



PLAN DE GESTION SSE

SOMMAIRE

Table des matières

TABLE DES MATIERES	3
PARTIE I : INTRODUCTION	5
APPORTS THEORIQUES ET JUSTIFICATION DE L'AXE GESTION DE CRISE DANS LA MISSION DES CPTS.	6
LES DISPOSITIFS DE PLANIFICATION DE LA REPONSE AUX SSE	7
1.1 <i>Le dispositif ORSEC</i>	8
1.2 <i>Le dispositif ORSAN</i>	10
PARTIE II : ECOSYSTEME DE LA CPTS-GRAND SAINT ETIENNE	13
1. CARTOGRAPHIE DES ACTEURS : LES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS PRESENTS SUR NOTRE TERRITOIRE.	17
1.1 <i>Adhérents de la CPTS-GSE</i>	17
1.2 <i>Organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)</i>	18
1.3 <i>L'offre hospitalière :</i>	18
1.4 <i>Les établissements médico-sociaux</i>	19
1.5 <i>Acteurs Institutionnels du territoire</i>	19
1.6 <i>Autres Acteurs de la société civile</i>	20
2. CLASSIFICATION DES RISQUES ET DES VOILETS DE REPONSE POUR LE SYSTEME DE SANTE AMBULATOIRE.	21
2.1 <i>Risques à Cinétique Rapide</i>	21
2.2 <i>Risques à Cinétique Lente</i>	22
PARTIE III : DISPOSITIF DE VEILLE ET DE GESTION SSE	24
PHASE 0 : RECEPTION ET ANALYSE DE L'ALERTE	25
PHASE 1 : ACTIVATION DE LA CELLULE DE CRISE	26
PHASE 2 : CONDUITE DE LA SSE	27
PHASE 3 : LEVEE DE L'ALERTE, L'ATTERRISSAGE ET RETEX	28
PARTIE IV GESTION DE LA REPONSE : LA CELLULE DE CRISE ET SES MISSIONS	30
LES FICHES MISSION	31
REGLEMENT INTERIEUR CELLULE DE CRISE	32
PARTIE IV : OUTILS, MISE A JOUR ET ARCHIVAGE	34
OUTILS ADMINISTRATIFS ET DE SUPPORT	34
MISE A JOUR DU DOCUMENT	35

- POLITIQUE D'ARCHIVAGE DU PLAN DE GESTION DE CRISE.....	35
BIBLIOGRAPHIE	36

PARTIE I : INTRODUCTION

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ont pour mission socle la préparation d'un plan d'action leur permettant de participer à la réponse du système de santé face à une Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE), voire une crise sanitaire grave (Préambule Trame nationale pour la mission de gestion de crise sanitaire grave).

Concernant la CPTS du Grand Saint-Etienne (CPTS GSE), cette mission s'inscrit dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé le 8 novembre 2023 avec la CPAM de la Loire et l'ARS Auvergne Rhône Alpes.

Une trame nationale, intitulée "Lignes directrices pour la rédaction d'un plan d'action pour la participation à la gestion de crise sanitaire exceptionnelle par les CPTS a été élaborée par le Ministère de la Santé et de la Prévention en lien avec les syndicats représentatifs signataires de l'ACI.

A partir des attentes décrites dans cette trame, et en s'inspirant des protocoles d'autres CPTS Auvergne Rhônalpines, nous avons élaboré notre plan de gestion de crise. Après avoir rassembler différentes ressources méthodologiques proposées par les institutions (ministère de la Santé, ministère de l'Intérieur, ARS), nous avons également utiliser différentes propositions qu'elles émanent d'autres associations (URPS PACA, CPTS SEG) où des communes de notre territoire (DICRIM). Nous donc rencontrés les acteurs de notre territoire dans le but de mieux comprendre, leurs plans de réponse existants et les moyens humains et matériels dont ils disposent.

Au même temps, ces rencontres ont été l'occasion de leur présenter le travail que nous menons, nos objectifs, connaître les interlocuteurs à privilégier, et identifier les opportunités de mutualisation et du travail collectif.

A partir de ces éléments, nous avons donc rédiger la trame et compiler/créer les outils qui forment le protocole présenté ci-dessous. Il rassemble donc des informations issues d'autres supports qui sont référencés en bibliographie (réf).

Apports théoriques et justification de l'axe Gestion de Crise dans la mission des CPTS.

Le **risque** désigne la probabilité de survenue d'un **danger**, d'une menace ou d'un péril auquel la population est exposée. Parmi les risques, certains sont appelés « **risques sanitaires** », un risque immédiat ou à long terme, représentant une **menace directe pour la santé** des populations nécessitant une réponse adaptée du système de santé.

Lorsque le risque se réalise, on parle d'évènement. Cet évènement devient exceptionnel lorsque les moyens nécessaires pour y faire face dépassent les moyens habituels. Ainsi, une **Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE)** désigne la survenue d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes au regard de son ampleur, de sa gravité (notamment en termes d'impact sur la santé des populations ou du fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

Il s'agit de toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins.

Une **SSE se transforme en crise** lorsque la situation n'est plus maîtrisée. En effet, une SSE suppose une conduite et un pilotage maîtrisé de l'évènement. Ce dernier ne doit pas être subi. Lorsque les mesures mises en place pour faire face à une SSE sont inadaptées ou dépassées, on bascule dans la crise.

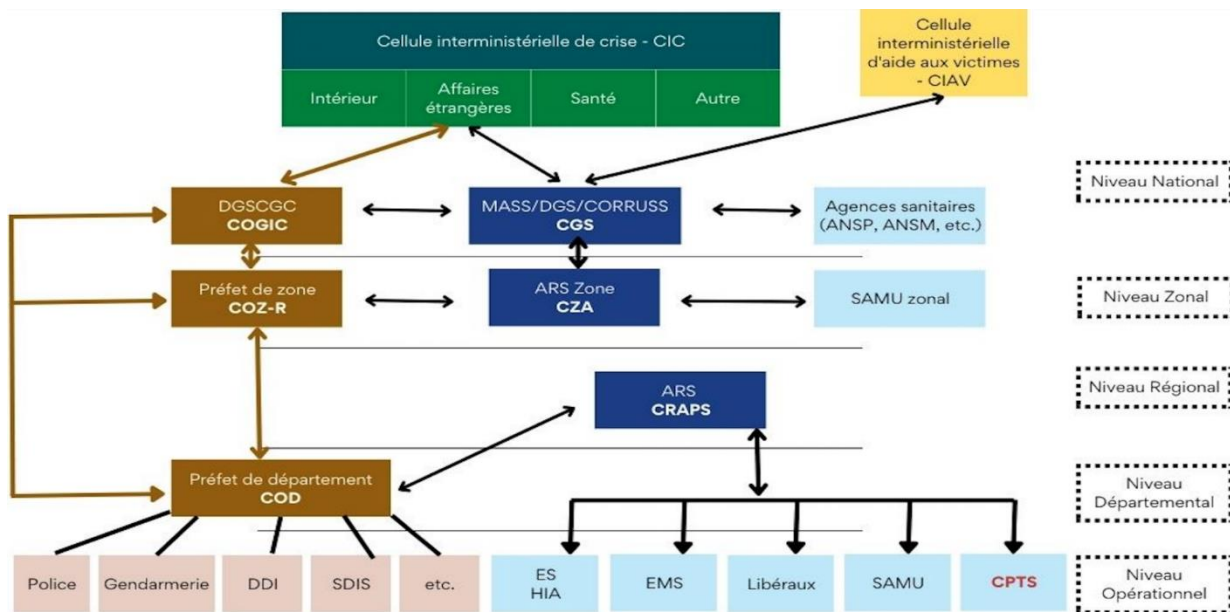
Or, ces trente dernières années, nos sociétés ont été marquées, impactées, transformées par la survenue de risques et crises majeures : SIDA et affaire du sang contaminé dans les années 80, crise de la vache folle dans les années 1990, explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001, épisodes climatiques extrêmes (tempête de 1999, canicule de 2003, tempête Xynthia en 2010, ouragan de 2017 aux Antilles), attentats terroristes d'une ampleur inédite en France depuis 2012, Pandémie de COVID-19, etc. Ces événements forcent donc à s'organiser pour anticiper et réagir efficacement afin d'éviter la crise, ou tout au moins d'en limiter ses conséquences y compris lorsqu'elles ne sont pas prédictibles.

Il appartient aux autorités sanitaires et aux administrations en charge du système de soins de qualifier la situation de "SSE", et d'en organiser la réponse.

Figure n° 01 : Synthèse de concepts clés autour de la SSE – Source CPTS-SEG



Les dispositifs de planification de la réponse aux SSE



On dénombre **quatre échelons d'intervention opérationnels et de coordinations** mobilisables dans le cadre d'une SSE (voir figure n° 02).

- Au niveau national :** Ministère de la Santé et de la Prévention avec l'appui des agences sanitaires (Santé Publique France, ASN, ANSP, ANSM, EFS, ABM, ASIP Santé), ministère de l'intérieur, ministère des armées (service de santé des armées), ainsi que les autres ministères selon la nature de l'événement. Le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) qui assure 24H/24 et 7J/7 la réponse opérationnelle aux urgences sanitaires ayant un impact sur le territoire national.
- Au niveau zonal :** préfet de zone, ARS de zone, SAMU de zone
- Au niveau régional :** ARS régionale
- Au niveau départemental :** préfet de département, SAMU, SDIS et associations agréées de sécurité civile
- Niveau opérationnel :** les acteurs de santé peuvent être mobilisés dans la gestion d'une SSE et être amenés à armer leurs cellules internes de crise
 - Les établissements de santé disposent d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE (PGTHSSE) ;
 - Les établissements médico-sociaux disposent d'un plan bleu ;
 - Les CPTS doivent disposer d'un plan de réponse pour le système de santé ambulatoire « Protocole de gestion de SSE – CPTS ».**

Figure n°02 : Les différents échelons d'intervention en situation de crise - Source : URPS ML PACA

Il existe une multitude de plans et outils de planification qui se déclinent dans les différents niveaux opérationnels. Tous ces dispositifs de planification sont complémentaires. Parmi ces plans, il est essentiel de connaître les Plans ORSEC et ORSAN et comprendre leurs complémentarités et différences.

