

2017

PLAN BLEU

GUIDE D'AIDE A
L'ELABORATION



POLE REGIONAL DE DEFENSE SANITAIRE
AGENCE REGIONALE DE SANTE
BRETAGNE



GUIDE D'ELABORATION DU PLAN BLEU

Ce guide s'adresse aux établissements médico-sociaux (EMS) accueillant ou hébergeant des personnes âgées (PA) ou des personnes handicapées (PH)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
DEFINITION : QU'EST-CE QU'UN PLAN BLEU ?	8
PRESENTATION TYPE	9
FICHE DE PRESENTATION	10
GLOSSAIRE	11
PARTIE 1 : PRINCIPES GENERAUX	13
1. CADRE REGLEMENTAIRE	14
a. Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes âgées	14
b. Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes handicapées	15
c. Cahier des charges d'un plan bleu pour les EMS (PA & PH)	15
d. Cas de mise en application	16
2. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT EN CAS DE CRISE	17
a. La crise dans le secteur médico-social	17
b. La mise en œuvre du plan bleu	17
c. Le rôle de l'EMS dans une crise étendue	17
3. MISE A JOUR DU DOCUMENT ET FORMATION ET FORMATION DU PERSONNEL	19
PARTIE 2 : ANALYSER LES RISQUES	21
1. QU'EST UN RISQUE MAJEUR ET COMMENT L'ANALYSER?	22
2. MAITRISE DES RISQUES MAJEURS	22
a. Risques technologiques	22
b. Risques naturels	23
3. MAITRISE DES RISQUES ENERGETIQUES	25
4. MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX	26
a. l'hygiène des mains	28
b. gestion des excréta	28
c. plan local de maîtrise d'une épidémie	29
5. SIGNALEMENT DES ALERTES SANITAIRES - GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES	30
PARTIE 3 : INVENTORIER LES MOYENS ET PERSONNELS DE L'ETABLISSEMENT	33
1. ORGANISATION DES LOCAUX	34
a. plan intérieur de l'établissement	34
b. plan extérieur de l'établissement (accès, parking...)	34
c. Itinéraire d'évacuation incendie	34
2. INVENTAIRE DES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	34
3. ANNUAIRES DU PERSONNEL	36
4. AUTRES (CONVENTIONS ES, GESTION DECES)	36
a. convention avec un établissement de santé	36
b. dossier de liaison d'urgence	37
c. autres descriptions de l'établissement	37
PARTIE 4 : ORGANISER LA MOBILISATION DE L'ETABLISSEMENT	39
1. LE DECLENCHEMENT DU PLAN	40
2. CONSTITUTION ET ROLE DE LA CELLULE DE CRISE	40
a. Composition de la cellule de crise	40
b. Coordonnées personnelles	41

c. Localisation de la cellule de crise.....	41
d. Actions prioritaires de la cellule de crise et rôles des membres	41
3. PLAN DE CONTINUITE DES ACTIVITES – PCA	43
a. généralités	43
b. PCA de l'établissement	44
4. ÉVACUATION, CONFINEMENT, SECURISATION	44
a. La sécurisation.....	44
b. Le confinement.....	44
c. L'évacuation	45
5. COMMUNICATION ET LIEN AVEC LES AUTORITES	45
6. LEVEE DU PLAN BLEU ET RETOUR D'EXPERIENCE.....	45
PARTIE 5 : ELABORER DES PROCEDURES-REFLEXES	47
1. POURQUOI REDIGER DES PROCEDURES DE CONDUITE D'UNE GESTION DE SITUATION EXCEPTIONNELLE? 48	
2. LES FICHES ACTIONS DES MEMBRES DE LA CELLULE DE CRISE	49
a. Protocole de mise en place de la cellule de crise :	49
b. Fiches actions de la cellule de crise :	50
3. LES PROCEDURES ET PROTOCOLES D'URGENCE	50
PARTIE 6: ANNEXES	81
ANNEXE N°1 : COORDONNEES ARS	82
ANNEXE N°2 : SIGNALEMENT CORRSI.....	83
ANNEXE N°3 : TRAME POUR TRACER UNE COURBE EPIDEMIQUE	86



INTRODUCTION



DEFINITION : QU'EST-CE QU'UN PLAN BLEU ?

Le plan bleu est un plan de gestion de crise permettant à l'établissement hébergeant des personnes âgées ou handicapées, la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables (et une organisation opérationnelle) pour faire face efficacement à une situation sanitaire exceptionnelle, quelle qu'en soit sa nature.

Le document est élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement, avec la participation de tout le personnel.

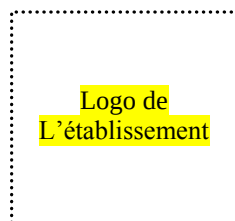
C'est une démarche de gestion et d'anticipation à engager avec l'ensemble des services de l'établissement permettant d'anticiper les conséquences d'un risque identifié. L'objectif est d'améliorer la réactivité en cas d'alerte, de réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux l'organisation de l'établissement et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des résidents quelles que soient les circonstances.

Pour être opérationnel, le plan, une fois adopté, doit être présenté et accessible à l'ensemble du personnel.

Des exemplaires doivent être déposés dans des lieux identifiés et portés à la connaissance de chacun.

Des formations régulières du personnel et des exercices annuels pratiques devront être prévus afin de compléter son efficacité.

PRESENTATION TYPE



PLAN BLEU

Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Entité juridique :	
Groupe gestionnaire :	

VERSION N°	Nom du signataire/fonction :	Rédaction :
Date:	Signature :	Validation :
		Approbation :

Version : août 2015

FICHE DE PRESENTATION

FICHE de PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Date de mise à jour de cette fiche : / /

Date du plan bleu : / /

Identification	Nom de l'Etablissement : Statut juridique/identité du gestionnaire : Nom du directeur de l'établissement : Adresse de l'établissement : Code postal : commune : Numéro FINESS : Tél standard : Tél direction : Tél cadre infirmier : Tél médecin coordonnateur/référent médical : Tél alerte 24H/24H : Fax : e-mail :
Classification	- Établissement pour personnes âgées ¹ : o Unité de Soins de Longue Durée o Etablissement Hébergeant de Personnes Agées Dépendantes o Foyer Logement - Établissement pour personnes handicapées : o adultes handicapés ¹ : MAS FAM ESAT - internat ¹ / externat ¹ o enfants handicapés ¹ : IME ITEP EEAP - internat ¹ / externat ¹ - Autre (précisez) : - internat ¹ / externat ¹
Capacité d'accueil	- Long Séjour nombre de lits : lits - Hébergement permanent/internat nombre de lits : lits - Hébergement temporaire nombre de lits : lits - PASA - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés nombre de lits : lits - UHR - Unité d'Hébergement Renforcée: nombre de lits : lits - Accueil de jour /externat nombre places : places o dont place pour la prise en charge Alzheimer : - Autre, (précisez) _____ capacité : - CAPACITE TOTALE AUTORISEE : _____ lits/places
Typologie de la population accueillie	En cas d'évacuation d'urgence, il est nécessaire de connaître la proportion habituelle de : o personnes grabataires (évacuation allongée) : % o personnes à mobilité réduite (évacuation en fauteuil) : % o personnes mobiles (évacuation en groupe) : %
Personnel de l'établissement	Effectif total des membres de l'établissement en ETP : dont administratifs : Médicaux/paramédicaux :
Convention avec un établissement de santé de proximité	OUI / NON ¹ Si oui, établissement (type, nom, adresse) :
DLU	Mise en place d'un dossier médical individuel d'urgence (DLU) : OUI / NON ¹
Autonomie Energétique	- Possédez-vous un ou plusieurs groupes électrogènes : OUI / NON ¹ Si oui, autonomie autorisée en : - fonctionnement « normal » : heures - fonctionnement dégradé : heures En fonctionnement dégradé, précisez les fonctions préservées : - Etablissement faisant partie de l'obligation d'équipement autonome ² : OUI / NON ¹ Si oui, quelle est l'autonomie : heures
Autonomie alimentaire	Quelle est votre autonomie alimentaire : jour(s)
Equipement et fiches actions globales	- Présence de pièce(s) rafraichie(s) proportionnée (s) : OUI / NON ¹ - Fiche-action opérationnelle relative : o au confinement : OUI / NON ¹ o à l'évacuation : OUI / NON ¹ o à la maîtrise d'une épidémie : OUI / NON ¹
Coopération/Partenariat	(précisez)

¹: rayer la mention inutile ² décret 2007-1344 du 12 septembre 2007 modifié.

Attention : cette fiche est à transmettre à l'ARS à l'adresse suivante: ars-bretagne-defense@ars.sante.fr . Elle est indispensable pour la connaissance de votre établissement et pour son intégration dans le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles de l'Agence Régionale de Santé.

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé
BMR : Bactérie Multi résistante aux Antibiotiques
CD : Conseil Départemental
CEPIAS : Centres de Prévention des Infections Associées aux Soins
CIRE : Cellule de L'INVS en Région
COD : Centre Opérationnel Départemental
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
CORRSI : Centre Opérationnel de Réception et Régulation des Signaux
DARDE : Document d'Analyse du Risque lié à la Défaillance Electrique
DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux
DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DGCS : Direction Générale Cohésion Sociale
DGS : Direction Générale de la Santé
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
DREAL : Direction Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DD : Délégation Départementale de l'ARS
EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
EMS : Etablissements Médico-Sociaux
EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
ES : Etablissement de Santé
ESAT : Etablissement de Soins et d'Accueil par le Travail
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GBPH : Guide des Bonnes Pratiques d'Hygiène
GEA : Gastro-Entérite Aiguë
GREPHH : Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point
HAS : Haute Autorité de Santé
IAS : Infections Associées aux Soins
IEM : Institut d'Education Motrice
IES : Institut d'Education Sensoriel
IME : Institut Médico Educatif
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
IRA : Infection Respiratoire Aigue
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif, et Pédagogique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PA : Personnes Agées
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCA : Plan de Continuité des Activités
PCS : Plan Communal de Sauvegarde
PE : Projet d'Etablissement
PH : Personnes Handicapées
PHA : Produit Hydro – Alcoolique
PNC : Plan National Canicule
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PPR : Plan de Prévention des Risques
PPRI : Plan de Prévention des Risques d'Inondation
RETEX : Retour d'Expérience
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SPF : Santé Publique France
TDR : Test de Diagnostic Rapide
TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective
TMD : Transport des Matières Dangereuses
UHR : Unité d'Hébergement Renforcée
USLD : Unité de Soins Longue Durée



I. PARTIE 1 : PRINCIPES GÉNÉRAUX



Le plan bleu d'un établissement doit lui permettre la mise en œuvre **rapide et cohérente** de moyens indispensables, **pour faire face efficacement à la gestion d'un événement exceptionnel** quelle qu'en soit sa nature.

Pour rappel, un événement soudain, imprévu, ou accidentel prend une dimension exceptionnelle si ses effets dépassent les capacités normales de réaction des structures chargées d'y faire face ou qu'il révèle leurs défaillances.

Le plan bleu est mis en œuvre par le directeur de l'établissement en cas de crise interne à l'établissement ou à la demande du préfet de département lors du déclenchement de dispositifs d'alerte et d'urgence.

Le plan bleu est rédigé sous la responsabilité du directeur de l'EMS :

- cette personne est le référent de l'établissement en cas d'événement exceptionnel. Il peut nommer un suppléant ;
- travail collégial, le plan bleu doit préciser la composition du groupe de travail qui a participé à son élaboration (la collaboration du médecin coordonnateur est indispensable) ;
- il peut être à la disposition du CD et de l'ARS.

En l'absence de médecin coordonnateur dans la structure, il est recommandé que ce document soit réalisé avec le médecin libéral intervenant dans l'établissement ou un médecin de l'établissement de santé avec lequel la convention de partenariat est établie.

1. Cadre réglementaire

Les principaux textes sont les suivants :

- Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ;
- Circulaires ministérielles des 12 mai 2004 et 4 mars 2005, définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule ;
- Circulaire ministérielle du 14 juin 2007, relative à la mise en place dans les établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées, des mesures préconisées dans le cadre des « plans bleus » ;
- Circulaire interministérielle N°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.

a. Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes âgées

Le Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, stipule que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans le **Projet d'Etablissement (PE)** un plan

détaillant les **modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique**.

« Ce plan doit être conforme à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et des personnes âgées ».

L'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixe le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre **en cas de crise sanitaire ou climatique** et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchie dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

b. Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes handicapées

Dans le cadre de la préparation à la survenue d'une éventuelle canicule, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), a demandé, par circulaire ministérielle du 14 juin 2007, de veiller à ce que l'ensemble des établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées, mettent en place les mesures préconisées dans le cadre des « plans bleus », par assimilation avec les dispositifs qui sont opérationnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

La Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS ex DGAS) a réaffirmé la nécessité de la mise en place de « plans bleus » dans les établissements pour personnes handicapées par circulaire DGCS/SD3A/2010/93 du 2 avril 2010 relative à l'application du plan Canicule 2010. Elle précise notamment, pour ces structures, la nécessité de connaître l'état de réalisation des points essentiels qui doivent être normalement inclus dans le cahier des charges des plans bleus.

c. Cahier des charges d'un plan bleu pour les EMS (PA & PH)

Le plan bleu doit comporter notamment :

- la **désignation d'un référent** (directeur ou médecin coordonnateur), responsable en situation de crise
- la **mise en place d'une convention** avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables ;
- les **recommandations de bonnes pratiques** préventives en cas de canicule à destination des personnels ;
- un **protocole** sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

D'autres directives ou réglementations sont venues compléter ce dispositif :

- mettre en place un **Dossier de Liaison d'Urgence (DLU), accessible 24h sur 24h** à tout médecin intervenant en urgence dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD (circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008) ;
- la mise en place des **outils** prévus dans le cadre de la fiche 1 du guide de préparation du secteur médico-social et social à une **pandémie grippale** - G7 du

Plan national de prévention et de lutte pandémie grippale (PCA, référent grippe et volet infectieux) ;

- dans le cadre de l'article R313-32 du CASF (sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie), réaliser une démarche d'analyse de risque énergétique formalisée dans un Document d'Analyse du Risque lié à la Défaillance en Energie (**DARDE**) permettant de mettre en place les obligations prescrites, selon la catégorisation de l'EMS ;
- la mise en place d'un **plan local de maîtrise d'une épidémie**, conformément à la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
- La circulaire N°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.

d. Cas de mise en application

Le plan bleu concerne :

- la gestion d'une crise interne ou externe à l'établissement ;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant de leur domicile ;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant d'autres établissements;
- l'accueil de personnes venant d'un établissement de santé

2. Principes de fonctionnement en cas de crise

a. La crise dans le secteur médico-social

La réponse aux situations exceptionnelles n'est pas du ressort exclusif des établissements de santé.

Si ceux-ci sont bien entendu en première ligne en cas de catastrophe, c'est bien l'ensemble du système de santé qui doit se préparer aux risques majeurs.

Aucune structure ne peut se considérer comme étant à l'abri: un événement majeur impacterait vraisemblablement à la fois les établissements de santé et les établissements médico-sociaux du territoire concerné.

Un établissement médico-social peut également être amené à prendre en charge des patients issus d'un centre hospitalier voisin ayant déclenché son plan blanc.

La sécurité et la santé des résidents doit être assurée en toutes circonstances. C'est la raison pour laquelle les structures avec hébergement doivent d'ores et déjà réfléchir à leur réponse aux situations exceptionnelles, et formaliser ces modes d'action au sein d'un plan bleu.

b. La mise en œuvre du plan bleu

Le système mis au point permet une mise en alerte du personnel de la structure, quelles que soient la nature et l'intensité de la crise.

