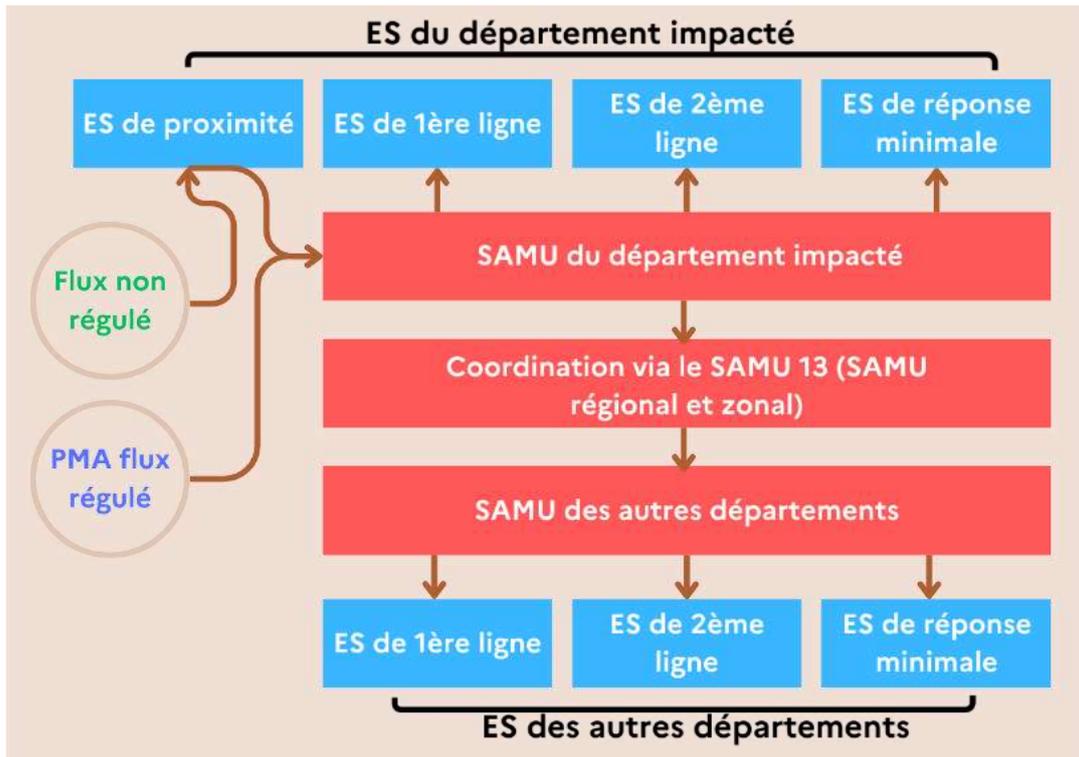


Schéma d'articulation régionale des SAMU

Si l'évènement survient sur le département des Bouches-du-Rhône, si le SAMU 13 est lui-même impacté et si le dimensionnement de l'évènement le nécessite, le SAMU 06 devient SAMU régional après sollicitation du SAMU 13 et de l'ARS.

Si l'évènement survient sur les départements des Alpes-Maritimes et des Bouches-du-Rhône, si les SAMU 13 et 06 sont impactés, l'ARS désigne le SAMU de coordination.

Le triage médico-chirurgical

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Les SAMU ;
- Les établissements de santé, en particulier les SAU.

Le tri secouriste sur les lieux de l'évènement

Lors d'urgences collectives, la stratégie de réponse sanitaire inscrit la prise en charge des victimes dans une logique collective qui nécessite de prioriser les blessés par un triage. L'objectif est d'identifier rapidement la gravité de chaque victime pour déterminer la priorité de traitement entre elles. À partir de ce tri, la régulation médicale réalisée par le SAMU doit organiser les flux vers les établissements en fonction de leur capacité de prise en charge.

Le **triage** est un acte médico-organisationnel dynamique qui s'inscrit tout au long de la chaîne visant à établir les priorités de traitement lors de la prise en charge d'un afflux de blessés. La catégorisation est l'outil qui permet de répartir les victimes en groupes homogènes selon le niveau d'urgence chirurgicale pour préserver au mieux le pronostic vital et fonctionnel du plus grand nombre.

Avant que le triage médical puisse être effectué, les premiers secouristes arrivés sur les lieux procèdent à une reconnaissance du chantier et effectuent une première catégorisation des victimes. Plusieurs échelles standardisées de tri existent mais l'échelle **START** (Simple Triage and Rapid Treatment) est la plus répandue.

Cette échelle de tri nécessite moins de 30 secondes par victime et permet d'affecter à chaque victime une fiche/bracelet/marque de couleur :

- Victime avec une fiche **noire** : absence de respiration après libération des voies aériennes
- Victime avec une fiche **rouge** : invalide avec une détresse vitale neurologique, hémodynamique ou respiratoire (FR > 30/mn, TRC > 3 sec ou pouls radial non perçu)
- Victime avec une fiche **jaune** : invalide n'étant pas en détresse vitale (FR < 30/mn, TRC < 3 sec ou pouls radial perçu) et répondant aux ordres simples
- Victime avec une fiche **verte** : valide qui se déplace à l'appel

Des victimes pourraient être évacuées (exceptés les patients en arrêt circulatoire, et de catégorie noire) selon ces catégories : le personnel du service receveur doit prendre en compte cette méthode mais se doit de renouveler la catégorisation des victimes reçues par la réalisation d'un triage médico-chirurgical.

Le tri médico-chirurgical sur les lieux de l'évènement

A l'issue du tri secouristes, le premier médecin arrivé sur les lieux effectuera le triage médico-chirurgical.

L'objectif d'adéquation entre les lésions des patients et l'offre de soins territoriale de proximité conditionne l'orientation par le SAMU :

- **Blessés graves** : une orientation prioritaire dans les établissements de santé de première ligne situés au plus près de l'évènement, assurée dans l'heure qui suit l'évènement.
- **Blessés plus légers** : afin d'éviter la saturation de ces derniers, une orientation dans les établissements de santé de première ligne plus éloignés, voire de deuxième ligne.

Le triage médico-chirurgical peut être effectué par un médecin trieur sur les lieux de la catastrophe afin d'organiser les soins et l'évacuation des victimes.

Devant l'évolutivité potentielle de l'état de santé des victimes et une potentielle arrivée spontanée de victimes, une nouvelle catégorisation doit avoir lieu à l'entrée de l'établissement de santé. Ce triage doit être réalisée par un médecin ou une équipe médico-chirurgicale expérimentée et permet de déterminer une priorisation d'accès aux plateaux techniques médico-chirurgicaux.

Les catégorisations peuvent légèrement varier en fonction des différentes méthodes de tri et tout au long du circuit de prise en charge.

<p>EU Urgence Extrême</p>	<p>Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge chirurgicale ou réanimatoire immédiate</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Choc hémorragique non contrôlé ▪ Asphyxie d'origine maxillo-faciale, cervicale, thoracique ▪ Polytraumatisme avec au moins une lésion vitale
<p>UA Urgence Absolue (U1)</p>	<p>Pronostic vital engagé en l'absence de prise en charge chirurgicale ou réanimatoire rapide < 6H</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie contrôlée sans état de choc (garrot) ▪ Traumatisme abdominal ou thoracique sans état de choc ▪ Brulé > 30% ▪ Fracas de membre, Fracture ouverte ▪ Plaie du périnée ▪ Coma traumatique avec signes neurologiques focaux ▪ Plaie cranio-cérébrale avec CGS > 8 ▪ Blessure avec atteinte ophtalmique bilatérale ▪ Syndrome de compression ▪ Hypothermie < 32°C

<p>UR</p> <p>Urgence Relative</p> <p>(U2)</p>	<p>Traitement urgent mais pouvant être différé sans mettre en jeu le pronostic vital (délai de prise en charge < 18h)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture fermée de membre ▪ Blessure ORL, ophtalmologique unilatérale ou de la face ▪ Brûlure 15 à 30% ▪ Plaies des parties molles (sauf fesses et périnée) ▪ Traumatisme crânien conscient ▪ Intoxication par inhalation avec disparition de la symptomatologie neurologique et respiratoire
<p>UR</p> <p>Urgence Relative</p> <p>(U3)</p>	<p>Traitement sans urgence ou absence d'indication chirurgicale (délai de prise en charge < 18h)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisme fermés (entorses, contusions) ▪ Petites plaies contuses ▪ Brûlures superficielles <15%
<p>Impliqué</p>	<p>Victime valide et indemne de toute lésion physique évidente lors du triage</p>
<p>Expectant</p>	<p>Brûlure 3ème degré > 50%</p> <p>Plaie cranio-cérébrale avec CGS < 8</p>
<p>Décédée</p>	<p>Victime dont le décès est constaté par un médecin</p>

Les UE et UA nécessitent une prise en charge par une structure de soins critiques/bloc opératoire et leur transport pré-hospitalier doit être médicalisé.

Les impliqués sont des victimes, non blessées physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure et peuvent donc avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Les impliqués sont accueillis dans une zone dédiée au sein de l'établissement ou au centre d'accueil des impliqués (CAI).

Le tri médico-chirurgical en établissement de santé

Dès l'arrivée dans l'établissement, un triage des victimes doit être réalisé par un médecin.

Cette étape permet l'optimisation de la prise en charge des victimes (régulées ou non) en fonction de la gravité de leurs blessures, par les professionnels dont la compétence est la plus adaptée et sur les plateaux techniques appropriés.

En outre, pour les victimes non régulées, les établissements avec un plateau technique moins dimensionné se rapprocheront du SAMU territorialement compétent en vue de leur transfert vers les établissements dotés d'un plateau technique adapté.

Afin d'optimiser la prise en charge de l'afflux de victimes, l'organisation du tri hospitalier peut se diviser en quatre zones :

- **La zone de préfiltre** : située à l'entrée de l'établissement, elle a pour but d'identifier et de séparer les UA des UR ;
- **La zone de tri** : elle permet d'orienter les UA en fonction de leur état ainsi que de leurs besoins de prise en charge ;
- **La zone tampon (déchoquage)** : elle a pour objectif d'absorber le flux de victimes en cas de saturation des blocs opératoires ;
- **La zone dédiée aux urgences dépassées** : elle a pour objectif d'accompagner les patients dont le pronostic vital est dépassé.

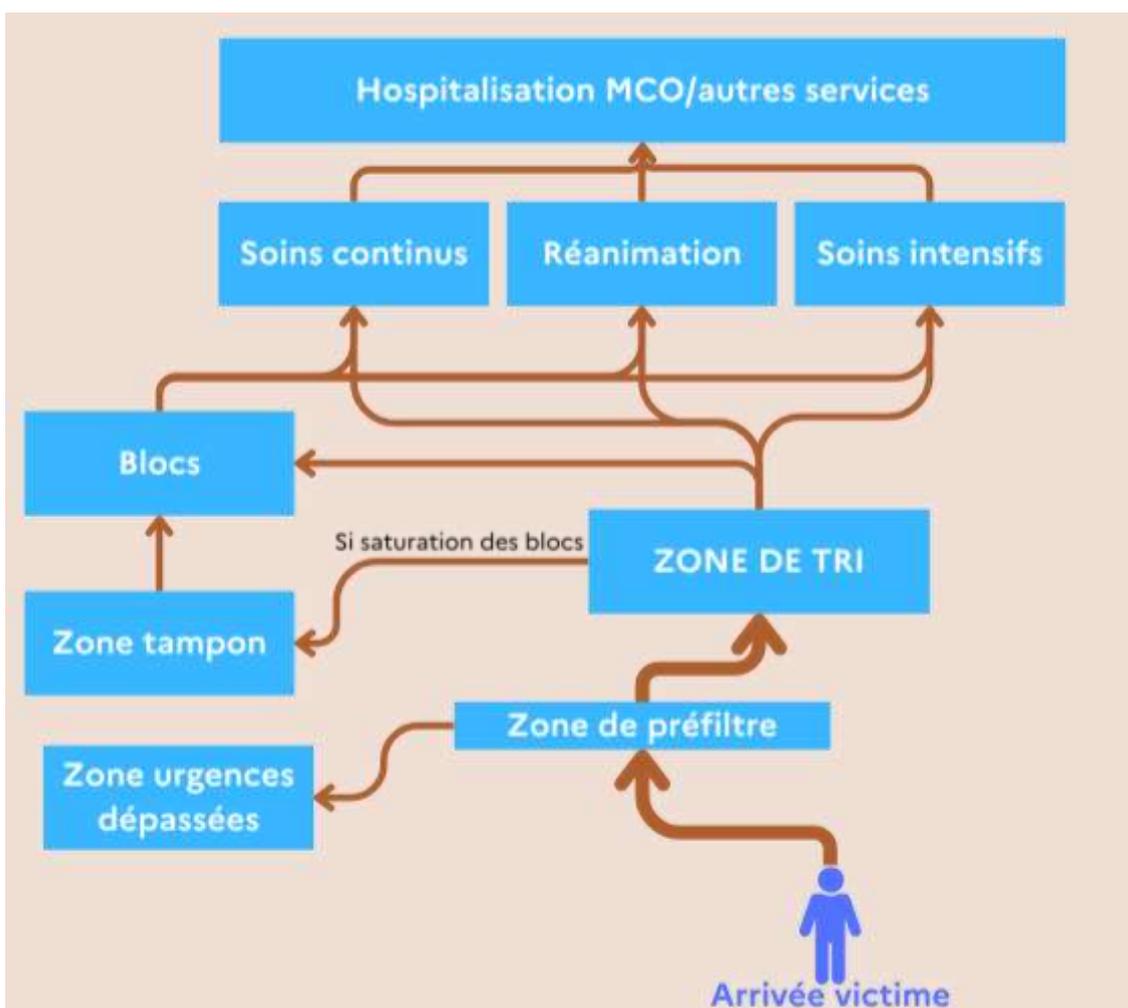


Schéma d'organisation du tri médico-chirurgical en établissement de santé

Mobilisation des postes sanitaires mobiles (PSM)

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime.

Les postes sanitaires mobiles (PSM)

Les postes sanitaires mobiles sont des moyens tactiques (médicaments, dispositifs médicaux, éléments logistiques) déployés par le niveau national et pré positionnés sur les établissements de santé sièges de SAMU.

Les postes sanitaires mobiles dits de premier niveau (PSM1) sont conçus pour assurer la prise en charge de 25 blessés graves.