1.1 Le dispositif ORSEC

Le dispositif ORSEC (Organisation de la Réponse de la Sécurité Civile) détermine **l'organisation générale des secours et recense l'ensemble des moyens publics et privés susceptibles d'être mis en œuvre dans le cadre de risques identifiés**, soit au niveau zonal, soit au niveau départemental. Il s'agit d'un dispositif permanent de veille, dont les capacités sont modulables, qui peut s'adapter à la nature, l'ampleur et l'évolution de l'événement. ORSEC permet de faire face à tous types de situations d'urgence, qu'elles soient prévisibles ou non. Il est fondé sur une analyse des risques *a priori* (SDACR, DDRM, etc.).

Le dispositif ORSEC permet de protéger à la fois les populations, les biens et l'environnement dans le cadre d'une crise. Il est placé sous la responsabilité du préfet du département ou du préfet maritime, sauf dans les cas où l'événement concerne une plus grande échelle. Dans ce cas, son déploiement est confié au préfet de zone, le préfet restant directeur des opérations.

Les mesures prises au titre du dispositif ORSEC ou du schéma ORSAN peuvent être mises en œuvre séparément ou concomitamment.

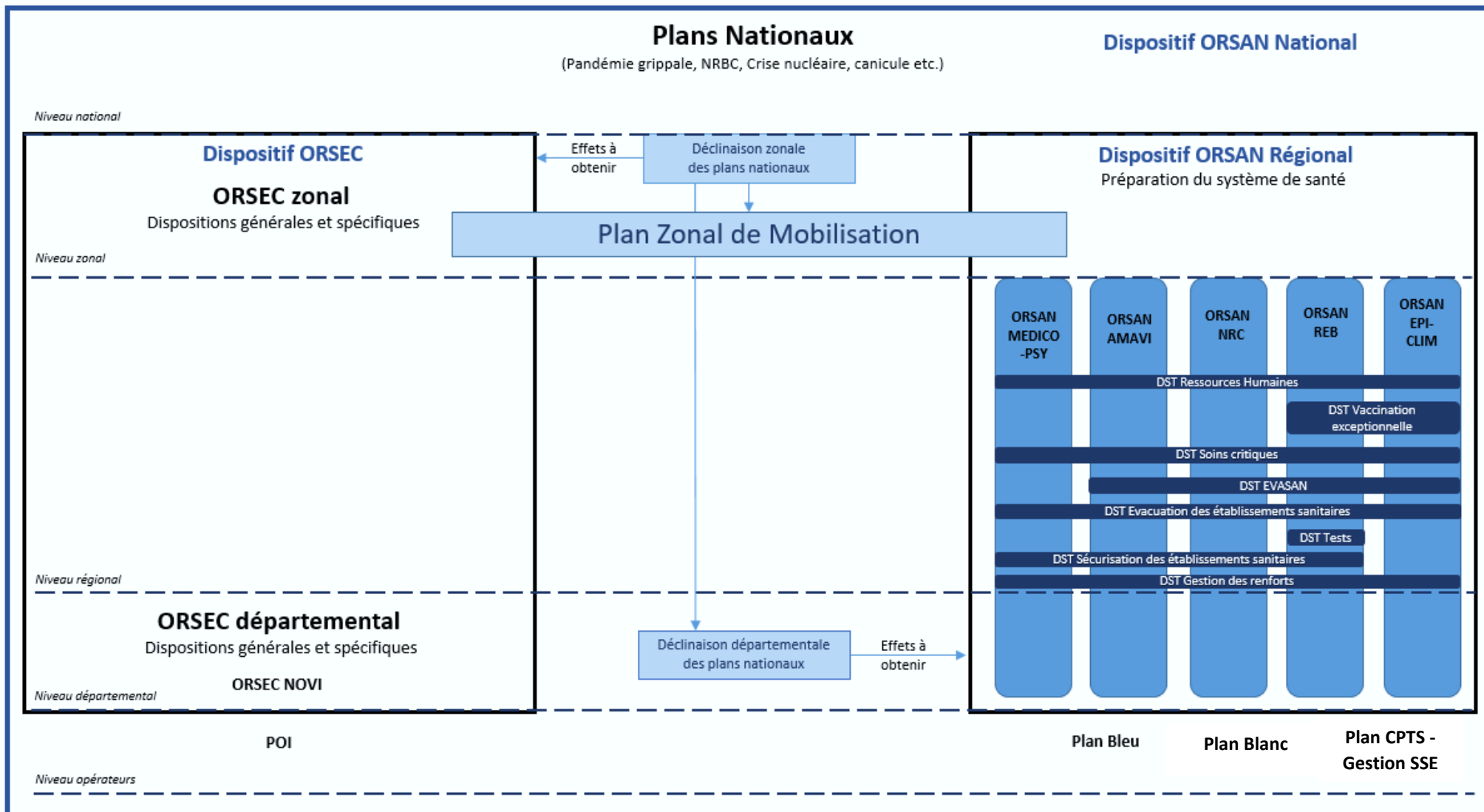


Figure n° 03 : Les différents dispositifs de planification - Source : Guide Méthodologique ORSAN

1.2 Le dispositif ORSAN

Le dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse Sanitaire) est un dispositif intégré de préparation et de réponse opérationnelle qui **détermine l'ensemble des mesures organisationnelles nécessaires pour permettre au système de santé de monter en puissance face à tout type d'événements sanitaires exceptionnels qui sont susceptibles de le mettre en tension ou de perturber de façon significative son fonctionnement**. Le protocole de gestion SSE de la CPTS s'intègre dans l'organisation de la réponse proposée par ORSAN.

Le système de santé doit à tout moment être en mesure d'assurer la prise en charge médicale de patients (blessés, impliqués, malades) dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle. Afin d'assurer cette mission, le système de santé doit s'adapter voire se renforcer pour prendre en charge en tout point du territoire national, un nombre potentiellement important de victimes requérant parfois des soins spécialisés de haute technicité. Il s'agit également de garantir la continuité et la qualité des soins des blessés ou des malades non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires.

Le dispositif ORSAN national constitue le cadre national de l'organisation de la réponse du système de santé.

À l'échelon régional, l'ARS est en charge de l'élaboration du dispositif ORSAN régional qui constitue le cadre territorial de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. Le **dispositif ORSAN est construit autour de 5 plans opérationnels de réponse qui s'organisent en fonction des conséquences induites par une SSE**. Ces volets tiennent compte de la typologie des patients (blessés ou malades) et la mobilisation des opérateurs de soins et des professionnels de santé pour déterminer les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients. Cette réponse s'appuie sur des dispositifs de mobilisation spécifiques à chaque opérateur de soins dans tous les secteurs de l'offre de soins (ambulatoire de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux).



Figure n°04 : Les différents volets du plan ORSAN - Source : Guide Méthodologique ORSAN

De plus, ORSAN comprend également **8 dispositions spécifiques transversales** :

N°	Disposition Spécifique Transversale
1	DST mobilisation des ressources Humaines
2	DST organisation d'une vaccination exceptionnelle
3	DST montée en puissance des soins critiques
4	DST organisation des évacuation sanitaire (EVASAN)
5	DST évacuation des ES et ESMS
6	DST dépistage massif d'agent infectieux
7	DST coordination de la sécurisation des ES
8	DST accueil et gestions des renforts projetés

Tableau n°05 : 8 Dispositions transversales ORSAN - Source : Guide Méthodologique ORSAN

Face à une situation sanitaire exceptionnelle, le directeur général de l'ARS peut décider, en fonction de la situation, de déclencher un ou plusieurs volets opérationnels de réponse ORSAN. Aussi, leur mise en œuvre peut être totale ou partielle, suivant la nature, l'étendue géographique et la gravité de l'événement considéré. Par exemple, le plan blanc d'un hôpital peut être activé par le directeur de l'établissement, mais le Directeur Général de l'ARS peut par ailleurs solliciter son activation sur la base d'informations dont il dispose et qui font état d'un risque dépassant le niveau local.

Enfin, c'est dans ce cadre que, pour mieux coordonner la mobilisation des professionnels du système de santé ambulatoire, les CPTS élaborent le « **Protocole CPTS – gestion SSE** ». Ce plan vise à organiser la réponse face à une SSE et il intègre notamment :

- Un état des lieux de l'écosystème de la CPTS incluant, entre autres, une cartographie des acteurs présents, des ressources potentiellement mobilisables sur le territoire et une analyse des risques présents avec la structuration des réponses.
- Un dispositif opérationnel de conduite d'une SSE structuré autour de:
 - 4 différentes étapes de gestion de la SSE : de la réception de l'alerte, en passant par l'activation de la réponse, la conduite, puis la sortie de la SSE.
 - La mise en place d'une cellule de crise : son organisation, ses missions, ses outils, etc.
- Une démarche qualité explicitant notamment :
 - Un dispositif RETEX, qui assure l'intégration de leçons apprises dans les mises à jour du protocole.
 - Les modalités de suivi, archivage et mise à jour des documents.

PARTIE II : Ecosystème de la CPTS-GRAND SAINT ETIENNE

La CPTS du Grand Saint Etienne s'établit sur 11 communes du Sud du département de la Loire.