Le plan Bleu est mis en œuvre à partir d'une cellule de crise qui a pour fonction :

- l'estimation de la gravité de la situation ;
- l'évaluation des besoins de l'établissement et des moyens dont il dispose ;
- la mise en œuvre des actions nécessaires pour faire face à la crise ;
- en fin de crise, la réalisation d'une synthèse sous forme de retour d'expérience (RETEX).

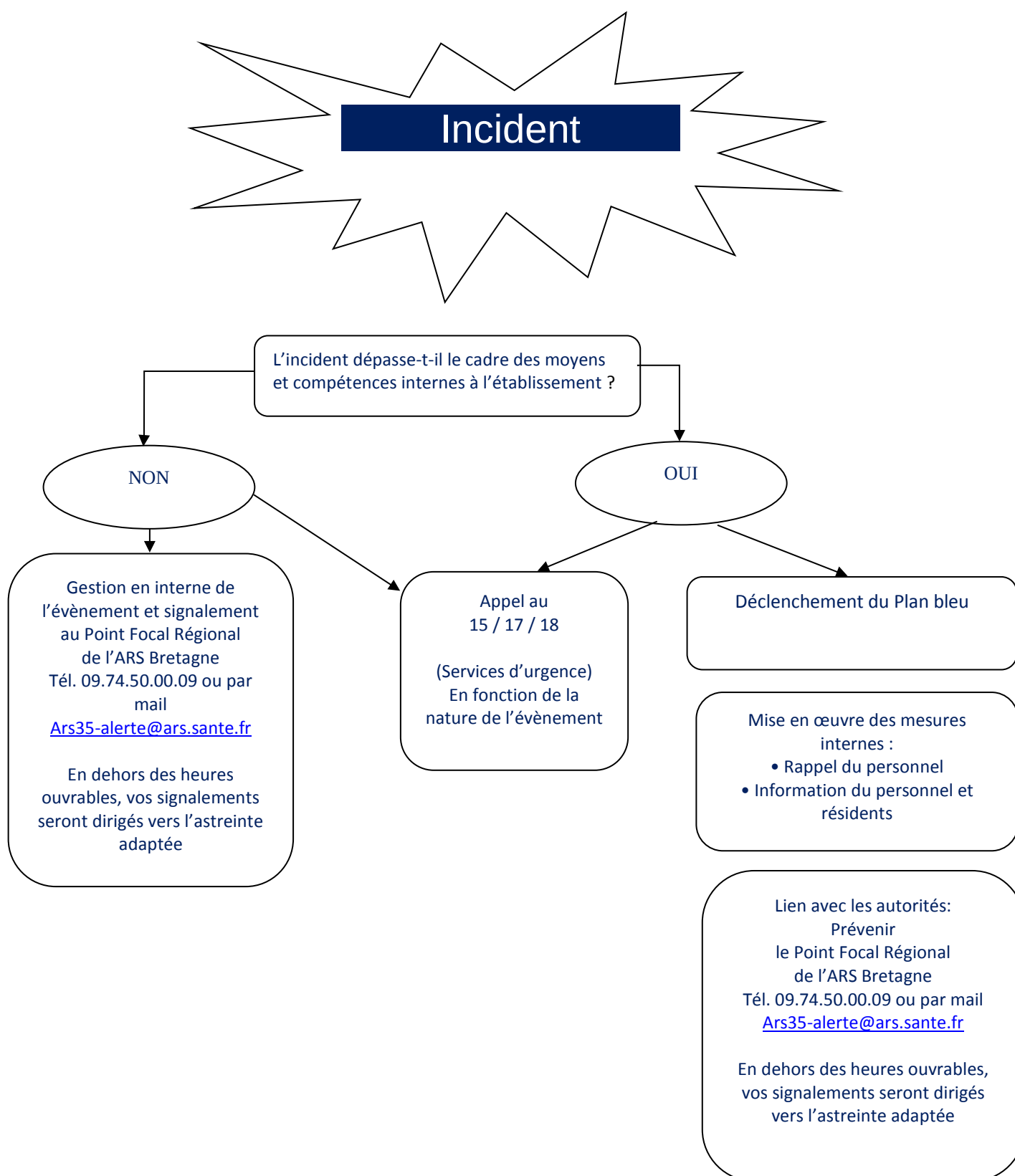
Pour ce faire, la cellule de crise a pour interlocuteurs les responsables de tous les services. De même, chaque secteur/service dispose de fiches de consignes.

c. Le rôle de l'EMS dans une crise étendue

Les établissements médico-sociaux, dotés de leur plan bleu, s'inscrivent dans la réponse globale du système de santé aux événements majeurs. A chaque échelon (national, zonal, départemental), les autorités de tutelle élaborent des plans de défense et de sécurité civile afin d'évaluer au mieux les moyens matériels et humains susceptibles d'être mobilisés dans les situations de crise. L'opérationnalité des dispositifs de gestion de crise conçus au niveau Ministériel dépend donc d'une appropriation de ces méthodes par les opérateurs (établissements de santé et médico-sociaux).

A titre d'information, l'organisation de la gestion de crise peut être résumée ainsi :

Lors d'un incident interne à l'établissement



3. Mise à jour du document et formation du personnel

Une actualisation du document, par le groupe de travail qui en a assuré son écriture, sera réalisée, au **minimum annuellement** et à chaque transformation ou modification de l'établissement.

Chaque modification de version sera mentionnée par une évolution de la date.

Chaque nouvelle version sera envoyée à la Délégation Départementale de l'ARS Bretagne de préférence sous forme dématérialisée.

Dans le cadre des bonnes pratiques professionnelles, le médecin coordonnateur ou le responsable administratif responsable de l'établissement sera chargé d'élaborer des protocoles de conduite à tenir en cas de risque. Le responsable de l'établissement doit s'assurer de la bonne connaissance du plan bleu par l'ensemble des salariés de la structure.

Afin d'assurer l'opérationnalité du dispositif le jour venu, il est fondamental que le plan soit présenté et accessible à l'ensemble du personnel. Des formations régulières sont donc indispensables à l'efficacité du plan.

La réalisation d'exercice est un des moyens pour parfaire la connaissance du document et s'assurer de la bonne mise en œuvre de ses fiches actions.

L'exercice plan bleu peut être l'occasion de tester un aspect particulier du plan (rappel du personnel, mobilisation de la cellule de crise, sécurisation de l'établissement) ou son opérationnalité globale.



II. PARTIE 2 : ANALYSER LES RISQUES



1. Qu'est un risque majeur et comment l'analyser?

Le risque majeur est la possibilité d'un événement d'origine naturelle ou anthropique, dont les effets peuvent mettre en jeu un grand nombre de personnes, occasionner des dommages importants et dépasser les capacités de réaction de la société.

L'existence d'un risque majeur est liée :

- d'une part à la présence d'un aléa, qui est la manifestation d'un phénomène naturel ou anthropique ;
- d'autre part à l'existence d'enjeux, qui représentent l'ensemble des personnes et des biens (ayant une valeur monétaire ou non monétaire) pouvant être affectés par un phénomène.

Les conséquences d'un risque majeur sur les enjeux se mesurent en terme de vulnérabilité.

Une analyse de ces phénomènes consiste donc à identifier les enjeux (personnes, biens, environnement, flux) qui composent un système fini (en l'occurrence l'établissement médico-social et son fonctionnement) pour déterminer quels phénomènes prévisibles (coupure électrique, inondations, canicule, tempête, épidémie, etc....) peuvent les impacter ou altérer leur fonctionnement.

Cette analyse doit également tenir compte de deux paramètres généraux :

- l'occurrence du risque,
- la criticité du risque.

Mais également de paramètres plus spécifiques tels que:

- l'architecture du bâtiment ;
- son accessibilité
- de sa localisation vis-à-vis notamment de zones identifiées à risque ;
- de la population accueillie
- etc...

2. Maitrise des risques majeurs

a. *Risques technologiques*

On désigne par risques technologiques les dangers liés à l'activité industrielle.

La Bretagne possède 44 établissements industriels classés SEVESO (chiffres 2014) et représente 1/5ème des installations de réfrigération utilisant de l'ammoniac en France. Les élevages industriels représentent un risque environnemental important (plus de 9 000 élevages représentant un peu plus de la moitié de la production française).

Face à ce contexte régional très particulier, l'établissement médico-social doit élaborer des protocoles afin de procéder rapidement aux opérations de confinement et d'évacuation, si celles-ci étaient décidées par les autorités.

b. Risques naturels

De par leur occurrence élevée, les risques naturels constituent le danger principal pour les établissements médico-sociaux.

Selon la saison, la Bretagne peut, par exemple, être l'objet :

- de fortes précipitations, entraînant des inondations ;
- d'orages et de vents violents ;
- de chutes de neige ;
- d'un épisode caniculaire ;
- d'un glissement de terrain

Les conséquences pour l'établissement peuvent être de plusieurs natures : directes (destruction d'une partie des locaux, inaccessibilité, ...) ou indirectes (rupture de l'alimentation électrique, rupture d'approvisionnement alimentaire, en eau potable, ...). Il est donc de la responsabilité du directeur de s'assurer que l'établissement puisse continuer à fonctionner quels que soient les risques climatiques auxquels il peut être confronté.

Risque	Exposition du bâtiment				Exposition des voies d'accès				Vulnérabilité (expositions à des ruptures de flux) des approvisionnements						
	Nul	Faible	Moyen	Fort	Nul	Faible	Moyen	Fort	eau potable	électricité	gaz	hydrocarbures	linge	médicaments	Alimentaire
Inondation, crues torrentielles															
Incendie, feu de forêt															
Séisme, glissement de terrain															
Vents violents															
Rupture de digue															
Risque industriel (<i>SEVESO, ...</i>)															
Risque nucléaire															
Risques liés aux réseaux (<i>téléphonie, eau, électricité</i>)															
Transport de matières dangereuses (<i>gazoducs, camions, réseau autoroutier...</i>)															
Autres risques identifiés :															

3. Maitrise du risque de défaillance électrique

L'article R.313-31 du CASF dispose que les gestionnaires d'établissements médico-sociaux « sont tenus de garantir la sécurité de leurs conditions d'exploitation en cas de défaillance des réseaux de distribution d'énergie électrique lorsqu'ils assurent un hébergement collectif à titre permanent [...] ». La circulaire de la DGAS N° 170 du 18 juin 2009 est venue préciser les obligations réglementaires dans ce domaine, en instituant notamment l'obligation pour les EMS d'élaborer un Document d'Analyse des Risques de Défaillance Electrique (DARDE).

Cette démarche d'analyse de risque préconisée pour guider la réflexion des responsables d'établissements comporte classiquement trois étapes :

➤ **EVALUER LE RISQUE**

Dans cette étape, il faut tout d'abord référencer tout risque lié à la coupure électrique, tant sur le réseau interne (vétusté des installations...), qu'externe (panne générale, localisée...). Ensuite, une appréciation de la gravité des conséquences liées à l'arrêt des activités est nécessaire, ainsi que les risques encourus par les résidents et le personnel. Enfin, il s'agit de déterminer les priorités et calculer en conséquence les besoins en énergie vitale ou critique.

➤ **GERER LE RISQUE**

Dans cette deuxième étape, il convient de déterminer les moyens à mettre en œuvre pour réduire les risques. Pour cela, plusieurs voies sont possibles :

- Déterminer comment assurer la puissance électrique nécessaire (acquisition d'un groupe électrogène en poste fixe, location ou mutualisation d'un groupe électrogène, achat d'énergie à un particulier...).
- Lister les fonctions/activités à maintenir en priorité, celles à assurer en mode dégradé et celles à arrêter.
- Déterminer les mesures organisationnelles et techniques nécessaires (répartir les responsabilités, formation et habilitation du personnel pour le branchement du groupe, annuaire de crise, mise aux normes, maintenance préventive...).
- Formaliser les procédures (regroupement des personnes en vue de leur confort thermique, organisation d'une surveillance accrue pour les personnes alitées ou largement dépendantes, gestion des stocks de denrées alimentaires, basculement des dispositifs médicaux sur les batteries de secours, transfert de patients...).
- Passer les conventions de coopérations dans le cas d'une mutualisation ou d'un partage et réaliser les contrats avec les fournisseurs (groupe électrogène, portage des repas, sous-traitance du traitement du linge,...).

➤ **COMMUNIQUER SUR LE RISQUE**

En dernière étape, il est nécessaire de définir les modalités de sensibilisation du personnel, des résidents et des familles, des partenaires, et des autorités de tarification, sur les risques encourus en cas de coupure d'électricité. Ceci doit être élaboré à la fois dans le cadre de la communication préventive, et dans celui de la communication de crise.

Toute coupure électrique ayant un impact sur la prise en charge des résidents devra être signalée dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle.

Obligations réglementaires en matière de prévention des défaillances énergétiques

Selon qu'ils hébergent ou non des personnes âgées ou handicapées, les EMS sont soumis à différentes obligations réglementaires.

Les établissements assurant un hébergement doivent disposer de moyens énergétiques autonomes

Il s'agit des EMS suivants : USLD, EHPAD-soins, FAM, MAS, IME, ITEP, EEAP.

Les établissements qui hébergent en permanence et de manière collective des personnes dont la pathologie nécessite du matériel médical indispensable à leur sécurité, doivent disposer de moyens d'alimentations autonomes en énergie (groupes électrogènes en poste fixe, ou nouveau moyen technologique). Ils doivent être dimensionnés pour répondre aux besoins de chaque structure, notamment en fonction du nombre de personnes hébergées, de la nature des charges alimentées et des fonctions à soutenir dans l'établissement. Il conviendra de placer ces moyens de secours autonomes dans des lieux non-inondables, d'en vérifier régulièrement le bon fonctionnement, et de prévoir des stocks de carburant suffisants afin d'éviter les inconvénients d'une coupure de courant imprévisible.

L'élaboration du Document d'Analyse des Risques de Défaillance Electrique (cf. supra) constitue à cet égard une étape indispensable pour définir au mieux les équipements nécessaires au maintien de l'alimentation électrique.

Ces obligations devaient être remplies au plus tard le **14 septembre 2012**.

LES AUTRES ETABLISSEMENTS

Les établissements qui ne sont pas soumis au premier cas doivent établir et mettre en œuvre des mesures afin d'assurer par eux-mêmes la sécurité des personnes hébergées en cas de défaillances des réseaux d'énergie. Ces mesures peuvent être une mutualisation ou un partage avec d'autres établissements de moyens d'alimentation en énergie, le déplacement des résidents fragiles vers un hôpital, la location d'un groupe électrogène.... L'option de moyens mutualisés ou partagés doit faire l'objet de conventions. Ces obligations s'imposent depuis le 14 septembre 2009.

LE SERVICE PRIORITAIRE ENERGETIQUE

L'arrêté du 05/07/90 fixe les consignes générales de délestage sur les réseaux électriques. Il institue un service prioritaire énergétique. Les structures bénéficiant de ce service doivent être inscrits sur une liste arrêtée par le Préfet, sur proposition de la DREAL.

Cependant, les établissements médico-sociaux ne sont pas considérés comme prioritaires au sens des dispositions contenues dans la circulaire du 18 juin 2009. Il est donc d'autant plus important pour les gestionnaires d'établissements de s'assurer de leur autonomie énergétique.

4. Maîtrise du risque infectieux

Le risque infectieux en EHPAD est accru par :

- La vie en collectivité
- La multiplicité des intervenants
- La réalisation de soins

L'enjeu est une maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de la spécificité des EHPAD et des moyens disponibles.

Le taux de prévalence infection est de 11,2 pour 100 résidents.

Le Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPRIAS) élaboré en juin 2015 s'applique au parcours de santé du patient dans les 3 secteurs de l'offre de soins

donc dans le secteur médico-social. Il vise à renforcer la prévention des IAS, la maîtrise de l'antibio résistance et à réduire les risques infectieux liés aux actes invasifs. La mise en place du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) prévue dans le programme de prévention des IAS dans le secteur médico-social 2011-2013 est pérennisée de même la mise en place des précautions « standards » qui doivent être soutenues et renforcées.

