



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD

2022

SSE situations
sanitaires
exceptionnelles

Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD

Remerciements

La Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale remercient les membres du comité de pilotage et toutes les personnes qui ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce guide, dont la finalité est d'accompagner les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes dans la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Rédaction et coordination

Direction générale de la santé (DGS)*

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*

Édition

Délégation de l'information et à la communication (DICOM)

Conception maquette et réalisation

MICOM

*Voir la liste des rédacteurs en fin de document.

Guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD

Sommaire

Sommaire.....	5
Avant-propos	7
Présentation du guide.....	8
POURQUOI SE PRÉPARER?	
1. Pour faire face aux risques et menaces susceptibles d’impacter la structure	10
2. Pour participer à la réponse sanitaire globale	11
COMMENT SE PRÉPARER?	
1. Mise en place d’un dispositif intégré de préparation aux crises : le plan bleu ...	15
2. Elaboration du plan bleu	16
LES CINQ ÉTAPES D’ÉLABORATION ET DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE DU PLAN BLEU	
1. Etape 1 : Constitution de l’équipe projet en charge de la préparation de la réponse	18
2. Etape 2 : Analyse et priorisation des risques et menaces.....	18
3. Etape 3 : Evaluation des capacités de réponse.....	19
4. Etape 4 : Organisation de la réponse aux crises	20
a. Elaboration des procédures de déclenchement et de levée de l’alerte.....	20
b. Mise en place d’une cellule de crise	21
c. Elaboration des outils de réponse	25
5. Etape 5 : Elaboration d’un plan de formations et d’exercices et d’un RETEX ...	27
a. Plan de formation du personnel.....	27
b. Programme annuel d’exercices et d’entraînements	28
c. Focus sur le RETEX	29
Liste des principales abréviations	99
Principaux textes réglementaires	102

Annexes

ANNEXE 1 : FICHE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ANNEXE 2 : OUTILS DE SÉCURISATION DES ESSMS

ANNEXE 3 : RISQUE INONDATIONS

ANNEXE 4 : RISQUES VAGUES DE FROID ET VAGUES DE CHALEUR

ANNEXE 5 : RISQUE INFECTIEUX

ANNEXE 6 : SCHÉMA DE MOBILISATION DE L'ÉTABLISSEMENT

ANNEXE 7 : MOBILISATION DE MOYENS HUMAINS SUPPLÉMENTAIRES – PROCÉDURE DE RAPPEL DU PERSONNEL

ANNEXE 8 : MOBILISATION DE MOYENS MATÉRIELS SUPPLÉMENTAIRES

ANNEXE 9 : MODÈLE DE CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE UN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) ET UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (ES) ORGANISANT LES MODALITÉS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS

ANNEXE 10 : FICHE COMMUNICATION

ANNEXE 11 : FICHE DE LIAISON D'URGENCE

ANNEXE 12 : DOCUMENT DE LIAISON D'URGENCE

ANNEXE 13 : MODÈLE TYPE DE MAIN COURANTE

ANNEXE 14 : MODÈLE TYPE DE TABLEAU DE BORD

ANNEXE 15 : MODÈLE TYPE DE POINT DE SITUATION

ANNEXE 16 : ACTIONS À MENER/PROCÉDURES À METTRE EN PLACE DANS LE CADRE DU PLAN BLEU EN EHPAD

ANNEXE 17 : PRÉPARATION ET GESTION D'UNE ÉVACUATION/MISE À L'ABRI

ANNEXE 18 : PROCÉDURES EN CAS DE RUPTURES DE FLUX

ANNEXE 19 : PROCÉDURES DE GESTION DES DÉCÈS MASSIFS

ANNEXE 20 : LA MISE EN PLACE DU RETOUR D'EXPÉRIENCE (RETEX)

Avant-propos



Jérôme Salomon
Le Directeur Général de la Santé



Jean-Benoît DUJOL
Le Directeur Général de la Cohésion Sociale

« Le Directeur Général de la Santé et le Directeur Général de la Cohésion Sociale :

Les risques et les menaces ont évolué durant ces dernières années : menaces terroristes, enjeux climatiques, risques infectieux émergents et épidémiques. A cet égard, la crise sanitaire relative à la pandémie du virus SARS-CoV-2 a été exceptionnelle et inédite. Notre système de santé comme le secteur médico-social ont dû s'adapter pour faire face à la situation, en s'appuyant sur un engagement remarquable de l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui ont été particulièrement touchés.

