**Document élaboré par**

TRAME POUR REDACTION

DU PLAN DE GESTION DE CRISE SANITAIRE

DES MSP

VERSION DU 19.07.23 INCLUANT LES LIGNES DIRECTRICES NATIONALES

# CHECK LIST de rédaction d’un Plan de Gestion de Crise en MSP

***Cocher les cases correspondant aux éléments que vous restituez.***

* Fiche identité MSP

**PILOTAGE**

* Tableau des membres du groupe pilote projet
* Référent SSE retenu

**ECOSYSTEME EXTERNE ET INTERNE**

* Tableau des communes du territoire de la MSP incluant le nombre d’habitants par commune et date du recensement
* Cartographie des risques (naturels, technologiques) de la (les) commune(s) de la MSP (*en collaboration avec la DDARS)*
* Tableau des ressources du territoire (établissements, institutions...)
* Tableau des structures d’exercice coordonné du territoire incluant leurs éventuels référents SSE
* Description des modalités d’organisation entre la MSP et ces structures
* Description des possibilités de mutualisation de moyens envisagées
* Recensement des moyens humains pouvant être mobilisés dans la MSP
* Recensement des moyens matériels.
	+ Possibilité d’identifier les locaux mobilisables (stockage, création structures dédiées…)
	+ Si réemploi de procédures mises en place lors de la crise COVID : indiquer les procédures concernées
* Organisation des locaux de la MSP

**PREPARATION DE LA REPONSE PAR LA MSP**

* Membres mobilisables de la cellule de crise
* Procédure d’activation du dispositif de gestion de crise et identification du déclencheur (membre de la cellule de crise en charge du déclenchement)

**DISPOSITIF DE GESTION DE CRISE**

* Description des modalités du dispositif de veille opérationnel : téléphone, mail dédié, personnes habilitées, sécurisations données.
* Description des modalités du dispositif de diffusion opérationnel de l’alerte dans la MSP
* Identification du lieu de regroupement de la cellule de crise
* Description de tout élément relatif à l’articulation avec les différents référents SSE du territoire
* Modalités d’information sur l’existence du plan de gestion de crise

**DEMARCHE D’AMELIORATION CONTINUE**

* Définition de la politique d’archivage et stockage du plan de gestion de crise (incluant un volet numérique et papier)
* Modalités de réactualisation du document
* Description des formations éventuellement envisagées
* Description des programmes d’exercice (exemple test alerte, test armement cellule) éventuellement réalisés ou à venir

| FICHE IDENTITÉ MSP |
| --- |
| Nom de la MSP |   |
|  Forme juridique  |  SISA : |
|  N°RCS  |   |
|  Enregistrement en préfecture le  |   |
|  N° FINESS  |   |
|  Adresse de son siège social  |   |
| Référent SSE (identité et coordonnées) |  |
|  Coordonnées :- Téléphoniques- E-mail- Site internet |   |
|  Labellisée ARS le |   |
| Contractualisation à l’ACI le |  |

## 1 - Composition de l’équipe projet en charge de la rédaction du plan au sein de la MSP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Profession** | **Lieu d’exercice** | **Structure d’appartenance le cas échéant (Membres de la CPTS, Centre Hospitalier, EHPAD…)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La MSP a choisi de désigner Mr/Mme …………………………… (nom, prénom, profession) comme référent SSE.

## 2 – Ecosystème de la MSP

La MSP ……..(*nom de la MSP)* est une MSP ……….. (*multisite/monosite*), dont la patientèle Médecin Traitant est d’environ ……………*(nombre à indiquer)* patients et qui se situe sur une commune (ou des communes) d’un bassin de population totale de *(nombre à indiquer)* habitants.

La MSP (*nom de la MSP)* est située sur le territoire de laCPTS (*nom de la CPTS)*

Située dans le département (*préciser le département*), la MSP couvre les communes suivantes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMMUNE** | **CODE POSTAL** | **NOMBRE D’HABITANTS *(Année RP INSEE à préciser)*** | **Date de mise à jour des données** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Recensement des risques du territoire de la MSP

Les risques suivants ont été identifiés avec la délégation départementale (*préciser DD concernée*) et/ou la(les) communes suivantes (*préciser les communes concernées*).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYPE DE RISQUE** | **COMMUNE(S) CONCERNEE (S)** | **Date de mise à jour des données** |
| **Incendie – Feux de forêt** |  |  |
| **Inondation** |  |  |
| **Coulées de boue** |  |  |
| **Tremblements de terre - Séisme** |  |  |
| **Avalanches** |  |  |
| **Transport matières dangereuses** |  |  |
| **Risques industriels, chimiques, radiologiques** |  |  |
| **Autres** |  |  |

## B- Recensement des acteurs du territoire de la MSP

### 1- Tableau des structures sanitaires et médico-sociales du territoire de la MSP :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom structure** | **Adresse** | **Personne à contacter** | **Fonction** | **Coordonnées** | **DATE DE MISE A JOUR DES DONNEES** |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél fixe : Tél portable : E-mail :  |  |

### 2- Tableau des collectivités et institutions du territoire de la MSP :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institution** | **Identité du référent** | **Fonction** | **Coordonnées** | **Date de mise à jour des données** |
| **ARS** | **POINT FOCAL REGIONAL** | **Porte d’entrée de tous les signaux****Relai de l’information sur les DD** | **Tél fixe : 04 13 55 80 00****E-mail :** **ars13-alerte@ars.sante.fr****Joignable 7/7 24H/24** |  |
| **Préfecture** |  |  | Tél fixe : Tél portable :E-mail : |  |
|  |  |  | Tél fixe : Tél portable :E-mail : |  |

### 3 - Structures d’exercice coordonné identifiées par la MSP :

Le territoire comprend XX *(nombre à préciser)* structures d’exercice coordonnée.