Ils sont constitués de :

- 1 lot polyvalent regroupant des produits pharmaceutiques et du matériel médico-chirurgical. Il est conditionné dans 11 malles (+ 300 kg – 1 m³) ;
- 1 lot antidotes composé de deux malles permettant la prise en charge de 2 X 15 victimes ;
- Éléments logistiques (tente, groupe électrogène, remorque, brancards et couvertures...) nécessaires à son transport et sa mise en œuvre au poste médical avancé (PMA).

Les postes sanitaires mobiles dits de deuxième niveau (PSM2) sont conçus pour assurer la prise en charge de 500 blessés graves pendant 24h.

Ils sont constitués de :

- 4 lots polyvalents (A, B, C et D) identiques entre eux et identiques au lot polyvalent du PSM1 (11 x 4 = 44 malles / 25 x 4 = 100 victimes) ;
- 2 lots principaux (56 x 2 = 112 malles / 200 x 2 = 400 victimes) ;
- 4 lots d'antidotes et d'antibiotiques (1 x 4 = 4 malles / 15 x 4 = 60 victimes) ;
- Équipements logistiques (groupe électrogène, tente, remorque, 100 brancards) nécessaires à son transport et sa mise en œuvre ;
- 1 lot radio tactique afin d'établir des liaisons de radiocommunication autonome (1 base radio 150 Mhz + 6 portatifs + 1 mât d'antenne + 1 malle d'accessoires).

Soit un total de 160 malles / environ 8 tonnes.

Les postes sanitaires mobiles pédiatriques (PSM PED) sont conçus pour assurer la prise en charge de 25 victimes pédiatriques de moins de 10 ans, à l'exclusion des nouveau-nés, pendant 6 heures.

Ils complètent les produits de santé pédiatriques déjà présents dans les PSM 1 et 2 en renforçant leur valence pédiatrique.

Ils sont constitués de :

- 1 lot polyvalent pédiatrique (11 malles) ;
- 1 remorque.

Les postes sanitaires mobiles maritimes (PSM Maritime) sont conçus pour assurer en mer la prise en charge de 25 blessés grave.

Ils sont constitués de :

- 1 lot principal composé de cinq malles correspondant à une dotation médicale polyvalente (dont 6 sacs de l'avant pour médicaliser dans les coursives des navires).
Il est complété par 5 civières treuillables ;
- 5 malles spécialisées (polytraumatisés, brûlés, détresse respiratoire, perfusions, antidotes).
La malle antidotes est identique à celle des PSM1 et 2 ;
- 1 malle logistique médicale (PMA) ;
- 2 malles d'équipements individuels destinées aux interventions en milieu périlleux, NRBC ;
- 3 paniers de 6 bouteilles d'oxygène de 1 m³.

Toutes les malles sont standardisées dans leur composition, leur numérotation et leur code couleur aux fins d'interopérabilité.

Sur la région Paca, les postes sanitaires mobiles sont répartis de la façon suivante :

DÉPARTEMENT	VILLE	PSM
04	DIGNE LES BAINS	PSM1 + PSM PED
05	GAP	PSM1 + PSM PED
06	NICE	PSM2 + PSM PED
13	MARSEILLE	PSM2 + PSM PED
83	TOULON	PSM1 + PSM PED + PSM MARITIME
84	AVIGNON	PSM1 + PSM PED

Mobilisation des postes sanitaires mobiles

Le principe de mobilisation des PSM repose sur **3 scénarii possibles** :

Cas 1 : Mobilisation d'un PSM de la région PACA au profit de son département de localisation :

Le SAMU mobilise les lots du PSM nécessaire à la gestion de crise et rend compte secondairement à l'ARS et au SAMU Zonal.

Le SAMU impacté par la SSE contacte :

- Le SAMU de zone,
- L'ARS.

La décision de mobilisation est prise par l'ARS en concertation avec le SAMU impacté / détenteur du PSM.

La mobilisation et le transport sont réalisés par le SAMU impacté / détenteur du PSM.

L'ARS informe

- La préfecture du siège de la SSE,
- La préfecture de zone,
- Le CORRUSS.

Cas 2 : Mobilisation d'un PSM de la région PACA au profit d'un autre département de la région au profit d'un autre établissement du département (Plan Départemental de Mobilisation)

La décision de mobilisation est prise par l'ARS en concertation avec le SAMU de région.

La mobilisation et le transport sont réalisés par le SAMU détenteur du PSM selon ses procédures, dans le délai imparti.

L'ARS informe

- La préfecture du siège de la SSE,
- La préfecture de zone,
- Le CORRUSS.

Cas 3 : Mobilisation d'un PSM hors région PACA (Corse / Occitanie)

La décision de mobilisation est prise par l'ARS de zone en concertation avec le SAMU de zone et l'ARS de renfort, en se basant sur le plan zonal de mobilisation des moyens sanitaires de la zone de défense Sud, ou à la demande de la DGS au niveau National.

Le SAMU de zone informe le SAMU détenteur du PSM mobilisé.

L'ARS de zone informe :

- L'ARS Corse ou Occitanie,
- La préfecture du siège de la SSE,
- La préfecture de zone,
- Le CORRUSS.

La mobilisation et le transport sont réalisés par le SAMU détenteur du PSM selon ses procédures, dans le délai imparti.

Les mouvements des PSM sont référencés et mis à jour dans l'application SIGeSSE

Mobilisation des respirateurs OSIRIS

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- Les établissements de santé de la région.

Les respirateurs OSIRIS

Les respirateurs OSIRIS 3 sont des moyens tactiques déployés par le niveau national et pré positionnés sur les établissements de santé sièges de SAMU.

Ces appareils individuels permettent la prise en charge de patients adultes et enfants pour des urgences, du transport, du transfert intra-hospitalier et du réveil post-opératoire.

Sur la région Paca, les respirateurs OSIRIS 3 sont répartis de la façon suivante :

DÉPARTEMENT	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	NOMBRE
04	Centre Hospitalier DIGNE-LES-BAINS	5
05	Centre Hospitalier GAP	4
06	Centre Hospitalier Universitaire NICE	234*
13	Assistance publique des hôpitaux de Marseille	264*
83	Centre Hospitalier Intercommunal TOULON LA SEYNE	34
84	Centre Hospitalier AVIGNON	18
Total Paca :		559

* 200 respirateurs supplémentaires fournis à Nice et l'APHM sont une dotation de renfort zonal

Mobilisation des respirateurs OSIRIS 3

Les respirateurs OSIRIS 3 sont destinés à une mobilisation :

- À proximité immédiate du lieu d'un évènement ;
- Dans le cadre du dispositif ORSAN et sur validation de l'ARS, pour renforcer les établissements de santé.

Le principe de mobilisation des respirateurs OSIRIS 3 repose sur **plusieurs scénarii possibles** :

Cas n°1 : Mobilisation des respirateurs OSIRIS 3 par l'établissement de santé détenteur pour son propre usage.

L'établissement peut les mobiliser pour son propre usage dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) sans demande particulière. Il informera simplement le SAMU de département et l'ARS Paca.

Cas n°2 : Mobilisation des respirateurs OSIRIS 3 au profit d'un autre établissement de la région ou d'un site pré-hospitalier de SSE.

Le SAMU ou l'ES impacté par la SSE contacte le SAMU régional et l'ARS Paca.

La décision de mobilisation est prise par le SAMU régional et le directeur de l'ES détenteur en concertation avec l'ARS PACA.

Le SAMU régional informe le directeur de garde de l'établissement détenteur des dispositifs mobilisés.

L'ARS Paca informe la préfecture du siège de l'évènement et le CORRUSS.

La mobilisation et le transport sont réalisés par le SAMU détenteur des respirateurs mobilisés.

Cas 3 : Mobilisation de respirateurs détenus en dehors de la région, si les matériels sont insuffisants au sein de la région

Le SAMU du département impacté par la SSE contacte le SAMU de zone et l'ARS de zone.

La décision de mobilisation est prise par l'ARS de zone en concertation avec le SAMU de zone et l'ARS de renfort, en se basant sur le plan zonal de mobilisation des moyens sanitaires de la zone de défense Sud.

L'ARS de zone informe le SAMU demandeur et le SAMU détenteur.

Le SAMU détenteur des respirateurs informe :

- Le SAMU demandeur de l'envoi des respirateurs à son profit (précision heures de départ et d'arrivée estimées).
- Son directeur de garde de la mise à disposition des respirateurs.

L'ARS Paca informe la préfecture de zone, le CORRUSS et l'ARS Corse ou Occitanie.

La mobilisation et le transport sont réalisés par le SAMU détenteur des respirateurs mobilisés.

Les moyens complémentaires potentiellement nécessaires :

- De l'oxygène.
- Les matériels indispensables associés : ballon auto-remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) adulte, BAVU enfant, tuyau annelé et tuyau pour relier à la bouteille d'oxygène.

Il convient de noter que le traitement de l'exposition à des produits suffocants (chlore, phosgène, méthyisocyanate-MIC, ammoniac, acide chlorhydrique...) repose essentiellement sur **l'oxygénothérapie en pression positive**. Dans une telle situation il conviendrait donc de mobiliser très rapidement des stocks d'oxygène, qui peuvent être utilisés en ventilation spontanée pour les cas les moins graves et sous forme de respiration contrôlée en pression positive pour les autres.

Contraintes de mobilisation et d'utilisation

Le transport des respirateurs OSIRIS 3 ne nécessite pas de précautions particulières sauf en ce qui concerne les obus d'oxygène associés.

Il n'existe pas à ce jour de moyens logistiques spécifiques à la mobilisation des respirateurs OSIRIS. Pour autant, ils doivent pouvoir être acheminés via les moyens logistiques dédiés aux PSM.

Mobilisation des vecteurs sanitaires

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- Les établissements de santé de la région.

La mobilisation des SMUR

Les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont des unités mobiles chargées d'intervenir (après régulation par le SAMU) sur les lieux où un patient nécessite une prise en charge urgente. Le SMUR assure la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport du patient en situation d'urgence médicale vers un établissement de santé.

Le SMUR est composé d'une équipe médicale, d'un véhicule et du matériel nécessaire pour des prises en charge de victimes (matériel de réanimation complet).

L'équipe médicale regroupe un médecin urgentiste (avec un anesthésiste et un pédiatre selon les besoins), un conducteur d'ambulance et un infirmier (parfois infirmier anesthésiste).

Sur la région Paca, les SMUR sont répartis de la façon suivante :

Vecteurs SMUR			
Localisation	VRM	AR Adultes	AR Pédiat/néonatal
04	4	0	0
05 (*)	5	0	0
06	9	5	1
13	5	13	2
83	10	3	0
84 (*)	7	4	0

(*) le VRM du CH Sisteron est rattaché au département 05

(*) Le SMUR de Pertuis est rattaché au département 84

La liste des SMUR de la région PACA est détaillée en annexe 5.

La mobilisation de SMUR au sein d'un département est assurée par le SAMU territorialement compétent (l'un des six SAMU départementaux ou le SCMM).

La mobilisation de SMUR extra départementaux nécessite l'intervention du SAMU 13 qui est le SAMU régional et de zone de défense Sud.

La recherche de ressources en SMUR extra-départementaux répond à une logique de cercles concentriques autour de la zone impactée par la SSE. Dans ce cadre, le SAMU 13 va réaliser ses recherches dans l'ordre suivant :

1. SMUR des départements limitrophes au sein de la région PACA ;
2. SMUR des autres départements de la région PACA ;
3. SMUR situés hors PACA au sein de la zone de défense Sud (SMUR Occitanie).

Dans ce cadre, le préfet de zone peut, en coordination avec l'ARS de zone, déclencher le Plan zonal de mobilisation (PZM). Le SAMU de zone coordonne l'engagement des moyens. En outre, il assure la coordination des hélicoptères sanitaires des SMUR (Héli-SMUR) en lien avec l'état-major de zone.

4. SMUR situés hors de la zone de défense Sud (SMUR hors PACA, Corse et Occitanie).

En pratique :

- Le SAMU territorialement compétent sollicite l'appui du SAMU 13.
- Le SAMU 13
 - o En lien avec le SAMU du territoire impacté, identifie les besoins ;
 - o Réalise un état des lieux des moyens disponibles sur le territoire ;
 - o Décide de la mobilisation d'un ou plusieurs SMUR ;
 - o Demande la projection du ou des SMUR concernés aux SAMU détenteurs.
 - o Informe le SAMU demandeur de l'envoi de moyens,
 - o Informe l'ARS de zone.
- L'ARS de zone informe
 - o Le cas échéant, l'ARS Occitanie,
 - o L'EMIZ,
 - o Le CORRUS.
- Les moyens sont acheminés par leurs détenteurs et les équipes se mettent à la disposition du SAMU receveur.

Mobilisation des moyens héliportés

Les héli-SMUR sont des unités mobiles hospitalières SMUR, dont les vecteurs sont des hélicoptères. Se trouvent réglementairement à leur bord : le personnel navigant et une équipe médicale SMUR composée au moins d'un médecin urgentiste et d'un infirmier diplômé d'état.

Sur la région Paca, les héli Smur sont répartis de la façon suivante :

Hélicoptères (Héli-SMUR)				
Localisation	Nombre	Nom	Spécificités	Amplitude de vol
04	0	NC	NC	NC
05	1	EC135 T2	Patins	Jour aéronautique
06	1	EC145 T2	Flottabilité	Jour aéronautique
13	1	EC145 T2	Flottabilité	H24
83	1	EC135 T2	NC	Jour aéronautique
84	1	EC135 T2	NC	Jour aéronautique

Doctrine d'emploi des hélicoptères dans le cadre de l'aide médicale urgente :

1. Leur mission est exclusivement sanitaire et relève du service public hospitalier. Leur positionnement est hospitalier. Ils sont déclenchés par la régulation médicale du Samu Centre 15. C'est un des moyens d'assurer le Juste Soins en moins de 30 minutes.
2. Ils ne sont pas dévolus à des missions de sauvetage et secours.
3. Les transports hélicoptés sont préconisés pour toutes les pathologies pour lesquelles le facteur temps a un véritable impact sur la prise en charge médicale et thérapeutique. Ils permettent un accès rapide à une équipe médicale spécialisée en Médecine d'Urgence et/ou à un établissement de soins possédant le plateau technique le plus adapté.
4. Pour les transferts inter-hospitaliers médicalisés, une estimation du temps global de la mission prenant en compte les délais d'acheminement de la machine, de prise en charge, de mise en condition, d'éventuel relais en ambulance terrestre et du temps de vol doit être réalisée systématiquement. Une coordination globale des transferts inter-hospitaliers doit être mise en place au niveau territorial.

La mobilisation des héli Smur au sein d'un département est assurée par le SAMU territorialement compétent.

