



Secteur médico-social

GUIDE

Plan bleu : guide général d'élaboration *Version 2015*



Complété par le guide d'élaboration du volet
infectieux du plan bleu - *version 2015*

Ont contribué à la rédaction de ce guide :

La Cellule régionale de défense et de sécurité de l'Agence régionale de santé Rhône Alpes en collaboration avec la direction du Handicap et du grand âge de l'agence : Nathalie CLAUDE, Christine CUN, Dr Michel MARQUIS, Dr Arnaud MEUNIER, Dr Philippe BURLAT.

Remerciements aux personnes qui ont contribué à la relecture des documents :

Pour la direction du Handicap et du grand âge : Frédérique CHAVAGNEUX, Agnès GERIN, Marie Hélène LECENNE, Gérard REGOUBY, Françoise THOLLY, Françoise TOURRE.

Pour les établissements médico sociaux : Madame COSSIGNAC (Directrice EHPAD), Dr Annie DENARIE (médecin coordonnateur EHPAD), Philippe MORTEL (Fondation OVE), Corinne PEREZ (Directrice EHPAD), Dr Luc SAUTERET (médecin coordonnateur EHPAD), Mr Patrick SAVOIE (Directeur ITEP), Mme Isabelle SCIUS (Directrice EHPAD), Nathalie ARMAND (pharmacienne hygiéniste, équipe mobile d'hygiène EHPAD du centre hospitalier de Valence).



Avant-propos

L'actualité démontre au quotidien que les établissements médico-sociaux, au même titre que les établissements de santé, peuvent être confrontés à des événements inhabituels aux conséquences potentiellement graves.

Il leur importe alors de garantir la continuité et la qualité des prises en charge par la mobilisation au plus juste de leurs ressources. Ceci de manière adaptée aux besoins des populations accueillies et à l'ampleur de la situation.

La mise en place d'un plan « de gestion de crise » doit permettre aux établissements médico-sociaux de s'inscrire dans une démarche-qualité opérationnelle en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement usuelles et en évaluant leur réactivité face à une situation exceptionnelle.

Depuis l'épisode de canicule de 2003, les établissements hébergeant des personnes âgées ont pour obligation de rédiger ce plan intitulé « plan bleu ».

Les établissements accueillant des personnes handicapées sont également soumis à cette obligation depuis 2007.

Elaboré sous la responsabilité du Directeur de l'établissement, ce plan ne doit pas simplement être une réponse à une obligation réglementaire mais bien un outil opérationnel et dynamique.

En octobre 2011, l'ARS a fait paraître un guide général plan bleu et un volet spécifique concernant la prise en charge du risque infectieux. Ces guides ont permis à la plupart des établissements de rédiger les premiers éléments du plan bleu, notamment l'organisation de la cellule de crise, ses fiches missions et la gestion du risque infectieux.

Le présent guide 2015 intègre ce travail et le complète avec des notions spécifiques jusqu'ici peu développées : gestion du risque électrique, organisation d'une évacuation, gestion d'un événement indésirable grave, etc. Le volet gestion du infectieux a été mis à jour et complète le guide général 2015.

Ce guide n'est pas un modèle de « plan bleu type » mais un guide « pour penser à tout ». Il a donc pour ambition de faciliter l'élaboration ou la révision du plan bleu et de développer la culture du risque dans chaque établissement médico-social. Il s'agit de rassembler dans un plan unique et cohérent toutes les dispositions déjà existantes, les adapter et actualiser éventuellement, et les compléter par ce qui manque.

Ce guide veut montrer surtout qu'une organisation générale robuste (cellule de crise avec fiches réflexe, annuaire actualisé en permanence, système d'alerte et procédures principales...) permet d'une part de faire face à tout événement exceptionnel et concourt d'autre part, à une meilleure organisation des services au quotidien.

Ce plan ne prétend pas être exhaustif quant aux événements qui peuvent affecter un établissement. Ainsi, chaque établissement développera les procédures particulières jugées nécessaires face à des risques spécifiques liés à son environnement.

A partir de 2015, l'existence d'un plan bleu dans un établissement médico-social fera partie des engagements contractés entre l'ARS Rhône Alpes et l'établissement dans le cadre de la signature ou du renouvellement des conventions tripartites ou Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)¹.

¹ Cf. Eléments contractuels constitutifs du plan bleu page suivante



Sommaire

<i>Eléments contractuels constitutifs du plan bleu</i>	9
<i>Réglementation et références</i>	11
<i>Glossaire</i>	13
I. Eléments généraux d'information et de contexte	15
Notion de risques et définition d'une situation sanitaire exceptionnelle	15
Les acteurs de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles	16
Conseils pour l'élaboration d'un plan bleu opérationnel	16
Lien entre le plan bleu et le Plan de continuité d'activité (PCA)	17
II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu	19
L'organisation générale	19
Les rédacteurs et référents du plan bleu	19
Le descriptif de l'établissement et des risques auxquels il est soumis	19
L'analyse des activités et des missions prioritaires pour le plan de continuité d'activité	20
L'organisation en situation sanitaire exceptionnelle	21
La mise en alerte au sein de l'établissement	21
La mise en alerte des partenaires externes par l'établissement	23
La mise en place d'une cellule de crise	23
Le maintien de l'activité	25
III. Les procédures génériques	27
La procédure de rappel des établissements	27
Le rappel par voie simple	27
Le rappel par voie d'assignation	27
Le rappel par voie de réquisition	28
La procédure de gestion de la communication	28
La procédure d'organisation d'un accueil spontané ou régulé de personnes	30
La procédure de mesures de mise à l'abri et de confinement	30
La mise à l'abri	31
Les mesures de confinement	31
La procédure de gestion du risque électrique	31
Avant toute rédaction de procédure	31
Dans la procédure de gestion du risque	33
La procédure de signalement d'évènements indésirables graves (problème d'infrastructure, accidents du personnel, maltraitance, suicide, fugue...)	35
La procédure de gestion d'une contamination de réseau d'eau par les légionelles	35

■ IV. Les volets thématiques	37
Le volet évacuation de l'établissement	37
Le volet risque canicule	41
Le volet risque infectieux	44
■ Annexes	47
Annexe 1 : les documents à annexer au plan bleu	47
Les annuaires	47
Le recensement des moyens de l'établissement et des données techniques	47
Exemple de fiche actions de la cellule de crise	48
Annexe 2 : les documents utiles à associer au plan bleu	49
Convention avec un établissement de santé	49
Convention avec une équipe mobile d'hygiène	49
Modèle ARS PACA de convention avec un établissement sanitaire	50
Le dossier de liaison d'urgence	52
La mallette d'astreinte	57
Autres documents utiles	57
Annexe 3 : évacuation des personnes en EHPAD ou en établissements pour personnes handicapées - recensement des besoins en transport et lieux d'accueil	58
Annexe 4 : aide à la définition des types de transports et lieux d'accueil pour l'évacuation des établissements sanitaires et médico-sociaux	59
Annexe 5: typologie des moyens en transport	60
Annexe 6: sécurité des installations électriques	61
Annexe 7 : aide à l'analyse des activités prioritaires dans le cadre du PCA (exemple pour les EHPAD)	63
Annexe 8 : modèle de schéma fonctionnel de la cellule crise	68



Eléments contractuels constitutifs du plan bleu

L'établissement s'engage dans le cadre de la signature des Conventions Tripartites (CTP) et Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à la rédaction de l'ensemble des éléments du plan bleu ci dessous.

L'organisation générale

1. Les rédacteurs et référents du plan bleu
2. Les rédacteurs et référents du plan bleu
3. Le descriptif de l'établissement (plan de masse, activités et organisation) et des risques auxquels il est soumis
4. L'analyse des activités et des missions prioritaires

L'organisation en situation sanitaire exceptionnelle

5. La mise en alerte au sein de l'établissement
6. La mise en alerte des partenaires externes par l'établissement
7. La mise en place d'une cellule de crise
 - a. Organisation
 - b. Missions
 - c. Composition
 - d. Fiches Actions
 - e. Moyens matériels
 - f. Circulation de l'information
8. Le maintien de l'activité (plan de continuité d'activités ou PCA)
 - a. L'organisation du travail en cas de fort absentéisme - fonctionnement en mode dégradé
 - b. Le maintien des services logistiques (restauration, blanchisserie, transports, approvisionnement divers)

Les procédures génériques

9. La procédure de rappel de personnel
10. La procédure de gestion de la communication
11. La procédure d'organisation d'un accueil spontané ou régulé de personne
12. La procédure de mesures de mise à l'abri et de confinement
13. La procédure de gestion du risque électrique
14. La procédure de signalement d'évènements indésirables graves EIG (accidents du personnel, maltraitance, suicide, fugue...)
15. La procédure de gestion d'une contamination de réseau d'eau par les légionnelles

Les volets thématiques

16. Le volet évacuation de l'établissement
 17. Le volet risque canicule
 18. Le volet risque infectieux
- (Spécificités abordées dans le guide d'élaboration du volet infectieux du plan bleu V2015)*

Les documents à annexer au plan bleu

19. Les annuaires (personnels, partenaires externes, services de secours,...)
20. Le recensement des moyens de l'établissement et les données techniques
21. Les fiches actions de la cellule de crise

Les documents utiles à joindre au plan bleu

22. La convention avec un établissement de santé et convention avec une équipe mobile d'hygiène
23. Le dossier de liaison d'urgence
24. La composition de la mallette d'astreinte et sa gestion
25. Autres (convention pharmacie, contrat assureur, contrats de location ou la convention de prêt d'un groupe électrogène, ...)



Réglementation et références

- 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 fixant 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 dans les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 08 août 2005 modifiant l'arrêté du 07 juillet 2005 fixant 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 dans les établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Courrier du 29 mai 2008 de la DGAS adressé aux préfets et aux DDASS, relatif au document de liaison unifié (DLU).
- Contrôle des structures sociales et médico-sociales : guide méthodologique et cahiers d'aide à la construction d'un contrôle. D.Tricard et J.Voisin (IGAS) -En collaboration avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article413>

Risques infectieux (on se référera aussi à la bibliographie du guide volet infectieux)

- Circulaire 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 liées aux soins.
- Circulaire DGCS/DGS/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.
- Plan zonal de prévention et de lutte « pandémie grippale » (ORSEC de zone, livre IV, dispositif opérationnel, dispositions spécifiques, 28 juin 2013).
- Circulaire DGS/DUS/DGSCGC/2011/418 du 29 novembre 2011 relative au plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale.
- Haut conseil de la santé publique - Commission spécialisée maladies transmissibles / Guide des conduites à tenir en cas de maladies infectieuses dans une collectivité d'enfants ou d'adultes / Rapport du groupe de travail / 28 septembre 2012 ([sur http://www.hcsp.fr/](http://www.hcsp.fr/))
- Canevas régional pour la mise en place des fiches mesures ars de chaque plan départemental de prévention et lutte contre la « pandémie », version mai 2014¹.
- Fiche mission établissements sanitaires et médico-sociaux (agence régionale de santé - ars Rhône alpes, 2014).
- Fiches actions génériques ARS qui doivent ensuite être déclinées au niveau départemental notamment :
 - fiche action 1D6 : ARS Rhône Alpes, 2014- Organisation des soins en période pandémique (ou en cas d'autre évènement majeur plus ou moins localisé) ;
 - fiche action 0 D5/2: ARS Rhône alpes, 2014 - Distribution des produits de santé et équipements de protection individuelle pour les malades et les sujets contacts ;
 - fiche action 3 F4.1: ARS Rhône Alpes, 2014 - Modalités de renfort en personnels de santé (ministère chargé de la santé).

Plan de Continuité d'Activité

- Fiches techniques annexées au plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, 3^e édition, 9 janvier 2007.

¹ Documents canevas et modèle de fiches pandémie grippale disponibles auprès de la CRDS – ARS Rhône Alpes

- Annexe à la circulaire N°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique «pandémie grippale» des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, pré hospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.

Secours électrique

- Décret no 2007-1344 du 12 septembre 2007 pris pour l'application de l'article 7 de la loi no 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile.
- Décret no 2009-597 du 26 mai 2009 pris pour l'application de l'article 7 de la loi no 2004-811 du 13 août 2004 relative à la modernisation de la sécurité civile et relatif à l'agrément ministériel des conventions et accords dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
- Circulaire DGAS n°2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.
- Circulaire interministérielle industrie/santé du 21 septembre 2006 relative aux listes d'usagers prioritaires, supplémentaires et de re-lestage intéressants les établissements de santé.

Règlementation applicable ERP

- Arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).

Risque contamination des réseaux d'eau

- Arrêté ministériel du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations collectives de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.
- Arrêté du 30 novembre 2005, modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public.
- Circulaire DGS/EA4 no 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.

Risques établissements scolaires

- Plan Particulier de Mise en Sûreté (PPMS) – circulaire MEN N° 2002-119 du 29 mai 2002. Cf à titre d'information: http://www.iffi-rme.fr/files/BO_HS3_1.pdf



Glossaire

ARLIN	Agence Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS	Agence Régionale de Santé
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CD	Clostridium difficile
CEM	Centre d'éducation Motrice
CME	Centre Médical d'Evacuation
COD	Centre Opérationnel Départemental
COS	Commandant des Opérations de Secours
CRDS	Cellule Régionale de Défense et de Sécurité
CRE	Centre de Regroupement des Evacués
CRM	Centre de Regroupement des Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
CVGAS	Cellule de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires
DAOM	Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DASRI	Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DLU	Dossier de Liaison d'Urgence
DM	Dispositifs Médicaux
DO	Déclaration Obligatoire
DOS	Directeur des Opérations de Secours
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMH	Equipe Mobile d'Hygiène
EMS	Etablissement Médico-sociaux
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
ERP	Etablissement Recevant du Public
ES	Etablissement de Santé
ETARE	Etablissements Répertoriés
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FFP	Filtering Face Piece
GEA	Gastro-Entérite Aigüe
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IAS	Infection Associée aux Soins
IME	Institut Médico Educatif
IRA	Infection Respiratoire Aigüe
IRAB	Infection Respiratoire Aigüe Basse
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MDO	Maladie à Déclaration Obligatoire
OPCT	Objet Piquant Coupant Tranchant
ORSEC	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PCA	Plan de Continuité d'Activité
PCH	Précautions Complémentaires d'Hygiène
PCS	Plan Communal de Sauvegarde
PFR	Point Focal Régional
PHA	Produit Hydro Alcoolique
PMA	Poste Médical Avancé
PPMS	Plan Particulier de Mise en Sécurité (établissement scolaire)
PS	Précautions Standard
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SF2H	Société Française d'Hygiène Hospitalière
SGDSN	Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale
SSE	Situation Sanitaire Exceptionnelle
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective
USLD	Unités de Soins de Longue Durée
UU	Usage Unique



I. Éléments généraux d'information et de contexte

Notion de risques et définition d'une situation sanitaire exceptionnelle

Un « risque » est un événement dont l'arrivée aléatoire, est susceptible de causer un dommage aux personnes ou aux biens, ou aux deux à la fois.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent être exposés à différents types de risques.

Des risques d'origine externe :

- **risques naturels** : intempéries (canicule, grand froid, inondation, tempête), avalanche, séisme, etc. ;
- **risques technologiques** : industriel, nucléaire, transport de matière dangereuse, trafic aérien, rupture de barrage ;
- **risques sanitaires** : risques infectieux (affection virale, bactérienne ou parasitaire), TIAC (Toxi-infection Alimentaire Collective), gastro-entérite virale, affection respiratoire, tuberculose, gale, méningite, légionellose, etc.

Des risques d'origine interne :

- **risques logistiques et notamment les ruptures en approvisionnements extérieurs** : eau, ressources énergétiques (électricité, fioul, gaz...), produits médicaux et pharmaceutiques (médicaments, vaccins, petits matériels...), etc. ;
- **risques de ruptures de service** : restauration, lingerie, ordures ménagères, déchets de soins ;
- **risques de pannes** : chaudière, ascenseur, etc.

Les conséquences d'un événement identifié parmi ces risques peuvent être défavorables au fonctionnement de la structure, dommageables pour le bien être des résidents, voire compromettre le maintien de leur état de santé.

L'évènement ne va pas toucher tous les secteurs d'activités avec la même ampleur et tous les résidents ne présenteront pas la même vulnérabilité face au danger, mais la poursuite de la mission première de l'établissement connaît sur un laps de temps plus ou moins long une rupture, un déséquilibre.