OBJECTIFS	ACTIONS
Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de sante en impliquant les patients et les résidents	Améliorer l'information donnée au résident et au visiteur sur risque Développer la formation des personnels de santé (formation continue, kit de formation en hygiène, utilisation d'outils MOBIQUAL de l'ARLIN, Relayer en interne les événements comme « journée mondiale hygiène des mains du 5 mai » semaine « sécurité des patients, journée européenne d'information sur AB », Renforcer le système de signalement par voozehpad vers le CORRSI de l'ARS ars35-alerte@ars.sante.fr et appel au 09 74 50 00 09
Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibio résistance	Informar avec des outils adaptés les résidents porteurs de BMR/BHRe sur les mesures d'hygiène Assurer la formation des personnels à l'hygiène des mains, mettre en place des chartes qualité pour soins plus sûrs dans les EMS, effectuer des audits sur hygiène des mains, utilisation des gants Informar le personnel sur risques liés à la gestion des excreta, évaluer le bio nettoyage S'assurer de la transmission adéquate des informations sur le statut de patients porteurs de BHRe lors des transferts entre les 3 secteurs ES-EMS-ville Améliorer le diagnostic et la prise en charge des infections respiratoires virales à l'aide de test rapide d'orientation diagnostic (TROD) Réévaluer systématiquement les prescriptions d'AB0 j3 ET j7 Réduire le risque d'infections à Clostridium difficile en promouvant le signalement des cas groupés en EHPAD et en évaluant le respect des précautions complémentaires contacts Promouvoir la vaccination des résidents à risque et des professionnels de santé (carnet de vaccination électronique pour les PS, immunisation contre Hépatite B, organisation vaccination contre la grippe des résidents et couverture vaccinale anti pneumococcique pour patients à risque Promouvoir et organiser la vaccination annuelle des personnels pour la grippe
Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs	Mettre en place un signalement des bactériémies à S. Aureus sur les dispositifs médicaux implantables Associer les résidents à la surveillance des dispositifs médicaux implantables Assurer la promotion d'outils d'audit comme ceux du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)

La circulaire du 15 mars 2012 fait référence à un manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, dont la réalisation a été demandée au Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH). Ce manuel est disponible sur internet à l'adresse suivante :

<http://www.grephh.fr/>

Des fiches techniques et pratiques concernant la maîtrise du risque infectieux en EHPAD sont consultables sur <http://www.cclin-france.fr/>

Il est à noter que :

- d'une part, **les protocoles de soins de chaque établissement doivent être élaborés et signés.**
- d'autre part, **les affiches concernant le lavage des mains doivent être accrochées au-dessus de chaque point d'eau (de même que les affiches pour l'utilisation des solutions hydro-alcooliques).**

Les deux points particuliers, qui en matière d'hygiène méritent une attention permanente sont : l'hygiène des mains et la gestion des excréta.

a. L'hygiène des mains

Il est important de rappeler que l'hygiène des mains est le geste primordial à respecter dans la lutte contre les infections liées aux soins (manu-portées).

L'hygiène des mains est la mesure de prévention la plus simple et la plus efficace pour réduire la transmission croisée d'agents infectieux lors des soins. C'est une composante essentielle des précautions standards qui sont à la base des recommandations nationales et internationales visant à limiter cette transmission.

Selon la HAS, il est nécessaire de :

- se laver les mains avec un savon doux liquide ;
- réaliser une friction des mains avec un produit hydro-alcoolique entre chaque patient, avant et après le port de gants médicaux.

On appelle Produit Hydro-Alcoolique (PHA) toute solution à séchage rapide destinée à l'antisepsie des mains et comportant un ou plusieurs agents antiseptiques dont l'alcool, et un ou plusieurs agents émollients protecteurs de la peau. Les PHA s'appliquent sur des mains propres et sèches par friction jusqu'à séchage spontané à l'air.

Un produit hydro-alcoolique peut être utilisé, soit en complément du lavage des mains, soit en substitution sur des mains propres.

La HAS recommande l'utilisation des gants à usage unique en cas de gestes invasifs ou en cas de contact avec les muqueuses, le sang, les plaies, des lésions cutanées du malade ou des mains du soignant, des bactéries multi résistantes chez un patient porteur documenté.

b. Gestion des excréta

La gestion des excréta est également dans les EMS une activité quotidienne du fait de la répétition de gestes en lien avec dépendance d'un nombre important de résidents. Activité routinière qui demande cependant une vigilance permanente, notamment en cas de survenue de cas groupés ou d'épidémie de gastro-entérite aiguë dans l'établissement.

c. Plan local de maîtrise d'une épidémie

L'EMS est un lieu de vie différent d'un établissement de santé. L'environnement de la chambre est plus proche de celui d'un domicile que d'une structure hospitalière.

L'EMS doit se préparer à la gestion d'une situation de crise liée à un risque infectieux. Cela passe, d'une part, par l'information de l'ensemble des personnels sur le risque infectieux et l'hygiène, et d'autre part, par la réalisation d'un plan de prévention et de gestion d'un événement infectieux, plan qui doit pouvoir être décliné en situation de crise. Ce plan local de maîtrise d'une épidémie (à annexer au plan bleu), peut se traduire en différentes fiches opérationnelles. Seront cités ici quelques aspects particuliers :

- la formation et l'information du personnel et des personnes extérieures à l'établissement,
- l'instauration préalable de lien opérationnel avec les équipes d'hygiène des structures sanitaires de proximité,
- la rédaction de procédures d'information réciproque en cas de transfert d'un résident/patient d'un établissement à l'autre,
- la surveillance et l'identification de l'émergence d'un phénomène infectieux au sein de l'établissement,
- le signalement de l'identification d'un phénomène exceptionnel à l'autorité sanitaire.

Information / formation des personnels et personnes extérieures à l'établissement

Mise en place d'un plan de formation pour toute catégorie de personnel (soignant et non soignant) notamment sur :

- l'hygiène ;
- les techniques de soins ;
- l'entretien des locaux ;
- l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) ;
- les mesures à appliquer en présence d'un résident porteur d'une bactérie multi résistante (BMR) ;
- la gestion d'une situation épidémique ;
- l'isolement.

L'information doit également pouvoir être communiquée à l'attention des intervenants et prestataires extérieurs à l'établissement mais qui y interviennent ou sont susceptibles d'y intervenir à l'occasion notamment d'un événement sanitaire.

Les familles des résidents peuvent également être invitées à contribuer au maintien des conditions d'hygiène en période épidémique, soit pour éviter l'introduction d'infection au sein de l'établissement (suspension des visites des parents malades par exemple), soit pour limiter le risque de transmission croisée au sein de l'établissement (port de masque, hygiène des mains ...)

Le plan de prévention

Mise en place d'un plan de prévention dans le cadre du plan bleu de l'EMS.

- identifier le matériel et les produits nécessaires à la mise en place rapide des premières mesures de prévention en cas de crise (PHA, gants usage unique, masque, blouse de protection, fiche technique, signalétique, ...) ;
- promouvoir au cours du 4ème trimestre chaque année la vaccination contre la grippe des personnels des EHPAD non seulement pour les protéger mais aussi parce qu'ils sont susceptibles de disséminer le virus et d'être à l'origine de l'infection des personnes fragiles qu'ils prennent en charge. La grippe est l'infection épidémique qui chaque année tue le plus en France.
- s'assurer du soutien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) dans le cadre de la convention passée avec un établissement de santé. Si non prévu, demander le recours à

l'antenne régionale du centre de coordination et de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) ;

- mettre en place une fiche de transfert de résident à risque infectieux ;
- s'assurer d'un partenariat avec un laboratoire d'analyse de biologie médicale (modalités d'alerte, rapidité de réalisation d'examen, disponibilité de tests de diagnostic rapide TDR, de prélèvement et d'acheminement des prélèvements,...) ;
- identifier les circuits et supports de l'information (dans le cadre de l'annuaire de crise) ;
- prévoir la communication interne et externe.

Procédures de surveillance et d'identification d'un phénomène infectieux

La fiche de surveillance permettant de tracer une courbe épidémique (annexe 3) mentionnée peut être utilisée pour tout phénomène infectieux se développant au sein d'un EMS.

Le préalable est bien évidemment que les informations sur l'apparition de symptômes d'alerte comme par exemple, le constat de toux anormale chez les résidents ou la survenue d'épisode de diarrhée... remontent vers la ou les personnes en charge d'analyser ces phénomènes. Trop souvent, du fait de la charge de travail mais plus encore par ignorance ou par peur de signaler par excès, les premiers cas lors de la survenue d'une épidémie ne sont pas signalés en temps et en heure et sont souvent retrouvés rétrospectivement lors de l'enquête épidémiologique.

Les fiches opérationnelles du plan local de prévention et de gestion d'une épidémie au sein d'un EMS devraient comprendre au minimum celle concernant la prise en compte :

- d'un phénomène infectieux à transmission aérienne (ex. grippe ...) ;
- d'un phénomène infectieux à transmission manu portée (ex : gastro entérite aiguë et péril oro-fécal) ;
- d'un phénomène infectieux à transmission vectorielle (ex gale)

Des informations sur les risques infectieux en établissement médico-social sont disponibles sur le site de l'ARS Bretagne à l'adresse suivante :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr> puis onglet « Santé Publique » puis « Veille sanitaire ».

5. Signalement des Alertes Sanitaires - Gestion des événements indésirables

La note d'information envoyée par la délégation territoriale de l'ARS Bretagne, relative à la procédure pour joindre l'ARS Bretagne pour toute situation d'urgence ou pour tout événement grave ou d'ordre sanitaire est annexée au plan bleu.

La gestion des événements indésirables s'intègre dans la problématique de la gestion des risques. Les **retours d'expérience** suite à la gestion de tels événements constituent une des sources principales d'amélioration de la qualité et de sécurité de la prise en charge des résidents. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels ou d'événements indésirables identifiés par une analyse systématique programmée des processus de soins (revue de Mortalité-Morbidité, audits de dossiers, etc.) ou autres dispositifs (plaintes, enquêtes de satisfaction, etc.).

Le traitement des événements indésirables suit une méthodologie adaptée à leur niveau de gravité. Il comporte les étapes suivantes :

- une description la plus précise de l'événement ;
- l'analyse des causes possibles et leur hiérarchisation ;
- la définition et la mise en œuvre d'actions correctives ;
- le suivi de ces actions pour en évaluer l'efficacité.

Les facteurs de succès de la gestion des événements indésirables sont l'engagement de chacun et au premier rang celui de l'encadrement, la clarté du circuit et des responsabilités, la réactivité du

traitement et le retour d'information à l'ensemble des personnes concernées (déclarants, usagers, etc.).

Une Instruction de la Direction Générale de la Santé du 17 juin 2010 demande aux ARS siège de remonter sans délai au Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), toutes les alertes en relation avec des événements exceptionnels et/ou indésirables concernant des individus et/ou des établissements de santé ou médico-sociaux.

Sur la base de cette instruction, une fiche de signalement pour ces événements, placée en **annexe 2**, et renseignée par la structure déclarante, sera renvoyée à l'ARS Bretagne, au centre opérationnel de réception et de régulation des signaux (envoi par mail à l'adresse suivante : ars35-alerte@ars.sante.fr). Cet envoi doit être accompagné d'un appel téléphonique pour s'assurer de la bonne prise en compte du signalement, notamment durant les week-end et jours fériés sur le numéro téléphone de la plateforme régionale de réception des signaux (CORRSI) :

09 74 50 00 09

En situation de cas groupés d'IRA et de GEA, une fiche de signalement spécifique est prévue (cf procédures spécifiques IRA et GEA).

III. PARTIE 3 : INVENTORIER LES MOYENS ET PERSONNELS DE L'ETABLISSEMENT



Afin de répartir les actions d'alerte, de parade et de résilience face à la survenue d'un événement indésirable grave ou d'une situation sanitaire exceptionnelle, l'établissement doit commencer par identifier les personnels nécessaires et leur affecter les moyens disponibles. C'est pourquoi ce travail de recensement est indispensable.

Les moyens disponibles au sein d'un établissement médico-social sont fonction de sa taille et de la nature de ses activités.

Le Plan bleu, comme tout autre plan de défense, n'a pas pour objet de créer de nouveaux moyens mais d'organiser l'existant.

Il est toujours possible, durant le projet, de décider de certains investissements complémentaires, mais la règle consiste à s'organiser avec les moyens dont on dispose, sans présager d'un apport supplémentaire.

Les moyens ne font pas le plan bleu ; ils participent à la mise en œuvre de certaines missions. La qualité de l'organisation et son efficacité ne sont pas tributaires de ces moyens.

Le recensement des moyens est une réflexion et non un inventaire technique déconnecté des réalités opérationnelles.

Ainsi, il convient aussi d'identifier les contraintes susceptibles de limiter l'emploi des moyens recensés.

1. Organisation des locaux

a. Plan intérieur de l'établissement

Mettre le plan des bâtiments (différents étages) de l'établissement.

b. Plan extérieur de l'établissement (accès, parking...)

Plan de circulation et de stationnement

c. Itinéraire d'évacuation incendie

2. Inventaire des équipements et matériels

Listing des équipements et matériels disponibles au sein de l'établissement par grande rubrique (avec possibilité de détailler éventuellement les caractéristiques des matériels et équipement) :

➤ Parc automobile de l'établissement

	Nombre en gasoil	Nombre en essence
Véhicules particuliers (administration générale...)		
Véhicules équipés (ambulances ou VSL)		
Véhicules aménagés pour le transport de personnes en fauteuil roulant		
Petits véhicules de transports de personnes (9 personnes)		
Grands véhicules de transports de personnes (>9 personnes)		
Véhicules de transports de marchandise (camion, fourgonnette...)		

➤ Matériels médicaux

Chariot d'urgence	oui/non
Stérilisateur dans l'établissement	oui/non
Pharmacie	oui/non

	Nombre
Respirateurs de transport	
Respirateurs mixtes	

	Nombre	Type d'oxygène (liquide, gazeux, pression...)	Nom du fournisseur
Cuves fixes			
Cuves mobiles			
Extracteurs			
Bouteilles			

➤ Matériel technique

A détailler

➤ Logistique hébergement

	Nombre
Couvertures	
Lits d'appoints	

➤ Logistique cuisine (dont chaine du froid)

A détailler

➤ Equipement thermique (dont chauffage et climatisation ; type énergie utilisée)

Chauffage : énergie utilisée, autonomie, type de chauffage...

Climatisation : système utilisé, nombre de pièces climatisées...

3. Annuaire du personnel

Le plan bleu doit comporter trois annuaires :

- les numéros internes à l'établissement ;
- les numéros des partenaires externes utiles en cas d'événement : institutions, ARS, Préfecture, centre hospitalier conventionné (bureau des entrées, des urgences, secrétariat directeur, CLIN), Conseil Départemental, mairie et maire, fournisseurs d'énergie et de fluides médicaux, professionnels de santé partenaires et pharmacies locales, transports sanitaires, associations partenaires, liste de bénévoles, corps techniques...
- les numéros de téléphones personnels des salariés de l'établissement (sous pli cacheté).

Il est important de tenir à jour la liste de ces numéros de téléphone puisqu'elle servira en cas d'événement indésirable.

4. Autres (conventions ES, gestion décès)

L'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8/08/05, fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, mentionne : " [...] la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables".

Il est donc règlementaire que tous les EMS (PA et PH) établissent une convention avec un établissement de santé.

a. Convention avec un établissement de santé

Une convention vise à faciliter la coopération entre les deux établissements cosignataires, et plus particulièrement avec le service d'accueil des urgences de l'établissement de santé, les services de médecine gériatrique, l'unité mobile de gériatrie, le service de médecine.