La mobilisation des héli Smur extra départementaux nécessite l'intervention du SAMU 13 qui est le SAMU régional et de zone de défense Sud.

En pratique :

- Le SAMU territorialement compétent sollicite l'appui du SAMU 13.
- Le SAMU 13 :
 - o En lien avec le SAMU du territoire impacté, identifie les besoins ;
 - o Réalise un état des lieux des moyens disponibles sur le territoire ;
 - o Demande au SAMU de rattachement de l'héli Smur, sa projection sur le site de la SSE,
 - o Informe le SAMU demandeur de l'envoi de moyens,
 - o Informe l'ARS de zone.
- L'ARS de zone informe :
 - o Le cas échéant, l'ARS Corse et / Occitanie,
 - o L'EMIZ,
 - o Le CORRUSS.
- Les moyens sont acheminés par leurs détenteurs et les équipes se mettent à la disposition du SAMU receveur.
- Chaque hélicoptère effectuant des missions sanitaires doit être joignable à la fois par le SAMU de départ et le SAMU de l'ES de destination.

Une attention particulière doit être portée sur la mobilisation des hélicoptères. En effet, lorsqu'un nombre significatif de moyens aériens est appelé à intervenir dans un même secteur, un dispositif de déconfliction (ensemble des mesures prises pour éviter tout accident) entre

les aéronefs susceptibles d'évoluer dans un espace aérien restreint est alors mis en place : disposition générale ORSEC C3D, ordre zonal d'opération relatif à la coordination et à l'optimisation des moyens aériens en cas de crise (OZO C3D). L'utilisation en phase réflexe des moyens aériens sanitaires par le ou les SAMU impactés et limitrophes n'est néanmoins pas subordonnée à la mise en place de ce dispositif. La mobilisation de ces vecteurs peut également s'effectuer dans le cadre du transport d'équipes chirurgicales (aller) et l'évacuation secondaire des victimes (retour). Dans ce cadre, l'engagement d'un certain nombre d'hélicoptères extrarégionaux ne peut s'effectuer qu'après la réponse immédiate.

Mobilisation des transporteurs sanitaires privés

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Les ATSU (Association des transports sanitaires urgents), les plus représentatives de chaque département ;
- Les entreprises de transports sanitaires privés de la région.

L'alerte des transporteurs sanitaires privés

L'ARS adresse un message d'alerte à l'ATSU du département concerné l'informant :

- De la situation sanitaire exceptionnelle et des mesures de gestion ;
- Du déclenchement du volet AMAVI de l'ORSAN ;
- De la nécessité de se tenir prêts à une mobilisation en vue de l'organisation de transports sanitaires.

L'ARS met en copie de cet envoi (à titre d'information uniquement) les fédérations départementales.

L'ATSU diffuse sans délai le message d'alerte aux entreprises de transport sanitaire privées de la nécessité d'une mobilisation potentielle à venir.

La mobilisation pour des transports sanitaires urgents

Il s'agit de transports du lieu de l'évènement vers les établissements de santé.

L'ARS :

- En lien avec le ou les SAMU, évalue les besoins de transports sanitaires.
- Prend l'attache de l'ASTU afin de déterminer les capacités de mobilisation des transporteurs sanitaires à H0, H1 et H3.

L'ATSU prend l'attache des transporteurs sanitaires privés du territoire pour déterminer les capacités de mobilisation des transporteurs sanitaires à H0, H1 et H3 et adresse un point à l'ARS.

L'ARS :

- En lien avec le ou les SAMU, confirme à l'ATSU les besoins de transports urgents.

- Prend le ou les arrêtés préfectoraux nécessaires à la mobilisation des transporteurs sanitaires privés identifiés (réquisition à établir en cas de manque de volontaires).

L'ATSU informe les transporteurs sanitaires identifiés pour une mobilisation.

Le SAMU en charge de la régulation, mobilise les transporteurs sanitaires identifiés avec l'appui du coordonnateur ambulancier, le cas échéant.

La mobilisation pour des transports sanitaires inter-hospitaliers

Il s'agit de transports inter-hospitaliers destinés à libérer des places dans les établissements de santé de première ligne.

L'ARS :

- En lien avec le ou les SAMU, ainsi qu'avec les établissements de santé de première ligne, évalue les besoins de libération de places. L'évaluation effectuée par les établissements doit faire la distinction entre :
 - Les transferts inter-hospitaliers hors art.80 (patient non hospitalisé = SAU) ;
 - Les transferts inter-hospitaliers art.80 (patient hospitalisés).
- Prend l'attache de l'ATSU afin de déterminer les capacités de mobilisation des transporteurs sanitaires à H0, H1 et H3.

L'ATSU prend l'attache des transporteurs sanitaires privés :

- Sous contrat art.80 avec les ES de 1^{ère} ligne du territoire pour déterminer leur capacité de mobilisation à H0, H1 et H3 pour effectuer les transferts inter-hospitaliers en art.80 ;
- Du territoire pour déterminer leur capacité de mobilisation à H0, H1 et H3 pour effectuer les transferts inter-hospitaliers hors art.80 (SAU) ;
- Adresse un point global des capacités de mobilisation à l'ARS.

L'ARS :

- En lien avec le ou les SAMU, ainsi qu'avec les établissements de santé concernés par les transferts inter-hospitaliers, confirme à l'ATSU les besoins de transports.
- Prend le ou les arrêtés préfectoraux nécessaires à la mobilisation des transporteurs sanitaires privés-sous contrat art.80, ou en cas d'absence de volontaires.

L'ARS informe les entreprises de transport sanitaire identifiées pour une mobilisation, et mets l'ATSU en copie de l'information faite à l'entreprise.

Les établissements de santé de première ligne mobilisent les entreprises de transport sanitaire identifiées pour réaliser les transports inter-hospitaliers.

L'organisation de l'accueil des victimes en établissement de santé

Tout établissement de santé doit mettre en place une organisation interne structurée pour lui permettre de répondre à un évènement AMAVI et donc de recevoir des victimes régulées par le SAMU ou se présentant spontanément.

Ainsi, la réponse minimale attendue pour chaque établissement est de pouvoir :

- Accueillir et prendre en charge un nombre important de blessés non régulés avant éventuellement leur transfert vers des établissements spécialisés ;
- Gérer l'aval des urgences

Lors de la survenue de ce type d'évènement, le directeur d'établissement ou le directeur général de l'ARS décide de l'activation du niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (PGTHSSE) et en assure le pilotage en s'appuyant sur une Cellule de Crise Hospitalière (CCH). Ainsi dès la réception de l'alerte la mise en place du volet AMAVI du PGHTSSE de l'établissement doit avoir lieu.

Cette organisation doit inclure :

- **La constitution de la Cellule de Crise Hospitalière**
- **L'organisation d'une zone d'accueil et de tri des victimes** : Le triage devant permettre d'orienter chaque victime vers le secteur de prise en charge adapté au sein de l'établissement
- **La mise en place des procédures d'enregistrement administratif et de recensement dans le logiciel SI-VIC**
- **L'organisation de circuits de prises en charge** permettant l'accueil des victimes en distinguant des zones dédiées à la prise en charge des Urgences Absolues, des Urgences Relatives et des Impliqués.
- **L'anticipation et l'accélération des transferts de patients** ne relevant pas de l'évènement vers les unités d'hospitalisation
- **Une zone d'accueil des familles et des proches dédiée**
- Si l'évènement le nécessite, **l'activation du plan de sécurisation d'établissement (PSE)**
- Si l'évènement le nécessite, **lancer la procédure de mobilisation et de rappel des personnels**
- **La communication avec l'ARS et le SAMU** départemental du point de situation
- La mise en place de **procédures pour la gestion et l'approvisionnement en dispositifs médicaux et chirurgicaux**
- **La mise à jour du capacitaire réel** actuel et sa transmission sur le ROR (utilisation ensuite via SI ORSAN)
- **L'organisation des communications internes et externes**

- **L'organisation**, en lien avec le SAMU et l'ARS, **des transferts secondaires**

Un dispositif de prise en charge médico-psychologique des blessés hospitalisés et des équipes impliquées est également nécessaire.

En post crise, un retour d'expérience (Retex) devra également être organisé.

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Les établissements de santé ;
- Les SAMU.

L'organisation de l'accueil des victimes

Lors d'un événement majeur à cinétique rapide (attentats, accidents collectifs, etc.), les premières victimes peuvent très rapidement arriver de manière régulée ou spontanément et les services d'accueil des urgences peuvent très vite être dépassés.

Aussi, en cas d'AMAVI, un circuit dédié d'accueil des victimes régulières et non régulières dans les établissements de santé doit très rapidement être mise en place.

Ce circuit, propre à chaque établissement, s'inspire de l'organisation pré hospitalière du poste médical avancé (PMA) pour permettre :

- L'accueil,
- L'identification et l'enregistrement (notamment dans l'outil SIVIC qui permet l'élaboration du bilan victimaire et l'information des proches des victimes),
- Le triage des victimes (voir la FT02 relative au triage médico-chirurgical),
- La prise en charge différenciée des EU, UA et UR,
- L'organisation, en lien avec le SAMU territorialement compétent, de transferts de patients non régulés vers des établissements de santé dotés de plateaux techniques plus adaptés.

Il doit inclure également l'accueil des impliqués, des familles et des proches, ainsi que des médias, en identifiant pour chacune de ces catégories des espaces distincts.

Concernant les familles, l'accueil doit être organisé dans des locaux dédiés et formalisé, en prévoyant la mise en œuvre d'un soutien médico-psychologique en mobilisant les ressources existantes de l'établissement receveur et l'appui de la CUMP. Un accueil téléphonique renforcé et dédié au sein de l'établissement de santé doit également être mis en place. Ce dispositif doit s'articuler avec les dispositifs mis en place par les services de l'Etat et notamment :

- la cellule d'information du public (CIP) activé par la préfecture ;
- le centre d'accueil des familles (CAF) activé par la préfecture pour permettre un accueil physique des victimes, de leurs familles, ainsi que des personnes à la recherche d'un proche ;
- pour les événements les plus dimensionnant, la cellule nationale interministérielle d'information du public et d'aide aux victimes (C2IPAV).

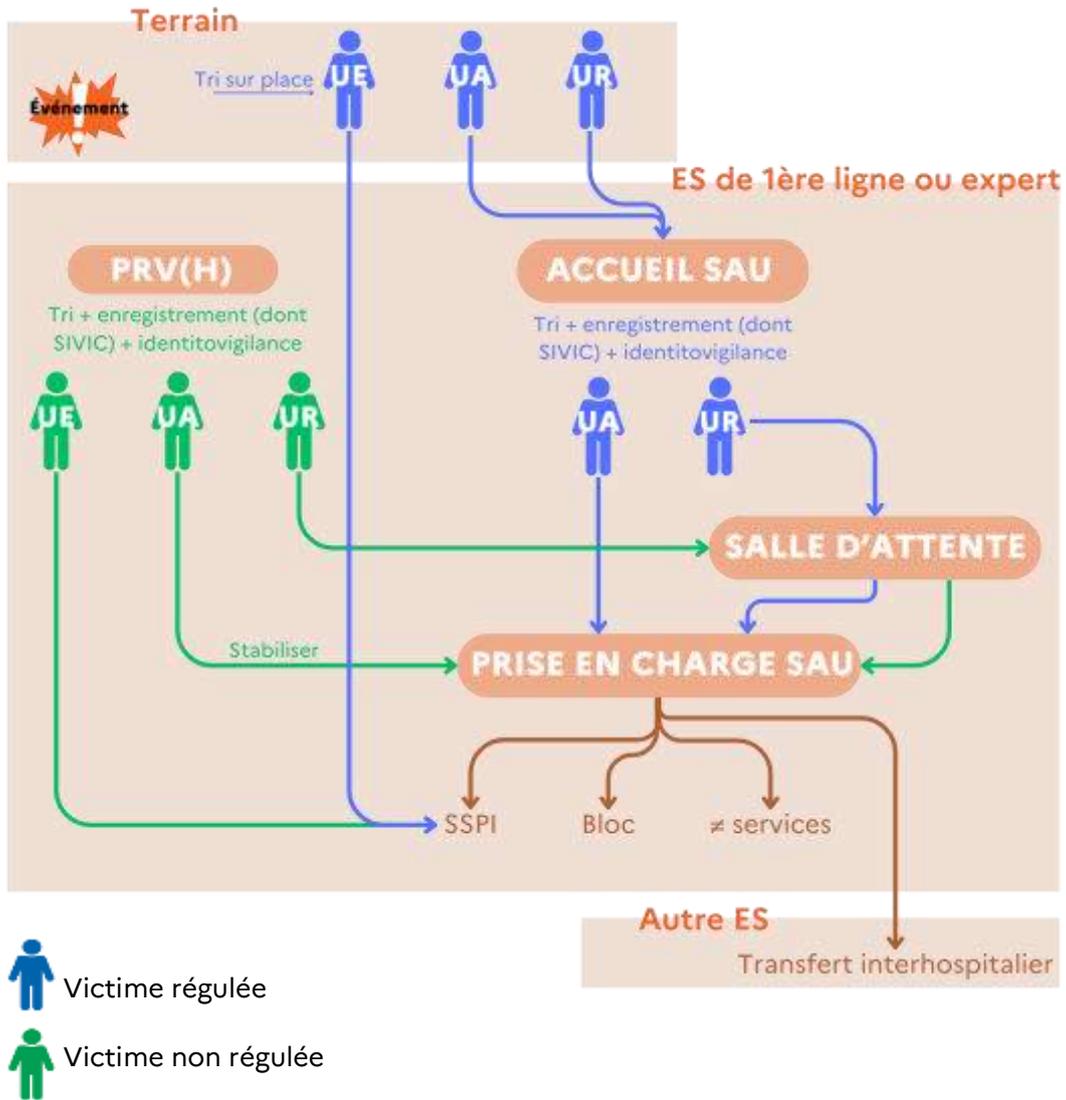
A noter, si les dispositifs étatiques d'information des familles n'ont pas été activés et que des familles et proches se présentent à l'hôpital, l'établissement devra alerter l'ARS qui prendra l'attache des autorités compétentes pour mettre en place ces circuits d'information dédiés aux familles et aux proches.