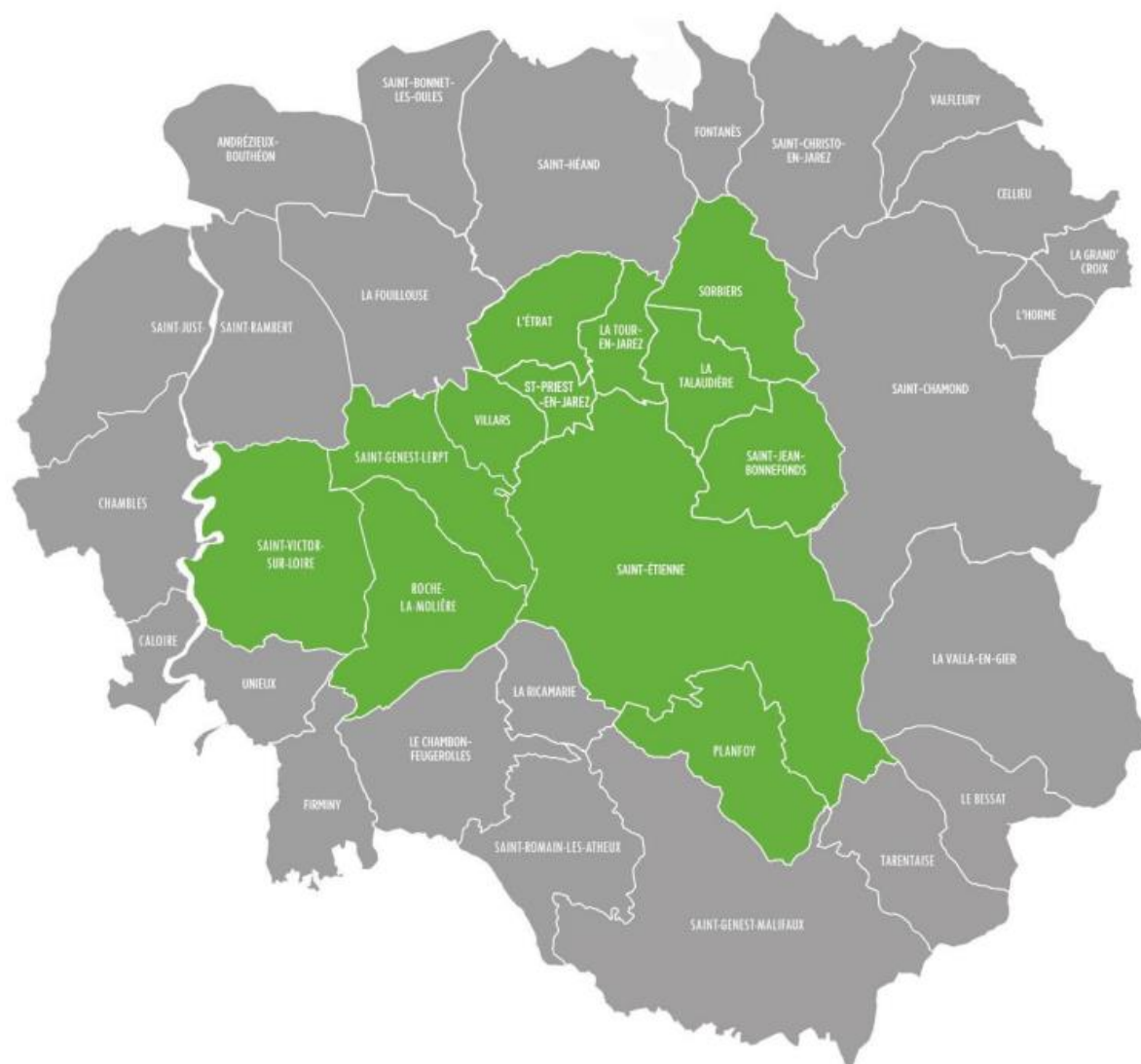


Figure n°05 : Cartographie des communes du territoire de la CPTS-GSE

Communes	Code commune	Population	Quartier prioritaire de la ville	Zonage médecine générale
L'Etrat	42 092	2 643	0	-
La Talaudière	42 305	6 977	0	ZAC
La Tour-en-Jarez	42 311	1 471	0	ZAC
Planfoy	42 172	1 059	0	ZAC
Roche-la-Molière	42 189	9 884	0	ZAC
Saint-Genest-Lerpt	42 223	6 123	0	-
Saint-Jean-Bonnefonds	42 237	6 615	0	ZAC
Saint-Priest-en-Jarez	42 275	6 106	0	-
Saint-Etienne	42 218	173 821	6	-
Sorbiers	42 302	7 874	0	ZAC
Villars	42 330	7 942	0	-
Total	11 communes	230 515 habitants	6 QPV	6 sur 11

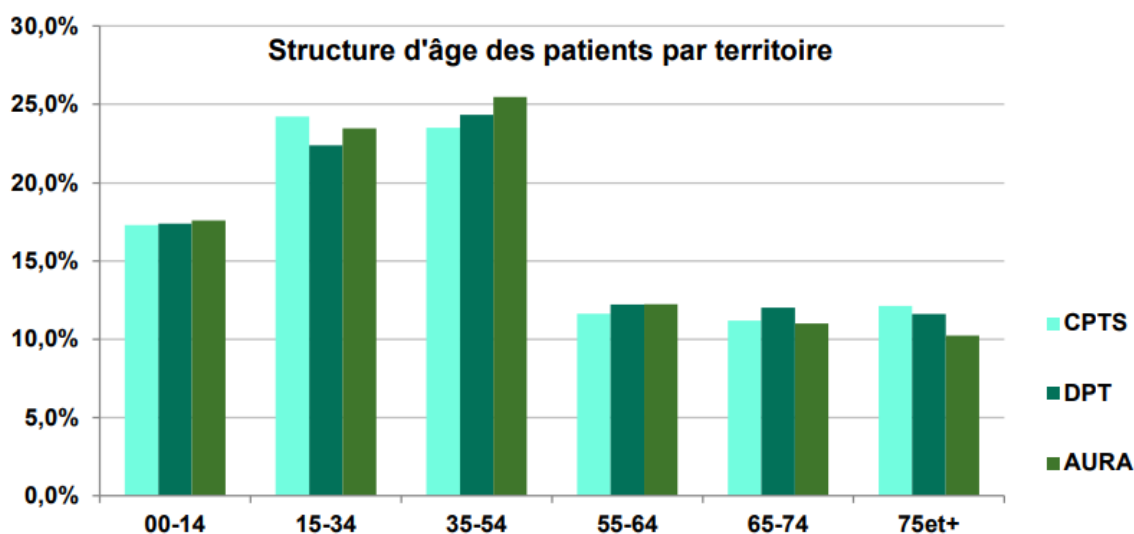
Source : <http://rezonecpts.ameli.fr/> au 07.09.2023

Figure n°06 : Les communes, le nombre d'habitants, les QPV et ZMG du territoire de la CPTS – GSE.

Le territoire de la CPTS compte 6 quartiers classés en QPV (Quartiers Prioritaire de la politique de la Ville). 27 403 habitants vivent dans un quartier prioritaire de la ville soit environ 12% de la population totale de la CPTS.

Avec un territoire densément peuplé, la CPTS du Grand Saint Etienne présente de forts contrastes sociaux, que ce soit en zones urbaines ou périurbaines. Dans les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) urbains, l'offre de soins est satisfaisante au regard du reste du territoire, la population est en sous mortalité générale avec une morbidité importante, liée aux comportements à risque. Les EPCI périurbains quant à eux se composent d'une population jeune et plus socialement favorisée avec une sous-mortalité générale et prématurée. Le Sud du département de la Loire est fortement polarisé par l'unité urbaine de la métropole de Saint Etienne qui se compose de 53 communes pour 406 868 habitants (source INSEE 2020), dont 11 communes se trouvent sur le territoire de la CPTS Grand Saint Etienne. Ces 11 communes représentent 57 % de la population totale de la métropole Stéphanoise. La croissance de la population est modérée mais continue notamment au profit des communes périurbaines de Saint Etienne

Population répertoriée par classes d'âges et par sexe



Source : Carto-pathologie- CPAM

Nombre de personnes concernées par les pathologies suivantes :

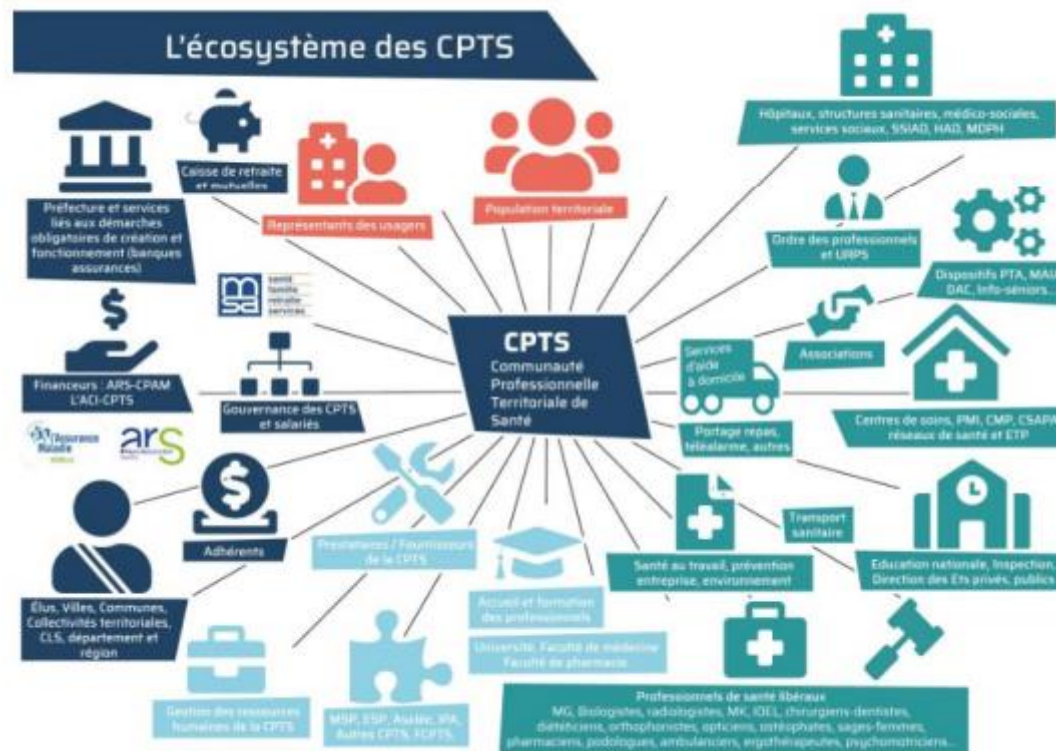
Pathologies	CPTS		Loire		AURA	
Traitements du risque vasculaire	28 752	13,0%	103 751	13,7%	921 369	11,7%
Traitements psychotropes	24 285	10,9%	78 319	10,4%	641 453	8,1%
Maladie Cardioneurovasculaire	18 829	8,5%	65 786	8,7%	609 104	7,7%
Diabète	15 249	6,9%	49 210	6,5%	450 408	5,7%
Cancers	10 983	4,9%	39 557	5,2%	397 195	5,0%
Maladies respiratoires chroniques	11 984	5,4%	38 987	5,2%	377 436	4,8%
Maladies psychiatriques	13 782	6,2%	35 797	4,7%	339 656	4,3%
Obésité	8 029	3,6%	26 480	3,5%	242 951	3,1%
Maladies neurologiques ou dégénératives	6 996	3,2%	21 611	2,9%	194 704	2,5%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	4 171	1,9%	14 017	1,9%	145 772	1,9%
Covid	1 365	0,6%	4 094	0,5%	34 230	0,4%
Maladies du foie ou du pancréas	2 022	0,9%	3 561	0,5%	29 390	0,4%
Maternité	4 412	2,0%	2 246	0,3%	22 159	0,3%
Insuffisance rénale chronique terminale	448	0,2%	1 235	0,2%	11 294	0,1%