Le fonctionnement habituel est alors débordé et remis en cause, plus ou moins rapidement et plus ou moins profondément.

La situation sera qualifiée de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE) si elle engendre un dysfonctionnement tel qu'il peut conduire à une crise plus ou moins limitée dans le temps et dans l'espace.



Les acteurs de la gestion de situations sanitaires exceptionnelles

Selon la Loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004, « chacun concourt par son comportement à la sécurité civile », en se préparant et en participant à la gestion de ces situations.

Chaque opérateur doit avoir ainsi prévu à son niveau un plan de gestion interne (plan blanc pour les établissements de santé, plan bleu pour les établissements médico-sociaux, plan de conduite de crise pour l'ARS) qui viendra s'articuler avec des niveaux de gestion supérieurs : le plan communal de sauvegarde (PCS) piloté par le maire, le dispositif ORSEC départemental (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) comprenant l'ensemble des plans de gestion de crise du département, piloté par le préfet de département.

Lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein du département (L.1435-1 du CSP), les compétences des services de l'ARS sont mises à disposition du préfet de département (notamment dans le domaine de la santé environnementale (eau potable), du sanitaire (en tant que tutelle des établissements de santé) et du médico-social (en tant que tutelle des établissements pour personnes âgées et personnes handicapées).

En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le plan blanc élargi¹, rédigé par l'ARS et signé par le préfet de département pourra être activé par le préfet de département. Il permet de faire état de la situation des acteurs de santé impliqués, de leurs besoins, et de coordonner les moyens sanitaires départementaux pour répondre à la situation.

L'ARS veille à la coordination de ces moyens en partenariat avec le SAMU et les autres services d'Etat, regroupés autour du préfet.

Tous les établissements de santé ou médico-social s'inscrivent ainsi dans une organisation générale de gestion de situations exceptionnelles, dont ils sont les maillons opérationnels.

Les actions prises à leur niveau sont importantes à la fois pour la sécurité de leurs patients et résidents, et pour le bon fonctionnement du dispositif de secours général.

Ainsi, selon l'ampleur et la nature de l'évènement, l'établissement pourra être seul concerné ou se placer dans un contexte de crise élargi à tout ou partie du département.

Conseils pour l'élaboration d'un plan bleu opérationnel

Définir une démarche de travail en amont : le plan bleu est un travail collaboratif important, qui nécessite un investissement en temps et un pilotage fort de la direction. Il répond à une démarche de gestion de projet et d'animation transverse au sein de la structure.

¹ Le plan blanc élargi constitue le volet sanitaire spécifique du dispositif ORSEC. Il recense les moyens sanitaires disponibles à l'échelle du département et décrit le rôle et les missions des différents acteurs de santé dans la gestion de situations exceptionnelles.

Définir un groupe de travail: la collaboration d'un médecin est fortement conseillée. En l'absence de médecin coordonnateur ou de médecin attaché à la structure, il est recommandé que ce travail soit visé par un médecin libéral intervenant dans l'établissement ou un médecin de l'établissement de santé avec lequel une convention de partenariat est établie.

Une sollicitation des acteurs de la sécurité civile et de l'urgence : SDIS, mairies, éventuellement SAMU, qui sont les premiers relais d'aide à l'établissement est envisageable (co-construction de procédures, réalisation d'exercices).

Adopter un principe d'amélioration continue : l'actualisation du document sera réalisée régulièrement, à l'issue de chaque exercice, chaque modification ou transformation de l'établissement. Chaque modification du document sera signalée par une évolution de date sur le document et une information sur la nature de la modification dans un tableau de recueil «historique».

Diffuser et sensibiliser les acteurs: le plan, une fois adopté, sera présenté et accessible à l'ensemble du personnel (par exemplaires papier et/ou un accès informatique identifié).

Son existence et ses principes pourront être également portés à connaissance des résidents et de leur famille à l'occasion des séances du conseil de la vie sociale et à travers les publications internes: le livret d'accueil ou le règlement de fonctionnement de l'établissement.

La réalisation d'exercices reste l'unique moyen de tester l'opérationnalité d'un plan bleu.

Des formations du personnel de tous les services et des mises en situation pratiques régulières devront être organisées.

L'établissement pourra également être sollicité pour une participation aux exercices départementaux ou zonaux, auxquels l'ARS participe régulièrement.

Lien entre le plan bleu et le Plan de continuité d'activité (PCA)

Initialement prévu pour faire face à une épidémie de grippe pouvant dégrader le fonctionnement des structures (entreprises, collectivités, établissements public, établissements de santé ou médico-sociaux), le plan de continuité des activités (PCA) a pour objectifs :

- d'assurer le maintien des activités essentielles au sein de l'établissement ;
- de maintenir son activité le plus longtemps possible et au niveau le plus haut possible tout en protégeant leurs personnels exposés ;
- d'adapter l'organisation et de prendre les mesures collectives et / ou individuelles nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé de tous ses salariés.

En 2013, un guide proposé par le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) a été diffusé aux organismes relevant de l'Etat, aux collectivités territoriales, ainsi qu'aux entreprises, pour l'actualisation de leur PCA.

Concernant les établissements de santé et médico-sociaux, la réflexion sur la continuité des activités peut être menée dans le cadre de l'élaboration des plans blancs et plans bleus.

Il est recommandé que plan bleu et PCA constituent un document unique répondant à l'ensemble des risques et au fonctionnement en mode dégradé de l'établissement.

Les établissements médico-sociaux s'appuieront sur les fiches de préparation du secteur social et médico-social à une pandémie grippale en date de mars 2007², élaborées par la Direction générale de l'action sociale (DGAS) en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Direction de la pharmacie et du médicament (DPM) et pourront s'inspirer du guide 2013 du SGDSN.

Les fiches élaborées par la DGAS en collaboration avec la DGS, la DHOS et la DPM, en date de mars 2007 recommandent notamment de :

- préparer la liste des postes et fonctions indispensables ;
- déterminer les dispositions d'aménagement du temps de travail : horaires, télétravail possible pour certains postes ;
- identifier les perturbations des relations clients/fournisseurs et prévoir un recours possible en cas d'arrêt de ces prestations ;
- prévoir des mesures d'accompagnement social ;
- établir des modalités spécifiques d'accueil ;
- prévoir des modalités de collaboration entre établissements ;
- procéder à des exercices de simulation pour vérifier la pertinence du plan de continuité.

On trouvera le détail des dispositions à prendre dans la rubrique « maintien de l'activité » du deuxième chapitre accordé à [la déclinaison des éléments généraux du plan bleu page 25](#).

² Références :

- Plan national de prévention et de lutte Pandémie grippale, 9 janvier 2007, 3e édition et fiches techniques annexées au plan
- Annexe à la circulaire N°DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, pré hospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du plan blanc élargi.



II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu

Ce chapitre présente les éléments essentiels qui charpentent la gestion d'un événement exceptionnel et qui doivent être intégrés au plan bleu.

→ L'ORGANISATION GÉNÉRALE

- Les rédacteurs et référents du plan bleu
- Le descriptif de l'établissement (plan de masse, activités et organisation) et des risques auxquels il est soumis.
- L'analyse des activités et des missions prioritaires au titre du plan de continuité d'activité.

→ L'ORGANISATION EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

- La mise en alerte au sein de l'établissement.
- La mise en alerte des partenaires externes par l'établissement.
- La mise en place d'une cellule de crise.
- Le maintien de l'activité.

L'organisation générale

Les rédacteurs et référents du plan bleu

Les rédacteurs et référents du plan bleu seront mentionnés en début de plan. **Ils sont responsables de la mise à jour et de la bonne appropriation du document par le personnel de l'établissement.**

Le descriptif de l'établissement et des risques auxquels il est soumis

Un descriptif de l'établissement est utile pour décrire ses caractéristiques et le replacer dans son environnement :

- **identification juridique** (nom, statut, SIRET, n° FINESS juridique et FINESS géographique, adresse, commune, tel, mail, fax) ;
- **situation géographique** (adresse précise et si connue, coordonnées géographiques en Lambert II étendues) ;
- **plan du site** et dispositions des bâtiments ;
- **installations techniques** et contraintes connues ;
- **description du type d'activité** : population accueillie, type de handicap, degré de dépendance, résidents identifiés comme sensibles, capacités ;
- **description de l'environnement sanitaire** : établissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, sociétés d'ambulance ;
- **identification des risques** auxquels l'établissement est susceptible d'être confronté et conséquences.

Remarques :

- *Concernant son environnement et les risques auxquels il est soumis, l'établissement peut se rapprocher de la mairie qui lui fournira les informations nécessaires extraites du Document d'Information Communal sur les Risques Majeurs (DICRIM) ou télécharger le Dossier Départemental des Risques Majeurs (DDRM) sur le site internet de la préfecture du département d'implantation de l'établissement ;*

II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu

- *le Plan Communal de Sauvegarde de la commune sera également à consulter pour connaître les dispositions prises par la commune en cas de situations exceptionnelles : moyens d'alerte des établissements publics et de la population, mesures de gestion, moyens matériels mis à disposition (centre d'hébergement collectif, transport,...).*



Une campagne d'information pilotée par les services de la DREAL a lieu tous les 5 ans concernant les risques industriels majeurs : de nombreuses informations sont disponibles sous : <http://www.lesbonsreflexes.com/>

Concernant le risque de défaillance électrique, une analyse détaillée est rendue obligatoire par la circulaire N°DGAS/2009/170 du 18 juin 2009, relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie et commandant le DARDE [Document d'Analyse des Risques de Défaillance Electrique]

L'analyse de risques consiste à :

1. identifier de façon méthodique tous les événements externes pouvant engendrer une défaillance électrique pour l'établissement (travaux, événements climatiques, ..) ou les éléments interne, propres à la chaîne de distribution électrique susceptibles de mettre en défaut l'ensemble de l'alimentation électrique interne ;
2. identifier l'ensemble des conséquences : fonctions de l'établissement atteintes, impacts sur les résidents et les personnels et qualifier le niveau de gravité de chaque cause de défaillance ;
3. définir selon la gravité, les parties de réseau à secourir en priorité ;
4. définir les besoins en énergie correspondant, **il est demandé de prévoir une durée minimum de 48h d'autonomie** ;
5. définir de ce fait les activités à assurer en mode dégradé et celles à arrêter (rejoint le champ du PCA).

L'analyse des activités et des missions prioritaires pour le plan de continuité d'activité

Dans le cadre du maintien des activités essentielles de l'établissement, il s'agit de préparer la liste des postes et fonctions indispensables. Ceci conduit à identifier et à hiérarchiser :

- les missions devant être assurées en toutes circonstances ;
- celles pouvant être interrompues pendant 1 à 2 semaines ;
- celles pouvant être interrompues pendant 8 à 12 semaines.

II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu

Il est suggéré d'élaborer les plans de continuité sur la base de plusieurs scénarios, le principal pouvant être :

- un taux moyen d'absentéisme de 25% (8 à 12 semaines) ;
- un taux d'absentéisme de 40 %.

Un outil d'aide à la rédaction du PCA se trouve en [annexe 7 page 63](#). Il prend en compte les tâches essentielles qui doivent permettre de maintenir la prise en charge des résidents au sein de la structure. Des délégations d'activité et des fréquences d'intervention sont proposées.

L'organisation en situation sanitaire exceptionnelle

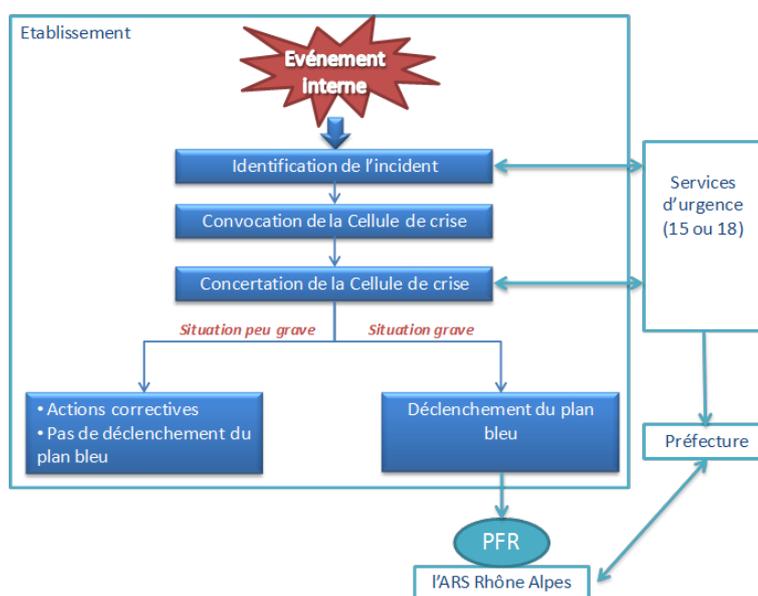
La mise en alerte au sein de l'établissement

La réception de l'alerte doit être fonctionnelle en heures travaillées et en période d'astreinte (soirs et week end). L'objectif est de traiter l'alerte le plus rapidement possible et de mettre en place une organisation suite au déclenchement du plan bleu de l'établissement.

L'alerte suite à la survenue d'un évènement interne à l'établissement

→ Actions à engager si un évènement anormal survient dans l'établissement

1. Identification de l'évènement.
2. Concertation au sein de la cellule de crise.
3. Décision du chef d'établissement de déclencher le plan bleu de l'établissement.
4. Alerte de l'ensemble du personnel de l'établissement et des résidents.
5. Information du personnel et des résidents de l'organisation mise en place et des mesures à appliquer.
6. Alerte des autorités sanitaires (Point Focal Régional) du déclenchement du plan bleu et information sur les mesures mises en place et des difficultés rencontrées par l'établissement.



II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu

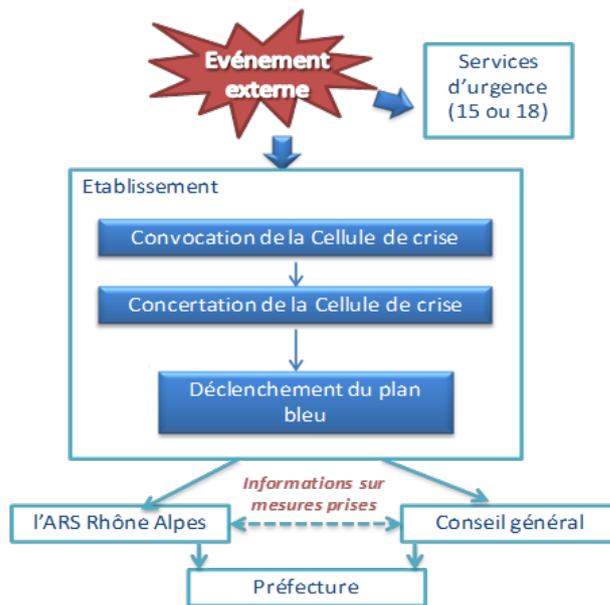
L'alerte suite à la survenue d'un évènement externe à l'établissement

→ Actions à engager si un évènement anormal peut impacter l'établissement

Deux cas de figures peuvent se présenter :

1. Une alerte de « voisinage » ou par les services de secours ;
2. Une alerte par les autorités.

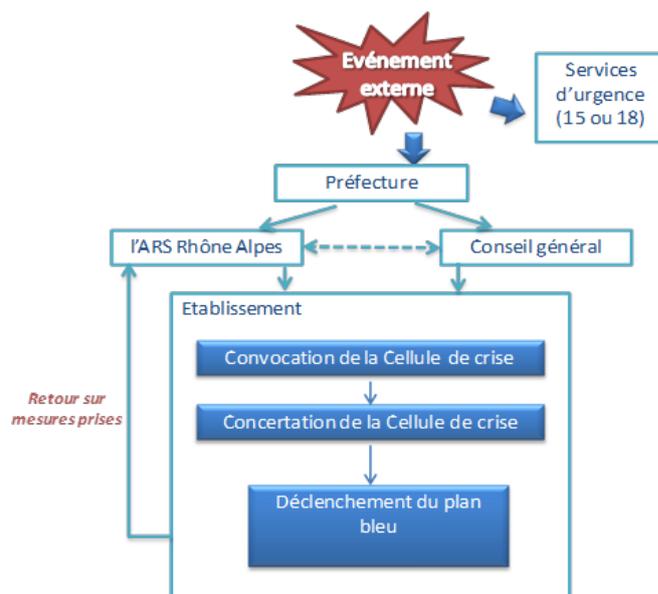
L'établissement est alerté par son voisinage OU par les services de secours :



L'établissement est alerté par les autorités :

Si le Préfet active un plan de secours, il en informe ses services et l'Agence Régionale de Santé qui se charge d'alerter les établissements concernés.