En effet, outre la gravité de la maladie pour les personnes âgées impliquant une forte demande de soins à laquelle les professionnels de ces établissements ont dû répondre, des mesures de sécurité sanitaire très spécifiques ont dû y être appliquées. Les établissements ont su cependant faire face et gérer la situation, grâce notamment à l'implication de leurs personnels, à l'adaptation de leur organisation et à leur préparation.

Tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut être confronté à une crise extérieure qu'il subit ou survenant au sein même de sa structure. Aussi, il est aujourd'hui indispensable que chaque établissement renforce son dispositif de préparation et dispose bien d'un plan bleu, intégré dans sa gouvernance, lui permettant de gérer chaque crise.

Le présent guide, élaboré avec de nombreux professionnels du secteur et des agences régionales de santé, vise ainsi à proposer un cadre renforcé et actualisé de préparation et de gestion des crises. Il s'inscrit en cohérence avec le dispositif ORSAN qui permet aux agences régionales de santé de mobiliser l'ensemble des secteurs du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles.

Le présent guide doit être un élément facilitateur dans la préparation et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles : il définit notamment l'organisation de la cellule de crise de l'établissement ainsi que les outils de réponse aux principales situations susceptibles d'être rencontrées, tout en intégrant l'information des résidents et de leurs familles, des personnels et des instances représentatives du personnel.

Nous avons en effet souhaité que soit mis à la disposition de chaque établissement un corpus d'outils opérationnels.

Nous savons pouvoir compter sur votre mobilisation pour mettre en œuvre ce cadre actualisé de préparation, qui contribuera à renforcer notre dispositif global de réponse aux urgences au bénéfice de nos publics. »

Présentation du guide

La préparation de l'ensemble des acteurs à la gestion de crise est essentielle pour optimiser, lors de la survenue d'une situation sanitaire exceptionnelle (SSE), la prise en charge des blessés et des malades et garantir la sécurité, la continuité de la prise en charge et la qualité des soins des patients et des résidents impactés par l'événement.

Le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé (ORSAN) pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles, mise en œuvre et piloté par l'Agence régionale de santé (ARS), constitue l'outil central de la planification et de l'organisation de la réponse du système de santé aux SSE. Il a pour objet de planifier la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels en recherchant les approches les plus efficaces au sein de chaque territoire et en prenant en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans les secteurs de ville, hospitalier et médico-social. Ce dispositif régional est ensuite décliné au niveau des opérateurs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, structures de soins de ville).

Le plan bleu, qui constitue le plan global de gestion des risques des établissements médico-sociaux pour faire face à tout type de crises et de SSE susceptibles de les impacter, doit être pleinement intégré dans la gouvernance de l'établissement. En effet, le décret du 7 juillet 2005 a rendu obligatoire pour les EHPAD l'intégration dans le projet d'établissement d'un plan détaillant l'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique.

Ce guide présente dans une première partie l'ensemble des risques et menaces recensés à ce jour susceptibles d'affecter les EHPAD, puis dans une seconde partie, il explicite la place que peuvent prendre les EHPAD dans la réponse sanitaire globale, en lien avec le dispositif ORSAN. Enfin, dans une troisième partie, le guide détaille les étapes de la préparation de la réponse des EHPAD aux crises, qui repose sur la connaissance et l'analyse précise de l'environnement de chaque établissement, l'organisation de la fonction de pilotage de crise, l'entraînement à la gestion de crise et l'organisation du retour d'expérience. Enfin, les annexes fournissent des outils méthodologiques et opérationnels, dont la méthodologie d'élaboration de chaque volet du plan bleu et plusieurs fiches pratiques.