Cette organisation doit être la plus efficace possible afin de ne pas retarder la prise en charge des patients. En outre :

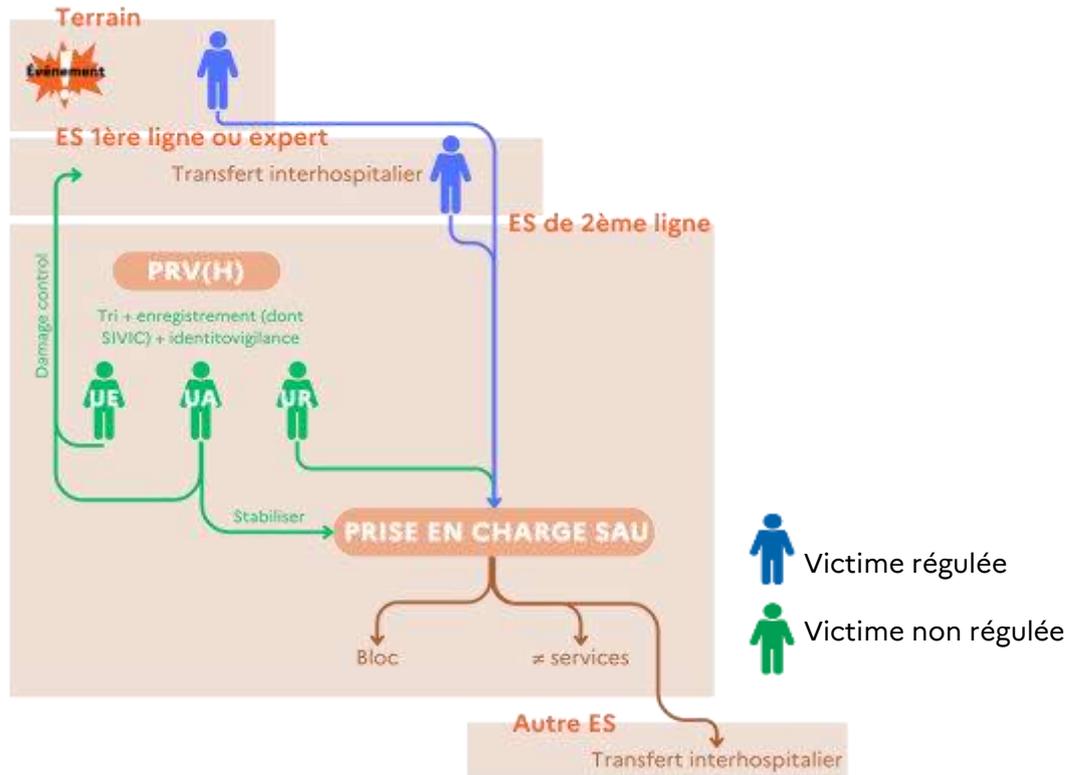
- Les locaux identifiés peuvent être ceux du SAU ou d'autres locaux facilement activables, accessibles et équipés de fluides médicaux.
- Une signalétique adaptée doit être mise en place.
- Les ressources logistiques et dispositifs médicaux doivent être opérationnels.
- Les effectifs nécessaires à l'armement du circuit doivent être déterminés en amont et les personnels formés :
 - o Des équipes médicales multidisciplinaires (urgentistes, anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, radiologues) et paramédicales entraînées à la prise en charge optimale de blessés graves (traumatique ou balistique),
 - o Des personnels en charge des étapes administratives d'accueil et d'enregistrement en nombre suffisant afin de fluidifier au maximum le parcours administratif des patients.

Les trois schémas ci-dessous proposent une organisation différenciée en fonction du type d'établissement de santé concerné : première ligne expert ou non, deuxième ligne, réponse minimale. Une distinction est établie entre victimes régulées (en bleu) et non régulées (en vert).

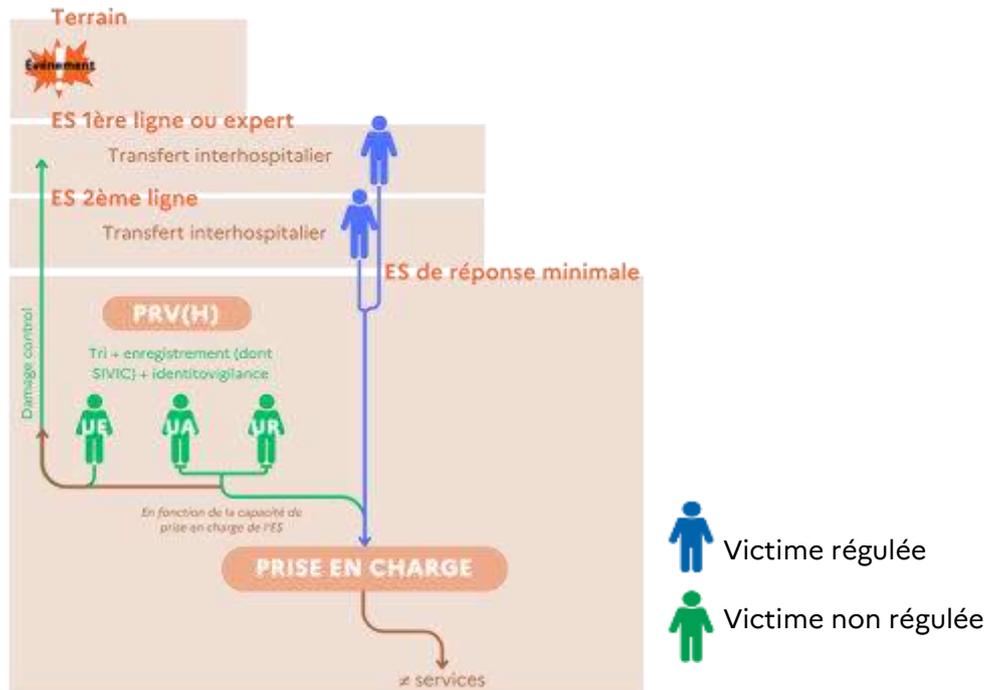
• ORGANISATION DE L'ACCUEIL DES VICTIMES EN ES EXPERT/DE 1ERE LIGNE



• ORGANISATION DE L'ACCUEIL DES VICTIMES EN ES DE 2^{EME} LIGNE



• ORGANISATION DE L'ACCUEIL DES VICTIMES EN ES DE REPONSE MINIMALE



Les filières de prise en charge AMAVI

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- Les établissements de santé de la région.

Règles d'orientation des victimes en Paca

En cas d'AMAVI, les règles d'orientation des victimes vers les différentes filières de prise en charge sont les suivantes :

<p>Chirurgies spécialisées</p>	<p>Main, réparatrice, vasculaire, embolisations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers le site autorisé de proximité, • Si indisponible, orientation vers le site autorisé le plus proche géographiquement, • En cas d'absence de place sur tous les sites autorisés, retour sur le site de proximité et le patient sera accepté en surnombre.
<p>Réanimation polyvalente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appel du plateau technique de proximité, si celui-ci est indisponible, appeler les services équivalents de proximité. • Préférer les réanimations hors recours spécialisé si peu de place sont disponibles. • En concertation avec le SAMU zonal, si aucune place n'est disponible : réaliser une recherche dans les départements limitrophes après avis du SAMU du département limitrophe. • Si aucune possibilité de prise en charge : le patient est hébergé dans le service des urgences de proximité le plus adapté à son état. Le médecin régulateur du SAMU alerte : le directeur de garde de l'ES siège du SAMU, l'astreinte de l'ARS et rédige une fiche d'évènement indésirable sur le ROR.
<p>Réanimation pour affections respiratoires sévères et cardiaques (CEC, ECMO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers la réanimation médicale de l'Hôpital Nord. • Orientation vers le service de chirurgie cardiaque de l'Hôpital de la Timone. • Orientation vers le CHU Nice
<p>Prise en charge traumatisme sévère (si <1h, prise en charge dans trauma center)</p>	<p>Toujours mettre en balance le bénéfice / risque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choc hémorragique et /ou causes curables : Orienter vers l'ES de proximité adapté et formé au damage control chirurgical. • Orientation vers le service de réanimation de L'ES référent prévu : <ul style="list-style-type: none"> ○ Hôpital Nord – Département 13

	<ul style="list-style-type: none"> ○ HIA Saint Anne – Département 83 ○ CHU de Nice – Département 06 • Le réanimateur organise la prise en charge du patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ Directement en réanimation ○ En passant par les urgences ○ Procédures d’urgences : directement au bloc ou en salle de réveil • Autres possibilités : <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientation vers la réanimation Hôpital de la Timone et HIA Laveran – Département 13 ○ OU, la réanimation Hôpital privé Clairval – Département 13 ○ Si aucune place n’est disponible : orienter pour prise en charge en surnombre sur l’ES en fonction du secteur. • Hors du département ou hors de la région : passer par le SAMU du département concerné ou par la coordination régionale.
<p>Prise en charge pédiatrique (trauma center)</p>	<p>Pour les enfants de moins de 30 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d’une prise en charge pédiatrique spécifique. • Prendre en compte l’importance des caractéristiques physiologiques telles que la faible volémie sanguine. <p>Pour les enfants de plus de 30 kg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de prise en charge par les équipes adultes. • Ressources en soins pédiatriques : • Rareté relative des ressources pré hospitalières ou hospitalières pédiatriques. • Concentration élevée des équipes d’anesthésie et de chirurgie pédiatriques dans un nombre limité d’établissements. <p>Interventions chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préférence pour l’intervention d’un chirurgien pédiatrique et d’un anesthésiste pédiatrique. • Possibilité de déploiement par hélicoptère d’une équipe pédiatrique si nécessaire. <p>Prise en charge affective :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de prendre en compte le degré d’affectivité et le ressenti des soignants non habitués aux patients pédiatriques. <p>Prise en charge pré-hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régulation initiale par les SAMU compétents et coordination par le SAMU de zone. • Engagement des équipes médicales adultes équipées avec des trousse pédiatriques dès le début de l’évènement. • Déploiement pour appui d’une équipe SMUR pédiatrique pour les enfants les plus jeunes, tout en maintenant une couverture pédiatrique pour les interventions habituelles. • Présence d’un référent pédiatrique au tri sur site pour la mise en condition des patients pédiatriques.

	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des SMUR pédiatriques pour doubler les équipes. • Evacuation rapide des Unités d'Admission (UA) vers les Établissements de Santé (ES) pour la chirurgie après tri. <p>Prise en charge hospitalière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants de moins de 30 kg en UA sont pris en charge par des réanimateurs pédiatriques avec un équipement pédiatrique minimal. <p>Prise en Charge (PEC) proche des centres spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation préférentielle des UA et des victimes de moins de 3 ans vers des sites pédiatriques spécialisés. <p>Deux centres spécialisés existent en PACA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A l'APHM site Timone – Département 13 • Aux Hôpitaux pédiatriques Lentral (Nice) – Département 06
<p>Prise en charge Des brûlés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appel des services des brûlés de proximité de la région : demande de conseil sur la prise en charge et l'orientation du patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si patient Adulte : orientation vers la Conception et l'HIA Saint Anne ; ○ Si patient Enfant (< 5 ans): orientation vers l'Hôpital de la Timone. • Si pas de place disponible, le SAMU 13 : <ul style="list-style-type: none"> ○ Appelle les établissements de la région occitanie ; ○ Appelle les établissements des autres zones de défense ; ○ Si pas de place rappel de l'ES de proximité pour prise en charge transitoire et réorientation le lendemain vers un centre de brûlé national ou européen.
<p>Prise en charge chirurgie cardiaque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Appel de la réanimation cardio chirurgicale autorisée de proximité ; • Principales structures de chirurgie cardiaque : <p>Département du 13 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hôpital de la Timone ; ➤ CHP Clairval ; ➤ CH Saint Joseph. <p>Département du 06 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Institut Arnaud Tzanck. <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre cardio thoracique de Monaco • En cas d'indisponibilité ou de délai trop long pour le patient, prise en charge au bloc de spécialité autorisé de proximité en surnombre.
<p>Prise en charge péri-natalité régulée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En heures ouvrables, par le réseau de péri natalité.

	<ul style="list-style-type: none">• Hors heures ouvrables, c'est le SAMU demandeur qui trouve la place, il peut demander les disponibilités au SAMU 13.• Mise en balance en fonction de la proximité et du niveau de prise en charge.• En cas d'indisponibilité, le patient est orienté vers l'ES de proximité, y compris en surnombre, pour prise en charge transitoire et réorientation le lendemain.
--	---

Gestion des capacités de prise en charge hospitalière

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- L'établissement de santé de référence régional AMAVI (CHU de Nice) ;
- Les établissements de santé 1^{ère} ligne, 2^{ème} ligne et réponse minimale.

Les capacités de prise en charge hospitalière

Le SAMU territorialement compétent est en charge de la répartition des victimes vers les établissements de santé de son département. Le choix de l'établissement d'accueil se fonde sur l'adéquation entre l'état de la victime, les capacités d'accueil et de soins et le plateau technique disponible.

Le placement des victimes doit s'appuyer sur les bonnes pratiques fondamentales et prendre en compte les différents types de filières de prise en charge (cf. fiche filières de prise en charge).

En cas de SSE générant un afflux massif de victimes et relevant donc d'une cinétique rapide, les SAMU doivent disposer sans délai des capacités de prise en charge hospitalière disponibles.

Deux niveaux d'informations sont attendus pour chaque établissement de santé :

- En amont de l'évènement, les capacités plancher de prise en charge, c'est-à-dire les capacités minimales théoriques d'accueil d'urgences absolues et urgences relatives d'adultes et enfants à T0, T1 et T3 (cf. annexe 6).
- Dès le déclenchement de la SSE, les capacités de prise en charge réelles d'accueil d'urgences absolues et urgences relatives d'adultes et enfants (au vu du taux d'occupation des lits, des possibilités de sorties de patients stabilisés et des ressources humaines mobilisables) à T0, T1 et T3.

La stratégie de gestion des capacités de prise en charge hospitalière

1/ Au fil de l'eau, tout au long de l'année, l'ARS actualise l'état des lieux des capacités de prise en charge hospitalière par établissement de santé de la région, afin de disposer d'une base plancher fiable. Il s'agit de disposer, pour chaque établissement, des capacités minimales

théoriques d'accueil d'urgences absolues et urgences relatives d'adultes et enfants à T0, T1 et T3.

Pour ce faire, les établissements de santé doivent faire remonter à l'ARS PACA toute modification de l'annexe 6 relative au capacitaire de la région.

L'ARS PACA se charge de la diffusion de la version actualisée aux SAMU de la région.