L'ARS se charge également de communiquer à l'établissement les mesures à mettre en place et d'organiser la remontée d'information.



La mise en alerte des partenaires externes par l'établissement

Concernant le signalement d'évènement au point focal régional de l'ARS :

L'ARS dispose d'un Point Focal Régional (PFR), permanence du service de veille sanitaire qui assure la réception des signaux transmis notamment par les professionnels de santé et/ou médico-sociaux (établissements, médecins libéraux, pharmaciens, ...).

Un numéro unique, une adresse mail sont disponibles H24 :

0810 22 42 62

ars69-alerte@ars.sante.fr

Que faut-il déclarer auprès de l'ARS ?

- Les 31 maladies à déclaration obligatoire (faite par l'établissement sanitaire de rattachement à l'arrivée du malade).
- La survenue de cas groupés de pathologies infectieuses dans une collectivité (par exemple : cas d'infection respiratoire aigüe basse, de gastro-entérite aigüe, de gale...).
- Les infections associées aux soins (à signaler sur l'application e-Sin par les établissements de santé).
- Les signaux environnementaux : pollutions, intempéries, inondations...
- Les événements indésirables liés aux soins (accident, fugue, maltraitance, iatrogénie...).
- Les événements affectant le fonctionnement des établissements (tensions liées à l'activité, difficultés liée aux personnels, coupure électrique, sinistre, suicide,...).

Et plus généralement tout événement inhabituel par sa nature, son ampleur ou sa gravité.

Toute mise en place d'une cellule de crise :

- **doit s'accompagner obligatoirement d'une information de l'ARS ;**
- **par l'intermédiaire du Point Focal Régional ;**
- **sur la nature de l'évènement et ses conséquences ;**
- **sur les mesures prises par la direction.**

La mise en place d'une cellule de crise

La cellule de crise est l'organe de commandement essentiel au bon fonctionnement de l'établissement lors de situations sanitaires exceptionnelles. Les informations y sont centralisées, la stratégie y est décidée et les ordres donnés en conséquence. (cf. Annexe 8 page 68 : modèle de schéma fonctionnel de la cellule crise).

Cette organisation décisionnelle rassemble les principaux responsables de l'établissement pour coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs.

Son organisation

- Elle se réunira autant que de besoin, mais n'a pas vocation, dans le cas d'une crise longue telle que la pandémie grippale par exemple, à être permanente.
- Elle doit être adaptée aux types de situation à laquelle elle est confrontée (= modulable).
- Selon la nature de l'événement, l'appel à des personnes expertes (internes ou externes à l'établissement) peut s'avérer nécessaire.

Ses missions

- 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 une crise.
- La communication interne et externe (message vers les familles).
- Lien avec les autorités sanitaires (ARS), le SAMU.
- La veille permanente des informations (radio, télé, au besoin internet sur les événements, les informations sur les routes, la météo, etc.).

Sa composition

L'objectif est d'adapter au mieux la taille de la cellule de crise aux possibilités de l'établissement. **Doivent faire partie de la cellule à minima :**

- **le directeur ou son représentant ;**
- **un personnel sanitaire et/ou social** (préciser les fonctions prioritaires, l'ordre d'appel et une suppléance) ;
- **une secrétaire** (préciser l'ordre d'appel et une suppléance) : ce poste est important ; il est souhaitable qu'il ne soit pas assuré par le directeur. En plus du travail de secrétariat habituel, un cahier «main courante» permettra de consigner tous les événements avec date et heure... ;
- Si possible : le responsable des services administratifs, le responsable de la logistique, autres.

Les fiches actions

Pour chaque poste de la cellule de crise, une fiche sera structurée pour comporter :

- les missions ;
- les actions ;
- les moyens.

La fiche action sera au maximum adaptée à toutes situations (fiche générique). Les actions spécifiques seront traitées dans les procédures propres à la gestion d'un risque particulier. (cf. annexe 1 page 47 : exemple de fiche actions)

Les moyens matériels

- **Identifier le local d'installation de la cellule de crise** : en tenant compte des possibilités de l'établissement, il faut éviter de réunir la cellule de crise dans le bureau du directeur qui peut être amené à avoir des contacts téléphoniques (préfecture, ARS,...) et à recevoir les familles et les associations de bénévoles.
- **Prévoir le matériel utile** : PC, téléphone, imprimante, paper board, radio, horloge, clé des salles.
- **Annuaire** :
 - les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise doivent être accessibles en permanence ;
 - en cas de risque sanitaire, il est indispensable de connaître les coordonnées de l'établissement de santé et des médecins libéraux de proximité.



La circulation de l'information

L'établissement doit pouvoir être joignable 24h/24 et 7j/7 pour pouvoir être informé de toute alerte ou situation sanitaire exceptionnelle même s'il est fermé le week-end.

Un numéro d'astreinte unique, un numéro de fax et une adresse mail générique doivent être communiqués à l'ARS.

(Le numéro du standard de l'établissement peut être basculé sur un portable d'astreinte et permettre de n'avoir qu'un seul numéro d'appel valable H24).

Le maintien de l'activité

Comme souligné précédemment dans la partie consacrée au [lien entre le plan bleu et le Plan de Continuité d'Activité \(PCA\) page 15](#), le maintien d'activité peut nécessiter le déclenchement du plan de continuité d'activités, qui s'inscrit ainsi comme une organisation particulière dans le plan bleu.

L'organisation du travail en cas de fort absentéisme, en mode dégradé

Une réflexion sera menée sur:

- l'identification des tâches essentielles ;
- la priorisation des tâches ;
- la délégation de certaines tâches en cas d'absence des personnes titulaires ;
- la révision des fréquences d'intervention sur certaines tâches ;
- les conditions de travail du personnel :
 - aménagement des horaires et du temps de travail (heures supplémentaires ou complémentaires pour les salariés à temps partiel),
 - aménagement des conditions de travail : mise en place du télétravail,
 - moyens alternatifs de transport (mise à disposition de véhicules, covoiturage, taxis...),
 - prise en charge des repas, hébergement des professionnels,
- le maintien des services logistiques (restauration, blanchisserie, transports, approvisionnement divers en produits).

Pour les actes techniques paramédicaux, étudier la possibilité d'adapter la prescription avec le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant (prise de tension artérielle...). Certains actes ne peuvent pas être déclinés en mode dégradé: préparation des médicaments, suivi des diabétiques, pansements, etc.

L'organisation des stocks

Lister les besoins et établir un stock minimal à commander :

- dispositifs médicaux, médicaments (oxygène) ;
- stock de linge : anticiper si le traitement est assuré par les familles, marquage du linge systématique ;
- produits d'entretien, hygiène (eau de javel, solutions hydro-alcoolisées, mouchoirs en papier) ;
- fuel si besoin.

II. Déclinaison des éléments généraux du plan bleu

Il doit être prévu l'absence ou la mise hors service possible des personnels chargés en régie ou en sous-traitance des activités de :

- **restauration** : élaboration de menus types sans produits frais, prévoir des produits secs et non périssables, prévoir de la vaisselle jetable ;
- **blanchisserie** (prévoir le circuit du linge sale dans l'établissement); en cas de contrat avec une blanchisserie, d'évacuer les draps sous emballage plastique fermé).

La gestion des déchets

- Quantifier sa production de déchets (Assimilés aux Ordures Ménagères DAOM et Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux DASRI).
- Prévoir des locaux supplémentaires pour les DASRI :
 - Prévoir un stockage intermédiaire ;
 - Prévoir un stockage terminal : en cas de saturation.
- Réfléchir à un emplacement supplémentaire de stockage des DAOM
- Quantifier les besoins :
 - conteneurs pour les DAOM ;
 - sacs poubelles ;
 - collecteurs Objets Piquants Coupants Tranchants ;
 - emballages combinés (DASRI).

Les maintenances indispensables

- Etablir les listes des dépannages et des maintenances indispensables (ex. : téléphonie, informatique, ascenseurs, sécurité électrique, approvisionnement énergétique : groupe électrogène - cf. [procédure de gestion du risque électrique page 29](#)).
- Etablir les listes et regrouper les contrats des sociétés prestataires.

Des contacts doivent être pris avec les fournisseurs et sous-traitants habituels pour connaître la nature des prestations, qu'ils pourront effectuer.

Prévoir des solutions alternatives en cas de défaillance de ces partenaires (à inclure dans le contrat de prestation).

Prévoir un minimum d'autonomie, une entraide possible auprès d'établissements similaires proches ou des services de la mairie.

Prévoir un contrat de secours avec un prestataire non soumis aux mêmes risques.



III. Les procédures génériques

Ce chapitre présente les procédures permettant de répondre à tout type de situations, sans spécificité.

Une procédure est un document visuel, clair et structuré.

Une procédure répond aux questions:

- QUI ? (le responsable d'action)
- QUAND ET QUOI ? (les actions à mener dans un ordre chronologique)
- COMMENT ? (les outils ou moyens pour mener l'action)

Elle décline les mesures pour le fonctionnement de la structure en heure travaillées et en période d'astreinte.

Elle doit spécifier les actions à mener pendant la situation sanitaire exceptionnelle et pour le retour à la normale.

La procédure de rappel des établissements

Le directeur d'établissement (ou son représentant) évalue le besoin en renfort de personnel (qualification, nombre) nécessaire à la continuité des soins.

Le directeur s'appuie sur trois modalités de rappel possibles : le rappel par voie simple, le rappel par voie d'assignation, le rappel par voie de réquisition.

Le rappel par voie simple

Le rappel s'appuie sur un listing et un annuaire des agents et intervenants extérieurs préalablement constitué (les agents auront à fournir leurs coordonnées personnelles).

Le message passé au personnel doit être succinct :

- déclenchement du plan bleu ;
- nature de l'évènement et conséquences ;
- lieu de rendez vous (service habituel à priori) ;
- affectation au poste habituel ou sur les tâches identifiées prioritaires.

Il est nécessaire de prévoir l'accueil du personnel :

- informer le personnel des routes potentiellement bloquées et des accès possibles aux locaux ;
- organiser les repas à servir au personnel ;
- organiser leur hébergement : lits, douches,...
- prévoir éventuellement un accueil pour les enfants du personnel et des lignes téléphoniques permettant une prise d'information sur la situation de leur propre famille.

Le rappel par voie d'assignation

L'assignation émane de l'autorité administrative et relève de l'unique pouvoir du directeur de l'établissement, sous le contrôle du juge administratif. Elle a pour but d'assurer la permanence des soins. L'assignation des agents est obligatoirement faite par l'administration sous forme d'une lettre individuelle adressée aux agents concernés.

Il convient que les modalités de rappel du personnel soient négociées avec l'ensemble du personnel en amont et à froid, afin d'éviter toutes difficultés au moment de l'évènement.

Le rappel par voie de réquisition

Si la situation sanitaire le justifie, le préfet peut procéder, dans le cadre du déclenchement du plan blanc élargi, aux réquisitions nécessaires de biens et services et requérir le service de tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, et de tout établissement de santé ou établissement médico-social. Les réquisitions peuvent être individuelles ou collectives et prennent la forme d'un arrêté préfectoral.

La Préfet en informe le directeur de l'ARS, le SAMU, les services d'urgences et les représentants des collectivités territoriales.

L'indemnisation des personnes requises et des dommages causés dans le cadre de la réquisition est fixée dans les conditions prévues par l'ordonnance du 6 janvier 1959, relative aux réquisitions de biens et services.

La procédure de gestion de la communication

Le directeur ou son représentant, assure la communication interne au nom de l'établissement. Une préparation en amont permet une meilleure maîtrise des messages et de leur contenu.

L'information des résidents, du personnel et des familles

- **Les attentes :**
 - information de base et transparence sur la situation,
 - mesures prévues et mises en œuvre (déclenchement du plan bleu, procédures activées),
 - risque pour les résidents et leur famille,
 - conséquences pour les résidents et leurs familles,
 - écoute de la part des professionnels,
 - réponses claires et précises aux questions,
 - prise en compte institutionnelle de la situation.
- **La forme et le support :**
 - pratiquer une première communication orale directe répondant aux attentes du personnel et des résidents ;
 - préparer une information aux familles (le standard et le personnel doit pouvoir apporter une réponse préparée par la direction) ;
 - pratiquer une communication complémentaire par courrier et voie d'affichage, sur site internet ;
 - remettre des supports d'information utiles : type information INPES.
- **Le contenu et la stratégie :**
 - avoir un message simple, concis, facilement compréhensible ;
 - rester positif et rassurant ;
 - rester factuel et transparent sur les évènements (ne pas donner l'impression de masquer des informations ni la gravité de la situation) ;
 - informer de façon régulière sur l'évolution de la situation ;
 - informer de la fin d'alerte et organiser un retour d'expérience avec le personnel et les résidents.

L'information des tutelles (ARS, Conseil général)

- **Les attentes :**
 - être averti rapidement de la situation (nature, nombre de résidents/personnels concernés) ;
 - être averti des mesures prises (déclenchement du plan bleu, procédures activées) ;
 - être averti des besoins de l'établissement ;
 - être averti des actions de communication interne (résidents, personnels) et externe (familles, sollicitation de l'établissement par les médias) ;
 - respecter le circuit des déclarations (écrits à transmettre à posteriori) ;
 - faire un point régulier avec l'établissement.
- **Délais et support :**
 - le plus tôt possible : appel téléphonique (n° unique 0810 22 42 62) ;
 - à posteriori : adresser les supports officiels et rédiger une synthèse précise de la situation.
 - Contenu et stratégie :
 - tenir une main courante permettant la traçabilité des événements ;
 - respecter la réglementation ;
 - informer les tutelles si risque médiatique.

La gestion des médias

Le directeur ou son représentant, assure la communication externe au nom de l'établissement de façon exclusive (le personnel n'est pas autorisé à s'adresser aux médias).

Si l'évènement concerne l'établissement, sans impact sur l'environnement extérieur, le directeur assure seul, ou en lien avec son groupe gestionnaire éventuellement, la communication au nom de la structure. Il informe l'ARS de l'évènement et de sa communication.

Dans le cas où l'évènement dépasse le cadre de l'établissement (impacts sur des biens matériels ou humains environnants, déclenchement d'un plan d'urgence autre que le plan bleu d'établissement), la communication est assurée par la préfecture et/ou l'ARS. Le directeur prendra attache auprès de l'ARS afin de s'accorder sur qui communique, et sur quoi.

Quelques recommandations utiles :

Instaurer une position d'attente et de préparation des communications plutôt qu'une réponse directe (proposer un rappel aux médias).

Ne pas laisser les médias se disperser dans l'établissement : prévoir de les orienter dans un lieu d'accueil.

Eviter de s'engager sur des sujets de responsabilités, de fautes, de polémiques.

Donner des réponses factuelles élaborées en concertation interne et/ou externe, faire suivre éventuellement un communiqué de presse pour garantir l'intégrité des propos.

S'enquérir des suites données par les médias.

La procédure d'organisation d'un accueil spontané ou régulé de personnes

Dans le cas d'un évènement de grande ampleur avec nombreuses victimes, les plans de secours départementaux peuvent être déclenchés par le préfet.

Le plan blanc élargi identifie les structures médico-sociales qui peuvent apporter leur appui dans la gestion d'un évènement exceptionnel.

En cas de besoin, les établissements médico sociaux pré-identifiés peuvent :

- accueillir des victimes légères se présentant spontanément :
 - Il est important de protéger l'établissement pour ne pas perturber son fonctionnement et de prévoir une procédure d'accueil ou de réorientation selon l'organisation mise en place (privilégier une réorientation vers les structures de terrain tels que les postes médicaux avancés (PMA) ou les établissements de santé de proximité, en lien avec le SAMU) ;
- accueillir un flux régulé de résidents en cas d'évacuation d'une structure similaire, ou d'un établissement de santé :
 - L'établissement peut être amené à dégager des places provisoires pour assurer un accueil ou à réorienter l'utilisation de certains de ses locaux pour prendre en charge les personnes régulées (couloirs, réfectoire, salle de repos,...),
 - Cette situation est à prévoir en amont notamment dans le cas d'appariement de structures similaires sur des scénarii d'évacuation. L'établissement doit être en mesure de chiffrer sa capacité d'accueil en situation exceptionnelle, et de définir les besoins logistiques afférents.