Le but est de permettre aux résidents de l'établissement médico-social de bénéficier de meilleures conditions d'accès à une compétence gériatrique et à la filière de soins la plus adaptée à leur situation.

Cette coopération se traduit par :

- la rédaction commune de procédures d'admission ;
- l'instauration de protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour prévenir les hospitalisations ;
- la mise en place de protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour accompagner les transferts en milieu hospitalier quand ils s'avèrent nécessaires mais également lors des transferts en retour d'hospitalisation ;
- la rencontre annuelle des médecins de l'ES et le médecin coordonnateur et les équipes de soins des deux structures.

Convention avec un établissement de santé*	Oui / Non
Date de signature de la convention	
Si oui, établissement disposant d'un service d'urgence	Oui / Non

b. Dossier de liaison d'urgence

La circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008, relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du PNC et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule demande aux EHPAD de mettre en place un **dossier de liaison d'urgence** (DLU) accessible 24h sur 24 à tout médecin intervenant en urgence dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Il est donc proposé aux EHPAD d'annexer à la convention le modèle type de DLU défini par la DGAS, en concertation avec SAMU de France, l'association des médecins urgentistes et la fédération française des associations des médecins coordonnateurs en EHPAD.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veillera à la mise à jour régulière de cette fiche de liaison par le médecin traitant.

Il est souhaitable que les autres types d'établissements, maisons de retraite et logements-foyers, s'approprient également ce dossier, au même titre que la convention, afin de mettre en place, sans qu'il leur soit rendu obligatoire, un dossier médical de liaison. Cette démarche peut être également mise en place dans les EMS accueillant des personnes handicapées.

Préciser le lieu de stockage de ces DLU ou les modalités d'accès si les DLU sont informatisés

Etage et bureau	
Armoire /classeur	
Liste des personnes qui ont accès aux DLU :	

c. Autres descriptions de l'établissement

➤ Personnels

Présence d'une infirmière H24 : oui / non

➤ Gestion des décès

Capacité de conservation des corps :

- nombre de chambres mortuaires :
- nombre de cellules réfrigérées :
- nombre de lits réfrigérés :
- autres (à préciser) :

➤ Autres conventions

Déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)

Autres déchets (changes/protection)

Pharmacie

Laboratoire

Sociétés de prestations diverses

Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

IV. PARTIE 4 : ORGANISER LA MOBILISATION DE L'ETABLISSEMENT



1. Le déclenchement du plan

Le déclenchement du plan bleu relève de la responsabilité du directeur de l'établissement.

Les modalités pratiques de son déclenchement doivent faire l'objet d'un protocole, évoquant notamment la répartition des rôles et l'éventualité d'une absence du directeur. Il doit permettre l'information dans les premiers instants du personnel, des résidents et des autorités.

Le déclenchement du plan est l'occasion de notifier au personnel son maintien en place, de rappeler les grands principes du plan et l'existence d'une cellule de crise.

Il convient de noter que le déclenchement du plan peut également être demandé par les autorités (ARS ou Préfecture) en cas d'événement de sécurité civile (déclenchement du plan orsec) ou pour appui à un autre établissement.

2. Constitution et rôle de la cellule de crise

Le plan bleu est mis en œuvre à partir d'une cellule de crise qui a pour fonction :

- l'alerte et l'information des autorités ;
- l'estimation de la gravité de la situation ;
- l'évaluation des besoins de l'établissement et des moyens dont il dispose ;
- la mise en œuvre des actions nécessaires pour faire face à la crise ;
- en fin de crise, la réalisation d'une synthèse sous forme de retour d'expérience (RETEX).

Pour ce faire, la cellule de crise est principalement composée des responsables de tous les services. De même, chaque secteur/service dispose de fiches de consignes.

a. Composition de la cellule de crise

L'objectif est de définir la composition de la cellule de crise la mieux adaptée à la taille et aux possibilités de l'établissement.

Le Directeur	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le représentant du directeur en cas d'absence	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le médecin coordonnateur de l'établissement	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le responsable des services administratifs	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le responsable de la logistique	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
L'infirmière référente /responsable	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
La secrétaire de direction	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
...		

b. Coordonnées personnelles

Les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise doivent figurer dans une enveloppe cachetée et mise à disposition au niveau du secrétariat ou du standard, la direction ne s'engageant à utiliser cette liste qu'en cas de situation exceptionnelle.

Bien que la liste des personnes concernées par une mobilisation en cellule de crise soit laissée à l'appréciation de la structure, elle doit comprendre au moins :

- le directeur ou son représentant ;
- le responsable de santé : cadre, IDE/médecin. Dans le cas particulier, où l'établissement a recours uniquement à des médecins libéraux, il convient de rechercher un mode de collaboration avec ces derniers et de conserver en annexe du plan bleu une liste de tous les médecins libéraux intervenant dans la structure, avec leurs coordonnées téléphoniques (professionnelles et éventuellement personnelles) ;
- une personne chargée du secrétariat. Ce poste est indispensable, il est souhaitable qu'il ne soit pas assuré par le directeur. De plus, en sus du travail de secrétariat habituel, un cahier appelé «main courante» devra permettre à la personne en charge du secrétariat de consigner tous les événements avec date et heure.

c. Localisation de la cellule de crise

La cellule de crise s'installera dans une pièce/bureau à définir (Bâtiment, étage, numéro de salle ...). Selon les possibilités de l'établissement, il est préférable d'éviter de réunir la cellule de crise dans le bureau du directeur qui peut être amené à avoir des contacts téléphoniques de la préfecture, de l'ARS Bretagne et de la délégation départementale de l'ARS Bretagne, et à recevoir les familles, les associations de bénévoles...

Localisation de la cellule de crise (numéro de la salle, étage...) :	
Moyens disponibles (ordinateurs, téléphones, fax...) :	

d. Actions prioritaires de la cellule de crise et rôles des membres :

Actions prioritaires

- diffusion à tous les services de l'établissement de la mise en alerte de l'établissement par le standard avec un message type ex «Le plan Bleu est activé dans l'établissement... X » en précisant la nature de l'événement,
- recensement des personnels,
- recensement des possibilités en lits de l'établissement (recensement daté),

- recensement des possibilités d'accueils séquentiels, en fonction de la nature de la crise (ex canicule) : accueil de quelques heures/jours, hébergement temporaire,
- confronter le bilan des effectifs présents et l'ampleur/la nature de l'événement (ex : nombre de personnes âgées fragiles nécessitant une aide à la prise de boisson, nombre de personnes âgées venant de l'établissement de santé à accueillir),
- lancer la procédure de renforcement des personnels (en fonction du nombre de personnes fragiles, des personnes à accueillir et des effectifs présents),
- activer la préparation des locaux d'accueil pour les hébergements séquentiels (désignation de ou des salles dédiées de l'établissement),
- organiser le suivi de l'évolution de la situation des résidents notamment lors de l'accueil de personnes extérieures à l'établissement,
- s'assurer du fonctionnement de l'établissement dans le respect des conditions minimales de sécurité et de sûreté tant pour les résidents pris en charge que pour le personnel,
- rendre compte de la situation à l'autorité selon les modalités figurant dans le plan bleu ou selon les consignes qui auront été données le moment venu.

Pour exemple rôle des membres : (liste non exhaustive)

Rôle des membres de la cellule de crise	Membre de la cellule de crise
- responsabilité générale du plan Bleu, de son déclenchement du suivi des événements et de la synthèse en fin d'événement - relations avec les autorités - relations avec les médias - mise en place du secrétariat de la cellule de crise - relations avec les associations de bénévoles - transmission des données fournies par les indicateurs - <i>autres à définir...</i>	Le directeur ou son représentant
- coordination médicale en lien éventuellement avec le SAMU, <i>l'établissement de santé X (dans le cadre de la convention)</i>. - rappel des personnels médicaux et paramédicaux (I) - recensement des transferts et des décès (M) - délivrance et/ou adaptation de conseils médicaux, selon le type de risque (ex : canicule) (M) (I) - recensement des personnes âgées fragiles (I) - bilan des lits disponibles (I) - bilan des possibilités d'accueils séquentiels en fonction de la nature de l'événement (I) - veille de l'adéquation des besoins en produit de santé par rapport aux stocks disponibles - adaptation de l'activité des personnels soignants en fonction de la nature de l'événement (I) - hébergement des personnes âgées venant de l'extérieur (domicile, autre établissement) (M) / (I) - <i>autres</i>	Le ou les responsables de santé : Médecin (M) / Infirmier (I). <i>En fonction du personnel de santé présent dans l'établissement, les tâches pourront être réparties.</i>
- rappel des autres catégories de personnel ou maintien du personnel déjà en poste - gestion des décès (lieu de dépôt des corps) - approvisionnement et équipements medicotechniques, logistiques (ventilateurs, lits ou fauteuils supplémentaires pour accueils de jour...) - approvisionnement (nourriture, boisson ...), autres intrants (gaz, carburant ..., produits d'entretien ...) - <i>autres</i>	Le responsable des services économiques et des services techniques
- gestion secrétariat, main courante ...	Secrétaire, autres membres de la cellule

3. Plan de Continuité des Activités – PCA

a. Généralités :

Les responsables d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées, doivent finaliser leur plan de continuité des activités (PCA). En période de situation exceptionnelle, les structures doivent continuer à fonctionner malgré les nombreuses difficultés auxquelles elles sont susceptibles d'avoir à faire face :

- augmentation du nombre de personnes malades chez les résidents et les membres du personnel ;
- diminution des effectifs ;
- difficultés d'approvisionnement...

Le renforcement des effectifs à partir d'une réserve de personnes ressources, en interne et externe (intérimaires, associations, familles...) doit notamment faire l'objet dès à présent d'une réflexion particulière.

Le PCA s'inscrit naturellement dans le cadre du « plan bleu » détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique par tous les établissements pour personnes âgées et handicapées (courrier de la Direction générale de l'action sociale aux préfets du 14 juin 2007)

b. PCA de l'établissement :

Ce plan doit prévoir à la fois des modes d'organisation spécifiques en situation dégradée (absentéisme, gestion des intrants...) et la protection des personnels sur le lieu de travail.

Architecture du plan de continuité des activités

Pour bâtir son plan de continuité d'activité, l'établissement examine les conséquences d'une crise sur son activité habituelle, en se basant sur les taux d'absentéisme du personnel (administratif, soignant, technique), puis elle identifie et hiérarchise ses missions :

- celles qui devront être assurées en toutes circonstances,
- celles qui pourront être interrompues pendant une à deux semaines,
- celles qui pourront être interrompues 8 à 12 semaines.

Les ressources nécessaires à la continuité des activités indispensables sont alors évaluées : moyens humains (effectifs et compétences) et moyens matériels, affectations financières, conseil juridique, etc. Une part essentielle du plan est consacrée aux mesures de protection de la santé et de la sécurité des personnels (ex : stocks de masques, moyens de lavage des mains, des consommables pour DASRI...).

Éléments à prendre en compte pour élaborer un plan de continuité d'activité

Les services qui assurent des activités essentielles à la vie quotidienne doivent se donner les moyens de poursuivre leur activité, notamment auprès des personnes malades, tout en protégeant leurs salariés. Il s'agit essentiellement des activités suivantes : hygiène, préparation des repas ou livraison de repas, livraison des intrants, aide aux personnes âgées, dépendantes, ou handicapées....

4. Évacuation, confinement, sécurisation

Le rôle premier du plan bleu est bien la protection des résidents et du personnel. Il convient ainsi de rédiger un protocole afin de pouvoir mener de façon organisée les opérations suivantes :

a. La sécurisation

Le protocole de sécurisation aborde les questions liées à la sûreté de l'établissement.

- Comment contrôler l'accès ?
- Comment empêcher l'intrusion de personnes extérieures à l'établissement ?
- Du personnel est-il prévu pour contrôler l'accès aux locaux en cas de crise ?

b. Le confinement

Le confinement constitue la mesure réflexe à adopter en cas d'accident industriel et/ou nucléaire. Il consiste à mettre à l'abri les personnes au sein d'un lieu peu perméable à l'air. Il permet ainsi de limiter la propagation des substances relâchées dans l'environnement. Il est donc nécessaire d'y réfléchir en amont de tout événement majeur.

- Dans quelle pièce de l'établissement puis-je rassembler les résidents ?
- Quel matériel sera nécessaire pour obstruer les éventuelles aérations ?

Il conviendra également de prévoir une radio et un téléphone, afin de se tenir à l'écoute des consignes préfectorales et de pouvoir signaler toute difficulté.

c. L'évacuation

Plusieurs raisons peuvent justifier le besoin de procéder à l'évacuation du personnel et des résidents d'un bâtiment : incendie le plus souvent, mais aussi inondations, panne générale d'électricité, tempête, fuite ou déversement d'une matière dangereuse, émanation d'un gaz toxique, menace d'explosion, tremblement de terre. Lors d'un événement externe à l'établissement, la consigne d'évacuation vous sera donnée par les autorités.

Le point critique est l'organisation de cette évacuation, la situation d'urgence pouvant provoquer une désorganisation, du fait de la panique qui peut gagner les résidents et le personnel.

L'évacuation peut de plus se révéler très complexe du fait des spécificités liées aux établissements médico-sociaux (présence de personnes âgées ou handicapées).

Il est donc d'autant plus important d'élaborer une réponse opérationnelle efficiente en amont de la crise en se posant les questions suivantes :

- Combien de personnes l'établissement devra-t-il évacuer, avec quel personnel et quels moyens ?
- Où rassembler les personnes à évacuer dans l'attente des secours ?
- Quelle méthode utiliser (évacuation par étage...) ?

5. Communication et lien avec les autorités

La communication en situation exceptionnelle constitue un point fondamental d'une gestion de crise : en effet, une communication mal maîtrisée peut rapidement compliquer la gestion opérationnelle de l'événement.

Une des solutions pour éviter ces désagréments est de pré-rédiger des communiqués, annonçant le déclenchement du plan et ses conséquences sur les résidents.

Il conviendra également de coordonner la communication de l'établissement avec les autorités.

6. Levée du plan bleu et retour d'expérience

De la même manière que pour le déclenchement, la levée du plan doit être réfléchie et notifiée au personnel, sans oublier les autorités.

La sortie de crise est l'occasion d'effectuer un premier retour d'expérience à chaud et de remercier le personnel pour son implication.

Un second retour d'expérience, réalisé à froid et impliquant l'ensemble du personnel concerné, doit être organisé dans les semaines suivant l'événement afin d'identifier les voies d'amélioration envisageables.

Le retour d'expérience doit décrire les dispositions préventives et curatives (protocoles, améliorations techniques,...) mises en place suite aux dysfonctionnements constatés.

Un retour d'expérience doit être réalisé pour chaque événement indésirable ou incident, même s'il n'a pas nécessité le déclenchement du plan bleu.

V. PARTIE 5 : ELABORER DES PROCEDURES-REFLEXES



1. Pourquoi rédiger des procédures de conduite d'une gestion de situation exceptionnelle ?

Lors de sa rédaction, la procédure sert à réfléchir sur le fonctionnement actuel de l'établissement. Une activité donnée est décrite : déroulement des tâches, les responsables, la manière de faire, les supports.

Appliquée aux différentes thématiques du plan bleu, l'écriture d'une procédure permet de fixer le cadre d'actions reflexes le plus pertinent et de diffuser une culture commune de la gestion des risques.

Très vite sont donc ainsi identifiés au sein de l'organisation, les dysfonctionnements ou les risques pris (perte de temps, perte d'information, tâche inutile, tâche mal préparée, etc...).

La rédaction des procédures est réalisée avec ou par le personnel lui-même, qui sera donc en position de proposer des améliorations pertinentes et de faire part des bonnes pratiques apprises par l'expérience.