2/ Le SAMU territorialement compétent, dès le déclenchement de la SSE :

- Réalise une analyse de la SSE et une évaluation du nombre d'UA / UR ;
- Réalise un état des lieux des capacités réelles (et non plancher) de prise en charge hospitalière disponibles à T0, T1 et T3 sur son département (blocs, réanimation, USC-USCI, salle de réveil, chirurgie, MCO, pédiatrie).
- Au vu des éléments analysés, il évalue la capacité de gestion de la SSE en intra départemental et le besoin ou non d'appui du SAMU Zonal.
- Si la SSE peut être gérée en intra –départemental, le SAMU impacté :
 - Oriente les victimes vers les ES de son territoire.
 - Crée un évènement SIVIC, utilise SI ORSAN et communique via SI SAMU
- Si la SSE dépasse les capacités de gestion du département, le SAMU impacté :
 - Alerte le SAMU 13 et l'ARS PACA du dimensionnement de la crise.
 - Crée un évènement SIVIC, utilise SI ORSAN et communique via SI SAMU

3/ Le SAMU 13 (SAMU de zone), en cas de dépassement des capacités départementales :

- Réalise, avec l'appui des SAMU de la zone, un état des lieux des capacités réelles (et non plancher) de prise en charge hospitalière disponibles à T0, T1 et T3 sur le territoire.
- Au vu des éléments analysés, il oriente les victimes vers les ES du territoire.
- Il informe les ES concernés.

4/ L'établissement de santé :

- Réalise un état des lieux initial des capacités réelles (et non plancher) de prise en charge hospitalière à T0, T1 et T3.
- Actualise les données relatives à ses capacités réelles de prise en charge hospitalière au fil de la montée en puissance de son dispositif de réponse.
- Organise la déprogrammation d'interventions et la libération de lits (blocs, réanimation, USC- USCI, salle de réveil, chirurgie, MCO, pédiatrie).
- Évalue les besoins de transferts à réaliser vers d'autres établissements de santé.
- Sollicite l'appui de l'ARS PACA pour l'organisation de transferts inter-hospitaliers de patients.
- Adresse des points de situation réguliers à l'ARS PACA.

5/ L'ARS PACA :

- En lien avec le ou les SAMU, évalue les besoins en disponibilités de lits (blocs, réanimation, USC- USCI, salle de réveil, chirurgie, MCO, pédiatrie) ;
- Demande aux ES de 1^{ère} ligne identifiés, la déprogrammation et la libération de lits (blocs, réanimation, USC- USCI, salle de réveil, chirurgie, MCO, pédiatrie) ;

- Facilite les transferts inter- hospitaliers des patients stabilisés vers les ES 2^{ème} ligne et réponse minimale (identification lits disponibles, mobilisation / réquisitions des transporteurs sanitaires privés).

Mobilisation des professionnels de santé libéraux

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Les URPS ;
- Les ordres professionnels départementaux et régionaux ;
- Les structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, CDS) ;
- Les professionnels de santé libéraux.

L'alerte des professionnels de santé libéraux

L'ARS adresse un message d'alerte aux URPS, ordres professionnels départementaux, ainsi qu'aux CPTS, centres de santé et maisons de santé, les informant :

- De la situation sanitaire exceptionnelle et des mesures de gestion ;
- Du déclenchement du volet AMAVI de l'ORSAN ;
- Des coordonnées du ou des PUMP ;
- Des conduites à tenir pour les professionnels de santé libéraux.

Les URPS, ordres professionnels départementaux et structures d'exercice coordonné diffusent sans délai le message d'alerte aux professionnels de santé libéraux.

Les structures d'exercice coordonné diffusent sans délai le message d'alerte aux professionnels de santé membres de la structure.

Conduite à tenir en cas de présentation spontanée de victimes

Les professionnels de santé libéraux peuvent être amenés à recevoir spontanément :

- Des victimes ;
- Des impliqués ;
- Des proches nécessitant une prise en charge médico-psychologique.

Les professionnels de santé libéraux doivent :

- Alerter le SAMU de leur département et l'ARS de ces arrivées spontanées.
- Prodiguer les soins d'urgence.
- En lien avec le SAMU, orienter les patients vers un établissement de santé en fonction de leur état clinique initial.
- Orienter les patients vers un PUMP.

- Relayer les consignes de l'ARS à leurs patients.

Mobilisation des professionnels de santé libéraux

Les professionnels de santé libéraux peuvent être sollicités par l'ARS en vue d'une mobilisation :

- Soit pour apporter un soutien aux établissements de santé en limitant, en lien avec la régulation médicale, les hospitalisations de leur patientèle aux seules urgences qui ne peuvent être différées. Il peut notamment s'agir d'un élargissement des horaires d'ouverture des cabinets libéraux.
- Soit pour renforcer la prise en charge en établissements de santé.
- Soit pour assurer la prise en charge secondaire et le suivi des patients en sortie d'hospitalisation, notamment anticipée dans un objectif de libération de places.

Mobilisation de gaz médical

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- Les établissements de santé de la région ;
- Les laboratoires pharmaceutiques producteurs de gaz médicaux.

Généralités

Les gaz à usage médical sont des produits de santé destinés à entrer en contact avec des patients, placés sous la responsabilité pharmaceutique. L'oxygène médicinal est un gaz à usage médical ayant le statut de médicament (AMM).

Au sein des établissements de santé, ce stock et son utilisation sont gérés par la pharmacie d'usage intérieur (PUI) de la structure (bouteilles et oxygène mural au sein des services ; dotation de bouteilles pour le SAMU).

Les gaziers sont des laboratoires pharmaceutiques producteurs de gaz médicaux. Les principaux gaziers sur la région PACA sont **AIR LIQUIDE, AIR PRODUCT, LINDE HEALTHCARE** et **SOL FRANCE**.

Mobilisation des gaziers

Les acteurs de proximité (hôpitaux, cliniques, pompiers, SAMU) disposent chacun d'un stock de gaz médicaux (essentiellement de l'oxygène) leur permettant d'assurer leurs missions habituelles ainsi que des pics d'activités ou des situations d'urgence.

En situation exceptionnelle, ce stock peut s'avérer insuffisant ou devoir être reconstitué rapidement afin d'être de nouveau opérationnel.

Dans ce cas, les acteurs de terrain contactent leur gazier habituel pour une livraison en urgence si cela a été contractualisé en amont. Les livraisons se font en général entre 12h et 24h.

En cas d'impossibilité par le gazier habituel de livrer des gaz médicaux, un autre gazier devra être sollicité.

La société **AIR LIQUIDE** approvisionne le **BMPM**, ainsi que l'**AP-HM**.

Son site de stockage se situe **avenue Emile Miguet 13220 Châteauneuf les Martigues**.

- L'APHM possède un stock au sein des hôpitaux de la Timone et de Nord d'environ 200 bouteilles (1m³) sur chaque site.
- Le BMPM au sein de la caserne de Plombière.

- Le SDIS 13 à Coudoux

L'ensemble de ces sites s'appuie à la fois sur son stock, ainsi que sur celui de la plateforme de Châteauneuf les Martigues d'AIR LIQUIDE.

Le délai de livraison en urgence d'AIR LIQUIDE est de 3h avec l'APHM, le BPPM et le SDIS 13.

Contact AIR LIQUIDE : 0810 12 26 04 (24h/24h, 7j/7)

La société **LINDE HEALTHCARE** approvisionne le **SDIS 83**, ainsi que le **SDIS 06**.

Son site de stockage se situe **route Nationale 202, 06670 la Roquette sur Var** (site de Baou Roux).

- Le SDIS 83 dispose dans ses locaux d'un stock d'urgence de 38 bouteilles d'oxygène d'1m3.
- Le SDIS 06 dispose dans les locaux du gazier à La Roquette sur Var d'un stock d'urgence de 50 bouteilles d'oxygène d'1m3.

Contact LINDE HEALTHCARE : 0810 421 000 (24h/24h, 7j/7) N° spécial plan NOVI : 0800 0800 18

La société **AIR PRODUCT** dispose d'un site de stockage de bouteilles d'oxygène sur la **ZI avenue Gustave Eiffel 13340 ROGNAC**.

Son stock sur site est d'environ 200 bouteilles d'1m3 et 100 bouteilles de 3m3.

Contact AIR PRODUCT : 0800 480 000, Choix n°2 (24h/24h, 7j/7)

La société **SOL FRANCE** dispose d'un site de stockage de bouteilles d'oxygène au **25 Rue d'Athènes 13127 VITROLLES**.

Son stock sur site est d'environ 250 m3 en bouteilles d'oxygène.

Contact SOL France : 0810 00 55 26 en dehors des heures ouvrées (aux heures ouvrées, il faut contacter l'agence de Vitrolles : 04 42 10 87 20).

Contraintes de mobilisation et d'utilisation

Les gaziers ne disposent pas nécessairement d'un stock de sécurité en emballages d'oxygène médicinal plein, mais d'un stock plein + vide prêt à être rempli sur l'ensemble de la France métropolitaine dans la mesure où les laboratoires gaziers sont capables de remplir et libérer des bouteilles d'O2 médicinal gazeux en moins de 24h.

Mise à disposition de produits sanguins labiles (PSL)

La présente fiche définit le mode opératoire pour les acteurs santé concernés par la mobilisation de produits sanguins labiles pour la prise en charge de patients en cas d'AMAVI. Elle vise à garantir la mise à disposition de PSL nécessaires dans les délais compatibles avec la prise en charge des victimes et dans le respect de la qualité et de la sécurité transfusionnelles.

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS Paca, dont les deux coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CRHST) ;
- L'Établissement Français du Sang (EFS national), Établissement de Transfusion Sanguine (ETS régional) Paca, Centre de Transfusion des Armées (CTSA) ;
- Le SAMU 13 (en tant que SAMU régional et zonal) ;
- Les SAMU départementaux ;
- Le SAMU de coordination médicale maritime ;
- Les établissements de santé de la région.

Les PSL

Trois types de produits sanguins labiles (PSL) sont à distinguer :

- Le concentré de globules rouges (CGR)
- Le plasma : le plasma frais congelé (PFC) et le plasma lyophilisé (PLYO)
- Le concentré plaquettaire (CP)

La mise à disposition de PSL

En cas de situation sanitaire exceptionnelle de type AMAVI, la procédure de mise à disposition de PSL se décline en 4 étapes.

1. La diffusion de l'alerte

- Le SAMU impacté par la SSE alerte immédiatement l'ARS.
- L'ARS alerte sans délai l'ETS PACA et demande la réalisation d'un état des lieux du stock global disponible de PSL. En l'absence du CRHST, la personne dédiée pouvant être capable de faire l'état des lieux des stocks régionaux des produits sanguins labiles est la direction de l'ETS.
- L'ETS :
 - Active sa cellule de crise régionale ;
 - Alerte la permanence administrative nationale ;

- Pré-alerte si besoin les autres ETS susceptibles d'être impactés par un transfert de victimes
- Pré-alerte les transporteurs de PSL pour l'approvisionnement des sites ETS
- Les établissements de santé, dans le cadre du déclenchement de leur PGTHSSE, informent directement la structure de délivrance ETS dont ils dépendent (ETS départemental le plus souvent).
De ce fait, chaque ES doit posséder dans son plan blanc les coordonnées actualisées du site ETS départemental. La relation entre les ES et l'ETS départemental se fait via les SAMU. L'ETS départemental possède en temps réel les stocks disponibles (aussi bien sur son site que sur les dépôts des divers ES du département).

2. L'évaluation des besoins en PSL

Le SAMU impacté par la SSE :

- Réalise un état des lieux des besoins de PSL (nombre d'UA / EU).
- Transmet l'estimation des besoins en PSL à l'ETS PACA et à l'ARS.

3. L'évaluation des stocks de PSL disponibles et mobilisables

L'ETS :

- Recense les PSL immédiatement disponibles sur les différents sites ETS et dépôts de sang
- Évalue les renforts nécessaires en PSL selon le ou les site(s) impacté(s).
- Met en œuvre d'éventuelles mesures conservatoires d'économie de PSL (retard de transfusions non urgentes)
- Évalue des renforts nécessaires en moyens humains et matériels (mise à disposition et transports de PSL)

4. La mobilisation de l'ETS PACA

L'ETS :

- Délivre / distribue les PSL en fonction des commandes
- Gère en continu le renfort de PSL des sites impactés
- Informe la cellule de crise nationale de l'EFS de ses besoins et organise le renfort éventuel en PSL

L'ARS :

- Informe l'ETS des transferts de victimes avec besoins transfusionnels vers les ES 1ère ligne et 2ème ligne.

Contraintes de mobilisation et d'utilisation

La mise à disposition de PSL en SSE doit tenir compte d'une série de contraintes :

- La disponibilité locale des PSL ;
- L'identification des victimes et la qualité / fiabilité des données transmises lors de la prescription ou de la commande ;
- Les délais de mise à disposition de PSL (notamment sur la problématique de la décongélation des PFC) ;
- L'acheminement logistique des PSL ;
- La préservation de la prise en charge transfusionnelle post- crise.

Mobilisation d'équipes et matériels de damage control

Qui ?

Sont concernés par la présente fiche :

- L'ARS PACA
- Le SAMU 13 (régional et de zone)
- Les SAMU départementaux et le SCMM
- L'ESR régional sur l'AMAVI

Le damage control

- Le damage control (DC) est une prise en charge globale, cohérente, multidisciplinaire d'un traumatisé grave depuis le préhospitalier jusqu'au bloc opératoire avec le souci constant de lutter contre les éléments de la triade létale : hypothermie, acidose, troubles de la coagulation. Il comprend le damage control resuscitation et le damage control chirurgical (ou damage control surgery).
- Le damage control s'appuie, d'une part, sur les acteurs de terrain capables d'effectuer des gestes d'hémostase externe et, d'autre part, sur une organisation basée sur le triage permettant de prioriser les blessés nécessitant une chirurgie urgente. La stratégie visant à optimiser l'évacuation dans un établissement adapté prend alors tout son sens.
- Le damage control doit être envisagé pour tout traumatisé grave avec peu d'inconvénients à être utilisé par excès. Il est particulièrement adapté à la prise en charge d'un afflux de blessés qu'il s'agissent de la phase initiale par le dispositif ORSEC ou pour les victimes se présentant spontanément devant un établissement de santé.
- La stratégie du **Damage control chirurgical** a pour objectif :
 - d'écourter le temps opératoire des patients, afin de pouvoir opérer un plus grand nombre de blessés et ainsi limiter et prévenir un phénomène de saturation ;
 - d'éviter l'épuisement physiologique du patient.