En cas d'évènement pouvant engendrer la venue de nombreux véhicules des services de secours, et pouvant générer l'intérêt des médias ou du public, il est important de maîtriser les accès aux bâtiments :

- prévoir une entrée et une sortie uniques (interdire, barrer les accès intermédiaires) ;
- mettre en place une signalétique: sens de circulation ;
- réserver le stationnement aux secours (dégager les places de parking nécessaires) ;
- réserver l'accès aux bâtiments au personnel de l'établissement et au personnes de secours.

La procédure de mesures de mise à l'abri et de confinement

Pour les établissements situés dans des communes avec une Installation Classée pour la Protection de l'Environnement (ICPE), l'activation de la sirène d'alarme d'un site industriel ou du Signal National d'Alerte, indiquent la mise à l'abri ou le confinement.

Ces mesures sont commandées par les services de secours, le maire ou le préfet dès lors qu'un agent extérieur peut présenter une gêne ou impacter la santé des personnes exposées.

Durant la mise à l'abri et le confinement, il est nécessaire de rester en permanence à l'écoute de la radio et en lien avec la direction des secours (maire, préfet) et l'ARS pour connaître les consignes à appliquer.

La mise à l'abri

Il s'agit de regrouper l'ensemble des résidents à l'intérieur des locaux, si possible dans une pièce sans fenêtre, afin d'éviter une exposition à un agent non toxique: nuage de poussières, pluies violentes, vent, grêle, etc...

Les mesures de confinement

En cas d'évènement à cinétique rapide ne permettant pas une évacuation de la structure : exposition à un agent chimique (nuage dû à un accident industriel, présence d'une odeur inhabituelle en extérieur), risque nucléaire ou radiologique (émissions invisibles de radioactivité et de particules radioactives), le bâtiment offre la meilleure protection immédiate.

Les mesures à prendre (à ajuster selon le public) et à répartir auprès du personnel sont les suivantes :

- faire entrer les usagers qui sont à l'extérieur ;
- fermer toutes les portes extérieures et toutes les fenêtres ;
- obturer portes et fenêtres : par du scotch ou un linge ;
- prévoir un regroupement des résidents mobiles en salle commune: la salle prévue sera idéalement sans fenêtre ou entrée d'air extérieur, équipée d'un point d'eau, de sanitaires et du matériel nécessaire à la continuité des soins : médicaments, couvertures, réserves alimentaires, radio/télé, téléphone ;
- prévoir une surveillance des chambres des patients les plus dépendants ;
- fermer les portes coupe-feu afin d'éviter une possibilité de circulation d'air ;
- fermer le système de ventilation ;
- fermer la hotte dans la cuisine et éviter toute cuisson ;
- si possible, déplacer les usagers situés au rez-de-chaussée vers le premier étage (la majorité des gaz sont plus lourds que l'air) ;
- éviter d'ouvrir inutilement les portes extérieures.
- **Si des concentrations toxiques risquent d'être atteintes, les autorités peuvent donner la consigne d'évacuer l'établissement. Il est nécessaire d'anticiper l'évacuation de la structure au plus tôt. (cf. p.age 35 évacuation)**

La procédure de gestion du risque électrique

Une défaillance électrique peut être source de graves conséquences pour les établissements médico-sociaux: interruption des soins et des activités, absence de chauffage, départ d'incendie,.... De nombreux accidents sont dus à un système de secours défaillant, et des réflexes de mise en alerte trop tardifs.

Avant toute rédaction de procédure

L'établissement procédera à la vérification des mesures de prévention et des moyens de secours réglementaires :

- existence d'une analyse de risque propre au risque électrique [DARDE] - Cf. Le descriptif de l'établissement (plan de masse, activités et organisation) et des risques auxquels il est soumis, page 17 ;
- existence des systèmes de secours en énergie adapté selon la catégorie de l'établissement (voir tableau récapitulatif) ;

- existence d'un programme de maintenance des équipements sensibles de la chaîne de distribution et des dispositifs de secours et tenir un registre des opérations de maintenances. (la maintenance sera effectuée par un personnel habilité de l'établissement ou du prestataire extérieur) ;
- tests réguliers des installations et équipements électriques et tenue d'un registre des essais ;
- désignation d'un chargé d'exploitation garant de la cohérence électrique globale de l'établissement et notamment des équipements de secours (en interne ou en faisant appel à un prestataire extérieur).

Points à vérifier notamment :

- le dispositif de secours doit alimenter prioritairement les installations médicales, les installations de chauffage et les systèmes de détection incendie ;
- les installations téléphoniques doivent pouvoir fonctionner après coupure de l'alimentation normale, afin de pouvoir si besoin alerter les secours.
- S'il y a commande automatique du dispositif de commutation, celle-ci doit être doublée d'une commande manuelle ;
- Une « coupure pompier » doit permettre d'interrompre la source normale ou la source de remplacement en cas de risque d'électrocution (coupure EL11) lors de l'intervention des services de secours ;
- un arrêt d'urgence de la source de remplacement (groupe électrogène) doit être signalé et ne pas pouvoir être confondu avec la coupure EL11 (annexe 6 sécurité des installations électriques).

Concernant l'installation de groupe électrogène de secours :

- le lieu d'implantation doit être anticipé et répondre à des critères de sécurité pour les résidents et le personnel (éloigné du bâtiment, dans un lieu aéré et ventilé). Un avis des services de secours est recommandé ;
- en cas de mise en place du groupe en urgence (location, prêt,...), il est nécessaire de prévoir une procédure de transport, d'installation et de fonctionnement. Pour l'installation, un électricien est nécessaire, ces derniers seront très certainement difficiles à solliciter, aussi le contrat de prestation ou la convention passée doivent rendre l'établissement prioritaire pour une intervention ;
- les difficultés de circulation, notamment en cas d'évènement climatique doivent être considérées dans le choix du prestataire et sa capacité à se déplacer ;
- le réapprovisionnement en fuel doit être prévu pour assurer le fonctionnement du groupe dans la durée et la capacité d'autonomie du groupe sans réapprovisionnement doit être connue;

Concernant les établissements n'ayant pas obligation de s'équiper d'un groupe :

- une convention de prêt avec un établissement ne fonctionne que si les deux établissements n'ont pas besoin de secours en simultané. Ceci ne sera pas le cas en situation de grande ampleur ;
- les moyens de secours ne leur seront alors pas adressés de façon prioritaire. Les établissements pourront donc être amenés à évacuer leur résidents et personnels en priorité. La procédure « plan bleu d'évacuation » de l'établissement opérationnelle est indispensable.

Dans la procédure de gestion du risque

- Prévoir la prise de mesures réflexes pour garantir la protection des patients et des résidents : **mise en fonction immédiate des systèmes de secours par le personnel présent (la connaissance de ces mesures garantit la réactivité de l'établissement).**
- Prévoir un plan d'établissement et des accès aux locaux techniques + un plan de la chaîne de secours électrique (onduleurs, groupe électrogène) et identifier les capacités temporelles minimales et maximales des différents dispositifs de secours (durée de fonctionnement de chaque onduleur avec sa localisation et son affectation, durée de fonctionnement des groupes électrogènes sans ravitaillement en carburant).
- Prendre contact avec les services EDF, ERDF et la préfecture pour connaître la durée de coupure.
- Informer l'ARS des mesures prises et des besoins.
- Activer les mesures du Plan de Continuité d'Activité (fonctionnement en mode dégradé des services).
- Renvoyer aux autres procédures plan bleu nécessaires (procédure de rappel de personnel, procédure de gestion de la communication : information des résidents, du personnel et des familles ; procédure de communication externe (points de situation réguliers avec les tutelles, etc.).
- Prévoir le retour à la normale et une analyse des événements à postériori (retour d'expérience collectif et mise en place d'un plan d'actions correctives).

Si la coupure électrique est généralisée (phénomènes climatiques rares, actes de malveillance, accidents techniques...) sur une zone géographique étendue : le préfet est alerté par EDF ou RTE ou ERDF et peut déclencher le plan ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) «électricité».

Dans ce cas, l'ARS ou, l'ARS et le conseil général (pour les établissements à double tutelle) sont les interlocuteurs de la préfecture concernant la situation des établissements médico-sociaux et leurs besoins en moyens de secours.

Etablissements médico-sociaux	Obligations réglementaires	Rôle ARS-Préfecture vis-à-vis des établissements en cas de coupure généralisée
<p>Demander la zone géographique touchée et identifier les établissements médico-sociaux positionnés dans la zone touchée (distinguer 2 groupes)</p>		
<p>Groupe 1 - Etablissements qui hébergent à titre permanent des personnes présentant des pathologies nécessitant l'usage de dispositifs médicaux fonctionnant à l'électricité et indispensables à leur sécurité faisant partie des établissements cités ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les CEM et IME : déficience respiratoire, déficience motrice... ; • les MAS ; • les FAM. <p>Les établissements pour personnes âgées pratiquant un hébergement collectif permanent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les EHPAD ; • les logements foyers habilités à dispenser des soins aux assurés médicaux ; • les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) (2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique) rattachées à un établissement de santé). 	<p>Ces établissements doivent assurer la continuité de la prise en charge en mettant en place des moyens d'alimentation autonomes en énergie Ils disposent donc au choix :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'achats de groupes électrogènes ; • d'achat de poste fixe ; • de mise en place de nouveaux moyens technologiques. <p>Ces établissements peuvent figurer sur la liste supplémentaire en fonction des listes arrêtées par le préfet</p>	<p>En amont (suivi des établissements) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • recueillir les capacités temporelles minimales et maximales des différents dispositifs de secours (durée de fonctionnement de chaque onduleur avec sa localisation et son affectation, durée de fonctionnement des groupes électrogènes sans ravitaillement en carburant) de ces établissements. <p>En cours d'évènement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérifier auprès des établissements l'opérationnalité de leurs moyens de secours ; • considérer les besoins exprimés par les établissements et organiser la réquisition et la distribution des groupes électrogènes (et leur réapprovisionnement en carburant si nécessaire). Ces établissements peuvent figurer sur la liste supplémentaire en fonction des listes arrêtées par le préfet ; • informer l'établissement des moyens de secours prévus le concernant et s'assurer de la réception des moyens.
<p>Groupe 2 : les établissements réalisant un hébergement permanent et collectif mais non habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux</p>	<p>Ces établissements doivent mettre en sécurité les personnes hébergées en cas de coupure d'énergie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mutualisation ou partage de moyens avec d'autres établissements par convention ; • déplacement de résidents fragiles vers un hôpital ; • location d'un groupe électrogène. 	<p>En cas de défaillance électrique générale, il y a très peu de chances que ces établissements puissent louer des groupes électrogènes, ces derniers seraient réquisitionnés par la préfecture. Dans ce cas il convient que l'ARS établisse un bilan des mesures prises par ce groupe 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>En amont (suivi des établissements) :</u> s'assurer qu'une convention est signée avec un autre établissement. • <u>En cours d'évènement :</u> recueillir le nombre de personnes fragiles pouvant être déplacées dans un hôpital ;recueillir le nombre de résidents qu'il faudrait mettre à l'abri dans les locaux communaux.

La procédure de signalement d'évènements indésirables graves (problème d'infrastructure, accidents du personnel, maltraitance, suicide, fugue...)

En dehors des pathologies ou des évènements exceptionnels de grande ampleur, chaque établissement doit inclure dans son plan bleu la procédure pour déclarer tout évènement indésirable grave (E.I.G.) survenu dans l'établissement.

Cette procédure doit préciser :

- **la typologie des évènements à déclarer et signaler :**
 - à titre indicatif : Evènement relevant du champ de l'aide sociale à l'enfance, de la santé et de la prise en charge des résidents ou des personnes en situation de handicap (suicide, accidents, maltraitance, dérive sectaire, ...), situation susceptible d'être médiatisée, sécurité des usagers, fonctionnement (conflits syndicaux graves, fort absentéisme, défaillances techniques importantes...,
- **qui doit les déclarer :**
 - la personne juridiquement responsable de l'établissement, le directeur, le cas échéant le médecin ou le cadre infirmier pour ce qui est de leur compétence ou à défaut tout agent ayant connaissance de l'évènement,
- **quand doit être envoyé le signalement : sans délai en général ;**
- **le ou les formulaire(s) à utiliser pour tel ou tel type de signalement ;**
- **à qui doit être signalé l'évènement avec les adresses et contacts répertoriés.**

Le déclarant précise en outre de quel appui a besoin l'établissement.

Il est nécessaire que l'établissement adopte une procédure en conformité avec les textes et procédures existantes mais également en accord avec tous les partenaires impliqués dans la gestion de l'établissement. Elle doit être communiquée aux services de l'ARS et des services du conseil général.

Il existe des procédures spécifiques dans le département du Rhône qui ont été préparées entre l'ARS et le conseil général (ce modèle est disponible en le demandant à la Direction Handicap et Grand Age de l'ARS).

La procédure de gestion d'une contamination de réseau d'eau par les légionelles

La légionellose est une forme grave d'infection pulmonaire contractée par inhalation de gouttelettes d'eau contaminée par des bactéries appelées légionelles, et pouvant entraîner le décès. Chacun de nous peut être concerné, mais le risque de contracter la maladie augmente avec l'âge, et plus particulièrement chez les fumeurs. Les personnes dont le système immunitaire est affaibli par certaines pathologies (diabète, cancer) sont aussi plus vulnérables.

Les légionelles sont présentes à l'état naturel dans les eaux et les sols, et se développent de façon optimale entre 25°C et 45 °C, c'est pourquoi les réseaux d'eau chaude sanitaire sont les principales sources de diffusion de légionelles dans l'air, via les douches, douchettes, bains à remous ou à jets. Leur croissance est en outre favorisée par la stagnation d'eau, la corrosion et l'entartrage des réseaux.

La prévention des risques sanitaires liés aux légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire repose sur une gestion globale dont les principes figurent, en ce qui concerne le type d'établissement projeté, dans :

- 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.
- Cet arrêté s'applique uniquement aux installations collectives, où la production d'eau chaude est centralisée (c'est-à-dire qu'elle alimente plusieurs lieux accessibles au public (blocs sanitaires, vestiaires, chambres, ...), à partir du même point), et qui comportent des points d'usage de l'eau émettant des aérosols pouvant disperser des légionelles (douches, douchettes, bains à remous ou à jet, ...). Il précise les lieux et la fréquence de la surveillance à effectuer, rendant obligatoires en particulier la surveillance mensuelle des températures de l'eau chaude et la réalisation annuelle d'analyses des légionelles,
- L'arrêté du 30 novembre 2005, qui fixe les niveaux de température à respecter en différents points du réseau d'eau chaude sanitaire (la température de l'eau étant un facteur important conditionnant la survie et la prolifération des légionelles dans les réseaux),
- Le guide d'information pour les gestionnaires d'établissements recevant du public (diffusé par la circulaire n° 2010/448 du 21 décembre 2010) qui explicite l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles, et qui rappelle les mesures de prévention à mettre en œuvre.
- Plusieurs guides sont téléchargeables sur le site de l'ARS : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Legionelles-et-legionelloses.138220.0.html>

Globalement la gestion du risque «légionelles» s'articule autour de 4 axes :

1. une bonne conception des installations neuves, pour éviter la stagnation et assurer une bonne circulation de l'eau, et un bon maintien en température. Cette étape suppose un bon équilibre hydraulique et un dimensionnement correct des installations, la suppression des bras morts, le mitigeage de l'eau au plus près possible du point d'usage, le calorifugeage séparé du réseau d'eau chaude sanitaire et du réseau d'eau froide, etc. ;
2. une bonne connaissance des réseaux existants (plans à jour du réseau, compréhension du mode de fonctionnement, identification des équipements du réseau et de leur maintenance nécessaire, repérage des défauts de conception éventuels,...) ;
3. un entretien régulier des installations, de la production jusqu'aux points d'usage, qui comprends en particulier le détartrage et la désinfection périodiques des ballons de stockage (le cas échéant) et de la robinetterie, des soutirages d'eau sur les points d'eau peu ou pas utilisés, le contrôle périodique des équipements du réseau (pompes de recirculation, vannes, clapets, mitigeurs, par exemple), la mise en œuvre si nécessaire de moyens de lutte contre l'entartrage et la corrosion, etc. ;
1. une maîtrise et une surveillance périodique de la température de l'eau et des concentrations en légionelles.