Une fois écrite, la procédure remplit alors plusieurs fonctions :

- Elle constitue un **cadre de référence**, que chacun doit appliquer de manière à opérer toujours de la même façon
- Elle représente **l'expression et la conservation du savoir-faire** de l'organisation
- Elle apporte **l'assurance de la continuité dans l'exécution** d'une tâche
- Elle sert à **informer rapidement les nouveaux venus**.

Pour atteindre ces objectifs, il est **impératif d'impliquer le personnel** à tous les niveaux dans la rédaction des procédures nécessaires.

2. Les fiches actions des membres de la cellule de crise

a. Protocole de mise en place de la cellule de crise :

FICHE ACTION « Mise en place de la cellule de crise »	Nombre de page: 1/1	
Elaboré par :	Date mise à jour :	Version :

Le standard reçoit l'avis d'activation du plan bleu par le directeur ou son représentant.

MISSIONS

- Enregistrement des appels téléphoniques et orientation des demandes vers les personnes concernées de la cellule de crise.
- Maintien d'une permanence standard, effective tout au long du plan bleu.

ACTIONS

1. Appeler, sur décision du directeur ou de son représentant, les membres de la cellule de crise, pour les informer de la mise en place de cette dernière.
2. Dès confirmation au standard de leur arrivée dans l'établissement, lister les membres de la cellule de crise présents et en informer le directeur.

Pendant les heures de services

Dès sa mise en alerte, le standard prévient les personnes (*qui constituent la cellule de crise*) : les coordonnées téléphoniques personnelles sont disponibles auprès du Standard dans une enveloppe fermée.

En dehors des heures de service, la nuit, WE et jours fériés

Si le personnel de permanence téléphonique (*à préciser*) reçoit un appel relatif à un événement exceptionnel, il alerte **AUSSITOT** le directeur ou son représentant qui décide éventuellement de la mise en place de la cellule de crise.

b. Fiches actions de la cellule de crise :

Chaque poste, service ou secteur (ou chef de secteur/service) peut faire l'objet d'une « FICHE ACTIONS » qui identifie, en fonction de l'alerte, les actions à mener dès le déclenchement du plan Bleu.

Chaque « FICHE ACTION » doit comporter à minima :

1. les consignes générales, face à l'événement quelle que soit sa nature, en identifiant les missions et les actions prioritaires.
2. les actions particulières à mettre en œuvre selon la nature de l'événement : ex. action spécifique en cas de canicule ...

Selon la situation de l'établissement, des « FICHES ACTIONS » peuvent être supprimées et de nouvelles créées.

Exemple de fiches actions à réaliser :

- Fiche action : directeur ;
- Fiche action : personnels de santé ;
- Fiche action : secrétariat de la cellule de crise ;
- Fiche action : techniques ou logistiques ;
- Fiche action : standard de l'établissement...

3. Les procédures et protocoles d'urgence

Dans cette partie, sont présentées 17 fiches de procédures et 3 annexes.

Dans l'annexe n°1 sont mentionnées les coordonnées pour joindre l'ARS.

Les EMS disposent déjà de la majorité de ces fiches. Dans ce cas, il convient d'intégrer celles qui peuvent manquer dans le plan bleu en les complétant (adaptation à la réalité locale) au besoin.

Ces fiches sont proposées à titre d'exemple. Leur contenu n'a pas prétention à être exhaustif, mais elles contiennent les informations et actions essentielles à connaître et à mettre en œuvre.

Ces fiches présentent les principales consignes et éléments indispensables à prendre en compte pour la réalisation des procédures de votre plan bleu. Ce ne sont pas des fiches prêtes à l'emploi. Ce sont par contre des aides à la rédaction (titre, plan, référence bibliographique et/ou réglementaire).

Pour faciliter le travail, une mutualisation entre établissements peut être recommandée en veillant toutefois à les adapter aux particularités de chacun d'eux.

Par ailleurs, les protocoles de soins comme par exemple l'hygiène des mains, la gestion des excréta ont également vocation à être intégrés dans les annexes du plan bleu.

Procédure n° 1	CANICULE
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Les niveaux du dispositif canicule :

4 niveaux : Niveau 1 : veille saisonnière (activé automatiquement du 1^{er} juin au 31 août)
Niveau 2 : avertissement chaleur (passage en jaune de la carte de vigilance météorologique) : permet la mise en œuvre de mesures graduées
Niveau 3 : alerte canicule (passage en orange de la carte de vigilance météorologique) : niveau déclenché par le préfet de département (activation des mesures du plan de gestion départemental canicule)
Niveau 4 : mobilisation maximale (passage en rouge de la carte de vigilance météorologique) : niveau déclenché par le premier ministre (activation de la cellule interministérielle de crise)

Enjeux et impacts de l'événement :

Les personnes en institution doivent, en cas de forte chaleur, faire l'objet d'une surveillance accrue. L'exposition prolongée à la chaleur peut avoir des conséquences importantes chez les personnes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées fragiles et dépendantes. Les facteurs de risque sont nombreux : poly-pathologies, état de dépendance, prise de médicaments....

Actions de prévention avant l'événement : veille saisonnière

↗ mise en place des mesures préventives, notamment : actualisation le cas échéant de l'annexe canicule du plan bleu / convention conclue avec un établissement de santé proche fixant les modalités de coopération et d'échanges sur les bonnes pratiques concourant à prévenir les effets de la chaleur sur la santé et à éviter les hospitalisations / vérification de l'opérationnalité de la pièce rafraîchie / préparation de l'accès aux dossiers médicaux et de soins des personnes habilitées ;

↗ Information des personnels et organisation du suivi renforcé des patients au regard des effectifs présents ;

↗ Organisation de la continuité de contact en période estivale (veille téléphonique / courriel) et mise en place d'un suivi spécifique des conditions météorologiques ;

Consignes :

1/ Architecture et matériel

- vérifier qu'il est possible d'occulter les fenêtres (volets, stores, rideaux), et les surfaces vitrées des espaces collectifs,
- repérer les pièces les plus difficiles à rafraîchir,
- s'assurer qu'il existe une pièce climatisée ou restant fraîche pouvant accueillir les résidents,
- faire vérifier le fonctionnement du système de rafraîchissement d'air s'il existe (température moyenne inférieure ou égale à 25°C dans au moins une grande pièce de l'établissement),
- rechercher le mode de fonctionnement (entrées et sorties) laissant pénétrer le moins de chaleur possible dans le bâtiment,
- disposer d'un nombre suffisant de ventilateurs, de brumisateurs, de serviettes légères ou de lingettes à humecter d'eau,
- vérifier le fonctionnement des réfrigérateurs et des congélateurs,
- disposer de thermomètres pour l'air ambiant.

2/ Organisation et fonctionnement

- repérer les personnes les plus à risque et les peser (le poids constitue un élément de surveillance simple),
 - élaborer les protocoles de surveillance et de prises en charge en cas de fortes chaleurs,
 - demander au médecin traitant de chaque résident des consignes individualisées en particulier concernant l'adaptation thérapeutique,
 - vérifier les stocks de solutés de perfusion,
 - faire vérifier par les familles ou leurs représentants légaux que les trousseaux de vêtements comportent des tenues adaptées pour l'été,
 - contrôler les modalités d'approvisionnement de l'établissement en eau et en glace,
 - contrôler les possibilités de distribution de boissons fraîches,
 - prévoir la possibilité d'adapter les menus apportant de l'eau, repas froids (fruits, crudités, possibilité de fractionner les apports, repas susceptibles d'apporter des sels minéraux : soupes, ...),
-
- définir un protocole précisant les modalités d'organisation de l'établissement en cas de crise et de déclenchement de l'alerte, notamment sur les points suivants :
 - mobilisation des personnels et rappels éventuels des personnels en congés,
 - adaptation des plannings,
 - collaboration avec les familles des résidents,
 - collaboration avec les réseaux de bénévoles.

Actions à réaliser en niveau : avertissement chaleur puis alerte canicule

- ↳ Mobilisation des personnels ;
- ↳ Suivi quotidien des patients ;
- ↳ Mise en place des mesures « canicule ».

Consignes :

1/ Organisation, fonctionnement et matériel

- suivre l'évolution des messages de mise en garde,
- rappeler les principes de protection contre la chaleur,
- organiser la surveillance des personnes à risques,
- vérifier que les professionnels et les autres acteurs ont une bonne connaissance du problème et connaissent les mesures à prendre pour se protéger des conséquences sanitaires de la chaleur,
- fermer fenêtres et volets, notamment sur les façades exposées au soleil,
- ouvrir le plus possible et provoquer des courants d'air dans tout le bâtiment dès que la température extérieure est plus basse que la température intérieure,
- supprimer toute activité physique et sortie aux heures les plus chaudes,
- surveiller la température des pièces.

2/ Conseils individuels

Se protéger :

- vêtir les personnes, le plus légèrement possible (vêtements amples et légers),
- amener dans la pièce rafraîchie tous les résidents pendant au moins trois heures par jour,
- surveiller la température corporelle et le poids des résidents.

Se rafraîchir :

- pulvériser de l'eau sur le visage et les autres parties découvertes du corps, avec un brumisateur (respecter condition d'hygiène et d'entretien de ce type de matériel) ou avec des bombes aérosols d'eau,
- appliquer des lingettes humides, éventuellement rafraîchies au réfrigérateur sur le visage,
- humidifier la bouche : rinçages de bouche, pulvérisation d'eau,

- faire prendre des douches et des bains frais le plus souvent possible.

Boire et manger :

- planifier les consommations d'eau à intervalles réguliers notamment en repérant les personnes ne pouvant s'hydrater seules,
- lister les résidents en trois groupes (**capables de boire seuls, nécessitant une aide partielle ou totale, ayant des troubles de déglutition**)
- faire boire, au moins 1,5 litre par jour ou hydrater, avec de l'eau éventuellement aromatisée selon les goûts de la personne, soupes, potages, laitages, thé, tisanes (même chauds).
- veiller à poursuivre une alimentation normalement salée et inciter à la consommation de potages et de jus de légumes
- éviter les boissons à forte teneur en caféine (café, thé, colas) ou très sucrées (sodas),
- ne pas faire consommer de boissons alcoolisées.

Proposer aux personnes ayant un risque majeur de consulter leur médecin afin d'adapter leur prise en charge, notamment leur traitement médicamenteux.

Actions à réaliser en niveau **mobilisation maximale** :

- ↳ Renforcement des mesures déjà activées au niveau alerte canicule
- ↳ Remontée quotidienne des statistiques.

Actions à réaliser après l'événement :

- RETEX : bilan de la gestion de l'événement,
- modification des procédures et des actions menées si nécessaire.

Personnes à contacter :

↳ En interne :

- médecin coordonnateur ;
- l'équipe soignante ;
- l'ensemble du personnel ;

↳ En externe :

- services de secours
- DD ARS ;
- conseil départemental ;
- météo France ;

Textes réglementaires ou documentations :

- instruction interministérielle relative au plan national canicule
- recommandations nationales canicule
- plan départemental canicule
- Site internet de [Santé Publique France](#) (ex INPES)
- site internet [ARS Bretagne](#)
- [fiche mesure du haut conseil de santé publique annexée au plan national canicule 2014](#)

Procédure n° 2	IRA (Infection Respiratoire Aigüe)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

- Les infections respiratoires aiguës incluent la bronchite aiguë et la pneumonie. Elles peuvent être provoquées par plusieurs microorganismes (par exemple : pneumonie à pneumocoque, coqueluche, légionellose, grippe...). Elles sont fréquentes en hiver, notamment en raison des épidémies saisonnières de grippe (d'octobre à avril). Les IRA constituent la première cause de mortalité d'origine infectieuse en établissement hébergeant des personnes âgées qui sont souvent atteintes de plusieurs pathologies chroniques et présentent une moindre résistance aux infections. La transmission des infections respiratoires en collectivités de personnes âgées s'effectue entre résidents, entre professionnels et résidents, entre visiteurs et résidents situant ainsi les infections respiratoires à mi-chemin entre l'infection communautaire (en population générale) et l'infection nosocomiale (en établissement de soins).

Enjeux et impacts de l'événement

- Première cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD.
- Epidémie avec hospitalisation pour les cas graves.
- Absentéisme du personnel.

Actions en prévention

La prévention des IRA repose sur l'hygiène des mains, le port de gants, le port de masque chirurgical en période épidémique et la vaccination en période pré épidémique.

Il faut promouvoir et organiser:

- la vaccination annuelle des personnels pour la grippe en novembre
- la vaccination des résidents contre la grippe en novembre
- la couverture vaccinale anti pneumococcique pour les patients à risque

Mise en place de mesure de contrôle si cas groupés (au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours)

- Renforcement des mesures d'hygiène et en particulier celles des mains (personnels, résidents, visiteurs)
- Précautions de type gouttelettes
 - Port de masque pour le personnel
 - Port de masque pour les malades déambulant
 - Port de masque chirurgical pour les visiteurs dès l'entrée dans la chambre
- Limitation des déplacements des malades, voire maintien du résident dans sa chambre,
- Arrêt ou limitation des activités collectives
- Chimio prophylaxie antivirale préventive (consulter avis du 3 mars 2015 du HCSP)
- Information des visiteurs et intervenants extérieurs
- Suspension des admissions
- Arrêt de travail des personnels malades jusqu'à guérison ou à défaut port du masque chirurgical

Personnel malade

Eviction immédiate du contact avec les patients et avec les autres membres du personnel ; consultation par un médecin ; information de l'encadrement, du médecin du travail, selon l'organisation interne de l'établissement.

Mouchage, éternuement, expectoration

- se couvrir la bouche et le nez à chaque fois que l'on tousse ou éternue puis se laver les mains.
- se moucher et cracher dans des mouchoirs en papier à usage unique puis se laver les mains.
- les mouchoirs en papier et les masques usagés sont jetés dans un sac en plastique, présent dans la chambre, qui sera hermétiquement fermé avant transport.

Signaler à l'ARS les cas groupés (au moins 5 cas dans un délai de 4 jours chez les résidents et/ou le personnel à l'aide de la fiche et son guide d'utilisation)

Lien vers : <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Infections-respiratoires-aigue.125432.0.html>

En annexe n°3 : un modèle de trame est proposé pour tracer une courbe épidémique qui permet d'assurer un suivi épidémiologique.

Dans les 10 jours suivant le dernier cas envoyer le bilan final à l'aide de la même fiche que pour le signalement à l'ARS.

Actions à réaliser après l'événement :

- Nettoyage des locaux
- RETEX : bilan de l'événement

Personnes à contacter :

↳ En interne :

- médecin du travail si IRA chez le personnel
- médecin coordonnateur
- référent hygiène de l'établissement

↳ En externe :

- ARLIN 02 98 22 34 66 arlin.bretagne@chu-brest.fr
- ARS 09 74 50 00 09 ars35-alerte@ars.sante.fr

Pour un EHPAD non rattaché à un CH :

- signalement à l'ARS avec fiches de signalements spécifiques (IRA/GEA)

Pour EHPAD rattaché à un CH :

- signalement via e-sin
- signalement à l'ARS avec fiches de signalements spécifiques (IRA/GEA)

Textes réglementaires ou documentations

La grippe et les IRA dans les EHPAD :

- INSTRUCTION N° DGS/RII/DGS/2016/4 du 08 janvier 2016 relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière.
- Haut Conseil de la Sante Publique. Avis du 3 mars 2015 relatif à la priorisation de l'utilisation des antiviraux en situation d'épidémie de grippe saisonnière.
- Rapport final d'évaluation des tests rapides d'orientation diagnostique TROD des virus influenza A et B. Centre National de Référence des Virus influenza, Hôpital de Lyon, Dr Maude Bouscambert 3 octobre 2014
- Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. Haut Conseil de la Sante Publique Juillet 2012.
- INSTRUCTION N° DGS/RII/DGS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées. 2012
- Haut Conseil de la Sante Publique. Avis relatif à l'utilisation des antiviraux chez les patients en extra hospitaliers pour le traitement en curatif et le traitement en post-exposition en période de circulation des virus de la grippe saisonnière. 2012
- Protocole de mise en place de la chimio-prophylaxie dans une collectivité de personnes à risque lors d'une épidémie de grippe, en période de circulation du virus grippal (complément à la circulaire N° 444 du 17 septembre 2004).
- Rapport du HCSP du 8 septembre 2008 relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.
- Rapport du CTV et du CSHPF du 14 janvier 2005 relatif à la conduite à tenir devant des cas groupés d'infections invasives à pneumocoques dans une collectivité.