Les pathologies les plus fréquentes sur le territoire concernent le diabète, les affections psychiatriques, le cancer, l'insuffisance cardiaque et la maladie coronaire. Les cibles du territoire seront le diabète, l'insuffisance cardiaque et les affections psychiatriques, dont la prévalence dépasse celle de la France. Au vu de la prévalence et des problématiques du terrain rencontrées par les professionnels, la santé mentale constituera une des premières thématiques traitées par la CPTS dans le cadre du parcours de soins coordonné du patient.

Sur le territoire de la CPTS Grand Saint Etienne en 2022, 52 160 personnes sont porteuses d'une ALD, ce qui représente 25,1% de la population de la CPTS Grand Saint Etienne. Ce pourcentage est légèrement plus élevé que sur le territoire national.

Le bassin de population de la CPTS compte un nombre important de patients bénéficiant de la C2S, avec 16,7% de la population contre 7,8% en Auvergne Rhône-Alpes.

1. Cartographie des Acteurs : les moyens humains et matériels présents sur notre territoire.



Source : <https://www.cpts-metz.fr/cpts-metz-roles-enjeux-missions/>

1.1 Adhérents de la CPTS-GSE

La CPTS-GSE compte, à ce jour, 160 adhérents **Dont 149 sont professionnels de santé.**

Les membres sont répartis en 4 collèges :

- Collège A : Professions médicales et de la pharmacie hors exercice exclusif en établissement hospitalier public ou privé ;
- Collège B : Paramédicaux, et professionnels du secteur social hors exercice exclusif en établissement hospitalier public ou privé ;
- Collège C : Personnes morales ;
- Collège D : Les professionnels relevant des Collège A et B exerçant uniquement en établissement hospitalier public ou privé.

Offre de soins :

Quatre maisons de santé sont constituées et une MSP est en cours de création à Saint-Etienne. On compte également 31 EHPAD et 7 services de soins infirmiers à domicile. La CPTS sera

confrontée à un enjeu important sur la mise en relation des professionnels en soutien de ces structures de soins de premier recours

1.2 Organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La permanence des soins est une organisation médicale entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier (public ou privé) permettant de répondre aux besoins de soins de la population en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux.

- SOS médecins Saint-Etienne assure la permanence des soins à domicile sur 5 communes de la CPTS du Grand Saint-Etienne (Saint-Etienne, Villars, Saint-Priest en Jarez, Saint-Jean-Bonnefonds, Planfoy/Rochetaillée). L'accès au centre de consultation ne comporte pas de restriction géographique. SOS médecins gère son propre centre d'appels et est en lien avec les médecins généralistes et spécialistes, les établissements hospitaliers mais aussi le SAS pour qui des créneaux sont réservés au centre de consultation chaque jour. SOS Médecins fonctionne 7 jours sur 7.
- La maison médicale de garde de Saint-Etienne accueille les patients 7 jours sur 7 de 8h à minuit sur le site du CHU de Saint-Etienne.
- Le centre médical de soins immédiats (CMSI), situé dans les locaux de la clinique mutualiste accueille les patients sans rendez-vous de 8 heures à 20 heures, y compris les week-ends et jours fériés.
- Le SAS 42 est en fonction depuis le 12 décembre 2022 du lundi au vendredi de 8h à 17h et le weekend de 8h à 19h. Lorsqu'un patient compose le 15, un assistant de régulation médicale (ARM) prend son appel et évalue le degré d'urgence. Puis l'ARM oriente le patient suivant le degré de gravité vers le SMUR, ambulances, pompiers, ou, si le besoin de prise en charge relève de la médecine ambulatoire, un opérateur de soins non programmés prend le relai pour compléter le dossier administratif du patient et transmet la demande à un médecin régulateur libéral. Le SAS repose sur un partenariat entre les professionnels de l'urgence hospitalière, le CHU de Saint-Etienne et des professionnels de la médecine libérale

1.3 L'offre hospitalière :

Le tissu hospitalier de la CPTS Grand Saint Etienne est dense. La mise en place d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) contribue à améliorer l'organisation entre établissements de l'offre hospitalière sur le département et à mieux penser les logiques de parcours, en lien avec la médecine de ville. L'établissement support du GHT constitué de 3 sites, réside sur le territoire de la CPTS. L'objectif de ces groupements est de renforcer les coopérations entre établissements publics de santé membres d'un groupement par la mise en œuvre d'une stratégie de groupe public. Celle-ci vise à proposer aux usagers une offre de soins complète et graduée sur le territoire du GHT, organisée autour de parcours de soins clairement identifiés. Le GHT de la Loire couvre un bassin de population de 800 000 habitants

et emploie 15300 professionnels dont 2000 personnels médicaux et plus de 10000 personnels soignants, médicotechniques, éducatifs. Il propose 7700 lits et places dont 2550 MCO, 920 SSR, 650 de psychiatrie, 520 SLD, 2710 EHPAD, 300 services de soins infirmiers et Hospitalisations à domicile.

Les sites hospitaliers du territoire de la CPTS sont les suivants :

- Clinique médicale La Buissonnière (établissement privé à but non lucratif) à La Talaudière (médecine, soins de suite et de réadaptation)
- Adene Hospitalisation à domicile (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Etienne
- Clinique mutualiste MFL SSAM (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Etienne
- CHU 42 (établissement public) à Saint-Priest-en-Jarez
- Hôpital privé de la Loire (établissement privé) à Saint-Etienne
- Le Clos Champirol rééducation (établissement privé) à Saint-Priest-en-Jarez (Soins de suite et de réadaptation)
- Centre médical L'Argentière (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Etienne (Soins de suite et de réadaptation)
- Clinique du parc (établissement privé) à Saint-Priest-en-Jarez
- USLD Sainte Elisabeth (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Etienne (soins de longue durée)
- Centre médical MFL SSAM des 7 collines (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Etienne (Soins de suite et de réadaptation)
- Hôpital de Bellevue CHU St Etienne (établissement public) à Saint-Etienne - Hôpital de la Charité CHU St Etienne (établissement public) à Saint-Etienne
- Hôpital Nord CHU St Etienne (établissement public) à Saint-Priest-en-Jarez
- ARTIC 42 Centre d'Hémodialyse pour adultes (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Priest-en-Jarez
- GCS Santé à Domicile (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Priest-en-Jarez
- GCS CHU Centre Argentière SRPR -HOP NORD (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Priest-en-Jarez
- ARTIC 42 Site Mendès France (établissement privé à but non lucratif) à Saint-Priest-en-Jarez

1.4 Les établissements médico-sociaux

Le territoire de la CPTS comprend 30 EHPAD et 6 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

1.5 Acteurs Institutionnels du territoire

Le territoire de la CPTS comprend les communes suivantes :

- L'Etrat,
- Planfoy,
- Roche la Molière,
- Saint-Etienne, dont Saint Victor sur Loire
- Saint-Genest-Lerpt,
- Saint-Jean-Bonnefonds,
- Saint Priest en Jarez,
- Sorbiers,

- La Talaudière,
- La Tour en Jarez,
- Villars.

Chacune d'entre elles a été invitée à échanger avec la CPTS, et nous avons également collecté les plans DICRIM disponibles.

1.6 Autres Acteurs de la société civile

A ce protocole, d'autres acteurs de la société civile sont associés.

La Protection Civile et la Croix Rouge sont des acteurs liés historiquement au secourisme et à l'aide médicale. Plusieurs villes de la CPTS ont des antennes de ces associations dont les prérogatives sont capitales en cas de SSE.

- Protection Civile de la Loire : Saint Etienne et Roche la Molière
- Croix-Rouge : Saint Etienne

Nous associons également le CCAS et le SSU du territoire :

- Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) Saint-Étienne
- Service de Santé Universitaire (SSU) Saint-Etienne

En cas d'alerte avérée, nous informerons également les autres CPTS du territoire.

- CPTS Forez Est
- CPTS Défi Roannais Santé
- CPTS Loire Forez
- CPTS Ondaine Forez
- CPTS Loire et Coise
- CPTS Vallée du Gier

Ces organisations, leur opérationnalité et expériences représentent une ressource et un savoir-faire non-négligeable dans l'organisation de notre réponse.

2. Classification des risques et des volets de réponse pour le système de santé ambulatoire.

En tant que CPTS, nous sommes majoritairement soumis à des risques liés à leur environnement extérieur (épidémies, attentats, catastrophes naturelles...), et non à des risques inhérents à une défaillance interne de leur structure puisqu'elles ne sont ni effectrices de soins, ni des établissements de santé.