IV. Les volets thématiques

Les volets thématiques traitent à la fois des mesures préventives, curatives et post-crise (avant, pendant, après).

Ils peuvent reprendre les informations nécessaires (sources réglementaires, extraits de guides existants).

Le volet évacuation de l'établissement

Une évacuation dans quelle situation ?

Les établissements médico-sociaux peuvent être soumis à un certain nombre de risques pouvant nécessiter une évacuation partielle ou totale de leurs locaux.

Cette évacuation peut être immédiate en cas de péril imminent (incendies, fuites de gaz, risque d'effondrement) ou être différée ou progressive, pour des événements à cinétique plus lente. L'évacuation peut avoir lieu sur décision du chef d'établissement ou sur décision préfectorale. Toute décision d'évacuation doit entraîner une information immédiate de l'ARS via le PFR.

Pourquoi s'y préparer en particulier ?

Toutes les mesures prévues lors d'une préparation «à froid» permettront de faciliter le travail des secours et d'assurer une évacuation rapide, tout en maintenant la qualité de la prise en charge des personnes : continuité des traitements médicaux, accompagnement et soutien psychologique des résidents.

Rappel des dispositions réglementaires relatives au bâti et au risque incendie

Le règlement ERP (Etablissements Recevant du Public) fixe les dispositions applicables aux bâtiments selon leur activité. Les établissements d'hébergement (médico-sociaux) sont classés en type J tandis que ceux disposant de fluides médicaux (sanitaires) sont classés en type U. **Les services du SDIS exercent le rôle de contrôle et de conseil lors des commissions de sécurité ayant lieu avant ouverture, puis de façon régulière tous les 2 à 5 ans.**

Pour les ERP, l'exploitant a l'obligation de mettre à disposition des secours **un plan d'intervention** qui reprend tous les niveaux et tous les éléments intéressant la sécurité incendie (chaufferie, ascenseurs, locaux à risques, désenfumage, coupures d'urgence...)

Lors de l'alerte, le SDIS demandera si le bâtiment fait l'objet d'un plan ETARE (ETABLissements REpertoriés) et quel est son numéro. Cela lui permettra de réaliser un départ plus rapidement et complètement. Il pourra ensuite demander des précisions sur les circonstances de l'évènement

Les points sur lesquels la direction d'établissement doit être particulièrement vigilante :

- vérifier régulièrement la conformité des locaux et le fonctionnement des équipements de détection, d'alerte et d'extinction incendie (visite de conformité, programme de maintenance) .
- former les agents : les premiers réflexes sont essentiels pour porter l'alerte aux secours et mettre à l'abri les résidents. L'intégration de tout nouvel employé doit faire l'objet d'une formation au risque incendie et à l'évacuation (assurer un suivi des formations du personnel).

- assurer une surveillance H24 de l'établissement : la surveillance des établissements repose souvent sur un nombre limité de personnes surtout les nuits et les week end. S'assurer que les personnels présents soient formés et que des procédures soient applicables les jours, nuits et week-end.
- organiser des exercices réguliers pour tester et faire connaître les procédures en place (les services SDIS s'associent parfois à ces exercices sur demande).

La ou les procédures d'évacuation

La réglementation prévoit dans un premier temps une évacuation horizontale des résidents ou patients : **tout doit être mise en œuvre pour ne pas évacuer de façon totale l'établissement.** Le cas d'une évacuation totale de l'établissement peut cependant se présenter en cas d'évènement de grande ampleur ou de péril imminent.

Deux procédures sont donc nécessaires et complémentaires :

- évacuation horizontale (partielle) de l'établissement ;
- évacuation totale de l'établissement.

Dans les deux cas

- **Prévoir la ressource en personnel et la répartition des tâches** : les tâches de chaque catégorie de personnel sont établies par ordre chronologique : préparation des résidents, du matériel, des produits de soins, recensement des résidents et définition des besoins, etc.
- **Prévoir une vérification et une sécurisation de l'établissement** : il convient de s'assurer que l'ensemble des personnes a bien été évacué, et que le site vidé est sécurisé : fermeture à clé des locaux, mise en sécurité des équipements et produits de santé, du matériel informatique, des biens personnels des résidents, logistique dont déchets, etc.

Pour l'évacuation horizontale

- **Définir un plan d'évacuation à l'intérieur des bâtiments** : identifier par zone géographique/unités de vie :
 - le(s) lieu(x) de rassemblement des personnes et du matériel à évacuer, tenant compte de la facilité d'accès pour l'évacuation : pièce avec une entrée et une sortie distincte, accessibilité des circulations aux brancards, etc. ;
 - un balisage à l'intérieur des locaux : indiquant les sens de circulation entrant/sortant, prévoir l'espace de passage pour les brancards.

Pour l'évacuation totale

- **Définir un plan d'évacuation à l'extérieur des bâtiments** :
 - prévoir des zones à stationnement interdit ou limité afin de dégager au plus vite les espaces nécessaires ;
 - les véhicules personnels pouvant gêner la circulation seront dégagés préalablement ;
 - déterminer les itinéraires pour les véhicules : un fléchage est prévu pour les véhicules permettant une circulation rapide et fluide des transports qui arrivent en renfort ;
 - ces circuits sont connus et régulièrement testés par l'ensemble du personnel : entrée et sortie distinctes, pas de retour en arrière, identification du/des points de rassemblement.

- **Définir un ordre d'évacuation**

Il peut être nécessaire de prévoir un ordre d'évacuation : par exemples, par service ou unité, par type de résidents, par moyens de transport à utiliser. Néanmoins cet ordre préétabli sera à adapter en fonction de l'arrivée effective des transports.

- **Définir les lieux d'accueil**

Définir les lieux d'accueil, en privilégiant le regroupement de l'ensemble des résidents sur un même lieu. Dans la mesure du possible, en phase préparatoire, **prévoir des accords avec des structures similaires permettant l'accueil des résidents** (conventions également avec les établissements de santé) : les alerter au plus tôt, et préciser avec eux les capacités réelles d'accueil lorsque l'ordre d'évacuation sera donné.

A défaut, l'établissement d'origine, en lien avec l'ARS, la préfecture et les maires des communes environnantes recherchera des lieux d'accueil permanents ou temporaires. Ces principes sont repris dans le volet évacuation du plan blanc élargi départemental, où les notions de Centre Médical d'Evacuation (CME), Centre de Regroupement des Moyens (CRM) et Centre de Regroupement des Evacués (CRE) sont développés.

Si l'accueil se fait en centre de regroupement des évacués (lieu provisoire de regroupement et de prise en charge type gymnases, salles communales), préciser les conditions d'accueil des résidents :

- nombre à accueillir (y compris personnel) ;
- possibilité ou non d'accueil dans des lieux identiques à ceux de la population générale.

Pour les centres dit « individualisés » (spécifiques à l'établissement, non partagé avec la population générale), préciser s'il y a nécessité d'isoler une partie des résidents.

Une discussion avec les mairies de proximité permettra d'identifier des locaux pouvant répondre aux besoins de l'établissement.

- **Recenser les résidents, le personnel et les besoins en matériel en lien avec les services de secours (SAMU, SDIS) et l'ARS :**

- le personnel non mobilisé pour accompagner les résidents évacue selon les consignes données à la population générale,
- ne pas oublier de recenser les éventuels visiteurs présents dans la structure, et qui seront évacués par leurs propres moyens.
- pour chaque résident :
 - disposer d'un Dossier de Liaison Urgences (DLU) ou de son équivalent (Courrier du 29 mai 2008 de la DGAS adressé aux préfets et aux DDASS, relatif au document de liaison unifié (DLU). Il est important que le DLU comporte le traitement actualisé du patient. (Sinon disposer du dossier médical complet - Cf. [Annexe 2 : les documents utiles à associer au plan bleu p.47](#),
 - identifier chaque résident (bracelet individuel avec nom, prénom, date de naissance, coordonnées de l'établissement),
 - identifier l'établissement de départ (service si nécessaire) : heure de départ, moyens de transport,
 - identifier l'établissement ou le lieu d'accueil : heure d'arrivée,
 - indiquer le matériel qui suit le patient : médicaments (boitier nominatif, stock pour 48H), vêtements de rechange,
 - identifier le personnel accompagnant.

Selon la cinétique et l'ampleur de la situation, (un seul ou plusieurs établissements à évacuer), l'établissement ne bénéficiera pas de la même assistance.

En cinétique rapide

L'évacuation est organisée en urgence par les services de secours (SDIS, SAMU) sous le commandement du Commandant des Opérations de Secours et du Directeur des Secours Médicaux. L'ARS est informée du bon déroulement de l'évacuation et des problèmes rencontrés.

- **Secours terrain, appui à l'établissement :**
 - présence du SDIS et du SAMU (un médecin pourra être délégué sur place pour estimer l'état de santé des patients et ajuster l'estimation des besoins en transport et en matériel médical).
- **Moyens en transport**
 - les moyens en transport de l'établissement, du SAMU, du SDIS sont utilisés pour les transports sanitaires ;
 - les moyens en transport sanitaire privés pourront également être sollicités :
 - si l'évacuation est décidée par l'établissement seul, c'est l'établissement et son assurance qui dédommage l'appel aux transporteurs privés,
 - si l'évacuation s'effectue dans le cadre d'une mesure type ORSEC par le préfet et d'une réquisition de moyens, l'Etat dédommage à plus ou moins long terme les transporteurs.

En cinétique lente

L'évacuation est organisée par l'ARS en lien avec la préfecture

- **Secours terrain, appui à l'établissement :**
 - les ressources peuvent ne pas être suffisantes pour disposer d'une présence sur place de moyens SDIS ou SAMU. Les établissements doivent alors s'autonomiser au maximum dans la gestion de l'évacuation ;
 - l'établissement devra alors établir son besoin en transport et en matériel médical en lien avec l'ARS.
- **Moyens en transport:**
 - la prise en charge par les familles des résidents et patients valides est privilégiée en cinétique lente pour réduire les besoins en transport ;
 - les établissements médico-sociaux peuvent ne pas être identifiés comme prioritaires dans la distribution des moyens en transports sanitaires. (Les transports sanitaires seront prioritairement adressés sur les lieux du sinistre pour la prise en charge de victimes) ;
 - les moyens conventionnels seront utilisés en priorité (ceux de l'établissement et ceux réquisitionnés par l'autorité préfectorale) ;
 - les transporteurs sanitaires privés pourront également être sollicités ;
 - les besoins justifiant des réquisitions seront remontés par l'ARS au préfet : 3 catégories de personnes à évacuer ont été définies dans le format ARS, mais cette qualification de l'état des patients et/ou résidents pourra être éventuellement simplifiée au maximum : « aptes » ou « non aptes » à marcher pour l'utilisation des moyens en transport.

Selon le format demandé et à retourner à l'ARS (Cf. Annexe 3: évacuation des personnes en EHPAD ou en établissements pour personnes handicapées - recensement des besoins en transport et lieux d'accueil p. 56) :

1. recenser et classer les résidents selon leur dépendance et leur autonomie (3 catégories correspondent à des moyens de transports différents). Le recensement peut se faire par zone géographique ou unité de vie pour plus de facilité ;
2. préciser le personnel qui accompagnera les résidents dans les véhicules, lors de l'évacuation ;
3. préciser les résidents et personnels évacués par les moyens de l'établissement et ceux restant à évacuer par des moyens à mobiliser par les secours et l'ARS ;
4. préciser les lieux de destination et hébergement possibles ;
5. prévoir le matériel qui doit suivre les résidents et lister le matériel non transportable et indispensable à installer sur le lieu d'accueil pour en faire une demande

• **Remarques :**

- les moyens de transports propres à l'établissement qui ne seraient pas utilisés par l'établissement et seraient mobilisables seront précisés en complément du recensement des besoins ;
- si le site n'est pas accessible aux bus, le mentionner dans la demande de transports.

• **Assurer le suivi**

- Le suivi de l'orientation des patients et le bilan du placement seront assurés par l'établissement, en lien avec l'ARS et la préfecture.
- Au retour des résidents au sein de l'établissement, l'établissement évaluera l'impact de l'évènement sur l'état de santé des patients.

Le volet risque canicule

Les personnes âgées en institution doivent, en cas de forte chaleur, être l'objet d'une surveillance accrue. L'exposition prolongée à la chaleur peut avoir des conséquences gravissimes 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...

Suite aux événements de 2003, ce volet est de façon générale déjà existant au sein des plans bleus, il s'agira de l'actualiser en y excluant les mesures d'ordre générales qui doivent paraître dans les parties « l'organisation en situation sanitaire exceptionnelle » et « les procédures génériques ».

Rappel des obligations règlementaires : salle rafraîchie et maîtrise de la température dans les locaux.

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 climatiques et les conditions d'installation d'un système 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.

Prévoir :

- l’affichage du mode d’emploi de l’appareil de climatisation dans la ou les pièces où il se trouve ;
- la vérification du contrat de maintenance et de la réalisation de sa maintenance ;
- l’affichage des coordonnées de l’installateur ou du réparateur ;
- la vérification du bon fonctionnement des stores et des volets de l’établissement ;
- signaler les locaux particuliers pour lesquels un suivi des températures doit être mis en place (lieux de stockage, pièces communes, chambres) ;
- **un protocole d’hydratation et de prise en charge des résidents en période de chaleur ;**
- **un protocole de rafraîchissement des locaux.**

Avant l’été

Architecture et matériel

- Vérifier qu’il est possible d’occulter les fenêtres (volets, stores, rideaux), vérifier qu’il est possible d’occulter les surfaces vitrées des espaces collectifs.
- Envisager d’arroser les façades du bâtiment les plus exposées au soleil.
- 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.

Organisation et fonctionnement

- repérer les personnes les plus à risques 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 votre 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, pains...pour les personnes que l’on fait boire).

- 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 (procédure générique, plan bleu) ;
 - collaboration avec les familles des résidents ;
 - collaboration avec les réseaux de bénévoles.

Pendant l'épisode de chaleur

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 ; les maintenir ainsi tant que la température extérieure est supérieure à la température intérieure du local (prise de température par thermomètre externe et interne).
- 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.

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 brumisateuse 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 - il suffit de les stimuler et d'organiser la surveillance :
 - nécessité d'une aide partielle ou totale : organiser l'aide pour qu'ils aient à la fois régulièrement et au total environ 1,5 litre d'eau par jour,

- ayant des troubles de déglutition : utiliser de l'eau gélifiée. signaler au médecin si les prises ne sont pas suffisantes afin d'envisager une hydratation sous cutanée ou intraveineuse,
- faire boire, au moins 1,5 litre par jour ou hydrater, avec de l'eau éventuellement aromatisée selon les goûts 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.

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

Mesures d'urgence en cas d'apparition de signes pouvant faire penser à un épuisement dû à la chaleur ou au début d'un coup de chaleur :

Signes d'alerte : modification du comportement habituel, grande faiblesse, grande fatigue, difficulté inhabituelle à se déplacer, étourdissements, vertiges, trouble de la conscience voire convulsions, nausées, vomissements, diarrhée, crampes musculaires, température corporelle élevée, soif et maux de tête.

Actions à réaliser :

- alerter le médecin, prendre rapidement la température corporelle, rafraîchir le plus vite possible ;
- soit la couvrir et l'envelopper d'un drap humide ;
- soit au mieux lui donner une douche fraîche sur un chariot douche sans l'essuyer ;
- installer un ventilateur (enveloppements frais, transfert dans une pièce climatisée, aspersion d'eau fraîche) ;
- faire le plus possible de ventilation ;
- donner de l'eau fraîche si la personne est consciente et lucide ;
- ne pas donner d'aspirine ni de paracétamol.

Le volet risque infectieux

De nombreuses informations sur les risques infectieux et autres thématiques sont disponibles sur le site internet de l'ARS : portail veille sanitaire santé publique, prévention : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Veille-sanitaire-sante-publiq.85448.0.html>

Le volet risque infectieux fait l'objet d'un guide spécifique élaboré en 2011 et mis à jour en 2015, intitulé «Guide d'élaboration du volet infectieux du plan bleu V2015». Il est disponible sur le site internet de l'ARS.