Hygiène des mains :

- Recommandations pour l'hygiène des mains de la société française d'hygiène hospitalière. Un document mis à jour en juin 2009 de 102 pages. En début de document on trouve 9 pages de recommandations.

Vaccinations :

- La note du 3 octobre 2008 aux directeurs d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux relative à la vaccination contre la grippe des professionnels de santé et des professionnels en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque.
- Guide des vaccinations 2008 publié par l'Institut de prévention et d'éducation à la santé,
- Fiche d'information du ministère de la santé sur la réalisation de la vaccination antigrippale par les infirmier(ère)s.
- Avis du HCSP du 19 mars 2008 relatif à la vaccination contre la coqueluche

Procédure n° 3	Suspicion de TIAC (Toxi Infection Alimentaire Collective)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Critères de notification : *survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.*

Situations possibles

La distinction entre une épidémie de Gastro-Entérites Aigües (GEA) et une Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC) est souvent difficile à faire en particulier en période épidémique.

Les arguments en faveur d'une TIAC sont les suivants :

- survenue rapide des cas ayant partagé les mêmes repas de quelques heures à 72 h.
- taux d'attaque quotidien montre la présence d'un pic brutal de malades (taux d'attaque = nombre de nouveaux cas chez les résidents/ population totale des résidents de l'EHPAD).

Les arguments en faveur d'une GEA sont les suivants :

- diffusion progressive des cas.
- taux d'attaque quotidien montre la présence d'une courbe étalée dans le temps des malades.

L'identification d'une TIAC est importante car les TIAC sont des maladies à Déclaration Obligatoire. **Elles doivent donc faire l'objet d'un signalement précoce à l'ARS au point focal 09 74 50 00 09.** Ce signalement permet aux médecins inspecteurs de santé publique et aux vétérinaires inspecteurs des services vétérinaires de réaliser une enquête épidémiologique, une investigation rapide pour identifier les aliments responsables et les facteurs favorisants. Ces actions permettent ainsi de prendre des mesures spécifiques pour prévenir les récurrences.

Enjeux et impacts de l'événement

- Déshydratations qui peuvent être sévères chez personnes âgées et hospitalisation des cas graves.
- Possibilité de forte contagion.
- Impact important sur le fonctionnement de l'établissement.

Actions en prévention

Les risques de contamination peuvent être évités en mettant en œuvre des mesures de prévention (rédiger et appliquer les recommandations de bonnes pratiques en respectant la réglementation en vigueur).

Ces moyens peuvent être de différentes natures :

- faire appel aux services de l'Etat pour des conseils (DDCS) ;
- appliquer la méthode HACCP (procédure d'assurance qualité) et maîtriser les recommandations du guide de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH) ;
- maintenir les aliments non appertisés hors de la zone de température à risque, c'est-à-dire entre 10 et 60°C ;
- les chaînes du chaud et du froid ne doivent en aucun cas être interrompues ;
- faire appel aux services de l'Etat pour des conseils (DDCS, DD de l'ARS) ;

- appliquer la méthode HACCP (procédure d'assurance qualité) et maîtriser les recommandations du guide de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH) ;
- maintenir les aliments non appertisés hors de la zone de température à risque, c'est-à-dire entre 10 et 60C ;

La réglementation impose de conserver des repas témoins au frais pendant 5 jours. En cas de TIAC, les repas témoins, tous les restes et les préparations intermédiaires sont conservés pour analyse, afin d'identifier les agents responsables de la TIAC.

Actions à réaliser en cas de crise :

En cas de troubles digestifs collectifs ne jamais écarter l'origine alimentaire,

↳ Prévenir le directeur de l'établissement.

↳ Informer l'ARS via la plate-forme régionale 09 74 50 00 09

Actions à réaliser après l'événement

Personnes à contacter :

↳ En interne

- médecin coordonnateur ;
- personnels soignants ;

↳ En externe

- ARS
- Direction Départementale de la Prévention des Populations

Textes réglementaires ou documentations

Les TIAC sont des maladies à déclaration obligatoire, en application de l'article 3113-1 (D11-1) du code de la santé publique et de la circulaire relative à la déclaration.

La survenue **d'au moins cinq cas de GEA dans un délai de 4 jours** est à signaler sans délai à l'ARS.

Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées :

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf

Procédure n° 4	GEA (Gastro Entérite Aigüe)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

La distinction entre une épidémie de GEA et une TIAC est souvent difficile.

Les arguments en faveur d'une GEA sont les suivants :

- diffusion progressive des cas.
- taux d'attaque quotidien montre la présence d'une courbe étalée dans le temps des malades.

Les arguments en faveur d'une TIAC sont les suivants :

- survenue rapide des cas ayant partagé les mêmes repas de quelques heures à 72 h.
- taux d'attaque quotidien montre la présence d'un pic brutal de malades (taux d'attaque = nombre de nouveaux cas chez les résidents/ population totale des résidents de l'EHPAD).

Les gastro entérites aigües constituent avec les IRA les principales pathologies responsables d'épidémie en EHPAD.

La survenue **d'au moins cinq cas de GEA dans un délai de 4 jours** est à signaler sans délai à l'ARS.

Enjeux et impacts de l'événement

- Déshydratations qui peuvent être sévères chez personnes âgées et hospitalisation des cas graves ;
- Possibilité de forte contagion
- Impact important sur le fonctionnement de l'établissement

Actions en prévention

Les risques de contamination peuvent être évités en mettant en œuvre des mesures de prévention (rédiger et appliquer les recommandations de bonnes pratiques en respectant la réglementation en vigueur).

- Hygiène des mains pour le personnel avec friction par produit hydro alcoolique avant et après tout acte soin, avant de préparer manipuler ou servir des aliments, ne pas porter de bijoux ni de montre, avoir des ongles courts sans vernis ni faux ongles.
- Hygiène des mains pour les résidents lors de la toilette, après passage aux toilettes et autant que possible avant et après d'aller au restaurant.
- Hygiène alimentaire avec entretien régulier des fontaines réfrigérantes, nettoyage et désinfection réguliers des réfrigérateurs.
- Hygiène de l'environnement avec respect des procédures de nettoyage, du circuit du linge et des déchets.
- Port d'une tenue professionnelle, de gants et d'un tablier à usage unique, masque et lunettes en cas de risque de projection de produit biologique.
- Former le personnel aux précautions d'hygiène et au suivi de procédures.
- Prévoir l'accès au matériel, aux produits hydro alcoolique, gants et tabliers.
- Organiser le circuit des prélèvements.
- Utiliser autant que possible un lave bassin.
- Désigner un « référent » épidémie.
- Organiser une surveillance continue en notant chaque cas et en construisant une courbe épidémique.

Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Actions à réaliser en cas de crise :

En cas de troubles digestifs collectifs ne jamais écarter l'origine alimentaire,

↳ Prévenir le directeur de l'établissement.

↳ Informer l'ARS via la plate-forme régionale.

↳ Appliquer les recommandations préconisées par l'ARS (cf site ARS) qui seront à minima :

- nettoyer et désinfecter les locaux et surfaces.
- isoler les patients malades.
- prévenir la médecine du travail concernant le personnel de l'établissement.
- veiller à une bonne hydratation des résidents et adapter les menus.
- surveiller l'état général des patients.
- renforcer les mesures d'hygiène (lavage des mains, gestion des excréta...)

↳ En pratique

- envoyer la fiche de signalement cas groupés GEA/ bilan à la clôture de l'épisode.
- utiliser la feuille de surveillance.
- algorithme applicable à la prévention et à la survenue d'un ou plusieurs cas de GEA en EHPAD.
- recommandations relatives aux conduites à tenir devant des GEA en EHPAD.

En annexe n°3 : un modèle de trame, dans le cadre des GEA, est proposé pour tracer une courbe épidémique afin d'assurer un suivi épidémiologique.

Actions à réaliser après l'événement

Rechercher les causes et réaliser les actions correctrices. Bilan de l'événement (RETEX)

Personnes à contacter :

↳ En interne

- médecin coordonnateur
- personnels soignants

↳ En externe

- ARS
- CLIN de l'établissement de santé avec lequel une convention a été signée ;
- Conseil départemental.

Textes réglementaires ou documentations

- INSTRUCTION N° DGS/RI1/DGCS/2012/433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites dans les collectivités de personnes âgées.

La survenue **d'au moins cinq cas de GEA dans un délai de 4 jours** est à signaler sans délai à l'ARS.

Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées :

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf

Procédure n° 5	Infections associées aux soins (voir chapitre 1.4)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Depuis 2015, l'ARS Bretagne pilote un dispositif expérimental de mise à disposition d'IDE hygiénistes intervenant sur 96 EHPAD s'appuyant sur 7 établissements porteurs bénéficiant d'une équipe opérationnelle d'hygiène. Il est animé par l'ARLIN et basé sur le volontariat ayant vocation à s'étendre sur l'ensemble de la région.

Situations possibles

- **Une infection est dite associée aux soins** si elle survient au minimum 48 h après le début d'une prise en charge d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de cette même prise en charge.
- **Au sens général**, une infection associée aux soins est constituée par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (à visée diagnostique, thérapeutique, de dépistage ou de prévention primaire) par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage.

Enjeux et impacts de l'événement

- Poursuivre la mobilisation des EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux.
- Limiter émergence et diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes et émergentes (BMR/BHRe).
- Participer à la lutte contre l'antibiorésistance.
- Augmentation de la morbidité et mortalité.
- Surcoût financier dû à la pathologie engendrée.
- Image dégradée de l'établissement.

Actions en prévention :

- Elaborer du document d'analyse du risque infectieux (DARI) de l'établissement qui nécessite un engagement fort du directeur d'établissement qui doit désigner un responsable pour mettre en place cette démarche et mettre en place un comité de suivi composé au minimum d'un médecin, d'un cadre infirmier et du directeur lui-même.
- Diffuser auprès des personnels des recommandations spécifiques et des précautions standards :
 - lavage des mains, utilisation de matériel à usage unique.
 - nettoyage fréquent des surfaces (protocoles).
 - gestion des excréta.
 - nettoyage et désinfection de la peau en cas de gestes invasifs.
 - contrôles de la qualité bactériologique de l'eau.
- Développer et renforcer en interne le dispositif de signalement (IRA-GEA, BMR/BHRe, clostridium difficile, TIAC et tout événement inhabituel lié aux soins).
- Renforcer la formation et l'information des personnels (gestion du risque infectieux et antibiorésistance)
- Participer à la journée mondiale annuelle hygiène des mains, à la journée européenne info sur les AB, la semaine de sécurité des patients.
- Promouvoir la vaccination des résidents à risque et des professionnels de santé en particulier pour Hépatite B et grippe « *je me protège et je protège mon entourage* »
- Mettre à jour un annuaire des professionnels impliqués dans la gestion du risque infectieux (ARLIN, ARS, infectiologue du CH référent..)
- Identifier et répertorier les risques liés aux actes invasifs effectués dans l'établissement.
- Participer à l'enquête de prévalence des IAS tous les 5 ans.

Actions à réaliser en cas d'événement indésirable en lien avec une infection associée aux soins

- ↳ Signaler à l'ARS le plus rapidement possible
- ↳ Prévenir l'ARLIN si besoin d'appui
- ↳ Réaliser les actions demandées.

Actions à réaliser après l'événement :

- Rechercher les causes.
- Mettre en place les solutions adaptées.
- RETEX: bilan de l'événement.

Personnes à contacter

↳ En interne

Chaque établissement s'organise pour mettre en place un système de déclaration interne avec un référent en hygiène qui peut être soit un médecin, soit une infirmière.

↳ En externe :

- Equipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement de santé avec lequel une convention a été signée.
- Le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux (CORRSi) de l'ARS 09 74 50 00 09
- ARLIN en cas de besoin.

Textes réglementaires ou documentations

Instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.

Instruction N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015

Instruction N° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

Procédure n° 6	LEGIONELLES / LEGIONELLOSE
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles :

- prélèvements positifs de légionelles dans le réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement.
- patient diagnostiqué pour une légionellose (par détection des antigènes solubles urinaires et/ou par prélèvement sanguin). C'est une **Maladie à Déclaration Obligatoire**. Elle doit donc faire l'objet d'un signalement précoce et d'une notification à l'ARS au point focal : 09 74 50 00 09

Un établissement peut détecter des légionelles dans son réseau d'eau sans pour autant avoir des patients atteint de légionellose.

Enjeux et impacts de l'événement :

- risques majeurs pour la santé des résidents et/ou des personnels (risque d'inhalation à partir d'un réseau d'eau chaude sanitaire contaminé par légionelles)

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par la bactérie du genre *Legionella Pneumophila* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels ou artificiels :

- la légionellose est transmise par inhalation de microgouttelettes d'eau contaminée diffusées en aérosols.
- la durée d'incubation de la légionellose (et donc la période d'exposition) varie de 2 à 10 jours.
- il n'existe pas de contamination interhumaine.

Actions en prévention

- convention avec l'équipe opérationnelle d'un établissement de santé le plus proche possible ;
- application du programme de surveillance de l'eau chaude sanitaire (température et légionelles) ;
- application du programme d'entretien et de maintenance des installations d'eau chaude sanitaire ;
- carnet sanitaire ;
- établir un protocole de gestion des cas de légionellose humaine et prévention des risques pour les personnes à haut risque de contracter une légionellose ;
- connaissance et suivi du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement.

Actions à réaliser en cas de crise :

- ☞ Mise en œuvre de la conduite à tenir interne établie par l'établissement ;
- ☞ Restrictions d'usage de l'eau chaude sanitaire ;
- ☞ Remplacement des pommeaux de douche et installation de filtres sur la robinetterie ;
- ☞ Prélèvements ;
- ☞ Mesures curatives sur le réseau d'eau chaude sanitaire adaptées aux caractéristiques des installations et aux résultats obtenus (légionelles et température de l'eau chaude sanitaire) ;
- ☞ Appel à la vigilance du personnel médical ;
- ☞ Signalement à l'ARS et transmission du formulaire de Déclaration Obligatoire ;
- ☞ Protocole de surveillance des légionelles à revoir.

Actions à réaliser avant d'utiliser à nouveau les douches :

- Obtention des résultats d'analyses conformes à la réglementation
- RETEX : bilan de la situation
- Révision du plan de surveillance des légionelles dans le réseau d'eau chaude sanitaire.

Personnes à contacter

↳ En interne

- Médecin coordonnateur et personnel soignant ;
- personnels techniques.

↳ En externe :

- établissement de référence ARLIN ;
- laboratoire (s) d'analyse de l'eau accrédité ;
- Plombiers ou prestataires de maintenance des installations d'eau chaude sanitaire ;
- DD ARS ;
- Conseil Départemental ;
- Propriétaire.