Nous classerons ici les menaces potentielles par typologies dans l'objectif de décrire une stratégie de réponse adaptée. De cette façon, nous pouvons anticiper les conséquences qu'un événement pourra causer dès l'arrivée de l'alerte. Cette logique est la même qui est utilisée dans le plan ORSAN avec ses 5 volets opérationnels. Une SSE peut être le résultat d'un événement à cinétique rapide (exemple, attentat ou catastrophe naturelle), ou à cinétique lente (exemple épidémie, épisode climatique). En tenant en compte cette différenciation, nous avons classé les risques présents dans notre territoire, en fonction de leur cinétique et par volet de réponse opérationnel du plan ministériel ORSAN (**pour plus de détails voir page 10 et 11**). Ensuite, nous avons listé les réponses que le système de santé ambulatoire pourrait apporter par type de risque et donc par volet opérationnel ORSAN pour avoir une idée plus claire de l'action que nous serions amenés à coordonner en cas de crise. Nous verrons ensuite que le réseau de santé ambulatoire sera exposé de façon plus fréquente aux risques à cinétique lente.

2.1 Risques à Cinétique Rapide

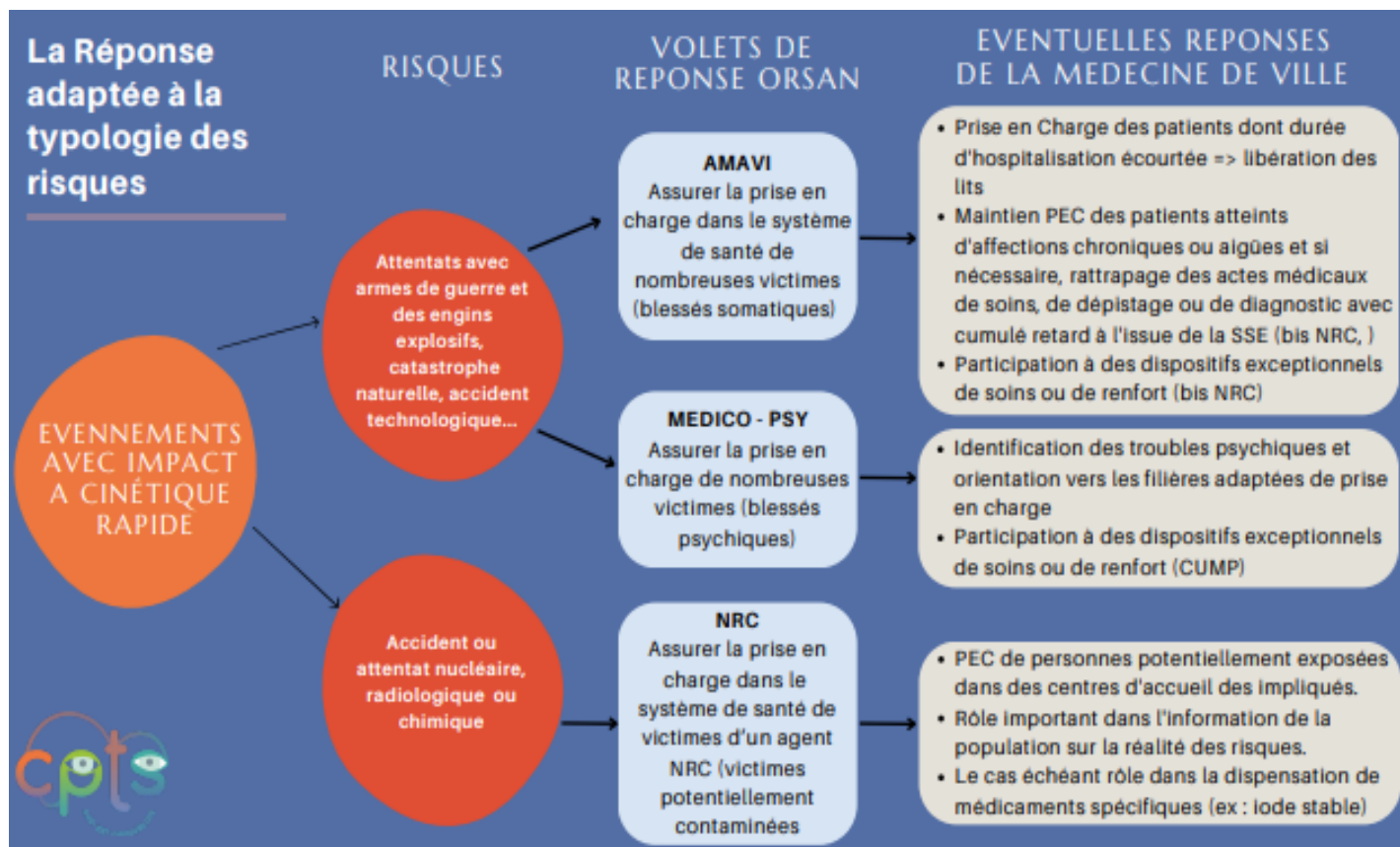
Les risques à cinétique rapide vont provoquer majoritairement un très grand afflux de patients, et donc une augmentation des besoins de prise en charge très soudaine. Les impacts de ces types de risques seront absorbés dans la majorité des scénarios par les acteurs de première ligne (le SAMU, le SDIS et les établissements hospitaliers) sans que le système de santé ambulatoire ne soit impacté. Dans notre territoire nous sommes fortement exposés à la plupart des risques majeurs à cinétique rapide tels que :

- Catastrophe naturelle :
 - Inondation : par crue fleuves, rivières, rupture de barrage
 - Mouvements de terrain
 - Feux de forêts
- Accident Technologique ou industrielle : SEVESO Seuil bas : Saint Etienne x 2, La Talaudière
- Accident lors du transport de matières dangereuses :
- Accident ou attentat nucléaire, radiologique ou chimique : malgré le fait que son activité radiologique reste très réduite, certaines communes frontalières à notre territoire sont exposées (périmètre ppi 0 – 20km centrale Saint Alban Saint Maurice)

En ce qui concerne les attentats avec armes de guerre et des engins explosifs, notre vulnérabilité est relativement similaire à celle d'autres zone métropolitaines françaises.

Tel que détaillé dans le tableau suivant, le plan ORSAN prévoit des volets opérationnels de réponse. Nous avons listé une série des mesures stratégiques par volet ORSAN qui permettent de se faire une idée du type réponse que la CPTS devrait coordonner en cas de SSE à la suite d'un évènement à cinétique rapide.

Figure n° 08 : Organisation de volets de réponse ORSAN pour les différents risques à cinétique rapide et des exemples d'éventuelles réponses de su système de santé ambulatoire – Source, CPTS -SEG.



Pour plus de détails sur les risques majeurs identifiés sur le territoire de la CPTS GSE, voir :

- [Plan Dicrim Saint Etienne](#)
- [Plan Dicrim Saint Genest Lerpt](#)
- [Plan Dicrim L'Etrat](#)
- [Plan Dicrim Saint Priest en Jarez](#)
- [Plan Dicrim La Talaudière](#)
- [Plan Dicrim Saint Jean Bonnefonds](#)
- [Plan Dicrim Sorbiers](#)
- [Plan Dicrim Villars](#)
- [GEORISQUE](#) (pour les communes n'ayant pas mis à disposition leur plan DICRIM)

2.2 Risques à Cinétique Lente

Ces sont les risques auxquels le système de santé ambulatoire se verra plus fréquemment et plus fortement exposé. Pour la plupart, ce sont des risques qui amènent une dégradation de

la situation, progressivement et normalement identifiable. Certains, comme les risques liés au climat ou aux saisons, peuvent souvent s'anticiper, ce qui permet de s'organiser en conséquence.

Sur le territoire de la CPTS-GSE, nous sommes autant exposés que d'autres zones métropolitaines de l'hexagone. Contrairement, aux risques à cinétique rapide mentionnés ci-dessus, les risques à cinétique rapide peuvent concerner d'abord ou plus fortement la médecine ambulatoire que les services d'urgence (comme le SDIS ou le CHU).

Dans le tableau suivant (comme pour le tableau précédent), nous pouvons voir le regroupement de ces risques et leurs liens avec les volets opérationnels ORSAN et les éventuelles réponses que le système de santé ambulatoire pourra apporter.