L'établissement devra prévoir au minimum :

- un protocole d'hygiène (standard, type contact, type gouttelettes, type air) ;
- des procédures de nettoyage et de désinfection des locaux ;
- un suivi de vaccination du personnel et des résidents (grippe et pneumocoque) ;
- un suivi des formations annuelles en prévention et gestion des situations épidémiques ;

- un protocole de gestion d'une épidémie d'infection respiratoire aiguë (IRA) ;
- un protocole de gestion d'une épidémie de gale ;
- un protocole de gestion d'une épidémie de gastro-entérite aiguë ;
- un protocole de gestion d'une Toxi-Infection Alimentaire Aiguë (TIAC) ;
- le cas échéant une convention avec un établissement de santé pour l'intervention d'une Equipe Mobile d'Hygiène.

Un risque infectieux particulier : le risque d'une pandémie grippale

La circulaire interministérielle du 29 novembre 2011 relative au plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale, propose une version actualisée du plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale.

Le texte commande aux préfets de zone, aux préfets de département et aux ARS l'actualisation des plans zonaux et départementaux de prévention et de lutte contre une pandémie grippale. Ces déclinaisons sont en cohérence avec le contenu du plan national et les différents guides produits en lien avec la thématique :

- guide général de déclinaison territoriale ;
- guide d'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle ;
- schéma logistique de distribution des produits et équipements de santé ;
- guide d'élaboration des plans de continuité d'activité.

L'ARS s'est associée aux travaux pilotés par les préfetures en proposant la rédaction des fiches « actions » et fiches « missions » relatives à l'organisation du système de santé face à une pandémie grippale.

Concernant les établissements médico-sociaux, le volet infectieux de leur plan bleu intégrera les mesures spécifiques au risque pandémie, à chaque stade d'évolution et de propagation du virus (4 stades sont définis et rappelés ci-après).

Pour cette rédaction, les établissements pourront consulter la fiche mission « Etablissements sanitaires et médico-sociaux » du plan départemental et les fiches actions associées.

- **Fiche action 1D6** : ars Rhône Alpes, 2014 - Organisation des soins en période pandémique (ou en cas d'autre évènement majeur plus ou moins localisé)
- **Fiche action 0D5/2** : ars Rhône Alpes, 2014 - Distribution des produits de santé et équipements de protection individuelle pour les malades et les sujets contacts.
- **Fiche action 3F4.1** : ars Rhône Alpes, 2014 - Modalités de renfort en personnels de santé

Rappel : définition des stades d'évolution et de propagation du virus

• Préparation ou stade 0

Une information encore incertaine laisse à penser qu'un nouveau virus grippal à potentiel pandémique est apparu et se transmet dans une population quelque part dans le monde.

Ce stade préparatoire permet aux différents acteurs notamment de la santé de revoir et préparer les protocoles, les moyens pour faire face à des alertes sanitaires notamment épidémiques. Cette préparation est universelle ou valable pour plusieurs types d'alertes infectieuses de virus ou bactéries émergentes.

- **Stade 1 : freiner l'introduction du virus sur le territoire**

Stade pour la détection précoce des premiers cas arrivant sur le territoire, avec mise en œuvre de mesures telles que le contrôle sanitaire aux frontières, la prise en charge médicale des malades suspects et des premiers cas qui parviendraient sur le territoire, de leurs contacts et des co-exposés, la mise en place de mesures barrières.

Les malades suspects sont hospitalisés; les malades confirmés sont hospitalisés pour confirmation du diagnostic, surveillance et prévention des sujets contacts.

Le stade 1 est sans objet si les premiers cas apparaissent sur le territoire national.

- **Stade 2 : freiner la propagation du virus sur le territoire**

Stade d'extension des mesures-barrières et de montée en puissance du système sanitaire, dès lors que se développent des cas isolés autochtones puis des petits foyers de malades sur le territoire. Au fur et à mesure les cas suspects deviennent de plus en plus nombreux, ils deviennent alors présumés « malades » et sont laissés à domicile au fur et à mesure de l'installation de la pandémie. La prise en charge médicale est alors principalement assurée par la filière de médecine ambulatoire

- **Stade 3 : atténuer les effets de la vague épidémique**

L'augmentation rapide du nombre de cas signe le début de la vague épidémique. Ce stade marque l'arrêt de la surveillance individuelle des cas par l'Institut de veille sanitaire. La prise en charge médicale reste principalement assurée par la filière de médecine ambulatoire. Seuls les patients présentant des critères objectifs de gravité ou d'isolement social doivent être hospitalisés. Dans ce cadre, l'accès aux soins doit être régulé par le SAMU-Centre 15 territorialement compétent qui constitue le pivot de l'organisation des soins en lien avec l'ARS.

Il s'agit dès lors de limiter la contagion par des mesures barrières, de réduire la charge sur le système de santé, de limiter l'absentéisme au travail, de renforcer la capacité de réponse sanitaire en prenant en charge les cas «simples par la médecine ambulatoire et les cas graves par les centres hospitaliers. Selon l'importance du nombre de malades une organisation spécifique et exceptionnelle pour les soins pourrait être mise en place.

C'est le stade où peut être organisée une vaccination préventive si le vaccin est disponible rapidement avant la fin de la première vague épidémique.

- **Stade 4 : retour au fonctionnement quotidien des services et opérateurs**

Le retour d'expérience demeure essentiel afin de tirer parti de ce qui a bien fonctionné et éliminer ce qui est non fonctionnel.



Annexes

Les annexes comprennent :

- le descriptif ou les modèles de documents à intégrer au plan bleu : annuaires, recensement des moyens, fiches actions ;
- des documents utiles à joindre ou à référencer dans le plan bleu pour être accessibles au moment d'un évènement exceptionnel : modèle de DLU utilisé et les modalités d'accès aux DLU de tous les résidents, conventions et contrats divers, la composition de la mallette d'astreinte et ses modalités de gestion ;
- d'autres documents pouvant être utiles pour la rédaction du plan bleu.
- Chaque établissement peut annexer au plan bleu tout document qui semble utile à la gestion d'un évènement exceptionnel.

Annexe 1 : les documents à annexer au plan bleu

Les annuaires

Pour plus d'opérationnalité et faciliter la mise à jour des contacts, il est fortement conseillé de regrouper l'ensemble des coordonnées dans une annexe plutôt que de les disséminer dans le plan bleu.

Ne pas oublier :

- la liste des entreprises intervenant dans l'établissement et leur rôle avec les numéros de contacts valables 24h/24 ;
- la liste des bénévoles qui peuvent intervenir en remplacement et accompagnement avec leur fiche de poste et leurs numéros de contact valables 24h/24.

Le recensement des moyens de l'établissement et des données techniques

Un recensement est utile pour partager la connaissance des moyens dont dispose l'établissement. Il vient compléter le descriptif de l'établissement. Spécifier la date de mise à jour et la personne en charge du recensement.

Moyens utiles à recenser :

- personnel ;
- transport ;
- pièce rafraîchie ;
- groupe électrogène ;
- matériel médical ;
- réserve eau, alimentation, médicaments ;
- couvertures ;
- lits supplémentaires ;
- espaces communs pouvant être utilisés pour implanter des lits provisoires en cas de crise majeure.

Exemple de fiche actions de la cellule de crise

Nom de l'institution : Plan bleu : Fiche actions n° : Directeur ou son représentant :	Responsable rédaction : Date de validation :
Missions : <ul style="list-style-type: none"> • diffuser l'alerte interne ; • appeler les membres de la cellule de crise ; • déclencher le plan bleu ; • appels prioritaires du personnel ; • répartition des tâches ; • relation avec les médias ; • relation avec les autorités : ars, mairie, préfecture, services de secours ; • levée plan bleu. 	Moyens : <ul style="list-style-type: none"> • salle de gestion de crise : salle de réunion xx ; • valise plan bleu (listes coordonnées personnels) ; • 1 PC informatique ; • téléphones fixes : n°xxxxx ; • ligne de secours : 04 (salle de crise et secrétariat de direction) ; • fax : 04.xx xx xx xx (fax/copieur direction) ; • téléphone directeur de garde : 06 xx xx xx xx • paper board /tableau/ ... ; • télévision.
Actions : <p>Le Directeur ou le directeur de garde est alerté par xxxxxx</p> <p>Le Directeur appelle les services de secours au besoin</p> <p>Le Directeur convoque la cellule de crise.</p> <p style="padding-left: 20px;">Activité déléguée à xxx en cas d'absence.</p> <p style="padding-left: 20px;">En dehors des heures de présence sur le Site, le cadre administratif d'astreinte rappelle depuis son domicile.</p> <p style="padding-left: 20px;">Les coordonnées téléphoniques des personnes citées, ci-dessus, se trouvent sur la « fiche appels prioritaires.</p> <p style="padding-left: 20px;">à passer par le directeur ».</p> <p>Xxxx</p> <p>Xxxx</p> <p>xxxx</p> <p>Informe le personnel de la situation</p> <p>Informe les autorités : ARS, mairie, préfecture</p>	

Annexe 2 : les documents utiles à associer au plan bleu

Convention avec un établissement de santé

La prévention des risques passe par la mise en place de conventions de partenariat solides avec les établissements de santé. Elles visent 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'équipe mobile de gériatrie, le service de médecine, les services spécialisés les plus concernés.

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,
- L'instauration 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'établissement sanitaire et le médecin coordonnateur et les équipes de référents de l'établissement médico-social.

Cette pratique facilite en outre une meilleure connaissance intrinsèque entre les établissements du secteur médico social et ceux du secteur sanitaire en définissant la nature des prises en charge, avec l'identification des droits et devoirs de chacune des structures signataires. Le conventionnement permet d'identifier et d'optimiser des filières de soins au cœur desquelles est placé l'usager.

Convention avec une équipe mobile d'hygiène

Par ailleurs depuis fin 2013, des équipes mobiles d'hygiène (EMH) dédiées aux interventions dans les EHPAD se mettent progressivement en place sur l'ensemble de la région Rhône Alpes. Ces EMH sont en général adossées aux établissements de santé de référence des filières gérontologiques. D'ores et déjà il est fortement recommandé aux EHPAD de passer convention avec une EMH afin de structurer leurs actions en matière de prévention du risque infectieux et de disposer d'une aide pour la gestion des situations épidémiques.

En région Rhône-Alpes, une convention-type est disponible auprès des équipes mobiles d'hygiène.

Modèle ARS PACA de convention avec un établissement sanitaire

Convention cadre relative, aux modalités de coopération entre un établissement médico social et un établissement de santé, et à l'instauration de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts en milieu hospitalier, des résidents des établissements.

Entre

L'établissement médico socialEt

L'établissement de santé

Objet de la convention :

La présente convention vise à faciliter la coopération entre :

- les services de médecine gériatrique ;
- et /ou l'unité mobile de gériatrie ;
- et /ou le service de médecine ;
- et /ou le service des urgences de l'établissement de santé (ES) ;
- et l'établissement afin de permettre que les résidents de cette structure bénéficient 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,
 - l'instauration de protocoles de bonnes pratiques thérapeutiques pour accompagner les transferts en milieu hospitalier quand ils s'avèrent nécessaires¹
 - la rencontre annuelle des médecins de l'ES et le médecin coordonnateur et les équipes de soins des deux structures.

Les admissions directes dans les services, notamment de médecine, de l'ES de des résidents de l'établissement en cas de décision médicale d'hospitalisation.

Article 1^{er} : Engagement de l'établissement de santé

L'ES s'engage à accueillir prioritairement, notamment en service de médecine, les résidents de L'établissement ...et, dans tous les cas, à leur garantir une évaluation réalisée par un médecin compétent.

Article 2 : Modalités relatives aux admissions directes

Lorsqu'un résident de L'établissement nécessite une hospitalisation en dehors d'une situation d'urgence vitale, un contact préalable est pris entre le médecin traitant ou le médecin coordonnateur de L'établissement et l'équipe de l'ES en fonction de la procédure adoptée conjointement.

¹ Pour mémoire, le principe est de limiter autant que faire se peut une hospitalisation pour les résidents des EMS. En effet, une hospitalisation peut avoir des effets défavorables chez des personnes vulnérables, notamment chez des personnes âgées : syndrome confusionnel, chutes, incontinences, dénutrition, décompensations en cascade, perte d'autonomie... En dehors de complications mettant en jeu le pronostic vital il n'y a pas d'évidence dans la littérature médicale sur le fait que l'hospitalisation améliore la survie des patients.

Le référent de L'établissement pour l'ES est le médecin (traitant ou coordonnateur) du patient ou de l'établissement. L'ES désigne une équipe référente pour L'établissement chargée de la coordination de l'accueil, de la prise en charge et du suivi du patient.

Le médecin traitant du résident ou le médecin coordonnateur de L'établissement peut demander l'admission directe dans un des services de l'ES, notamment un service de médecine, au médecin responsable du service ou au médecin désigné comme référent.

Des protocoles, figurant en annexe, prévoient les conditions d'admission ainsi que les modalités d'information réciproque auxquelles s'obligent les parties, à l'entrée du patient dans l'ES, au cours de son séjour et lors de la sortie.

Ils comportent notamment l'élaboration conjointe d'un dossier médical de liaison urgente incluant des éléments relatifs à l'état de santé, l'autonomie et aux habitudes de vie du patient concerné ainsi qu'aux modalités de transmission des informations en temps réel lors de l'admission et lors de la sortie du résident (fiche jointe ci après).

La fiche de liaison urgente du résident d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD, sera accessible 24h sur 24 à tout médecin intervenant en urgence dans l'EHPAD

Article 3 : Engagement de l'établissement

A l'issue de l'hospitalisation, l'établissement s'engage à admettre de nouveau le résident, sans délai, selon des modalités prévues dans le cadre d'un protocole élaboré conjointement par l'établissement et l'ES figurant en annexe. Ce protocole précisera les modalités de retour du résident : délai de prévenance, éventuelles périodes préférentielles de retour à L'établissement, mais aussi, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible avec le niveau de soins possible au sein de L'établissement, les modalités d'une orientation vers un autre établissement.

Article 4 : Accès aux consultations externes

L'accès à toutes les consultations externes délivrées par l'ES de , dont la liste est jointe en annexe, est facilité pour les résidents de L'établissement

En outre, le service de médecine peut programmer en les regroupant un certain nombre d'examen complémentaires pour un résident de L'établissement soit sous forme de consultations externes regroupées soit sous forme d'hospitalisation programmée courte.

Article 5 : Formation des personnels

L'ES de et L'établissement s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions de formation et d'information réciproques relatives à la prise en charge spécifiques des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux résidents âgés. Les stages au sein des différents services sont facilités.

Les différents protocoles spécifiques élaborés doivent être disponibles au sein des services prenant en charge la personne âgée ou handicapée. Ils font l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 6 : volet « risque infectieux »

Conformément à 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 ».

Désigner des référents grippe au sein de chaque institution, pour faciliter les admissions, en lien avec le SAMU - Centre 15.

Cette mise en place permettra de :

- définir le circuit des prélèvements à analyser lors des premiers cas ;
- prévoir les procédures de transfert (et de retour dans l'établissement), sachant que la décision d'hospitalisation se fait après contact avec le SAMU centre 15 ;
- prévoir les modalités de transfert entre l'hôpital et l'établissement.

Article 7 : Evaluation

Le présent dispositif fait l'objet d'un bilan annuel et d'une réunion de concertation entre L'établissementet l'ES en vue d'apporter, s'il y a lieu, toutes modifications nécessaires aux protocoles ainsi qu'à la présente convention.

Article 8 : Modifications de la convention

Toute évolution des actions de coopération nécessitent un avenant à la présente convention.

Article 9 : Date d'effet - durée - résiliation de la convention

La présente convention est conclue pour une période de ... à compter du Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une durée maximale de trois ans. Elle peut être dénoncée avec un préavis de trois mois.

Le dossier de liaison d'urgence

Le courrier du 29 Mai 2008 en lien avec la circulaire interministérielle du 13 mai 2008 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du plan national canicule et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule, commande la mise en place du Dossier de liaison d'urgence.

Il s'agit d'un document synthétique faisant part des renseignements indispensables sur le patient pour assurer la continuité de prise en charge. Ce document doit être disponible 24h/24 à tout médecin intervenant en urgence, quelle que soient les circonstances.

Il prendra la forme de fiches papier ou de sorties informatisées régulièrement sauvegardées en externe (clé USB). Il est proposé d'en annexer un modèle à la convention passé entre les deux structures. Le médecin coordonnateur de l'établissement pour les EHPAD veillera à la mise à jour du DLU par le médecin traitant du patient.

Il est souhaitable que les autres structures (EHPA type foyer logement, maisons de retraite) s'approprient également ce dossier et la convention, afin de mettre en place, sans qu'il leur soit rendu obligatoire un dossier médical de liaison.