Textes réglementaires ou documentations

- **Fiche DO légionellose** https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12202.do ;
- **Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire** :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021795143&fastPos=27&fastReqId=14070841&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- **Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005** relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.
- **Circulaire DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010** relative aux missions des Agences régionales de santé dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire
- **Guide du Haut conseil de la santé publique (HCSP)** pour l'investigation et l'aide à la gestion sur le risque lié aux légionelles
- **Circulaire DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010** relative à la prévention des risques infectieux et notamment de la légionellose dans les bains à remous (spas) à usage collectif et recevant du public
- **Bulletin de veille sanitaire Bretagne – janvier 2015** : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Ouest/Bulletin-de-veille-sanitaire-Ouest.-n-14-Janvier-2015>

Procédure n° 7	CONFINEMENT de l'ETABLISSEMENT
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

ATTENTION : il convient de bien établir la source de la pollution : interne ou externe ? En effet, si la source des émanations des produits toxiques est interne, un confinement serait très dangereux. Il conviendrait alors d'**évacuer** l'établissement.

Situations possibles

- fumées toxiques dues à un **incendie extérieur** aux bâtiments ;
- émanations toxiques dues à un accident de TMD (transport de matières dangereuses) ;
- alerte nuage contenant des particules radioactives.

Enjeux et impacts de l'événement

- désagrément et intoxication légère des résidents et des personnels ;
- intoxication aigue ;

Actions en prévention

- établir la procédure pour arrêter les systèmes de ventilation, de climatisation et de chauffage par combustion (bois, charbon, fuel, gaz...) ;
- identifier les ventilations statiques (bouches et entrées d'air...) ;
- établir la procédure de fermeture de toutes les portes et fenêtres ainsi que le fonctionnement manuel des portes automatiques
- établir une procédure d'information des personnels et résidents ;
- définir la pièce la plus étanche, pour envisager un confinement de 2 heures maximum, et réfléchir aux besoins minimaux (eau, collation, accès aux wc).

Actions à réaliser en cas de crise

- ↺ Bien identifier la source de la pollution (interne ou externe) ;
- ↺ Diffuser l'information au personnel de l'établissement ;
- ↺ Faire rentrer les personnes qui sont à l'extérieur de l'établissement ;
- ↺ Fermer toutes les portes extérieures, les fenêtres, les portes des chambres ainsi que les portes coupe-feu ;
- ↺ Arrêter le système de ventilation de l'établissement et bloquer les entrées d'air statique ;
- ↺ Selon le type de chauffage/climatisation, arrêter les systèmes de chauffage par combustion et de climatisation ;
- ↺ Arrêter les systèmes d'aspiration dans les cuisines (hottes) et limiter toutes cuissons ;
- ↺ Calfeutrer les portes et fenêtres de la pièce préalablement identifiée comme la mieux adaptée à une mise à l'abri (confinement de 2h maximum) du personnel et des résidents.
- ↺ Prendre contact avec les services de secours afin de connaître la durée probable de l'événement ;
- ↺ Se préparer à une évacuation du bâtiment selon les consignes des autorités.

Informez immédiatement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion

Actions à réaliser après l'événement

- RETEX : bilan de l'événement

Personnes à contacter

- ↳ En interne
 - noms des personnels :

- En externe
- mairie ; SDIS ; ARS ; conseil départemental.

Date mise à jour : 27 juin 2017

Ces évacuations peuvent être partielles ou totales

Procédure n° 9	PLAN de CIRCULATION et de STATIONNEMENT en cas d'événement exceptionnel
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

- évacuation du bâtiment en urgence (incendie...) ;
- afflux de personnes au niveau de l'établissement (événement exceptionnel à proximité de l'établissement) ;
- afflux de victimes, établissements de proximité ...
-

Enjeux et impacts de l'événement

- difficultés d'accès aux équipes de secours (SDIS) ;
- difficultés d'accès aux personnels et aux fournisseurs ;
- difficultés d'accès aux véhicules permettant l'évacuation du bâtiment ;
- saturation des capacités de stationnement et difficulté de circulation aux abords de l'établissement ;
-

Actions en prévention

- plan incendie avec les lieux de regroupement des personnes ;
- plan de circulation (accès et départ des véhicules et des personnes) et plan de stationnement (personnel, familles, médias, officiels...) à réaliser (joindre ces deux documents à cette fiche) ;
- prévoir des dispositifs d'affichage (panneaux indicateurs), barrières et rubalises ;
-

Actions à réaliser en cas de crise :

- ↳ Assurer l'accessibilité de l'établissement (entrée et sortie) et la sécurité des résidents et personnels
- ↳ Prévenir les autorités administratives (mairie) d'une demande de concours si besoin
- ↳ Installer immédiatement les dispositifs de circulation et de stationnement
- ↳ Un personnel (de l'établissement ou de la commune) doit contrôler les accès les circulations des véhicules et assurer la communication au public
- ↳ Informer immédiatement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion

Actions à réaliser après la crise

- (RETEX): bilan de l'événement

Personnes à contacter

- ↳ En interne
 - personnel technique
- ↳ En externe
 - mairie
 - police/gendarmerie
 - SDIS
 - DD ARS
 - Conseil départemental
 - SAMU

Procédure n° 10	SECURISATION de l'ETABLISSEMENT
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

- troubles publics ou manifestations à proximité de l'établissement ;
- menaces contre l'établissement ou vis-à-vis du personnel ;
- menaces d'attentat (cf mesures Vigipirate) ;
- événement médiatique à propos de l'établissement.

Enjeux et impacts de l'événement

- troubles à la sécurité et ou à la tranquillité des résidents ou du personnel ;
- dégradations de biens (clôture, édifice) et d'équipements ;
- vol ou disparition de données internes à l'établissement pour utilisation frauduleuse.

Actions en prévention

- stockage des documents et données de façon sécurisée ;
- plan de sécurisation des accès aux extérieurs et aux bâtiments : fermeture des accès, alarme ;
- dispositif d'information et de formation des personnels ;
- coordonnées : commissariat de police ou poste de gendarmerie le plus proche.

Actions à réaliser en cas de crise

- ↗ Dès le déclenchement de l'alerte ou en présence d'une situation à risque, fermer les accès extérieurs, portes et fenêtres des bâtiments ;
- ↗ Déclencher le plan bleu et ouvrir la cellule de crise. Prévenir l'ARS et les organismes de tutelles ;
- ↗ Prendre connaissance des consignes de sécurité communiquées par la mairie et/ou la préfecture ;
- ↗ Demander intervention des forces de l'ordre si nécessaire ;
- ↗ Informer les résidents et le personnel sur la nature de l'événement et des premières mesures de sécurisation prises ;
- ↗ Informer les familles des résidents et des médecins traitants ;
- ↗ Mettre en sécurité les documents importants et les dossiers résidents ;
- ↗ Attendre les directives de la mairie et des autorités pour la levée des mesures de sécurisation.

Actions à réaliser après la crise

- RETEX° : bilan de l'événement

Personnes à contacter :

- ↗ En interne
 - membres de cellule de crise
 - ensemble du personnel
- ↗ En externe
 - mairie
 - DD ARS
 - conseil départemental
 - forces de sécurité intérieure (gendarmerie et/ou police, SAMU, SDIS)
 - préfecture

Procédure n° 11	COMMUNICATION EXTERNE en cas de CRISE
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

- les situations où l'établissement doit informer les autorités de tutelle.
- Les situations où l'établissement est sollicité par les médias.

Enjeux et impacts de l'événement

Toute situation exceptionnelle, tout événement indésirable conduisant à une situation de crise doit être connue sans délai par les autorités de tutelle.

Les médias cherchent par tous les moyens à obtenir des informations en cas de crise (incendie, suicide dans l'établissement, problème de maltraitance...).

La diffusion d'informations aux médias doit être coordonnée et réalisée par l'équipe de direction ou par une personne mandatée par la direction.

Actions en prévention

- informer l'ensemble du personnel de la procédure de communication aux médias ;
- anticiper la communication en identifiant les principaux médias du département et leurs correspondants locaux ;
- identifier dans l'établissement une salle pour recevoir les médias.

Actions à réaliser en cas de crise

- ↳ Informer immédiatement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion ;
- ↳ Tenir une main courante et assurer une permanence téléphonique.
- ↳ Seul le directeur de l'établissement ou son représentant est autorisé à donner des informations aux médias et aux familles.

Actions à réaliser après l'événement

- ↳ Rédiger un RETEX (chronologie, nature et importance de la crise, mesures prises, etc..) permettant au directeur de l'établissement ou son représentant d'apporter toutes les informations sur la crise de façon synthétique.

Personnes à contacter

↳ En interne

- direction de l'établissement

↳ En externe :

- préfecture
- DD ARS
- mairie
- conseil départemental

Textes réglementaires ou documentations

- règlement intérieur de l'établissement
- contrat de travail des salariés et secret professionnel

Procédure n° 12	INTERRUPTION ALIMENTATION ELECTRIQUE (voir chapitre 1.5)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles : origines de l'interruption

- défaillance interne (partielle ou totale) ;
- défaillance externe (coupure générale, ou locale avec rupture câble ou panne transformateur).

Enjeux et impacts de l'événement

- présence ou non d'un groupe électrogène de secours (taux de couverture des besoins et autonomie).
- perturbations variables selon origine et durée de la panne.
- principales utilisations de l'électricité :
 - ↳ Lumières, portes ou portails d'accès, matériels informatiques, téléphonies ;
 - ↳ Cuisines et frigos ;
 - ↳ Matériels médicaux (oxygène...) ;
 - ↳ Système de chauffage, climatisation ;
 - ↳ Ascenseurs...
- Exigence particulière pour les établissements faisant partie de l'obligation d'équipement autonome (DARDE)

Actions en prévention

- vérification périodique du groupe électrogène, et du stock du carburant ;
- information du personnel sur l'emplacement des compteurs électriques ;
- présence des documents principaux sous forme papiers ;
- inventaire des équipements et dispositifs électriques dont maintenance et listing précis de l'impact d'une coupure de courant (jour ou nuit, été ou hiver) ;
- coordonnées service technique, ENEDIS;
- contrat de maintenance électrique.

Actions à réaliser en cas de crise

- ↳ Vérifier le compteur électrique : disjoncteur, fusibles si panne localisée ;
- ↳ Si confirmation panne interne, faire appel immédiatement au service technique de l'établissement ou à l'électricien ;
- ↳ Si panne exogène : contacter immédiatement ENEDIS pour connaître les causes et les délais avant remise en état du réseau ;
- ↳ Le directeur doit évaluer les conséquences de cette interruption électrique pour prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement. Principaux éléments à prendre en compte :
 - durée probable de l'interruption ;
 - conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
 - période de grande chaleur ou de grand froid.
- ↳ Le directeur peut faire appel selon les besoins à une aide de la mairie, du SDIS, des services ERDF pour bénéficier d'un secours électrique (groupe électrogène) ;
- ↳ Dans ce cas, le directeur doit prévenir les autorités de tutelle dont l'ARS ;
- ↳ Une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut-être envisagée après visa du directeur général de l'ARS (voir procédure n°7).

Actions lors du retour à la normale

- vérifier le bon fonctionnement des appareils électriques ;
- prévenir les autorités de tutelle si elles ont été préalablement sollicitées ;
- faire le plein en carburant du réservoir d'alimentation du groupe électrogène ;
- évaluer la qualité des produits (médicaments et produits alimentaires) devant être conservés au froid (T° : +4° C, congélation).
- (RETEX) : bilan de l'événement

Personnes à contacter

↳ En interne

- service technique

↳ En externe

- ENEDIS
- électriciens
- mairie
- DD ARS
- Conseil départemental

Textes réglementaires ou documentations

- article R.313-31 CASF précise les obligations des gestionnaires des établissements médico sociaux (DARDE) ;
- arrêté du 5/07/90 fixe les consignes générales de délestage sur les réseaux électriques.
- Instruction interministérielle N° DGS/DGSCGC/2015/355 du décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.

Procédure n° 13	RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DESTINEE A LA CONSOMMATION HUMAINE
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

- défaillance interne (partielle ou totale) ;
- défaillance externe (coupure réseau d'alimentation en amont du compteur)

Eléments d'alerte

- coupure d'eau ;
- résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de la commune non conformes ;
- suspicion de TIAC d'origine hydrique ;
- aspect macroscopique de l'eau du réseau anormale : odeur et ou couleur, turbidité,....

Enjeux et impacts de l'événement

- absence d'eau dans les canalisations ou présence d'eau non conforme pour l'alimentation humaine;
- principales utilisations de l'eau :
 - ↳ Boissons ;
 - ↳ Douches, lavabos... ;
 - ↳ Cuisines ;
 - ↳ WC et nettoyage des bâtiments ou du linge, arrosage ;
 - ↳ Système de chauffage et de climatisation.

Actions en prévention

- connaître son réseau d'eau intérieur (compteurs, canalisations, vannes, matériaux...) ;
- connaître les différentes sources d'alimentation en eau de l'établissement : réseau eau de ville, puits ou forage) ;
- constitution d'une réserve d'eau embouteillée ;
- rédaction d'une procédure TIAC d'origine hydrique ;
- coordonnées plombier extérieur et société de fournisseur d'eau de la commune.

Actions à réaliser en cas de crise :

- ↳ Vérifier l'origine de l'arrêt d'approvisionnement en eau : interne ou externe ;
- ↳ Si défaillance interne : faire appel au service technique ou au plombier.
- ↳ Dans le cas d'une suspicion de TIAC d'origine hydrique, le directeur fournit des bouteilles d'eau aux résidents et aux personnels. Le médecin coordonnateur fait appliquer le protocole de gestion des TIAC et se conforme à la réglementation DO ;
- ↳ Si constatation macroscopique d'une eau de médiocre qualité (goût, odeur, ...), le directeur fournit des bouteilles d'eau aux résidents et aux personnels et se rapproche de la mairie pour identifier l'origine et la cause du dysfonctionnement ;
- ↳ Si défaillance externe : contacter de suite la société des eaux et la mairie pour connaître les causes et les délais avant retour à la normale ;
- ↳ Le directeur doit évaluer les conséquences de cette panne et prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement. Principaux éléments à prendre en compte :
 - durée probable de l'interruption ;
 - conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
 - période de grandes chaleurs ou de grands froids ;
- ↳ Le directeur doit au minimum fournir aux résidents et aux personnels des bouteilles d'eau embouteillées, et peut faire appel selon les besoins à une aide de la mairie ;
- ↳ une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut être envisagée après visa du directeur général de l'ARS (voir procédure n°7) .

Actions lors de la remise en fonctionnement du réseau

- purger éventuellement les canalisations pour rinçage avant utilisation ;
- attendre les consignes de la mairie avant d'autoriser la consommation de l'eau du réseau ;
- faire un nouveau stock de bouteilles d'eau ;
- RETEX : bilan de l'événement.

Personnes à contacter

↳ En interne

- service technique

↳ En externe :

- plombier ;
- mairie ;
- DD ARS ;
- préfecture ;
- conseil départemental.

Textes réglementaires ou documentations

- code de la santé publique R1321 et L1321.