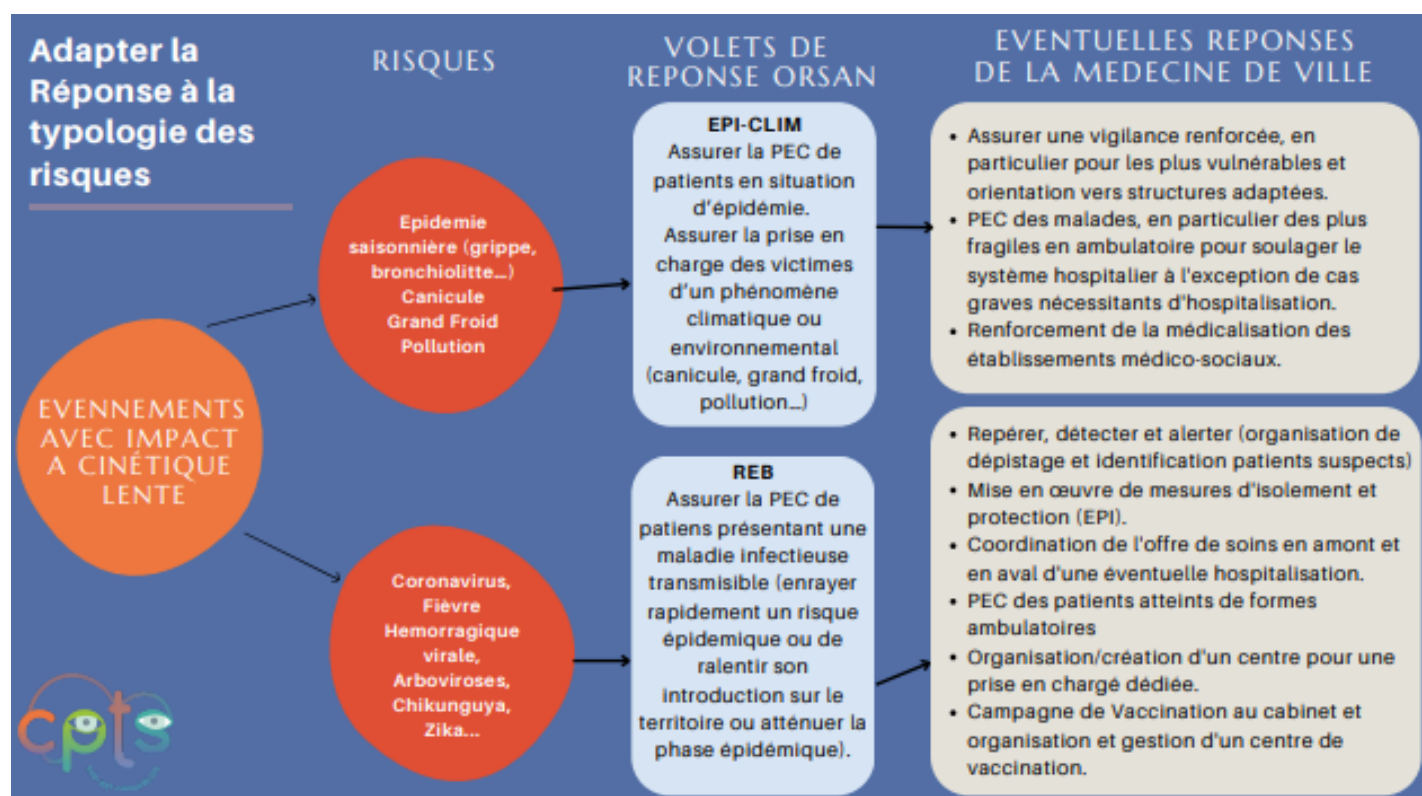


Figure n° 09 : Organisation de volets de réponse ORSAN pour les différents risques à cinétique lente et des exemples d'éventuelles réponses du système de santé ambulatoire – Source, CPTS-SEG.

L'objectif de ce protocole est de faire en sorte que ces réponses possibles du système de santé ambulatoire puissent faire partie d'une stratégie réfléchie et coordonnée.

PARTIE III : Dispositif de Veille et de Gestion SSE

La méthodologie de Gestion de SSE est décrite en quatre phases. Elles permettent de standardiser l'organisation de la réponse, indépendamment de la nature de l'événement. Chaque phase comprend des sous-phases avec des actions spécifiques, des outils dédiés et des acteurs dont les missions sont définies. Ce dispositif SSE se déclenche après avoir réceptionné l'alerte.

Hors alerte, il existe un dispositif de veille. Il assure la possibilité de réceptionner l'alerte (des autorités ou des partenaires de la CPTS) susceptible de notifier un événement qui pourrait mettre sous tension le système de santé ambulatoire. L'objectif est d'assurer l'existence d'une procédure opérationnelle qui permettra de déclencher le plan de gestion SSE le plus rapidement possible dès la réception de l'alerte.

Un **Réfèrent SSE** désigné assure la permanence de la veille. Cette permanence est un élément majeur puisqu'elle va conditionner la réactivité de la CPTS dans le déclenchement de son dispositif de gestion SSE. Le Réfèrent doit donc être joignable par mail et par téléphone. Ses coordonnées doivent être connues par l'ensemble des adhérents de la CPTS ainsi que les acteurs concernés du territoire et les autorités de santé. Puisque nous sommes conscients que nous ne pourrions pas avoir une astreinte 24H/24 et 7J/7 en permanence, nous avons établi deux niveaux de veille :

- Niveau de veille 1 ou veille opérationnelle : niveau sur lequel l'analyse et le traitement de l'alerte est garanti les jours et horaires ouvrables. Dans ce niveau, le délai de traitement de l'alerte sera de 12 à 48 heures. Normalement, la CPTS reste en permanence en Niveau de Veille 1, tant que rien n'indique que la situation s'est dégradée ou qu'elle risque de l'être.
- Niveau de veille 2 ou veille renforcée : est activé lorsque des signes de dégradation se présentent (ex : augmentation inhabituelle et/ou importante des cas de grippe saisonnière) ou à cause d'un événement susceptible d'impacter à terme la médecine ambulatoire (ex : un accident de la route de grande envergure qui risque d'impacter trop fortement l'hôpital). Dans ce cas :
 - Le *Réfèrent SSE* doit rester joignable de 8H à 22H
 - Il doit prévenir les membres du *Comité de Validation* (voir page 24) pour leur communiquer que le Niveau de veille 2 a été activé, et qu'il est probable qu'une alerte soit reçue prochainement. Dans ce cas, il faudra activer le Dispositif SSE en Phase 0 pour analyser et traiter l'alerte. Le comité devra donc se réunir dans les 24 à 48 heures qui suivent.
 - Il doit également prévenir les membres présélectionnés de la *Cellule de Crise* (voir page 24) pour leur communiquer que le Niveau 2 a été activé et qu'il est probable qu'une alerte soit reçue prochainement. Dans ce cas, si l'alerte est validée par le *Comité de Validation*, la Phase 1 de gestion SSE sera activée et l'armement de la cellule de crise déclenchée (voir page 25).

A noter que l'alerte peut arriver au Réfèrent SSE par différentes voies. En tout état de cause, dès que l'ARS aura été informée, elle adressera un message d'alerte à tous les acteurs de santé concernés, dont la CPTS. Ce serait une **alerte reçue par voie officielle**. Il est également possible que l'alerte soit reçue par voie **ascendante** (un adhérent de la CPTS ou un acteur du système de santé ambulatoire du territoire de la CPTS. Exemple, remontées de signaux inquiétants par des professionnels de santé libéraux du territoire) : dans ce cas, et après la procédure *d'analyse et validation*, c'est la CPTS qui informe l'ARS. Pour cela, la CPTS doit donc disposer des coordonnées du point focal régional de l'ARS (porte d'entrée de tous les signaux).

La CPTS GSE a préalablement identifié une boîte mail de réception et un numéro de téléphone pour les alertes. Ceux-ci sont veillés afin de permettre la plus grande réactivité possible en cas de SSE. **Le référent SSE de la CPTS GSE est son secrétaire générale**. Les coordonnées pour communiquer toute alerte sont :



Phase 0 : Réception et Analyse de l'alerte

Cette phase consiste à réceptionner le message d'alerte, organiser son analyse et valider ou pas l'activation de la Cellule de Crise.

À la suite de la réception de l'alerte, le Réfèrent SSE doit **préremplir l'Annexe nommé « Fiche d'analyse et validation de la SSE »** et **convoquer le Comité de Validation de l'Alerte**. Dans le cas de la CPTS-GSE, le comité de validation est composé par les membres du bureau de la CPTS. (réf annexe). Ce comité devra se réunir dans les 24 à 48 heures qui suivent la réception de l'alerte en présentiel ou visioconférence. Avec le Réfèrent SSE, ils sont en charge de réaliser une analyse rapide de la situation et décider **s'ils valident ou pas l'alerte et donc activent ou non l'armement de la Cellule de Crise**.

Cette décision sera retranscrite dans la fiche d'analyse, laquelle, une fois signée, sera jointe dans la notification par mail qui sera envoyée aux autorités concernées (ARS, Mairies, SDIS, Préfecture) et aux membres de la Cellule de Crise (si l'alerte est validée). Ces derniers seront également appelés pour garantir une plus grande réactivité.

Phase 1 : Activation de la Cellule de Crise

Cette seconde phase consiste à encadrer la formation de la Cellule de Crise, structurer le premier plan de réponse et la première stratégie de communication.

Le Réfèrent SSE est responsable de la convocation des membres et de l'installation de la Cellule. Ici le référent est également le coordinateur de la Cellule de crise et se charge donc de piloter l'armement de celle-ci. Il a l'accès aux différents lieux identifiés pour héberger la Cellule de Crise. (Fiche Réflexe 2).

Lieux pré-identifiés pour héberger la Cellule de Crise

Option 1 : La Rotonde CPTS-GSE, Salle de Réunion

Option 2 : Cabinet Médical, 1 Cr Victor Hugo, 42000 Saint-Étienne

** Les réunions de la Cellule peuvent aussi se faire en visio*

Les Membres de la Cellule de Crise de la CPTS-GSE ont également été pré-identifiés. Leurs contacts figurent aussi dans l'Annexe « Annuaire de Gestion de Crise ». **Pour que la cellule puisse être considérée comme armée, il faut *a minima* qu'elle soit composée par 4 de ses membres, soit le Coordinateur de la Cellule, le Responsable Médical, le Responsable Paramédical et le Responsable Communication.** Ensuite, les membres doivent procéder à une analyse des caractéristiques de la SSE afin d'envisager une première stratégie de réponse coordonnée.

Les actions ainsi que les moyens matériels et humains à engager dépendent de la typologie et de la cinétique de l'événement. Certains vont engendrer une augmentation du flux de patients tandis que d'autres vont affecter l'organisation des soins sans augmenter les flux. **Avant d'initier la phase suivante de conduite de crise, il est essentiel de caractériser l'événement et de procéder à une évaluation anticipée de ses conséquences** Pour déterminer un niveau de réponse appropriée. La gradation de la réponse devra également être validée.

- **Gradation 1** : augmentation de la mobilisation intra structures
- **Gradation 2** : création de structures dédiées (avec adossement ou pas à un établissement de référence).