Elle s'articule autour de trois temps (chirurgie de damage control, restauration physiologique et chirurgie définitive) :

- Au cours du premier temps sont réalisés les gestes de damage control chirurgicaux à proprement parler. L'objectif de durée opératoire est de 60 minutes. Les gestes réalisés sont temporaires voire sommaires et visent essentiellement à réaliser l'hémostase, à contrôler le sepsis, à restaurer l'hématose et la vascularisation, à immobiliser les

membres et à prévenir l'engagement cérébral, sans fermeture définitive du champ opératoire. La philosophie est de privilégier la physiologie et l'homéostasie, au détriment d'une réparation anatomique exhaustive, pouvant être délétère chez des patients à charge traumatique élevée.

- Le second temps est celui de la réanimation, dont l'objectif est la correction des désordres physiologiques, essentiellement coagulopathie, acidose, hypothermie, hypocalcémie.
- Enfin, le troisième temps est réalisé à 24-48 heures, une fois le patient stabilisé, et vise à réaliser les gestes de réparation définitive qui, parfois, feront l'objet de plusieurs interventions successives.

Une fois le patient stabilisé, il convient de le transférer vers un autre établissement où le temps de chirurgie définitive peut être réalisé. Cela permet d'optimiser les capacités de prise en charge des patients par l'établissement initial.

Mobilisation d'équipes et de matériels de damage control

Mobilisation d'équipes et matériels de damage control.

- Différentes hypothèses de mobilisation de personnels et matériel de DC : dans quel cas, au profit de qui, quels matériels (kits ? pas kits ?)
- Modalités de mobilisation :

Qui demande ?

SAMU de département

Qui est l'autorité décisionnaire ?

SAMU 13

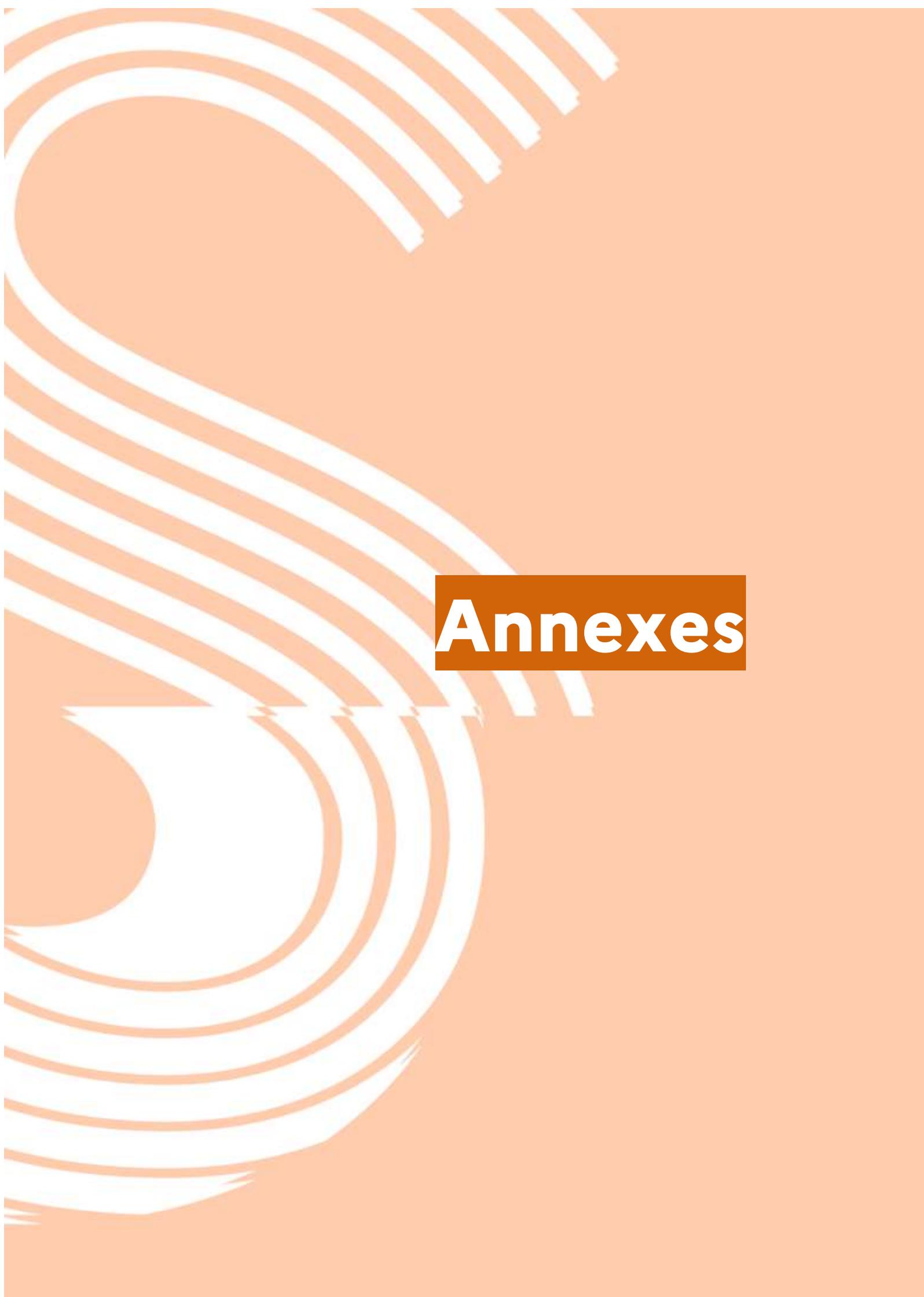
Qui mobilise ?

ES employeur de l'équipe DC

Qui transporte ?

ES employeur de l'équipe DC

Appui du SMUR local

The background features a series of white, curved, brushstroke-like lines that sweep across the left side of the page, creating a sense of motion and depth. The lines are set against a solid, light orange background. In the center-right, the word "Annexes" is displayed in a bold, white, sans-serif font, enclosed within a solid orange rectangular box.

Annexes

ANNEXE 1 : COORDONNÉES SAMU

ANNEXE EN DIFFUSION RESTREINTE

ANNEXE 2 : CLASSIFICATION DES ES

Les établissements de santé sont classés en quatre catégories :

Les ES de 1^{ère} ligne experts disposent d'une organisation structurée d'accueil et de prise en charge des blessés graves avec un plateau technique médico-chirurgical (adultes et enfants), radiologique, diagnostique et interventionnel avec le recours possible en permanence à un anesthésiste-réanimateur, un chirurgien et un radiologue interventionnel ; un SAU et une salle d'accueil des urgences vitales permettant de prendre en charge plusieurs patients simultanément ; un bloc opératoire permettant de disposer en urgence de plusieurs salles d'opération, du matériel opératoire adapté, ainsi que d'une procédure permettant la récupération et la stérilisation en continu des boîtes d'instruments chirurgicaux ; un laboratoire de biologie clinique en mesure de réaliser en permanence les examens biologiques urgents ; l'accès en permanence à des PSL en quantité nécessaires pour répondre aux objectifs de prise en charge des patients de l'ES.

Les ES de 1^{ère} ligne disposent d'une structure d'accueil des urgences H24 et d'un plateau technique chirurgical activable en urgence.

Les ES de 2^{ème} ligne disposent d'un plateau technique sans SAU H24. Il s'agit notamment des ES disposant de capacités chirurgicales avec une astreinte chirurgicale et d'anesthésiologie.

Les ES « réponse minimale » sont tous les autres ES ni de 1^{ère} ni de 2^{ème} ligne.

Ainsi, les ES de de la région sont classés de la manière suivante :

ALPES DE HAUTE PROVENCE (04)	
1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
CHI de Manosque	Clinique Toutes Aures (Manosque)
CH de Digne Les Bains	
3ÈME LIGNE	
CH Pierre Groues (Barcelonnette)	
EPS Ducélia de Castellane	
CHI Manosque site de Forcalquier	
CH de Riez	
EPS vallée de la Blanche (Seyne)	
Centre Hospitalier Intercommunal Alpes Sud site Sisteron	
Clinique Jean Giono (Manosque)	
Centre des Carmes (Aiglun)	
SMR l'eau vive (Turriers)	
Clinique Le Verdon - Inicéa (Gréoux Les Bains)	
CSSR Le Cousson (Digne Les Bains)	

HAUTES ALPES (05)	
1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
Centre Hospitalier des Escartons BRIANÇON	Polyclinique des Alpes du Sud GAP
Centre Hospitalier Intercommunal Alpes Sud <i>site de GAP</i>	
3ÈME LIGNE	
Centre médical La Source (Saint Léger les Mèlèzes)	
Centre Hospitalier Buëch Durance (Laragne)	
CH Aiguilles-Queyras	
CH d'Embrun	
SSR La Guisane (Villar Saint Pancrace)	
Le Futur Antérieur (Embrun)	
Inicea les Acacias (Briançon)	
Inicea Montjoy (Birançon)	
Centre médical Chant'ours (Briançon)	
Centre Médical La Durance (Tallard)	
Centre médical Rhône Azur (Gap)	

ALPES MARITIMES (06)	
1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
(EXPERT) CHU NICE <i>Hôpital Pasteur</i>	Polyclinique St Jean
CH d'Antibes Juan Les Pins	Hôpital Privé Oxford (Cannes)
CH Simone Veil (Cannes)	Clinique du Palais (Grasse)
CH de Grasse	CH La Palmosa (Menton)
Hôpitaux pédiatriques Lenval (Nice)	Hôpital Privé Arnault Tzanck Sophia Antipolis (Mougins)
Institut Arnault Tzanck (Saint Laurent du Var)	Centre Antoine Lacassagne (Nice)
	CHU de Nice institut face et cou
	Polyclinique Saint George (Nice)
	Clinique du Parc Impérial (Nice)
	Polyclinique Santa Maria (Nice)
	Clinique St Antoine (Nice)
	CHU NICE <i>Hôpital l'Archet</i>
3ÈME LIGNE	
Pôle Antibes Saint Jean (Antibes)	

Clinique de l'Estagnol (Antibes)
CH de Breil sur Roya
Clinique le Calme (Cabris)
Centre E3S Saint Jean (Cagnes sur Mer)
Clinique le Méridien (Cannes)
Institut Polyclinique (Cannes)
SRR Isola Bella – CH de Cannes (Cannes)
SMR Les Hellenides (Contes)
SSR Les Airelles (Grasse)
Clinique Ste Brigitte (Grasse)
CRF Orsac Montfleuri (Grasse)
Hôpital du Petit Paris - CH de Grasse (Grasse)
USLD Dolce Farniente (Le Cannet)
SSR Les Lauriers Roses (Levens)
Clinique la Grangea (Mougins)
Clinique Villa Romaine (Nice)
Centre de soins de suite Atlantis (Nice)
Clinique Saint Dominique (Nice)
Clinique St François (Nice)
Clinique St Luc (Nice)
Centre Hospitalier Spécialisé St Marie (Nice)
Clinique de la Costière (Nice)
CHU NICE - <i>Hôpital Cimiez</i>
Hôpital Privé Gériatrique les Sources (Nice)
Maison de convalescence La Séréna (Nice)
Clinique Val d'Estreilles (Pégomas)
Clinique Val des Mimosas (Pegomas)
CH du pays de la Roudoule (Puget Théniers)
Hôpitaux de la Vésubie (Roquebilière)
Hôpital St Éloi (Sospel)
CH SAInt Maur (Saint Etienne de Tinée)
CH Saint Lazare (Tende)
CHU NICE - <i>Hôpital TENDE</i>
Pôle Santé Vallauris Golfe Juan (Vallauris)
Centre Hélio-Marin (Vallauris)
La Maison du Mineur (Vence)
Clinique l'Oliveraie des Cayrons (Vence)
Clinique FSEF Vence "Cadrans Solaires" (Vence)

BOUCHES DU RHÔNE (13)

1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
(EXPERT) APHM <i>Hôpital Nord</i> MARSEILLE	Clinique Axiom AIX EN PROVENCE
(EXPERT) APHM <i>Hôpital La Timone Adulte</i> MARSEILLE	Maternité Catholique Provence l'Etoile AIX EN PROVENCE
(EXPERT ped.) APHM <i>Hôpital La Timone Pédiatrie</i> MARSEILLE	Clinique l'Etang de l'Olivier ISTRES
(EXPERT) Hôpital St Joseph MARSEILLE	Centre Hospitalier LA CIOTAT
Centre Hospitalier Intercommunal <i>site AIX EN PROVENCE</i>	Clinique LA CIOTAT
Hôpital Privé de Provence AIX EN PROVENCE ⁴	Clinique générale MARIIGNANE
Centre Hospitalier ARLES	APHM <i>Hôpital de la Conception</i> MARSEILLE
Centre Hospitalier AUBAGNE	Clinique Bouchard MARSEILLE
Hôpital Privé La Casamance	Clinique Bonneveine MARSEILLE
Hôpital Européen MARSEILLE	Clinique Juge MARSEILLE
Hôpital Privé Beauregard MARSEILLE	Clinique Monticelli Vélodrome MARSEILLE
Hôpital Instruction des Armées Lavéran MARSEILLE	APHM <i>Hôpitaux Sud St Marguerite Salvatore</i> MARSEILLE
Centre Hospitalier MARTIGUES	Hôpital Privé Clairval MARSEILLE
Centre Hospitalier SALON DE PROVENCE	Institut Paoli Calmettes MARSEILLE
	Clinique chirurgicale MARTIGUES
	Clinique Vignoli SALON DE PROVENCE
	Clinique VITROLLES
RÉPONSE MINIMALE	
IUR Valmante Sud MARSEILLE	
UMN <i>Site CCV Valmante</i> MARSEILLE	
Unité Pédiatrique Pomponania MARSEILLE	
Val de Regny MARSEILLE	
Centre Hospitalier Spécialisé Valvert MARSEILLE	
Clinique des Quatre Saisons MARSEILLE	
Clinique La Provençale MARSEILLE	
Clinique St Martin MARSEILLE	
Clinique St Roch Montfleuri MARSEILLE	
Centre gérontologique départemental MARSEILLE	
Clinique des Trois Lucs MARSEILLE	
Clinique La Salette MARSEILLE	
Clinique Madeline Remuzat MARSEILLE	
Polyclinique la Phocéenne MARSEILLE	

USLD Marcel Pagnol MARSEILLE
MC Fernande Berger MARSEILLE
Clinique St Barnabé MARSEILLE
Maison de santé St Marthe MARSEILLE
Centre Hospitalier Edouard Toulouse MARSEILLE
Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse MARSEILLE
Clinique SSR Korian Cap Ferrières MARTIGUES
Hôpital du Vallon MARTIGUES
CRF Centre Paul Cézanne MIMET
ESSR Val Pré Vert MIMET
Clinique Korian Valdonne PEYPIN
SSR Clinique St Laurent (centre de diététique) ROQUEVAIRE
Clinique Korian Glanum ST RÉMY DE PROVENCE
Maison de santé Paul de Mausole ST RÉMY DE PROVENCE
Clinique de l'Escale ST VICTORET
Hôpitaux des Portes de Camargue TARASCON