Tableau des structures d’exercice coordonné et de leurs référents SSE :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure** | **Commune** | **Identité du référent** | **Profession** | **Coordonnées** | **Date de mise à jour des données** |
| *Exemple :**CPTS xx* | *Draguignan* | *M. XXX* | *Pharmacien* | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  |  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |

Les modalités de travail entre la MSP (*Nom de la MSP*) et ces structures sont les suivantes (indiquer si des mutualisations de moyens (humains ou matériels) sont possibles) :

…………………………………………………………………………………………………………………….

Décrire l’articulation du **plan de la MSP avec** **celui de la CPTS** :

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Canaux de communication spécifiques existant entre la MSP et les structures d’exercice coordonné ou entre la MSP et les établissements hospitaliers, cliniques : …………………………………………..

## - D - Moyens Humains internes à la MSP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom Prénom** | **Profession** | **Lieu d’exercice**  | **Coordonnées** | **Date de mise à jour des données** |
|  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |

## E - Moyens Matériels : Locaux, stocks

Plan des locaux et procédure envisagée en cas d’afflux patients ou nécessité de revoir les flux patients.

Indiquer si d’éventuels locaux annexes peuvent être utilisés en cas de nécessité.

**Tableau de stock de base (EPI) :**

Référent en charge du suivi dans la MSP : *(nom, prénom, profession, coordonnées*)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de matériel** | **Nombre** | **Date de péremption éventuelle** | **Lieu de stockage** | **Date de mise à jour des données** |
|  |  |  |  |  |

**Tableau matériel informatique, bureautique, téléphonie :**

Référent en charge du suivi dans la MSP : *(nom, prénom, profession, coordonnées*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de matériel** | **Nombre** | **Lieu de stockage** | **Date de mise à jour des données** |
|  |  |  |  |

Existence de moyens de communication en cas de coupure réseau : …………………………………..

## III – PREPARATION A LA GESTION DE CRISE

## A - Annuaire des membres mobilisables de la Cellule de Crise

*Exemple de* ***tableau à adapter selon la taille de la MSP****:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom Prénom** | **Profession** | **Coordonnées** | **Date de mise à jour des données** |
| **DECISION** | 1ère ligne(si injoignable passer à 2ème ligne) |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne(si injoignable passer à 3ème ligne) |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **REFERENT SSE** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **COORDINATION MEDICALE** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **COORDINATION PARAMEDICALE** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **COMMUNICATION** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **SUPPORT** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
|  | 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| **SECRETARIAT** | 1ère ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 2ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |
| 3ème ligne |  |  | Tél professionnel : Tél personnel : E-mail :  |  |

## B- Organisation de la réception de l’alerte

La MSP *(nom MSP*) a mis en place les moyens suivants pour recevoir toute alerte émanant des institutions :

* Numéro de téléphone de contact :………………………..
	+ Nom, prénom et fonction de la personne en charge de réceptionner les appels :……………………..
* Adresse mail de contact :…………………………………………………….
	+ Nom, prénom et fonction de la personne en charge de relever les mails :…………………………………

En cas d’empêchement, de congés des personnes concernées il a été prévu de les remplacer par : *(nom prénom fonction du remplaçant*) …………………………………………………..

En cas de non-réponse sur le téléphone ou l’adresse mail ci-dessus, des numéros et mails de secours sont prévus :

* Numéro de téléphone 2ème niveau :………………………..
* Adresse mail de contact 2ème niveau :…………………………………………………….

## IV – GESTION DE CRISE

Responsable de la validation de l’armement de la cellule de crise *(nom, prénom, profession, coordonnées*)

Lieu de regroupement des membres de la cellule de crise : ……………………………………………….

Modalités de diffusion de l’information aux membres de la cellule de crise afin qu’ils se rendent sur le lieu : ……………………………………………….

***La MSP peut insérer un protocole organisationnel (incluant ceux utilisés pendant crise covid pour gestion des flux patients) afin d’illustrer comment elle pourrait fonctionner en cas de SSE. Ils constitueront des exemples donnés par la MSP.***

## V- DEMARCHE AMELIORATION CONTINUE

Lieu de stockage du plan de gestion de crise version papier et de la mallette de gestion de crise : ………………

Lieu de stockage du plan de gestion de crise version numérique : ………………………………

Modalités de révision du plan :……………………………………

Formations éventuelles envisagées ou réalisées par l’équipe de la MSP :………………………….

Entraînements éventuels réalisés :………………………………………………

La MSP a prévu de diffuser l’existence de son plan d’actions de la façon suivante :…………………………

## VI- RETOUR D’EXPERIENCE – RETEX (uniquement en cas de survenue de crise)

Cette partie est à développer uniquement en cas de survenue de crise

La MSP s’engage à décrire les étapes de son intervention durant la crise. Ce retour d’expérience pourra être partagé aux différents interlocuteurs (ARS, CPAM, MSA, référents crise sanitaire des différentes CPTS, etc.) impliqués dans la crise.

Descriptif de la crise et de sa gestion :

* Les points forts
* Les points faibles
* Les apprentissages / choses à améliorer
* Le délai de réalisation