Cet ouvrage met ainsi à disposition des directeurs d'établissement, des médecins coordonnateurs, des infirmiers coordinateurs et de l'ensemble du personnel des EHPAD un cadre général ainsi que des outils adaptés de planification opérationnels et de gestion de crise, quelle que soit la nature de l'événement, afin de les accompagner dans l'élaboration de leur plan bleu.

Pourquoi se préparer ?



1. POUR FAIRE FACE AUX RISQUES ET MENACES SUSCEPTIBLES D'IMPACTER LA STRUCTURE

Les EHPAD sont exposés d'une part aux risques liés à l'environnement extérieur (catastrophes naturelles et technologiques, épidémies, actes de malveillance et de terrorisme, etc.) et d'autre part aux risques liés à un incident interne ou à une défaillance du fonctionnement de la structure elle-même (rupture de flux, incendie, infections nosocomiales, etc.). Le tableau suivant recense les principaux risques et menaces auxquels les EHPAD doivent se préparer.

Qu'ils soient extérieurs à la structure ou interne, certains de ces risques, s'ils ont un impact sur la santé (ex : épidémie, infection nosocomiale, etc.), peuvent constituer une situation sanitaire exceptionnelle (SSE). Une SSE englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soins (événement à cinétique rapide de type attentat ou accident grave) ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soins. Une SSE peut également résulter d'un événement à cinétique lente (épidémie ou épisode climatique exceptionnel par son ampleur, sa durée, etc.), provoquant des tensions dans l'offre de soins et pour lequel les premières mesures de gestion s'avèrent insuffisantes.

Les SSE constituent ainsi un type de crise spécifique, ayant un impact sanitaire important. Le plan bleu peut être déclenché lors tout type de crise, dont en cas de SSE.

Tableau 1 : Cartographie des principaux risques et menaces auxquels un établissement médico-social peut être confronté

Typologie des risques	Nature de la menace
Naturels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vague de chaleur, vague de froid ▪ Pollution ▪ Cyclone, ouragan, vents violents ▪ Inondation, rupture de barrage, crue, fortes précipitations, tsunami ▪ Coulée de boue, glissement de terrains ▪ Neige, verglas, avalanche ▪ Incendies, feux de forêts ▪ Éruption volcanique ▪ Séisme
Industriels et technologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accident industriel ▪ Accident de la route d'un transport de matières dangereuses ▪ Risques Nucléaires, Radiologiques et Chimiques (NRC)
Actes de malveillance et de terrorisme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bombe ▪ Attaque armée ▪ Cyberattaque
Dysfonctionnement de la structure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture de l'approvisionnement en fluides par les réseaux de distribution (gaz, électricité, eau potable)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rupture des moyens de communication et d'information (téléphone, informatique, etc.) ▪ Rupture des prestations extérieures (repas, ramassage des déchets, traitement du linge, etc.) ▪ Panne ou problème de maintenance (chaudière, climatiseur, ascenseur, etc.) ▪ Manque de personnel (grève, maladies, difficultés routières, etc.) conjoncturel ▪ Incendie
Sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Épidémie (grippe, SARM, gastro-entérite), risque biologique ▪ Intoxication (légionnelle, toxi-infection alimentaire collective) ▪ Pollution de l'air intérieur, intoxication au monoxyde de carbone (CO) ▪ Evènements indésirables graves associés aux soins¹ ayant une cause structurelle (ex : pratiques inadaptées) ou conjoncturelle (ex : matériel défectueux)