Procédure n° 14	RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN GAZ
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017
Situations possibles - défaillance interne : système d'alimentation en gaz (fuite, mise en sécurité du système, absence d'approvisionnement : cuve de gaz...) ; - défaillance externe : rupture d'approvisionnement en gaz de ville.	
Enjeux et impacts de l'événement - impact limité en été (sauf nécessité évacuation dans le cadre d'une fuite entraînant une accumulation de gaz dans le bâtiment ou un bâtiment proche), mais impact grave en période froide pouvant nécessiter l'évacuation totale ou partielle de l'établissement ; - absence d'eau chaude et/ou de dispositif de cuisson dans les cuisines => repas froids, pas de douches ni de bains. - interruption du système de chauffage de l'établissement : baisse de la température dans l'établissement. Cette conséquence est également envisageable quel que soit le type de chauffage présent dans l'établissement dont le chauffage central au fioul, électrique, dispositif géothermique.	
Actions en prévention - contrat d'entretien et de maintenance ; - contrôle des installations ; - achat de couvertures ; - achat de dispositifs électriques de chauffage d'appoint (radiateur sur roulettes, micro-ondes...) ; - exercices (associant, dans la mesure du possible, les résidents) et formation des personnels.	
Actions à réaliser en cas de crise ↳ vérifier (ou faire vérifier) l'origine de l'arrêt d'approvisionnement : interne ou externe ; ↳ si défaillance interne : faire appel au service technique ou au chauffagiste. (si fuite, appel au SDIS) ↳ si défaillance externe : contacter de suite GDF Suez (ou autre fournisseur le cas échéant), et la mairie pour connaître les causes, l'existence d'un risque potentiel et les délais avant retour à la normale ; ↳ le directeur doit évaluer les conséquences de cette panne et prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement. Principaux éléments à prendre en compte : - durée probable de l'interruption ; - conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ; - période de grands froids si chauffage au gaz. ↳ le directeur doit pouvoir apporter aux résidents des moyens de substitution suite à l'arrêt du chauffage : radiateur électrique et/ou couvertures ; (exclusion des dispositifs individuels au pétrole en raison notamment des risques d'intoxication au CO) ↳ une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut être envisagée après visa du directeur général de l'ARS (voir procédure n°7).	
Actions lors de la remise en fonctionnement du réseau - tester les différents points d'arrivée du gaz ; - relancer la centrale chauffage gaz ; - réapprovisionner cuve gaz ; - RETEX : bilan de l'événement. Identification et mise en œuvre des mesures correctrices suite aux conclusions du RETEX.	
Personnes à contacter ↳ En interne - service technique ↳ En externe : - SDIS en cas de fuite / GDF Suez ou autres prestataires / plombier ou chauffagiste / mairie / ARS (CORRSI) / préfecture / Conseil Départemental	

Procédure n° 15	INCENDIE/FEUX de FORET
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

3 situations peuvent se présenter pour l'établissement :

- émanations de fumées toxiques impactant l'établissement (feux de forêt, d'un bâtiment ou d'un véhicule...) ;
- feu dans l'enceinte de l'établissement (feu de forêt, feu d'un bâtiment) ;
- feu à l'intérieur de l'établissement (chambre, cuisine, chaufferie).

Enjeux et impacts de l'événement

- Suivant les cas ci-dessus, un incendie peut nécessiter :
- le confinement de l'établissement : **voir procédure n°7** ;
- l'évacuation partielle ou totale en urgence ou en différée : **voir procédure n°8**

Actions en prévention

- confinement de l'établissement : **voir procédure n°7**
- évacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différée : **voir procédure n°8**

Actions à réaliser en cas de crise

- ↳ Connaître la nature de l'incendie et avoir connaissance de l'évolution du sinistre (en particulier feux de forêt) ;
- ↳ Être à l'écoute des services de secours (CODIS), des consignes données par la mairie et des autorités de tutelle ;
- ↳ Selon la nature de l'incendie prendre des mesures de confinement de l'établissement (procédure n°7) ou d'évacuation (procédure n°8) ;
- ↳ Il peut être envisagé en premier lieu confinement puis ensuite évacuation ;
- ↳ Pendant toute la durée de la crise, le directeur est en relation permanente avec les autorités de tutelle.

Actions lors du retour à la normale

- ↳ Inventaire des dégâts matériels et des équipements pour envisager soit ;
- la continuité des activités soit sur un mode normal soit sur un mode dégradé ;
- l'interruption des activités ;
- ↳ Tenir informées la mairie et les autorités de tutelle sur la situation de l'établissement, des mesures correctives prises pour la remise en état des biens et de la poursuite ou non des activités ;
- ↳ Prendre en compte les consignes des autorités de tutelle.
- ↳ RETEX : bilan de l'événement.

Personnes à contacter

- ↳ En interne :
 - direction et responsables incendie ;
 - service technique.
- ↳ En externe :
 - SDIS ;
 - SAMU ;
 - mairie ;
 - DD ARS ;
 - préfecture ;
 - Conseil Départemental.

Procédure n° 16	INONDATIONS/RUPTURE de BARRAGE ou de DIGUE
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Situations possibles

3 situations peuvent se présenter pour l'établissement :

- inondation brutale sous forme de crue torrentielle ou de rupture de barrage;
- montée progressive et lente de l'eau ;
- inondation des voies d'accès à l'établissement.

Enjeux et impacts de l'événement

L'impact le plus préjudiciable d'une inondation est la mise en danger des résidents et du personnel présents dans l'établissement. Vient ensuite l'importance des dégâts matériels : bâtiments, équipements, réserves médicales et techniques.

Doit être également envisagé l'isolement total ou partiel de l'établissement :

- voie d'accès interdisant ou limitant l'accès au personnel de l'établissement, aux médecins traitants, à l'approvisionnement ;
- arrêt de l'alimentation en eau potable, électricité, gaz, etc.....
- arrêt chauffage, interruption évacuation des eaux usées.

Une inondation peut nécessiter l'évacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différé (**voir procédure n°8**), la mise en sécurité des personnes des parties « hautes » de l'établissement (par exemple les étages de l'établissement) avec éventuellement un confinement (**voir procédure n°7**)

Actions en prévention

- s'assurer que l'établissement n'est pas dans un secteur susceptible d'être inondé. Se rapprocher des services de la préfecture (plan particulier des risques inondation : PPRI) et de la mairie (plan local d'urbanisme : PLU et du plan communal de sauvegarde : PCS) ;
- en cas de risque d'inondation exceptionnelle :
 - établir un protocole d'alerte, d'information et de suivi avec la mairie et les services de la DDTM compétents;
 - établir la fiche réflexe d'évacuation de l'établissement avec le CIS des sapeurs-pompiers ;
 - avoir la liste des résidents à jour accompagnée des DLU à jour.
 - inventaire actualisé des équipements et des consommables ;
 - en cas d'isolement total ou partiel de l'établissement, consulter le plan de continuité des activités de l'établissement(PCA).

Actions à réaliser en cas de crise :

- 📍 Connaître l'origine de l'événement et avoir connaissance de l'évolution de l'aléa.

- ↳ être à l'écoute des services de secours (CODIS / SAMU), des consignes données par la mairie et des autorités de tutelle (Préfecture / ARS / CD).
- ↳ Selon la nature de l'événement et son intensité, prendre des mesures de confinement de l'établissement (**procédure n°7**) ou d'évacuation (**procédure n°6**)
- ↳ Il peut être envisagé en premier lieu confinement puis évacuation
- ↳ Pendant toute la durée de la crise, le directeur est en relation permanente avec les autorités de tutelle (Préfecture /ARS/ CD)

Actions lors du retour à la normale

- ↳ Inventaire des dégâts matériels et des équipements pour envisager soit :
 - la continuité des activités soit sur un mode normal soit sur un mode dégradé ;
 - l'interruption des activités ;
- ↳ Tenir informées la mairie et les autorités de tutelle sur la situation de l'établissement, des mesures correctives prises pour la remise en état des biens et de la poursuite ou non des activités ;
- ↳ Prendre en compte les consignes des autorités de tutelle ;
- ↳ RETEX : bilan de l'événement.

Personnes à contacter

- ↳ En interne
 - Service technique.
- ↳ En externe
 - SDIS ;
 - SAMU ;
 - mairie ;
 - DD ARS ;
 - préfecture ;
 - Conseil Départemental.

Procédure n° 17	Événements indésirables (voir chapitre 1.6)
Elaboré par : Pôle régional de Défense Sanitaire	Date mise à jour : 27 juin 2017

Événements à signaler

Il s'agit globalement de toute situation affectant l'organisation du système de soins et des dysfonctionnements observés dans les établissements médico-sociaux, menaçant ou compromettant la santé et la sécurité des personnes accueillies au sein de la structure.

Sont notamment visés (liste non exhaustive) :

► concernant la santé :

- Les suicides et les tentatives de suicides ;
- Les décès de personnes prises en charge consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge ;
- Les situations de maltraitance ayant une conséquence directe sur la santé et la sécurité, notamment les violences physiques (coups, violences sexuelles, meurtres...) ou psychologiques ;
- Les erreurs médicamenteuses.

► concernant la sécurité :

- Les fugues et les disparitions de personnes accueillies ;
- Les vols récurrents d'objets de valeur ou d'argent à l'encontre des résidents ;
- Les actes de malveillance au sein de l'établissement ;
- Les sinistres tels qu'incendies, inondations.

► concernant le fonctionnement de l'établissement :

- Les conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux ;
- Les défaillances techniques pouvant entraîner un risque pour la santé et la sécurité des personnes (telles que les pannes électriques par exemple) ;
- L'activation d'un plan au sein de l'établissement (plan bleu, cellule de crise interne) ;

► Dans tous les cas : les situations susceptibles d'être médiatisées

Enjeux et impacts de l'événement

- risque de décès et souffrance physique et/ou psychologique des résidents;
- perturbation ou arrêt des activités totales ou partielles de l'établissement ;
- impact médiatique possible ;
- tension sociale dans l'établissement.

Actions en prévention

- améliorer la détection et le signalement des situations de maltraitance ;
- mettre en place une politique de la promotion de la bientraitance, améliorer le repérage des risques de maltraitance et s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- développer dans l'établissement une politique sociale pour éviter tout conflit ;
- voir les procédures précédentes en cas d'aléas.

Actions à réaliser

Le signalement

Les informations relatives aux événements, incidents ou accidents mentionnés ci-dessus doivent être adressées à l'ARS par le directeur de l'établissement - immédiatement pour les situations les plus graves, dans les meilleurs délais (sous 48 heures) pour les autres événements au :

Tél : 09 74 50 00 09
ars35-alerte@ars.sante.fr

Ces coordonnées sont valables 24h/24 et 7j/7. **En période d'astreinte (du lundi au vendredi de 18 heures à 8 heures 30, et du vendredi 18h au lundi 8h30), tout signalement doit faire l'objet d'un appel téléphonique préalable à l'envoi d'un signalement écrit.**

Ce signalement devra être confirmé et précisé par écrit (par courriel et/ou par courrier, selon les cas). Cette transmission devra comporter les éléments d'information mentionnés ci-dessous.

Pour les établissements sous double compétence, le signalement devra également être transmis par l'établissement auprès du Conseil Départemental.

La forme et le contenu du signalement

Après avoir été informée de l'événement ou de la situation, l'ARS doit disposer dans les meilleurs délais (sous 48 heures) d'une information écrite précise (remplir et adresser le formulaire CORRSi : annexe n°2) portant notamment sur les éléments suivants :

- la nature des faits
- les circonstances dans lesquelles ils sont survenus
- les dispositions prises pour remédier aux carences ou abus éventuels et, le cas échéant, faire cesser le danger
- les dispositions prises à l'égard des victimes et, le cas échéant, de l'auteur présumé en cas de maltraitance
- l'information des familles ou des proches (Le conseil de la vie sociale des établissements concernés devrait être avisé des événements).

Il convient également de préciser les démarches qui ont été engagées auprès des autorités.

Actions à réaliser après l'événement

Rédiger un RETEX (chronologie, nature et importance de la crise, mesures prises, etc..) permettant au directeur de l'établissement ou son représentant d'apporter toutes les informations sur la crise de façon synthétique.

Personnes à contacter

↳ En interne

- directeur de l'établissement.

↳ En externe

- ARS ;
- Conseil Départemental.

Textes réglementaires ou documentations

CIRCULAIRE N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

VI. PARTIE 6: ANNEXES



ANNEXE n°1 : Coordonnées ARS

Le signalement de l'ensemble des alertes sanitaires de la région Bretagne s'effectue vers des coordonnées uniques régionales :

09 74 50 00 09

Ce numéro est joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

En période d'astreinte (lundi au vendredi de 18h à 8 h30, et du vendredi 18h au lundi 8h30), tout signalement doit faire l'objet d'un appel téléphonique préalable à l'envoi d'un signalement écrit.

Ce signalement devra être confirmé et précisé par écrit (par courriel et/ou par courrier, selon les cas) :

ars35-alerte@ars.sante.fr

En période d'astreinte, les coordonnées d'envoi de signalements écrits doivent être validées avec le cadre d'astreinte ARS.

Les signalements devant être transmis incluent les alertes et événements indésirables d'ordre sanitaire, auxquels vous pouvez être confrontés, soit en raison de leur impact sanitaire réel ou supposé important, soit parce qu'ils peuvent avoir une dimension extra-départementale, ou encore un retentissement médiatique, social, économique significatif.



ANNEXE n°2 : Signalement CORRSi

FICHE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Fiche à retourner par l'établissement au CORRSi (ars35-alerte@ars.sante.fr)

N° réf. CORRSi
du signalement :

Tous les signalements doivent être anonymisés : les données nominatives relatives aux acteurs (patients, professionnels de santé...) impliqués dans les événements rapportés ne doivent pas être mentionnés (en dehors des coordonnées du signalant)

1- DECLARATION

Date du signalement :

Heure du signalement :

Département concerné :

Type d'établissement concerné :

☐ Etablissement de santé ☐ Etablissement médico-social

Préciser (CHS, EHPAD, IME...) :

Identité de l'établissement concerné (nom et commune) :

Motif du signalement :

☐ Information ☐ Evénement sensible ☐ Demande d'appui ☐ Autre

Si autre (préciser) :

Nom et prénom du déclarant :

Téléphone :

2- SITUATION

I- DESCRIPTION DE L'EVENEMENT :

Type d'événement :

- ☐ Maltraitance – Acte(s) de malveillance ou vol(s)
- ☐ Maltraitance – Négligence(s) grave(s) / récurrente(s) de la part de personnel
- ☐ Maltraitance – Violence(s) physique(s) dont sexuelle(s)
- ☐ Maltraitance – Violence(s) psychologique(s)
- ☐ Activation d'un plan
- ☐ Conflit social ou menace de conflit social
- ☐ Décès consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge
- ☐ Défaillance(s) technique(s)
- ☐ Disparition(s) / fugue(s)
- ☐ Erreur(s) médicamenteuse(s)
- ☐ Incident(s) / sinistre(s) au sein de l'établissement
- ☐ Suicide(s) / Tentative(s) de suicide
- ☐ Violence(s) envers le personnel
- ☐ Autre

Si autre (préciser) :

Date de l'événement :

Heure de début :

Heure de fin (le cas échéant) :

Lieu(x) de l'événement :

Cause(s) et description de l'événement :

II- CONSEQUENCES :

Y-a-t-il des conséquences pour résident(e)s ou les patient(e)s ? ☐ oui ☐ non

Si oui :

- décédé(e)s : total :

- blessé(e)s, intoxiqué(e)s : total :

- hospitalisé(e)s : total :

- autres (préciser) :

Commentaires :

Y-a-t-il des conséquences pour les personnels ? ☐ oui ☐ non

Si oui :

- décédé(e)s : total :

- blessé(e)s, intoxiqué(e)s : total :

- hospitalisé(e)s : total :

- autres (préciser) :

Commentaires :

3- MESURES DE GESTION

Mesures de gestion :

- Actions effectuées :
- Actions en cours (*indiquer les échéances*) :
- Actions envisagées :

Commentaires :

4- INFORMATION ET COMMUNICATION

I – INFORMATION :

Entités informées par l'établissement :

- ☐ Famille
- ☐ Police / Gendarmerie
- ☐ Pompiers
- ☐ SAMU
- ☐ Procureur
- ☐ Préfecture
- ☐ Autre(s) (préciser) :

II - COMMUNICATION :

L'événement peut-il avoir un impact médiatique ? ☐ oui ☐ non

Si oui :

Les médias sont-ils déjà informés ? ☐ oui ☐ non

Les médias ont-ils déjà diffusé l'information ? ☐ oui ☐ non

Commentaires :

Communication effectuée ou prévue par l'établissement ? ☐ oui ☐ non

Si oui :

Préciser (*destinataires, format de la communication*) :

5- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Informations complémentaires :

Nombre de pièces jointes :

ANNEXE n° 3 Trame pour tracer une courbe épidémique

Nombre de cas