VAR (83)	
1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
Hôpital Instruction des Armées St Anne TOULON	Centre Hospitalier BRIGNOLES
Centre Hospitalier Intercommunal FRÉJUS ST RAPHAËL	Centre Hospitalier DRAGUIGNAN
Centre Hospitalier Intercommunal TOULON LA SEYNE Hôpital St Musse	Polyclinique Notre Dame
	Clinique Les Lauriers
	Clinique chirurgical du Golfe ST TROPEZ
	Centre Hospitalier HYÈRES
	Hôpital privé TOULON HYÈRES St Marguerite
	Hôpital Renée Sabran HYÈRES
	Clinique du Cap d'Or LA SEYNE SUR MER
	Polyclinique Les Fleurs OLLIOULES
	Polyclinique Mutualiste H. Malartic OLLIOULES
	Clinique Notre Dame de la Merci ST RAPAËL
	Hôpital Privé TOULON HYÈRES St Jean
	Clinique St Michel TOULON
	Hôpital Privé TOULON HYÈRES St Roch
RÉPONSE MINIMALE	
Clinique les Oliviers CALLAS	
Clinique La Bastide CALLIAN	
Clinique de santé mentale Korian Le Golfe COGOLIN	

Centre de rééducation fonctionnelle du Bessillon DRAGUIGNAN
Clinique les Espérels FIGANIÈRES
Héliades St Clinea FRÉJUS
Maison de santé Jean Lachenaud FRÉJUS
Centre Hospitalier ST TROPEZ
Hôpital Léon Berard HYÈRES
Moyen Séjour Centre Beausejour HYÈRES
APHP San Salvador HYÈRES
Pomponiana Olbia HYÈRES
Centre médical MGEN Pierre-Chevalier HYÈRES
Korian Val du Fenouillet Clinique de réhabilitation psychosociale LA CRAU
Centre Hospitalier TOULON LA SEYNE <i>Hôpital Clémenceau</i>
Centre Hospitalier Intercommunal TOULON LA SEYNE <i>George Sand</i>
Institut médicalisé de Mar-Vivo LA SEYNE SUR MER
Clinique SSR St Thérèse LE BEAUSSET
Centre de soins les Collines LE REVEST
Centre Hospitalier LE LUC
Centre de gérontologie St François NANS LES PINS
Clinique St Martin OLLIOULES
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Guerin PIERREFEU DU VAR
Clinique les Trois Solliès SOLLIÈS TOUCAS
Centre Hospitalier Intercommunal FRÉJUS ST RAPHAËL <i>Centre gérontologie</i>
ST RAPHAËL Centre cardio-vasculaire la Chenevière
Centre Européen rééducation du sportif ST RAPHAËL
Centre médical et de réadaptation des monts toulonnais TOULON

VAUCLUSE (84)

1ÈRE LIGNE	2ÈME LIGNE
Centre Hospitalier AVIGNON	Centre Hospitalier APT
	Polyclinique Urbain V
	Clinique Montagard Elsan
	Clinique Rhône Durance
	Centre Hospitalier CARPENTRAS
	Synergia Ventoux
	Synergia Lubéron
	Centre Hospitalier Intercommunal CAVAILLON Lauris
	Clinique Elsan ORANGE
	Centre Hospitalier ORANGE
	Clinique Fontvert

RÉPONSE MINIMALE

Institut du cancer St Catherine AVIGNON

Centre Hospitalier Spécialisé Montfavet AVIGNON

Korian Les Cyprès AVIGNON

Centre de convalescence et de rééducation du Lavarin AVIGNON

Le Mylord (UGECAM) CARPENTRAS

Centre Hospitalier CAVAILLON Lauris SLD

Centre Hospitalier GORDES

Centre Hospitalier ISLE SUR LA SORGUE

Centre Hospitalier Intercommunal CAVAILLON Lauris *site de Roquefraîche*

Centre Hospitalier Intercommunal *site de PERTUIS*

Centre Hospitalier SAULT

Clinique ST DIDIER

Centre Hospitalier VAISON LA ROMAINE

Centre Hospitalier VALRÉAS

ANNEXE 3 : RÉPARTITION DES DEPÔTS DE SANG

Sur la région Paca, les dépôts de sang sont répartis de la façon suivante :

DÉPARTEMENT	SITE RÉFÉRENT	RÉPARTITION	TYPE
05	GAP	Centre Hospitalier BRIANCON	DEL
		Centre Hospitalier Intercommunal site de SISTE- RON	UV
		Centre Hospitalier Intercommunal site de GAP	UV
06	CANNES	Centre Hospitalier Intercommunal FREJUS ST RA- PHAËL	DEL
		Centre Hospitalier ANTIBES	UV
		Centre Hospitalier GRASSE	UVR
	ST LAU- RENT DU VAR	Clinique Kantys Centre NICE	RELAIS
		Clinique du Parc Impérial NICE	UV
		Clinique Santa Maria NICE	UV
		Centre Hospitalier MENTON	UVR
		Clinique St George NICE	UVR
		Centre Hospitalier Universitaire Pasteur NICE	UVR
		Centre Hospitalier Universitaire Archet NICE	UVR
13	AIX EN PRO- VENCE	Clinique de VITROLLES	UV
		Maternité l'Etoile PUYRICARD	UV
		Centre Hospitalier DIGNE (04)	UVR
		Centre Hospitalier MANOSQUE (04)	UVR
		Centre Intercommunal AIX PERTUIS	UVR
		Clinique de MARIIGNANE	UVR

	ARLES	Centre Hospitalier ARLES	UVI
	MAR- SEILLE	Centre Hospitalier SALON-DE-PROVENCE	DEL
	Baille	Centre Hospitalier LA CIOTAT	DEL
		Hôpital St Joseph MARSEILLE	DEL
		Hôpital Européen MARSEILLE	UV
		Hôpital Privé La Casamance AUBAGNE	UV
		Centre Hospitalier AUBAGNE	UVR
		Hôpital Privé Beauregard MARSEILLE	UVR
	MAR- SEILLE	Clinique Etang de l'Olivier ISTRES	UV
	Nord	Centre Hospitalier MARTIGUES	UVR
83	TOULON	Centre Hospitalier DRAGUIGNAN	DEL
	St Musse	Hôpital Privé TOULON HYERES	RELAIS
		Polyclinique Notre Dame DRAGUIGNAN	RELAIS
		Centre Hospitalier HYERES	UV
		Polyclinique Les Fleurs OLLIOULES	UV
		Hôpital Renée Sabran HYERES	UV
		Centre Hospitalier Intercommunal BRIGNOLES LE LUC	UVR
		Centre Hospitalier ST TROPEZ	UVR
		Hôpital Privé St Jean HYERES	UVR
	TOULON	Hôpital d'Instruction des Armées St Anne TOU- LON	DEL
	CTSA	Hôpital d'Instruction des Armées Lavéran MAR- SEILLE	DEL
84	AVI- GNON	Centre Hospitalier du pays d'APT	UVR
		Centre Hospitalier CARPENTRAS	UVR
		Centre Hospitalier CAVAILLON LAURIS	UVR

Centre Hospitalier ORANGE

UVR

Centre Hospitalier VALREAS

UVR

DEL : dépôt de délivrance

UV : dépôt urgence vitale

UVR : dépôt urgence vitale et relais

RELAIS : dépôt relais

ANNEXE 4 : COORDONNÉES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS

ANNEXE EN DIFFUSION RESTREINTE

ANNEXE 5 : SMUR EN RÉGION PACA

Sur la région Paca, les SMUR sont répartis de la façon suivante :

Département	Nom	Spécificité	Ville	SMUR rattachement	Nombre de SMUR	Nombre d'équipes
04	SMUR Digne	Généraliste	Digne		3	1
	SMUR Manosque		Manosque			1
	SMUR Sisteron		Sisteron	rattaché à Gap		1
05	SMUR Gap	Généraliste	Gap		3	2
	SMUR Embrun		Embrun			1 SMUR saisonnier
	SMUR Briançon		Briançon			2 (1 ligne H24 + 1 ligne en journée en 12h)
06	SMUR Antibes/Juan	Généraliste	Antibes		5	1
	SMUR Cannes		Cannes			1
	SMUR Grasse		Grasse			1
	SMUR Menton		Menton			1
	SMUR Nice		Nice			4 lignes jour (8-18h), 3 lignes Nuit
	SMUR Nice	Néonatal	Nice		1	
13	SMUR Aix	Généraliste	Aix		6	1
	SMUR Pertuis		Pertuis	Rattaché à Aix / mais sur 84		1
	SMUR Arles		Arles			1
	SMUR Aubagne		Aubagne			2 (1 ligne H24 + 1 ligne en journée en 12h)
	SMUR Marseille	Pédiatrique	Marseille	APHM		1
	SMUR Marseille (Timpone + Nord)	Généraliste	Marseille	APHM		4

	Antennes de SMUR Marignane (SDIS)		Marseille	APHM		2 (1 ligne terrestre + 1 ligne héliportée)
	Antennes de SMUR Marseille (BMPM)		Marseille	APHM		4
	SMUR Martigues		Martigues			1
	SMUR La Ciotat		La Ciotat			1
	SMUR Salon		Salon			1
83	SMUR Toulon La Seyne	Généraliste	Toulon	CHITS	6	4
	SMUR Brignoles		Brignoles			1
	SMUR Draguignan		Draguignan			2 (1 ligne médicale + 1 ligne paramédicale)
	SMUR Fréjus St Raphaël		Fréjus			1
	SMUR Hyères		Hyères			1
	SMUR Hyères		Lavandou	Hyères		Antenne saisonnière
	SMUR St Tropez		Gassin			1
84	SMUR Avignon	Généraliste	Avignon		4	2
	SMUR Apt		Apt	Avignon		1
	SMUR Carpentras		Carpentras			1
	SMUR Cavaillon		Cavaillon			1
	SMUR Orange		Orange			1
	SMUR Vaison la Romaine		Vaison			1
					26	48

ANNEXE 6 : CAPACITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La présente annexe détaille les capacités d'accueil minimales théoriques de chaque établissement de santé en cas d'AMAVI d'adultes et enfants en UA et UR.

Celles-ci se déclinent dans le dispositif de montée en puissance de l'établissement à T0, T+1h et T+3h après la survenue de l'événement.

Ces capacités de prise en charge de chaque établissement de santé sont des éléments déclaratifs et non une obligation absolue de réponse. En effet, en cas d'évènement, le (s) SAMU (s) et / ou l'ARS Paca prendront l'attache de chaque établissement afin d'évaluer les capacités réelles de prise en charge disponible à T0, T1 et T3 (via une enquête flash à l'instant T).

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ALPES DE HAUTE PROVENCE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
04	CH de Digne Les Bains	OUI	1ère ligne	2	4	6	10	16	30	0	0	0	0	0	0
04	CHI de Manosque	OUI	1ère ligne	2	4	6	13	20	30	0	0	0	0	0	0
04	Clinique Toutes Aures (Manosque)		2ème ligne	1	1	1	0	10	20	0	0	0	0	0	0
04	CH de Riez		3ème ligne	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0
04	SMR l'eau vive (Turriers)		3ème ligne	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0
04	EPS Ducélia de Castellane		3ème ligne	0	0	0	9	9	9	0	0	0	0	0	0
04	Centre des Carmes (Aiglun)		3ème ligne	0	0	0	0	5	8	0	0	0	0	0	0
04	Clinique Le Verdon - Inicéa (Gréoux Les Bains)		3ème ligne	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
04	Centre Hospitalier Intercommunal Alpes Sud site SISTERON	OUI	3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
04	CHI Manosque site de Forcalquier		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04	CH Pierre Groues (Barcelonnette)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04	Clinique Jean Giono (Manosque)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04	CSSR Le Cousson (Digne Les Bains)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04	EPS vallée de la Blanche (Seyne)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total Alpes-de-Haute-Provence (04)			5	9	13	52	80	118	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ HAUTES ALPES	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
05	CH des Escartons de Briançon	OUI	1ère ligne	2	4	6	10	20	30	2	2	2	10	10	10
05	Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du sud (GAP)	OUI	1ère ligne	8	10	12	40	45	50	1	1	1	2	2	2
05	Polyclinique des Alpes du sud (Gap)		2ème ligne	0	2	4	0	10	20	0	0	0	0	0	0
05	CH d'Embrun	OUI	3ème ligne	0	0	0	5	8	10	0	0	0	5	7	10
05	Centre Médical La Durance (Tallard)		3ème ligne	0	0	0	0	4	8	0	0	0	0	0	0
05	Centre médical SSR le Rio Vert (La Saulce)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	CH Aiguilles-Queyras		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	Centre médical La Source (Saint Léger les Mélèzes)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	Centre médical Rhône Azur (Briançon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	Centre médical Rhône Azur (Gap)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05	Inicea les Acacias (Briançon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
05	Inicea Montjoy (Birançon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
05	SSR La Guisane (Villar Saint Pancrace)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total Hautes-Alpes (05)			10	16	22	55	87	120	3	3	3	17	19	22