Cf. modèle suivant :

DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE
 (= informations minimales extraites du dossier, devant être
 accessibles et à jour,
 afin de pouvoir délivrer les soins plus adaptés en situation
 d'urgence)

1. Éléments Socio-Démographiques

Nom Prénom : Date de naissance :
Établissement d'hébergement :
 Adresse : Tél :
 Médecin coordonnateur :
 Infirmière coordinatrice :

Personne de confiance désignée par écrit :
 Nom : Tél :
Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :
 Nom : Tél :
Médecin traitant :
 Nom : Tél :
 Adresse :
Protection juridique : NON EN COURS
 OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

2. Evaluation Médicale

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Allergie : OUI préciser laquelle : NON

Régime :

Addictions :
 Alcool : OUI NON
 Tabac : OUI NON
 Autre :

Poids :

Taille :

Traitement actuel détaillé :

MÉDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

3. évaluation des Soins

Evaluation des besoins fondamentaux :

	Cocher la case Correspondante	Cotation AGGIR Ne rien cocher
1 -- COHERENCE : (converser et /ou se comporter de façon sensée, adaptée)		
Normale	<input type="checkbox"/>	A
Partiellement perturbée	<input type="checkbox"/>	B
Totalement perturbée	<input type="checkbox"/>	C
Démence diagnostiquées	<input type="checkbox"/>	
2 -- ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE		
Normale	<input type="checkbox"/>	A
Orienté avec aide	<input type="checkbox"/>	B
Désorienté épisodique	<input type="checkbox"/>	B
Désorienté totale	<input type="checkbox"/>	C
3 -- HUMEUR, COMPORTEMENT :		
Normale	<input type="checkbox"/>	
Apathies, dépression	<input type="checkbox"/>	
Cris	<input type="checkbox"/>	
Fugues	<input type="checkbox"/>	
Commentaire :		
4 -- TOILETTE, HYGIENE :		
Seul (haut et/ou bas)	<input type="checkbox"/>	A
Aide (haut et/ou bas)	<input type="checkbox"/>	B
Dépendance totale	<input type="checkbox"/>	C
5 -- HABILLAGE :		
Seul (Haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	<input type="checkbox"/>	A
Aide (Haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	<input type="checkbox"/>	B
Dépendance Totale	<input type="checkbox"/>	C
6 -- ALIMENTATION HYDRATATION		
Seul	<input type="checkbox"/>	A
Aidé	<input type="checkbox"/>	B
Assistance Totale	<input type="checkbox"/>	C
Trouble de la déglutition	<input type="checkbox"/>	
7 -- ELIMINATION :		
Continence Urinaire et Fécale	<input type="checkbox"/>	A
Incontinence Occasionnelle (Jour/Nuit)	<input type="checkbox"/>	B
Incontinence Totale	<input type="checkbox"/>	C
8 -- LOCOMOTION :		
Adaptée	<input type="checkbox"/>	
Déambulation Inadaptée	<input type="checkbox"/>	
Chutes Fréquentes	<input type="checkbox"/>	
9 -- TRANSFERT : (lit/fauteuil)		
Autonome	<input type="checkbox"/>	A
Avec Aide	<input type="checkbox"/>	B
Dépendant	<input type="checkbox"/>	C

10 -- DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :

Autonome	<input type="checkbox"/>	A
Avec aide d'une personne	<input type="checkbox"/>	B
Avec canne ou déambulateur	<input type="checkbox"/>	
En fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	
Grabataire	<input type="checkbox"/>	C

11 – DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport c.à d. à pieds)

Fait seul	<input type="checkbox"/>	A
Avec aide	<input type="checkbox"/>	B
Ne fait pas	<input type="checkbox"/>	C

12 – COMMUNICATION A DISTANCE : (téléphone, sonnette alarme)

Fait seul	<input type="checkbox"/>	A
Avec aide	<input type="checkbox"/>	B
Ne fait pas	<input type="checkbox"/>	C

13 -- DOULEUR :

Physique Oui Non
 localisation :

Morale (anxiété, pleurs, dépression)
 Oui Non

Evaluation des soins techniques infirmiers:

**COCHER LA CASE
CORRESPONDANTE**

COMMENTAIRES



Pansements : → préciser leur nombre et leur localisation

Soins d'ulcère	<input type="checkbox"/>
Soins d'escarre	<input type="checkbox"/>
Pansements divers	<input type="checkbox"/>

Sondes :

Sonde à oxygène	<input type="checkbox"/>
Sonde nasogastrique	<input type="checkbox"/>
Sonde de trachéotomie	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>

Stomies :

Urétérostomie	<input type="checkbox"/>
Colostomie	<input type="checkbox"/>
Gastrostomie	<input type="checkbox"/>

Appareillage divers :

Pace-maker	<input type="checkbox"/>
Chambre implantable	<input type="checkbox"/>
Prothèse	<input type="checkbox"/>
Orthèse	<input type="checkbox"/>
Appareillage ventilatoire (VNI, CPAP, etc...)	<input type="checkbox"/>

Aucun Soin Technique :

Soins Palliatifs :

Prothèses mobiles :

Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>

4. Projet de Prise en Charge

Risque(s) identifié(s) et réponse(s) préconisée(s) face à ce(s) risque(s) :

- indiquer les recommandations pour la prise en charge soignante :
- indiquer les recommandations pour la prise en charge médicale :

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Date :

Signature :

La mallette d'astreinte

Pour faire face à toute situation sanitaire exceptionnelle, il est nécessaire de constituer une «mallette d'astreinte» qui pourra être emportée par le cadre responsable soit d'astreinte soit face à un évènement impactant fortement les locaux et/ou les communications de l'établissement. Cette «mallette» doit permettre de faire face et gérer l'évènement à distance.

Elle contiendra les documents utiles, dont à minima :

- les coordonnées des personnels assurant les astreintes ;
- les coordonnées des services à informer (services de secours; conseil d'administration ou gestionnaire, ARS, préfecture, Conseil Général, maire, ...)
- la liste des personnels de l'établissement avec leurs coordonnées, pour ceux qui auront accepté de les communiquer ;
- la liste des résidents à jour accompagnée de la liste des familles et leurs contacts à prévenir
- la copie papier de la dernière version du plan bleu validée de la structure et une copie sauvegardée sur support informatique ;
- la liste et les coordonnées des divers prestataires de la structure (professionnels de santé, logistique etc.

Cette mallette doit être maintenue à jour en permanence et un agent doit être responsabilisé pour la maintenir. Des tests d'utilisation seront pratiqués régulièrement et lors d'exercices notamment.

Autres documents utiles

Chaque établissement jugera de l'utilité des documents à placer en annexe ou à disposition de la cellule de crise pour faire face à un évènement

Ici ne sont cités que quelques exemples :

- La convention avec la pharmacie pour couvrir les besoins en médicaments hors jours ouvrables et en situation de crise.
- Le contrat avec les assureurs quand celui ci prévoit des interventions propres à soutenir l'établissement dans le cadre d'une crise. Ex : communication avec les familles !
- Contrat de location ou la convention de prêt d'un groupe électrogène
- Contrat de maintenance de téléphonie
- Contrat de maintenance informatique

Annexe 3 : évacuation des personnes en EHPAD ou en établissements pour personnes handicapées - recensement des besoins en transport et lieux d'accueil

- La prise en charge par les familles des résidents et patients valides sera privilégiée en cinétique lente pour réduire les besoins en transport.
- Le lieu d'accueil peut être une structure de même type (en cas d'appariement préalable) et/ou un centre d'hébergement communal.

FORMAT A REMPLIR ET A RENVOYER A L'ARS AU CONTACT FOURNI LORS DE L'EVENEMENT :

MAIL:.....

TEL:.....

DATE/HEURE:

N° FINESS géographique :.....

Nom de l'établissement :

Adresse postale (n°, rue, commune, code postal):.....

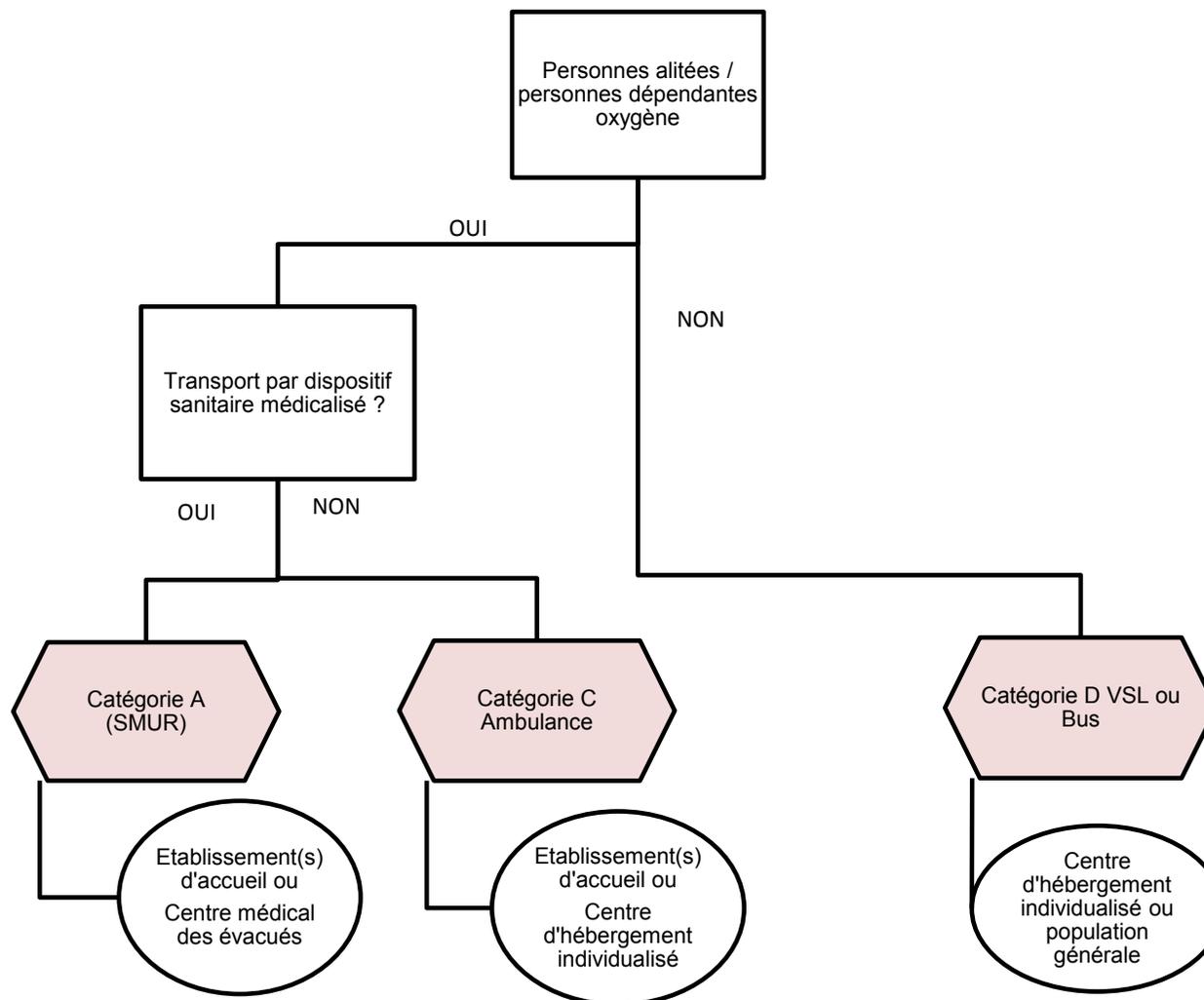
Unité à évacuer (service, unité géographique,...)	A EVACUER			EVACUES PAR LES MOYENS DE L'ETABLISSEMENT		RESTANTS A EVACUER PAR DES MOYENS MOBILISES PAR L'ARS		HEBERGEMENTS POSSIBLES
	Etat de santé (parmi 3 catégories) ou préciser le profil des résidents ¹	Nombre de résidents/patients à évacuer	Nombre de personnels accompagnants (évacués avec les résidents/patients)	Nombre de résidents et de patients	Nombre de personnels accompagnants (évacués avec les résidents/patients)	Nombre de résidents et de patients	Nombre de personnels accompagnants (évacués avec les résidents/patients)	

- Prévoir le matériel qui doit suivre les résidents
- Lister le matériel non transportable et indispensable à installer sur le lieu d'accueil pour en faire une demande

¹ Les patients accueillis en établissements sanitaires, médico-sociaux ou centres d'hébergements communaux sont répartis en 3 types de transport (3 catégories de patients) :

- cat 1 : patients alités à évacuer par dispositif médicalisé (SMUR, ambulance cat A)
- cat 2 : patients alités nécessitant un accompagnement paramédical (ambulance cat C + IDE)
- cat 3 : personnes autonomes nécessitant un accompagnement (VSL cat D, taxi, bus avec accompagnant)

Annexe 4 : aide à la définition des types de transports et lieux d'accueil pour l'évacuation des établissements sanitaires et médico-sociaux



Annexe 5: typologie des moyens en transport

Public	Type	Capacité	Matériel
valide, autonome	<p>Moyens conventionnels :</p> <p>mini-bus, bus</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacité : mini bus 9 personnes (1 accompagnant chauffeur + 1 accompagnant+ 7 résidents) ▪ Capacité : bus 17 personnes en moyenne (1 chauffeur, 3 accompagnants +13 résidents) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun à priori ▪ Coffre pouvant accueillir matériel (charriots, ...)
Valide, autonome mais nécessite un transport plus individuel, troubles du comportement, difficultés à marcher ou à se maintenir assis, stress trop important...	<p>Véhicule Sanitaire Léger- catégorie D</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En dehors de la réquisition, un VSL = 4 places ▪ Réquisition en cas de SSE, un VSL= 5 places (1accompagnant chauffeur + 3 résidents- pas plus de 3 patients selon la réglementation) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trousses de premier secours ▪ Coffre pouvant accueillir matériel (charriots, ...)
Besoin de transport couché	<p>Ambulances catégorie</p> <p>Catégorie C type A</p>  	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 places : 1 ambulancier + 1 auxiliaire Ambulancier, 1 place brancard résident + 1 place assise accompagnant 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel présent ▪ Prévoir matériel médical propre au patient transporté ?
Public	Type	Capacité	Matériel
Besoin de transport couché et médicalisé	<p>Ambulances Médicalisées</p> <p>-Catégorie A type B</p> <p>ASSU (Ambulance de Secours et de Soins d'Urgences)</p> <p>Et VSAV (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes = Pompiers)</p> <p>-Catégorie A type C = SMUR</p>   	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 places : 1 conducteur ambulancier, 1 strapontin de tête = Médecin, 1 siège accompagnateur= IDE, 1 patient <p>Attention : 1 IADE (Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat) peut se substituer au Médecin + IDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel présent ▪ Prévoir matériel médical propre au patient transporté ?

Annexe 6: sécurité des installations électriques

Différents textes, que vous trouverez ci-après, ont défini l'obligation qui pouvait être faite à certains établissements de santé et établissements médico-sociaux de mettre en place des moyens de secours électriques en cas de défaillance du fournisseur d'énergie électrique.

Il apparaît cependant important de préciser que cette source dite de remplacement doit trouver une cohérence de branchement avec les mesures prévues par le règlement de sécurité contre l'incendie et le risque de panique dans les établissements recevant du public.

Ce dernier prévoit en effet dans son article EL 11 § 1 : *Les dispositifs nécessaires pour permettre la mise hors tension générale de l'installation électrique de l'établissement sont inaccessibles au public et faciles à atteindre par les services de secours. Ils ne coupent pas l'alimentation normale des installations de sécurité.* Le fonctionnement du désenfumage n'est donc pas atteint par l'action sur cette coupure communément appelée "coupure d'urgence pompier."

L'alimentation électrique de sécurité électrique portée par le Code de la santé publique ou par le Code de l'action sociale et des familles doit être regardée comme la source de remplacement éventuellement prévue par le règlement de sécurité E.R.P.-I.G.H.. Elle permet en effet de poursuivre le fonctionnement de l'établissement.