Une fois la situation analysée et une stratégie de réponse envisagée, il faudra **assurer la communication** :

- **avec les autorités (ARS, CPAM, Mairies) et l'ensemble des professionnels de santé du territoire de la CPTS (y compris structures de santé, médico-sociales et SDIS**
- **avec le reste des adhérents et partenaires de la CPTS.**

- **envers la population.**

Il est essentiel de s'accorder sur la démarche à suivre avec les autorités et les professionnels de santé afin d'assurer la tenue d'un message commun et l'identification d'interlocuteurs.

Durant cette première phase de communication, les membres de la Cellule doivent recueillir des informations et des indicateurs complémentaires auprès de leurs collègues du terrain. Ces informations permettront de réadapter si nécessaire la stratégie de réponse à l'étape suivante, en Phase 2 (conduite de la SSE).

Pour chaque réunion de la cellule de crise, un compte-rendu sera rédigé pour permettre la traçabilité tout au long de la SSE. De même chaque proposition de stratégie de réponse, de changement de stratégie ou de mise en place des nouvelles procédures opérationnelles, doit faire objet d'un procès verbal rempli et signé (annexe 06). Ce document permet de rendre officielles les décisions prises par la cellule. Il sert à les notifier via mail avec l'ensemble de partenaires et autorités. Ce document est signé par le coordinateur de la Cellule de Crise.

Phase 2 : Conduite de la SSE

La phase de conduite implique, d'une part, d'assurer un suivi de la SSE et, d'autre part, de mettre en œuvre la stratégie de réponse. En effet cette phase sera dans la plupart des SSE la phase la plus longue. Les sous-phases sont pensées de telle sorte qu'elles puissent se répéter de façon circulaire comme un cycle, permettant la systématisation, la réévaluation, l'adaptation de la stratégie et la communication aux partenaires. Tant que la Cellule ne détermine pas l'activation du plan de sortie, ces étapes devront se répéter. En ce sens, durant la conduite de la SSE :

- Grâce aux échanges avec les acteurs, les informations que la cellule possède vont se compléter et cela permettra de mieux comprendre la SSE et de voir les effets du plan de réponse proposé. Cela permettra **de réadapter la stratégie si nécessaire**.
- Systématiquement, et tel qu'expliqué dans les fiches mission, chaque responsable de la Cellule devra **identifier des indicateurs à suivre tout au long de la SSE**. Ce suivi permettra de faire une lecture plus claire des informations reçues du terrain, mieux comprendre l'évolution de la SSE et les effets de notre stratégie de réponse. Il n'est pas nécessaire que ces indicateurs soient toujours les mêmes. En fonction de la SSE, il sera plus pertinent de suivre certains paramètres que d'autres. C'est pour pourquoi, que lors de l'armement de la cellule, caractériser l'évènement est si important, car cela va conditionner la réponse mais aussi le choix des indicateurs de suivi.
- A chaque fois qu'il y aura un changement de stratégie ou de plan, nous allons donc le **communiquer aux partenaires**. Qui dit changement de stratégie, dit Procès Verbal signé et partagé.
- Enfin la Cellule doit s'accorder sur une périodicité des réunions à tenir où les réévaluations de la situation auront lieux. Des réunions extraordinaires

supplémentaires pourront être proposées à tout moment si la situation le demande. Ces réunions seront convoquées par le Coordinateur.

Phase 3 : Levée de l'Alerte, l'Atterrissage et RETEX

Cette phase encadre le retour à la « normale », ou plutôt l'après SSE. En effet, le moment où il convient de décider de la sortie de la SSE est souvent difficile à déterminer. Comme pour son activation, la désactivation du dispositif de Gestion de SSE et, par voie de conséquences, le désarmement de la cellule de crise, doit suivre certaines procédures. Ces procédures servent, d'une part, de garantie pour éviter que ces décisions ne soient prises à la légère et, d'autre part, à donner aux membres de la cellule les outils pour accomplir et justifier la démarche.

Nous identifions trois grands blocs dans cette phase : La prise de décision de levée d'alerte, l'organisation de la sortie du système de santé ambulatoire du modèle de gestion SSE et enfin la réalisation d'un RETEX.

- **La prise de décision** : ce choix s'appuie entre autres dans le suivi et l'analyse des indicateurs qui a été fait durant la phase 2, mais aussi dans la réflexion collective avec l'ensemble des acteurs et partenaires de la CPTS. Toute SSE aura un début, une phase aiguë puis une atténuation de la tension envers le système de santé. La Cellule de Crise devra déterminer à quel moment les acteurs du système de santé ambulatoire peuvent gérer à nouveau la situation sans la mise en place de mesures de gestion exceptionnelles. La levée de l'alerte est communiquée aux partenaires avec un procès verbal où les raisons de ce choix et la stratégie de sortie sont détaillées.
- **L'Atterrissage** : c'est tout simplement le plan d'action qui met en place la stratégie de désarmement de différents dispositifs qui avaient été mobilisés pour la gestion de la SSE. Ce plan doit proposer une temporalité précise et doit être accompagné d'une stratégie de communication. (Dans ce bloc, sont concernées les sous-phases « définition de la stratégie et plan d'action », « communication de la stratégie » et « supervision et clôture »).
- **Le RETEX** : la phase de sortie de crise doit être assortie d'une étape finale de retour d'expérience. Cet outil permet une analyse de la gestion de l'événement et de la mise en place d'éventuels correctifs sur le plan initial de gestion de crise. C'est une méthode de RETour d'EXpérience (analyse a posteriori) qui « aide à identifier de manière systémique et collective ce qui a et ce qui n'a pas fonctionné, et pourquoi et comment s'améliorer » (*After action reviews and simulation exercises. s.l. : OMS, 2018.*). Sa démarche requiert le passage d'une logique individuelle à une logique collective.

L'objectif du RETEX est, avec la réalisation du bilan des actions mises en œuvre en conduite de crise, d'identifier les points forts et /ou les faiblesses observées au cours de la gestion d'une situation donnée (SSE réelle ou exercice de simulation). Avec ce travail de synthèse collectif, nous pouvons identifier les éventuels écarts entre la réalité et l'attendu formalisé dans le plan de gestion de crise (procédures, fiches réflexes, fiches actions, outils). Afin de garantir un exercice de qualité, nous recommandons que lors d'un RETEX, soient présents :

- Membres du comité de validation de l'alerte.
- Un référent RETEX en appui méthodologique (réfèrent SSE par ex)
- Les membres de la Cellule de Crise
- Eventuellement des acteurs partenaires de la CPTS qui ont participé dans la réponse à la SSE mais qui ne faisaient pas partie de la cellule.

Enfin, le RETEX nécessite de suivre une méthodologie comprenant un temps de préparation, un temps pour la mise œuvre et restitution, et un temps de suivi/valorisation des actions correctives.

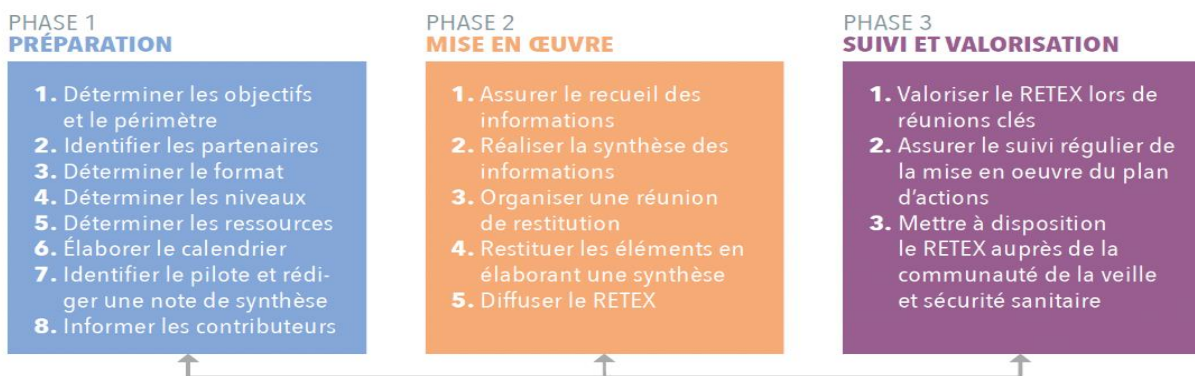


Figure n°12 : Processus de RETEX – Source : RETEX guide méthodologique SSE

* Pour davantage de précisions, vous pouvez consulter : Retour d'expérience – Guide méthodologique – Situations d'urgences sanitaire et exercices de simulations (2019), [En ligne], disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_retex_bd.pdf

Partie IV Gestion de la Réponse : la Cellule de Crise et ses missions

Afin de répondre à tout type de SSE, les CPTS prévoient la constitution d'un dispositif de pilotage de gestion sous la forme d'une cellule de crise qui sera adaptable selon les typologies de SSE. Unique organe de décision et de pilotage, elle ordonnance les actions mises en œuvre lors du déclenchement du plan de gestion de SSE. Elle assure le lien avec la cellule régionale d'appui au pilotage de l'ARS (la CRAPS) ainsi qu'avec les autres cellules de crise des structures de son territoire (Établissement de référence, Établissement de 1ère ligne, Établissement de 2ème ligne, EMS, collectivités et autres...) et des autres CPTS voisines. A noter que **la cellule de crise ne peut s'autosaisir sans que son processus d'armement n'ait été enclenché.**

Les principales missions de la cellule de crise sanitaire de la CPTS sont :

- Analyser la situation,
- Être l'interlocuteur de référence pour la stratégie de médecine de ville,
- Organiser la mobilisation des opérateurs de soins et des professionnels de santé,
- Coordonner l'ensemble des actions,
- Assurer la communication avec les professionnels du système de santé ambulatoire, les institutions, les médias, la population,
- Déterminer les parcours de soins et les filières de prise en charge des patients,
- Contribuer à la continuité des soins,
- Evaluer les besoins matériels et humains à mobiliser,

L'organisation de la cellule répartie la gestion de ces missions entre les différentes fonctions. Cette composition de la cellule peut être adaptée à l'organisation propre à chaque CPTS et à chaque situation. Chaque fonction ne nécessite pas forcément une personne dédiée. Ainsi, une même personne peut cumuler plusieurs fonctions. La cellule de crise s'articule autour de 6 grandes fonctions :

- Coordinateur Cellule
- Responsable Médical
- Responsable Paramédical
- Responsable Communication
- Responsable Secrétariat
- Responsable Support

Nous avons décidé, dans un premier temps, que la cellule de crise puisse fonctionner en *mode restreint* avec 4 membres : le Coordinateur de la Cellule, le Responsable Médical, le Responsable Paramédical et le Responsable Communication. Dans cette configuration, le Responsable de Communication se chargera d'assurer également la gestion de fonctions Secrétariat et Support. Cette option est valide tant que l'ampleur de la réponse à la SSE peut le permettre. Si besoin, le Coordinateur de la Cellule, peut décider de renforcer l'équipe pour

que chaque fonction soit assurée par une seule personne. Il est également possible que chaque responsable de fonction puisse avoir autant d'adjoints que nécessaire si la situation le justifie. Cette variation du nombre de membres de la cellule peut et doit évoluer au fil du temps afin de s'adapter à l'évolution de la SSE.