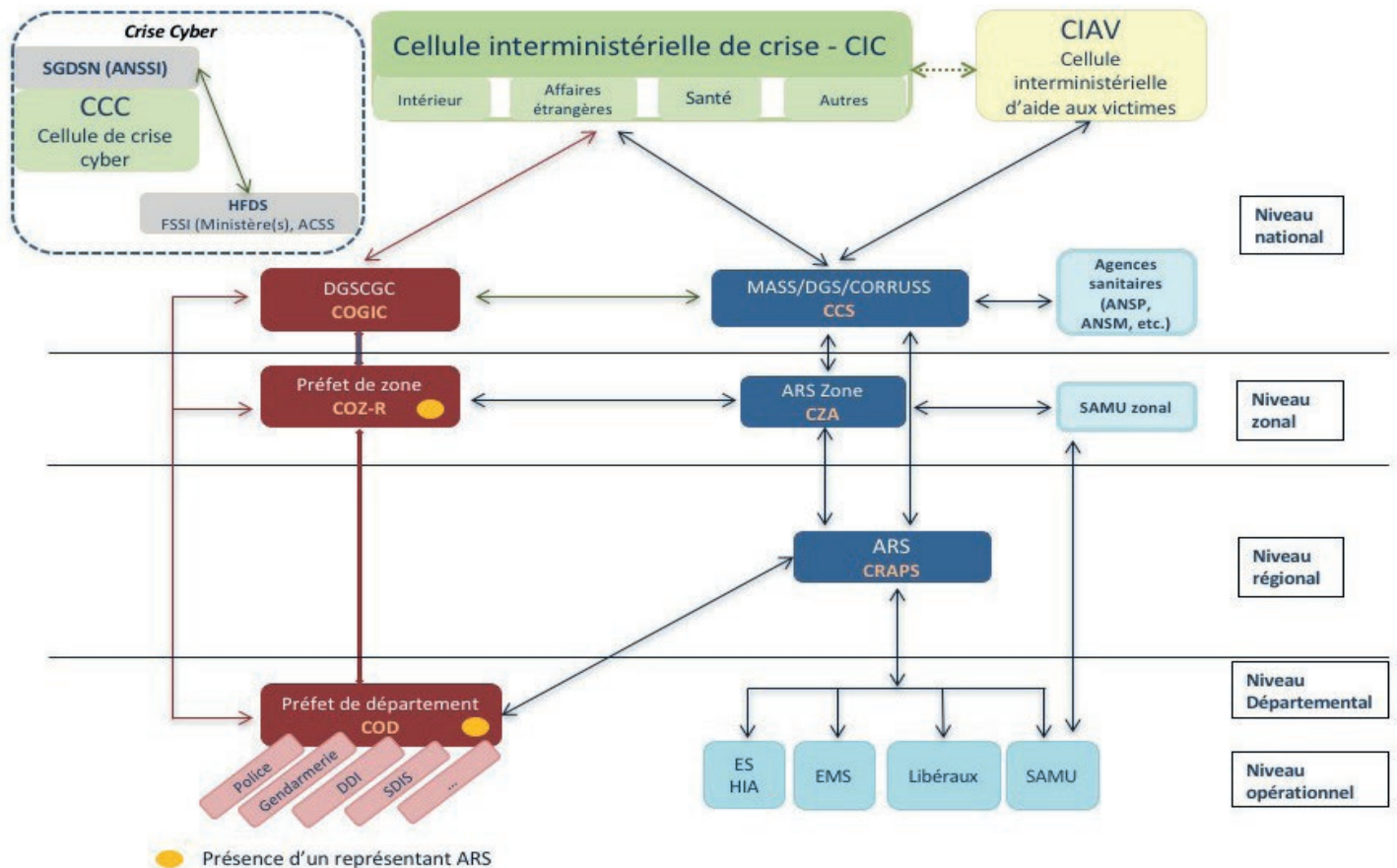
2. POUR PARTICIPER À LA RÉPONSE SANITAIRE GLOBALE

La gestion de la crise s'inscrit dans une stratégie de réponse globale qui fait intervenir différentes structures et autorités compétentes.