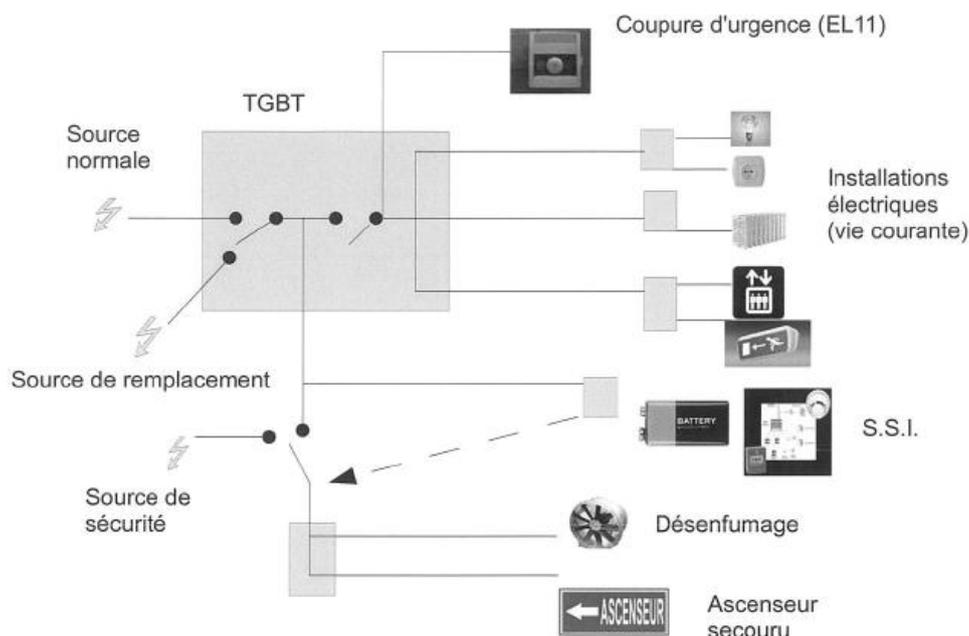
De ce fait, la coupure EL 11 doit permettre d'interrompre la source normale ou la source de remplacement, en cas de risque d'électrocution (action par les services de secours uniquement).

Enfin les installations de sécurité comme le désenfumage ou les éventuels ascenseurs secourus peuvent être alimentées par ladite source de remplacement. Dans le cas contraire, certaines installations de sécurité, comme le désenfumage mécanique des circulations horizontales, doivent être alimentées par une dérivation issue directement du tableau principal, c'est notamment le cas des ERP de 3^{ème} et 4^{ème} catégorie.

L'arrêt d'urgence de la source de remplacement (groupe électrogène) doit d'autre part être précisément signalée et ne pas pouvoir être confondue avec la coupure EL 11.

Un schéma général de principe vous est proposé ci-après.

Schéma général de principe d'une installation électrique



Source normale : source d'alimentation électrique habituelle (réseau de distribution publique).

Source de remplacement : source permettant de poursuivre tout ou partie de l'exploitation de l'établissement en cas de défaillance de la source normale.

Source de sécurité : source éventuellement prévue pour maintenir le fonctionnement des installations de sécurité contre les risques d'incendie et de panique.

Références législatives ou réglementaires

Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile : article 7

Code de la santé publique : sécurité des établissements de santé en cas de défaillance du réseau d'énergie.

Article R. 6111-22 (*modifié par le décret n°2009-597 du 26 mai 2009*).
Circulaire n° DHOS/E4/2006/393 du 8 septembre 2006 relative aux conditions techniques d'alimentation électrique des établissements de santé publics et privés.

Code de l'action sociale et des familles : *sécurité des personnes hébergées* dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance du réseau d'énergie.

Article R. 313-31 (*créé par le décret n°2007-1344 du 12 septembre 2007*)
Circulaire n°DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie.

Arrêté du 25 juin 1980 modifié portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP).

Annexe 7 : aide à l'analyse des activités prioritaires dans le cadre du PCA (exemple pour les EHPAD)¹

ACTIVITE	Qui		ACTIONS	PROTOCOLES / MOYENS OUTILS
	FONCTIONNEMENT NORMAL	PCA ACTIVE		
Gestion des professionnels	Professionnels administratifs IDE Coordinatrice	Secrétaire ou tout autre agent administratif présent Professionnels para médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recenser les moyens humains disponibles au sein de l'établissement ▸ Appeler en fonction des besoins les professionnels en vacances, les intérimaires ou autres bénévoles, remplaçants... ▸ Réorganiser le temps de travail ▸ Recenser selon le type d'alerte les intervenants libéraux <ul style="list-style-type: none"> • Professionnels médicaux, paramédicaux • Autres intervenants. 	<p>Liste des professionnels</p> <p>Grille de présence/planning</p> <p>Liste des intervenants à jour</p>
Facturation Paie	Directeur Adjoint au directeur Comptable	Directeur Adjoint au directeur Comptable	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Facturation ▸ Fiches de paie 	
Gestion des dépannages	Services Techniques	Services Techniques Secrétaire ou tout autre agent administratif présent Professionnels para médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Assurer les dépannages et maintenances indispensables 	<p>Liste des intervenants à jour</p> <p>Liste des maintenances indispensables</p>
Communication	Directeur Médecin coordonnateur Cadre de santé IDE coordinatrice IDE désignée	Directeur Médecin coordonnateur ou leur représentant	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Assurer la communication : personnel, familles, résidents, médias, personnes de confiance, tuteurs le plus tôt possible ▸ Répondre aux demandes des autorités sanitaires (indicateurs...) 	<p>Liste des familles, résidents, tuteurs, personnes de confiance...</p> <p>Liste des professionnels</p> <p>Courrier type, affiches</p> <p>Messages électroniques, site web, Intranet, Message vocal pré-enregistré, SMS...</p>
Approvisionnement Commandes	Propre à chaque EHPAD	Tout professionnel désigné préalablement	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Assurer le suivi régulier des stocks selon organisation définie : cuisine, dispositifs médicaux, médicaments, consommables (produits d'entretien,...) ▸ Bilan des énergies fioul, gaz, groupe électrogène...et Organiser les commandes 	<p>Procédures</p>

BIONETTOYAGE - CIRCUIT DES DECHETS, CIRCUIT DES REPAS

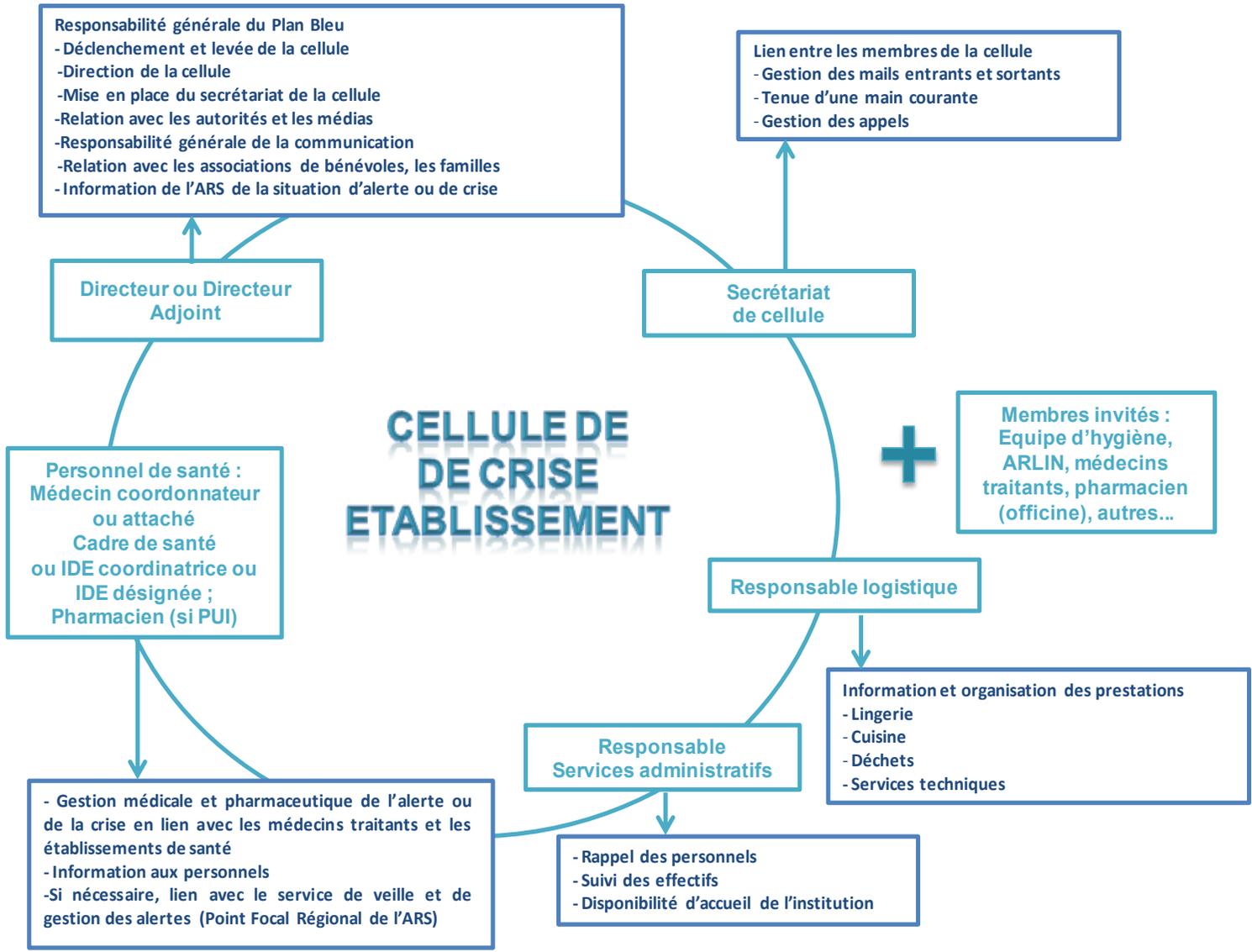
¹ IDE= infirmier diplômé d'état, ASH =aide soignante hospitalière, AS =aide soignante, AVS =auxiliaire de vie

ACTIVITE	Qui		OBJECTIFS	ACTIONS	PERIODICITE	PROTOCOLES / MOYENS OUTILS
	FONCTIONNEMENT NORMAL	PCA ACTIVE				
Circuit des repas	Agents des cuisines	Sous la responsabilité du chef de cuisine ou du suppléant : <ul style="list-style-type: none"> ▸ ASH ▸ AS ▸ Agent administratif ▸ Animateur ▸ Psychologue ▸ Bénévoles ▸ Résidents ▸ Famille 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Assurer la confection des repas dans le respect des règles de sécurité sanitaire ▸ Maintenir une qualité diététique des repas 	Menus types Contrôle des températures des repas Respect du temps limite de distribution	Quotidien Avant distribution 1 heure	Insister sur l'importance d'une hygiène des mains et le port de tablier plastique à UU. Exclure toute personne symptomatique
	ASH		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Servir les repas selon nouvelle organisation ▸ Limiter l'afflux de personnes le cas échéant (risque infectieux) 	Privilégier les repas en salle à manger : <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les horaires et le nombre de services 	3 fois par jour	
	Agents des cuisines		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prévoir les repas des professionnels 	Menus types	Selon besoins	
	Chef de cuisine	Chef de cuisine ou suppléant	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Approvisionner 		En fonction de la consommation Procédure Société prestataire en restauration : PCA en cuisine	

ACTIVITE	Qui		ACTIONS	PERIODICITE	PROTOCOLES / MOYENS OUTILS
	FONCTIONNEMENT NORMAL	PCA ACTIVE			
Relève	IDE AS +/- AVS +/- ASH +/- médecin co +/- psychologue	IDE AS +/- AVS +/- ASH +/- médecin co	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Préférer le support écrit au support oral avec un système d’alerte pour les résidents concernés ▶ Lister les cas malades ▶ Relève physique uniquement si éléments nouveaux et conséquents par rapport à l’état général habituel d’un résident 	Selon organisation	Cahier Informatique
Toilette du résident autonome : GIR 5-6	Lui-même AVS ASH AS	Lui-même AVS ASH Personnel administratif Animateur AS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervision par le personnel 	Quotidienne	
Toilette d’un résident semi autonome : GIR 3-4	AS AVS en lien avec AS ASH en lien avec AS	AS AVS ASH IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visage et hygiène bucco dentaire ▶ Toilette intime, change si besoin ▶ Prévention d’escarres si besoin ▶ Habillage avec des habits personnels ▶ Toilette des pieds si résident diabétique 	<p style="text-align: center;">} Quotidien</p> <p>3 fois / semaine</p>	Toilette de au préférence lavabo
Toilette d’un résident dépendant : GIR 1-2	AS IDE ASH en binôme avec AS ou IDE	AS IDE ASH en binôme avec AS ou IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visage et hygiène bucco dentaire ▶ Toilette intime, change si besoin ▶ Prévention d’escarres ▶ Habillage le plus simple possible ▶ Pieds si résident diabétique 	<p style="text-align: center;">} Quotidien</p> <p>3 fois / semaine</p>	<i>Toilette au lit</i>
Toilette d’un résident avec : des plaies un risque cutané majeur	IDE AS ASH en binôme avec AS ou IDE	IDE AS ASH en binôme avec IDE ou AS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visage et hygiène bucco dentaire ▶ Toilette intime, change si besoin ▶ Prévention d’escarres ▶ Soins des plaies ▶ Habillage le plus simple possible ▶ Pieds si résident diabétique 	<p style="text-align: center;">} Quotidien</p> <p>3 fois / semaine</p>	Toilette au lit

ACTIVITE	QUI		ACTIONS	PERIODICITE	PROTOCOLES / MOYENS OUTILS
	FONCTIONNEMENT NORMAL	PCA ACTIVE			
<i>Changes des résidents incontinents</i>	AS ASH en binôme avec AS	AS ASH en binôme avec AS ou IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Au moment de la toilette</i> ▶ <i>En début d'après midi</i> ▶ <i>Au coucher</i> ▶ <i>En milieu de nuit</i> 	4 fois/jour	<i>Prévoir des protections spéciales nuit même en journée pour les résidents alités</i>
<i>Réfection du lit Changement du linge de lit</i>	AS ASH AS ASH	AS ASH Personnel administratif Animateur IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Quand souillures par des liquides biologiques et tâches alimentaires</i> ▶ <i>De façon systématique</i> 	Quotidien 1 fois / quinzaine	
<i>Circuit du linge : tri, acheminement, traitement</i>	AS ASH Lingère	AS ASH IDE Lingère Personnel administratif Animateur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Circuit habituel</i> ▶ <i>Traiter sur place le linge du résident d'habitude pris en charge par la famille si le service n'est plus assuré par la famille ou si le résident est atteint (risque de contagiosité)</i> 	Quotidien	<i>Respect des précautions standard Tenue de protection adaptée à la situation</i>
<i>Lever/coucher du résident semi autonome : GIR 3-4</i>	AS AVS ASH	AS AVS ASH IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Le lever pour la toilette au lavabo</i> ▶ <i>Le coucher pour la nuit</i> 	Le matin Après le repas du soir si installation confortable au fauteuil la journée	
<i>Lever/coucher du résident dépendant : GIR 1-2</i>	AS ASH	AS ASH IDE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Si pénurie de personnels limiter les levers</i> ▶ <i>Soins préventifs d'escarre renforcés</i> 	A adapter	

Annexe 8 : modèle de schéma fonctionnel de la cellule crise



Autres collections

► Collection Dossier



- 1- Retour sur l'élaboration du Projet régional de santé en Rhône-Alpes
- 2- Les soins de premier secours : définir une offre de soins organisée, coordonnée et accessible à tous
- 3- Les investissements hospitaliers en Rhône-Alpes : améliorer la prise en charge et garantir la qualité de service

► Collection Repères



- 1- Les filières gérontologiques
- 2- Inspections et contrôles : garantir et améliorer la qualité des prestations en santé
- 3- Les maladies à déclaration obligatoire : un outil de veille sanitaire

► Collection Indicateurs



- 1- Les dépenses de santé 2011 en Rhône-Alpes : une progression proche des moyennes nationales
- 2- L'activité de chirurgie cardiaque en Rhône-Alpes
- 3- L'hospitalisation des habitants du Pays de Gex (Ain) Etude d'activité 2009-2011
- 4- L'emploi dans les structures pour personnes handicapées en Rhône-Alpes
- 5- Les dépenses de santé 2012 en Rhône-Alpes : une progression maîtrisée
- 6- Urgences hospitalières en Rhône-Alpes : évolution des activités de 2002 à 2012
- 7- Bilan 2012 des activités de l'ARS Rhône-Alpes en Santé environnementale