Les contacts de personnes qui ont été pré-identifiées pour chaque fonction figurent dans l'Annexe « Annuaire ». Il est retenu que, dans l'idéal, chacune des fonctions puisse bénéficier à *minima* d'une suppléance (c'est à dire 2 personnes désignées : 1 titulaire et son suppléant), afin d'éviter une vacance lors de l'activation de la cellule de crise.

Les Fiches Mission

Pour chacune de six fonctions, des Fiches Missions existent, elles notifient les obligations et responsabilités essentielles pour chaque membre (**voir annexes 07 à 12**). Elles permettent de standardiser l'organisation de la réponse, indépendamment de la nature de l'événement. De cette façon nous pouvons garantir d'une part, une répartition cohérente de la charge de travail de la réponse, et d'autre part, assurer que les tâches les plus importantes soient faites.

Ces sont des documents opérationnels qui permettent à chaque membre de mettre en marche de façon ordonnée son travail au sein de la cellule. Les Fiches sont structurées par phase. Chaque membre de la cellule a reçu un exemplaire des fiches.

Afin de procurer une vision d'ensemble, il sera utilisé le tableau corrélation phases de crise missions cellule (adjoint à ce protocole) qui montre les liens entre les différentes phases, les sous-phases et les missions de la cellule de crise.

Ce tableau nous permet de mettre sur la même page, toutes les missions de la cellule, leur temporalité dans la gestion de la SSE et leur corrélation.

Règlement Intérieur Cellule de Crise

Afin de garantir la gouvernance de la cellule, nous avons établis certaines règles structurantes. Ces règles sont le point de départ d'un travail administratif autour de la cellule qui évoluera avec le temps et l'expérience des interventions. Ces règles doivent être respectées par l'ensemble de membres de la Cellule.

- Les membres de la cellule :

○ Les modalités d'entrée et sortie :

- Tout acteur qui souhaite faire partie de la cellule doit notifier sa candidature au Réfèrent SSE. La personne candidate doit aussi notifier la fonction pour laquelle souhaite devenir membre. Le réfèrent SSE notifie cette candidature au Bureau de l'association qui valide ou pas son entrée en tant que membre. Si validée, son arrivée est notifiée en Bureau et ses coordonnées sont intégrées dans l'Annuaire.
- La liste de membres et leurs fonctions est renouvelée et validée une fois par an en AG.
- Si un membre souhaite abandonner la Cellule durant la SSE, il doit présenter sa démission par écrit.
- Durant une SSE, il est tout à fait possible qu'un membre de la cellule puisse être accompagné dans ses fonctions par un adjoint ou remplacé par son suppléant

○ Rémunération :

- Comme lors de la participation active aux autres groupes de travail, les adhérents percevront une indemnisation relative au temps passé pour mener à bien cette mission. A titre informatif, en 2025, cette indemnisation, en honoraires, est fixée à 55 euros par heure travaillée pour compenser la perte financière occasionnée par son absence dans son travail.
- Les heures de participation devront être justifiées avec une fiche d'émargement datée et signée par le Coordinateur de la Cellule.

○ Temps de travail dédié à la cellule : Les membres de la cellule de crise se mettront d'accord avec le Coordinateur de la Cellule pour décider du volume horaire et des créneaux qui seront dédiés à leurs obligations au sein de la cellule au regard des besoins en coordination induits par la SSE.

○ Responsabilités : Chaque membre est responsable de la mise en place de missions détaillées dans chacune des fiches mission. De plus, en accord avec le Coordinateur de la Cellule, de nouvelles missions pourront être ajoutées.

- Prise de décision :

- Toute validation de stratégie ou de procédure doit être validée par le Coordinateur de la Cellule et présentée dans un Procès Verbal. Pour toute autre réunion et discussion au sein de la cellule, le compte-rendu sera suffisant.

- **Changement des règles et procédures du Règlement Intérieur de la Cellule** : L'ajout des nouvelles règles et procédures, la modification ou suppression des existantes peut avoir lieu en respectant les points suivants :
 - Durant une SSE, la proposition d'ajout, modification ou suppression doit se faire avec l'accord unanime de tous les membres en activité de la cellule de crise. Leur proposition doit être transmise au comité de validation qui devra ensuite le valider.
 - En dehors d'une SSE, c'est le référent SSE qui transmet au CA sa proposition d'ajout, modification ou suppression des règles et procédures. Le CA devra voter en faveur à l'unanimité pour approuver la proposition.
- **Protocole d'archivage et traçabilité** : tous les Procès-Verbaux et les comptes rendus réalisés durant la réponse à une SSE devront être conservés pendant les dix ans suivants la fin de la SSE.

PARTIE IV : Outils, mise à jour et archivage

Outils administratifs et de support

Comme décrit tout au long de ce protocole, les outils standardisés permettront d'optimiser le temps et l'efficacité des opérateurs dans la conduite et la gestion des SSE et faciliteront la traçabilité.

Listes des outils

- Déclenchement
 - Fiche d'analyse et validation ou refus de l'alerte SSE
- Conduite de crise
 - Fiches Réflexe
 - Fiches actions
 - Annuaire (interlocuteurs, membres du comité de validation, membres cellule de crise, adhérents)
 - Tableau de corrélation
 - Tableau Risques Réponses
- Traçabilité
 - Modèle PV
 - Modèle CR

Ces outils, avec l'ensemble du protocole, sont accessibles sous trois formats afin de garantir leur disponibilité sans importer les caractéristiques de l'évènement :

- Sauvegarde dans un dossier numérique stocké sur un serveur en ligne DRIVE
- Format papier. L'ensemble des documents et outils du protocole est disponibles en deux copies. Deux « mallettes de crises » dans chacun des lieux possibles de réunion.
- Format numérique dans une clé USB. Cette clé USB sera placée au sein de la « mallette de crise » afin de permettre de travailler ou imprimer les documents en cas de crise si les dossiers stockés en ligne ne sont pas accessibles.

Le référent SSE, les membres du comité de validation et les membres pré-identifiés de la cellule doivent pouvoir avoir accès aux documents et connaître leur localisation pour chaque format.

Mise à jour du document

La réactualisation du plan de gestion de crise sanitaire, ainsi que l'ensemble des annexes et outils, est nécessaire pour les raisons suivantes :

- Évolution de la réglementation, des ressources humaines, matérielles, etc.
- Correction des erreurs, dysfonctionnements détectés lors de la mise en application du document.
- Amélioration continue du document
- Modification de l'environnement et écosystème de la CPTS

La réactualisation du document permet de garantir sa pertinence et sa conformité aux attentes des institutions et des différents partenaires de la CPTS. Cette réactualisation sera réalisée à *minima* annuellement. À la suite de la mise à jour ou renouvellement du protocole et de ses annexes, le Réfèrent SSE les présentera au bureau pour validation. Le Bureau validera les changements et la mise à jour à l'unanimité, et les communiquer en AG. Après chaque mise à jour, s'il y a eu des changements, le nouveau document sera partagé avec les partenaires de la CPTS concernés par la gestion d'une SSE, à savoir l'ARS, la CPAM, les collectivités du territoire et l'ensemble des adhérents.

- Politique d'archivage du plan de gestion de crise

Pour la CPTS GSE :

- Seront conservées toutes les « Fiches d'analyse et validation » (même si elles ne donnent pas lieu à une SSE), les Comptes Rendus de chaque Point de Situation et chaque Procès Verbal.
- Ces documents doivent être conservés pendant dix ans depuis leur date de création.
- Lieu de conservation : archivage électronique DRIVE dossier partagée entre : le Réfèrent SSE, le Comité de Validation, les membres de la Cellule de Crise et le Bureau de la CPTS.
- Tout autre acteur qui souhaite solliciter l'accès à ces documents doit faire la demande auprès du Réfèrent SSE qui demandera la validation du partage au Comité de Validation.

BIBLIOGRAPHIE

- Document cadre, Protocole CPTS – Gestion SSE, CPTS Sud Est Grenoblois (2023)
- Dossier Départemental des Risques Majeurs, Services déconcentrés de l'Etat de la Loire (2023)
- Guide méthodologique : *Aide à l'organisation de l'offre de soins en situations sanitaires exceptionnelles*, Ministère des Solidarités et de la Santé (2014).
- Guide méthodologique URPS-PACA : *Guide Méthodologique d'Elaboration du Plan de Gestion de Crise Sanitaire des CPTS* (2023).
- Prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles (SSE). Haute Autorité de Santé. (2022). [En ligne].
- Guide méthodologique - *Retour d'expérience - Situations d'urgences sanitaire et exercices de simulations*. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019).
- Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Ministère des Solidarités et de la Santé (2019).
- Plan de gestion des tensions hospitalières & des situations sanitaires exceptionnelles Dr Jean-Marc PHILIPPE Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé Direction Générale de la Santé Gestion de crise dans les établissements de santé (2018).
- Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques 2019-2024, SDIS 42 (2020).