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ALPES MARITIMES	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
06	CH d'Antibes Juan Les Pins	OUI	1ère ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
06	CH de Grasse	OUI	1ère ligne	2	4	6	10	20	35	0	0	0	5	10	20
06	CHU de Nice (Pasteur)	OUI	1ère ligne	7	18	30	40	55	75	5	10	15	30	45	60
06	Hôpitaux pédiatriques Lenval (Nice)	OUI	1ère ligne	0	0	0	0	0	0	10	10	15	30	30	40
06	Institut Arnault Tzanck (Saint Laurent du Var)	OUI	1ère ligne	6	6	6	2	5	10	0	0	0	2	2	2
06	CH Simone Veil (Cannes)	OUI	1ère ligne	2	2	4	8	11	30	0	0	0	2	4	10
06	Clinique du Parc Impérial (Nice)	OUI	2ème ligne	2	3	4	4	8	12	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ALPES MARITIMES	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
06	CH La Palmosa (Menton)	OUI	2ème ligne	2	4	6	9	18	27	0	0	0	1	2	3
06	Polyclinique Saint George (Nice)	OUI	2ème ligne	2	2	2	8	10	10	0	0	0	0	0	0
06	Polyclinique Saint Jean (Cagnes sur Mer)	OUI	2ème ligne	1	2	3	5	10	15	0	0	0	0	2	4
06	Polyclinique Santa Maria (Nice)		2ème ligne	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0
06	Hôpital Privé Arnault Tzanck Sophia Antipolis (Mougins)		2ème ligne	0	0	2	0	0	10	0	0	0	0	0	0
06	Centre Antoine Lacassagne (Nice)		2ème ligne	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0
06	Clinique du Palais (Grasse)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Oxford (Cannes)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique St Antoine (Nice)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	La Maison du Mineur (Vence)		3ème ligne	0	0	0	10	10	20	0	0	0	0	0	0
06	Clinique le Méridien (Cannes)		3ème ligne	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
06	SSR Les Lauriers Roses (Levens)		3ème ligne	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
06	Centre Hélio-Marin (Vallauris)		3ème ligne	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
06	CH Saint Lazare (Tende)		3ème ligne	0	0	0	2	5	10	0	0	0	0	0	0
06	Clinique FSEF Vence "Cadrans Solaires" (Vence)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	10	15
06	Centre de soins de suite Atlantis (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Centre E3S Saint Jean (Cagnes sur Mer)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	CH de Breil sur Roya		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	CH du pays de la Roudoule (Puget Théniers)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	CH SAINT Maur (Saint Etienne de Tinée)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique de la Costière (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique de l'Estagnol (Antibes)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique le Calme (Cabris)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique l'Oliveraie des Cayrons (Vence)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Saint Dominique (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique St François (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ALPES MARITIMES	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
06	Clinique St Luc (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Ste Brigitte (Grasse)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Villa Romaine (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	CRF Orsac Montfleuri (Grasse)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	USLD Dolce Farniente (Le Cannet)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Hôpital St Éloi (Sospel)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Hôpital Privé Gériatrique les Sources (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Hôpitaux de la Vésubie (Roquebilière)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Institut Polyclinique (Cannes)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	SMR Les Hellenides (Contes)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Maison de convalescence La Séréna (Nice)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Pôle Antibes Saint Jean (Antibes)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Pôle Santé Vallauris Golfe Juan (Vallauris)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	SSR Les Airelles (Grasse)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Val d'Estreilles (Pégomas)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
06	Clinique Val des Mimosas (Pegomas)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
06	SRR Isola Bella – CH de Cannes (Cannes)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
06	Hôpital du Petit Paris - CH de Grasse (Grasse)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total Alpes-Maritimes (06)			24	41	63	100	162	279	15	20	30	72	105	154

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ BOUCHES DU RHÔNE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
13	AP-HM CHU La Timone (Marseille)	OUI	1ère ligne	5	21	41	15	30	45	6	12	18	15	30	45
13	HIA Laveran (Marseille)	OUI	1ère ligne	2	6	10	10	30	50	0	0	0	0	0	0
13	CHIAP (Aix en Provence)	OUI	1ère ligne	4	7	11	10	15	25	1	2	2	4	6	6
13	CH de Martigues	OUI	1ère ligne	3	3	6	20	20	35	1	1	2	10	10	20
13	Hopital Européen (Marseille)	OUI	1ère ligne	2	4	5	12	24	44	0	0	0	0	0	0
13	AP-HM Hôpital Nord (Marseille)	OUI	1ère ligne	5	10	22	10	22	30	2	2	2	10	10	10
13	Hôpital Privé La Casamance (Aubagne)	OUI	1ère ligne	1	1	2	1	2	3	0	0	0	0	0	0
13	Hôpital Saint Joseph (Marseille)	OUI	1ère ligne	2	4	4	10	20	20	1	2	2	7	7	11
13	CH de Salon de Provence	OUI	1ère ligne	1	2	3	6	8	10	0	0	0	0	1	2
13	Hôpital Privé de Provence (Aix en Provence)	OUI	1ère ligne	1	2	2	4	8	10	0	0	0	0	0	0
13	Hôpital Privé Beauregard (Marseille)	OUI	1ère ligne	2	2	2	2	4	6	0	0	0	0	0	0
13	CH Joseph Imbert (Arles)	OUI	1ère ligne	2	2	2	2	4	6	0	0	0	0	0	0
13	CH Edmond Garcin (Aubagne)	OUI	1ère ligne	1	2	3	3	5	9	0	0	0	1	2	3
13	Clinique Chantecler (Marseille)		2ème ligne	8	12	12	20	30	40	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Chirurgicale de Martigues		2ème ligne	1	6	8	5	15	15	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Bouchard (Martigues)		2ème ligne	5	5	5	5	10	15	0	0	0	0	0	0
13	CH de la Ciotat	OUI	2ème ligne	2	2	2	12	20	20	0	0	0	0	0	0
13	AP-HM Hôpital de la La Conception (Marseille)		2ème ligne	4	4	8	0	0	6	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Générale de Marignane	OUI	2ème ligne	1	1	3	5	5	10	0	0	0	0	0	0
13	AP-HM Hôpital Sainte Marguerite (Marseille)		2ème ligne	2	2	7	4	4	12	0	0	0	0	0	0
13	Institut Paoli Calmettes (Marseille)		2ème ligne	1	2	2	9	9	9	0	0	0	0	0	0
13	Clinique de Vitrolles		2ème ligne	0	2	2	0	7	7	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Axiom (Aix-en-Provence)		2ème ligne	0	0	0	21	33	45	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Bonneveine (Marseille)		2ème ligne	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0
13	Clinique de l'Étang de l'Olivier (Istres)	OUI	2ème ligne	0	0	0	3	6	10	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Juge (Marseille)		2ème ligne	0	0	0	0	30	30	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Monticelli Vélodrome (Marseille)		2ème ligne	0	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ BOUCHES DU RHÔNE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
13	Clinique Vignoli (Salon de Provence)		2ème ligne	0	0	0	0	7	14	0	0	0	0	0	0
13	Maternité Catholique de Provence (Puyricard)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Hopital privé vert coteau (Marseille)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Clinique La Ciotat		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Clinique Marcel Pagnol (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	9	9	9	0	0	0	0	0	0
13	GCS Axiom Rambot (Aix en Provence)		3ème ligne	2	4	6	2	4	6	0	0	0	0	0	0
13	GCS Clinique Jeanne d'Arc (Arles)		3ème ligne	0	2	4	0	10	10	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Ste Elisabeth (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13	Clinique St Laurent (Roquevaire)		3ème ligne	0	0	0	0	3	5	0	0	0	0	0	0
13	Centre Gérontologique Départemental (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
13	Centre Gérontologique Val de Regny (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
13	Clinique La Provençale (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	5	5	5	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Madeleine Rémuzat (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
13	INICEA Clinique Glanum (Saint Rémy de provence)		3ème ligne	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Le Méditerranée (La Roque d'Anthéron)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CH d'Allauch		3ème ligne	0	0	0	3	5	5	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Provence Azur (Éguilles)		3ème ligne	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Provence Bourbonne (Aubagne)		3ème ligne	0	0	0	0	6	10	0	0	0	0	0	0
13	La Maison (Gardanne)		3ème ligne	0	0	0	2	3	3	0	0	0	1	1	1
13	La Villa Izoï (Gardanne)		3ème ligne	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Phocéenne Sud (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique St Martin Sud (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique St Barnabé (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Centre Rééducation Paul Cézanne (Mimet)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique Cap Ferrières (Martigues)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Hôpitaux des Portes de Camargue (Tarascaon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	IUR Valmante Sud (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ BOUCHES DU RHÔNE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
13	Clinique SMR La Salette (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Centre Cardio-Vasculaire Notre Dame (Eyguières)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Centre de Sibourg (Aix en Provence)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Centre gérontologique St Thomas de Villeneuve (Aix en Pce)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique l'Angelus (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Centre Médical la Chenaie (Bouc Bel Air)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique les Oliviers (Le Puy Ste Réparate)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique les Trois Tours (La Destrousse)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique St Christophe (Bouc Bel Air)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique St Martin (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique SMR du Château de Florans (La Roque d'Anthéron)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique SMR La Pagerie (Allauch)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CRF Le Grand Large (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CRF Les Feuillades (Aix en Provence)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CRF Notre Dame de Bon Voyage (La Ciotat)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	CSSR Valmante Hôpital Européen (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Polyclinique La Phocéenne (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	SMR Pédiatrique Val Pré Vert (Mimet)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	SSR Fernande Berger (Marseille)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Clinique des deux Lions (Salon de Provence)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	centre Massilia Les Pins (Marseille)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	UMN Site CCV Valmante (Marseille)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Hopital Saint Joseph Montval (Marseille)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Clinique Korian Valdonne (eyppin)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
13	Unité Pédiatrique Pomponania (Marseille)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total Bouches-du-Rhône (13)			57	108	172	214	431	625	11	19	26	48	67	98

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VAR	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
83	CHI de Fréjus Saint Raphaël	OUI	1ère ligne	3	4	4	15	25	35	1	1	1	5	8	11
83	CHITS Sainte Musse (Toulon)	OUI	1ère ligne	7	12	22	20	20	20	3	4	6	4	6	6
83	HIA Sainte-Anne (Toulon)	OUI	1ère ligne	2	4	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0
83	CCH de la Dracénie (Draguignan)	OUI	2ème ligne	4	6	6	5	10	10	0	0	0	1	2	4
83	CHI de Brignoles (CH Jean Marcel)	OUI	2ème ligne	2	4	4	15	15	15	2	2	2	15	15	15
83	CH Joseph Treffot (Hyères)	OUI	2ème ligne	2	4	4	20	30	30	1	2	2	10	10	10
83	Polyclinique Malartic (Ollioules)	OUI	2ème ligne	1	2	2	4	9	12	0	0	0	0	0	0
83	Polyclinique Notre Dame (Draguignan)		2ème ligne	0	0	0	20	20	20	0	0	0	0	0	0
83	Clinique Notre Dame de la Merci (Sainr Raphaël)		2ème ligne	0	0	0	0	6	15	0	0	0	0	0	0
83	Polyclinique Les Fleurs (Ollioules)		2ème ligne	1	1	2	2	3	4	0	0	0	0	0	0
83	Clinique du Cap d'Or (La Seyne sur Mer)		2ème ligne	0	0	0	3	15	20	0	0	0	3	5	10
83	Clinique Saint Michel (Toulon)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital Renée Sabran (Hyères)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Clinique les Lauriers (Fréjus)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital privé TOULON HYÈRES St Marguerite (Hyères)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	Hôpital privé TOULON HYÈRES St Jean (Toulon)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	Hôpital privé TOULON HYÈRES St Roch (Toulon)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	clinique chirurgicale du golfe de saint Tropez (Gassin)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	Centre Hospitalier ST TROPEZ (Gassin)	OUI	3ème ligne	1	2	2	4	8	10	1	1	1	0	0	0
83	Centre Cardio-Vasculaire La Chenevière (St Raphaël)		3ème ligne	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0
83	CMR des Monts Toulonnais (Toulon)		3ème ligne	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0
83	Polyclinique St François (Nans les Pins)		3ème ligne	0	0	0	0	5	7	0	0	0	0	0	0
83	CRF du Bessillon (Draguignan)		3ème ligne	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0
83	Clinique Héliades Santé (Fréjus)		3ème ligne	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
83	Centre Européen de Rééducation du Sportif (St Raphaël)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	ESSR MGEN Pierre Chevalier (Hyères)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Centre Hospitalier Henri Guérin (Pierrefeu du Var)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VAR	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
83	Clinique Les Oliviers (Callas)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Clinique SSR Ste Thérèse (Le Beausset)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Clinique Val du Fenouillet (La Crau)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Hôpital Léon Bérard (Hyères)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Clinique les 3 Solliès (Solliès)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Clinique les Espérels (Figanières)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Institut de Rééducation Fonctionnelle Pomponiana Olbia (Hyères)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Institut Médicalisé De Mar Vivo (La Seyne sur Mer)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Établissement de santé Jean Lachenaud (Fréjus)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Moyen Séjour Centre Beausejour (Hyères)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	Clinique St Martin (Ollioules)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	APHP San Salvador (Hyères)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
83	Centre de soins les Collines (Le Revest)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
	Total Var (83)			23	39	51	123	196	238	8	10	12	38	46	56

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VAUCLUSE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
84	CH Henri Duffaut (Avignon)	OUI	1ère ligne	6	10	14	35	65	95	3	4	4	0	0	0
84	Centre Chirurgical Montagard (Avignon)		2ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	CH du Pays d'Apt	OUI	2ème ligne	1	1	2	6	6	6	0	0	0	0	0	0
84	polyclinique Urbain V (Avignon)		2ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
84	CHI de Cavaillon Lauris	OUI	2ème ligne	1	1	1	3	5	6	0	0	0	0	0	0
84	CH de Carpentras	OUI	2ème ligne	4	6	8	20	30	30	0	0	0	10	20	20
84	CH Louis Giorgi (Orange)	OUI	2ème ligne	5	6	6	8	12	12	0	0	0	4	6	6
84	Clinique d'Orange (Orange)		2ème ligne	0	0	0	2	5	8	0	0	0	0	0	0

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VAUCLUSE	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
84	Clinique Fontvert (Sorgues)		2ème ligne	0	0	4	0	10	10	0	0	0	0	0	0
84	Clinique Rhône Durance (Avignon)		2ème ligne	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0
84	Synergia Luberon (Cavaillon)		2ème ligne	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0
84	Synergia Ventoux (Carpentras)		2ème ligne	0	0	0	5	5	5	0	0	0	0	0	0
84	CHIAP (site Pertuis)	OUI	3ème ligne	0	0	0	6	8	10	0	0	0	0	0	0
84	Centre Hospitalier Jules Niel (Valréas)	OUI	3ème ligne	2	2	2	2	3	4	0	0	0	1	2	2
84	CH de Vaison la Romaine	OUI	3ème ligne	0	0	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0
84	CH de L'Isle sur la Sorgue		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	CH de Gordes		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	CH de Sault		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
84	CSSR Le Mylord (Carpentras)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Clinique SMR Cyprès (Montfavet)		3ème ligne	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
84	Institut du Cancer Ste Catherine (Avignon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	SMR Le Lavarin (Avignon)		3ème ligne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total Vaucluse (84)			19	26	37	108	170	208	3	4	4	15	28	28

Dép	ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Paca	SAU	ORSAN AMAVI	ADULTE						PÉDIATRIE					
				UA			UR			UA			UR		
				T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3	T0	T1	T3
	TOTAL Paca			138	239	358	652	1126	1588	40	56	75	190	265	358

ANNEXE 7 : POINTS DE RUPTURE PAR DÉPARTEMENT

ANNEXE EN DIFFUSION RESTREINTE