Les quatre échelons d'intervention opérationnels et de coordination qui peuvent être mobilisés en cas de SSE au sein d'un EHPAD sont les suivants :

- Au **niveau national** : le ministère en charge de la santé (notamment le CORRUSS et/ou le Centre de Crise Sanitaire de la Direction générale de la santé), avec l'appui des agences sanitaires (HAS, HCSP, EFS, ANSM, etc.), le ministère de l'intérieur (notamment la DGSCGC), les autres ministères en fonction de la nature de l'évènement. Pour coordonner l'ensemble de ces acteurs au niveau national, une Cellule interministérielle de crise (CIC) et si nécessaire une Cellule interministérielle d'aide aux victimes (CIAV) peuvent être mise en place ;
- Au **niveau zonal** : les préfets de zone, les ARS de zones et les SAMU zonaux ;
- Au **niveau régional** : les ARS ;
- Au **niveau départemental/opérationnel** : les préfets de département, les conseils départementaux, les SAMU, les SDIS, les associations agréées de sécurité civile ou encore les autres établissements de santé, les établissements médico-sociaux ou les professionnels libéraux.

¹ Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.



Lorsqu'il est confronté à un risque ou une menace, l'établissement concerné prend contact avec les autorités de tutelle (ARS et Conseil départemental) et, en fonction de la nature et de la gravité de la situation, avec les autorités locales (mairie, préfecture) pour les informer, voire demander un appui.

En effet, **le secteur médico-social joue un rôle important dans la réponse du système de santé aux SSE, notamment lors de la mise en œuvre des volets EPI-CLIM et AMAVI du dispositif ORSAN (détaillés ci-dessous), ce dernier permettant à l'ARS de piloter et d'adapter l'offre de soins.**

Le dispositif ORSAN intègre les trois composantes de l'offre de soins (secteurs de ville, hospitalier et médico-social) et prend en compte les particularités et les ressources locales disponibles dans ces trois secteurs.

Chaque ARS élabore le dispositif ORSAN à l'échelon de sa région et veille à son articulation avec les autres dispositifs territoriaux de gestion de crise (ex. dispositif ORSEC²). Le dispositif ORSAN comprend **cinq plans activables** correspondant aux principales SSE auxquelles le système de santé peut être confronté.

² Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

Ces cinq plans sont les suivants :

1. Accueil massif de blessés non contaminés, victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« **ORSAN AMAVI** ») ;
2. Prise en charge des tensions dans l'offre de soin liées au nombre important de patients dans un contexte d'épidémie saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique voire environnemental important (« **ORSAN EPI-CLIM** ») ;
3. Prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent (« **ORSAN REB** ») ;
4. Prise en charge des patients dans le cadre d'un événement NRC : nucléaire, radiologique ou chimique (« **ORSAN NRC** ») ;
5. Prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave (accident, catastrophe, attentat) (« **ORSAN MEDICO-PSY** »).

Ces plans ont pour objet de prévoir l'organisation de la montée en puissance coordonnée du système de santé et de définir les parcours de soins des patients à l'échelle de la région. Au sein de chaque plan sont définis le rôle et les **objectifs opérationnels de prise en charge assignés par l'ARS à chaque établissement de santé et médico-social**. Sur la base de ces objectifs, les établissements déclinent ensuite dans leur plan de réponse (« plans de gestions des tensions hospitalières et des SSE » pour les établissements de santé et « plans bleus » pour les ESMS) les dispositions permettant leur mise en œuvre opérationnelle.

Le plan bleu permet la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables à un établissement médico-social et le maintien autant que possible de son fonctionnement habituel.

En effet, il permet :

- D'identifier les risques premiers susceptibles d'affecter l'établissement et d'anticiper leurs conséquences sur le fonctionnement de l'établissement et sur la prise en charge de ses résidents ;
- De réfléchir aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation et pour garantir la prise en charge optimale des résidents ;
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte ;
- D'assurer la meilleure prise en charge possible aux résidents, de préserver leur sécurité en cas de crise, et de veiller dans toutes les situations au maintien de leurs droits.



Comment se préparer ?



1. MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF INTÉGRÉ DE PRÉPARATION AUX CRISES : LE PLAN BLEU

Élaboré sous la responsabilité du directeur de l'EHPAD, le plan bleu précise les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de survenue d'une SSE³. Au-delà de la démarche qualité qu'il permet d'initier, le plan bleu constitue un véritable **outil de travail à partager avec l'ensemble du personnel** de l'établissement médico-social.

Il est élaboré en lien avec les documents préexistants, notamment :

- Le **DARDE** (Document d'analyse des risques liés à la défaillance électrique) : exigé réglementairement, il doit être élaboré en lien avec la fiche relative à la gestion d'une rupture de flux (cf. annexe 18) ;
- Le **DARI** (Document d'analyse des risques infectieux) : il trouve sa place dans le volet « gestion du risque infectieux » (cf. annexe 5) ;
- Le **PCA** (Plan de continuité d'activité), dont le **PRA** (Plan de retour à l'activité) : il s'articule avec le volet « Gestion d'une rupture de flux » qui peut le compléter ;
- Le **DARESC** (Document d'analyse du risque de brûlure par eau chaude sanitaire)⁴ ;
- L'**instruction N° SG/HFDS/DGCS /2017 /2019 du 4 juillet 2017** relative aux mesures de sécurisation dans les ESSMS⁵; qui propose un modèle de fiche de sécurité (annexe 2).

Dans la mesure où le plan bleu vise à permettre à chaque EHPAD de se préparer à faire face à l'ensemble des risques susceptibles de l'impacter et de renforcer sa réactivité propre, il est conseillé d'**utiliser ces outils de manière complémentaire**. Le développement d'une politique globale de sécurité constitue donc un élément essentiel dans la préparation à la gestion de crise et s'intègre au plan bleu.

Ces documents sont à **actualiser en tant que de besoin et au minimum annuellement** dans le cadre de la révision du plan bleu. Un point d'information est porté annuellement en revue de direction.

Par ailleurs, la mise en place, en amont de la SSE, de **partenariats conventionnels entre EHPAD et établissements de santé** de proximité (notamment dans le cadre des CPOM) permettra de faciliter la mise en œuvre d'actions de coopération inter-établissements lors de la survenue de SSE.

Ces conventions ont pour objectif principal d'établir un partenariat entre l'établissement de santé et l'EHPAD au bénéfice des personnes âgées, en favorisant les échanges de pratiques et d'informations entre professionnels de ces deux secteurs et la mise en place de bonnes pratiques de transfert entre les secteurs hospitalier et médico-social, notamment par la mise en place des **dossiers de liaison d'urgence (DLU)** (cf. annexe 12) pour améliorer la transmission des informations nécessaires à tout professionnel intervenant en urgence auprès d'un résident d'EHPAD.

3 Article L3131-11 du code de la santé publique

4 Note d'information N°DGCS/SPA/DGS/E/2019/38 A du 15 février 2019 relative à la prévention du risque de brûlure par eau chaude sanitaire et du risque de légionellose dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes handicapées

5 Indique que chaque structure établira sa propre stratégie de protection : soit l'actualisation du règlement de fonctionnement, soit l'élaboration d'une fiche de sécurité qui sera annexée au règlement de fonctionnement

Un **modèle de convention de partenariats** est disponible en annexe (cf. annexe 9). Afin d'assurer une coordination optimale de l'offre de soins en cas de SSE, ces partenariats devront être portés à la connaissance *a minima* des ARS.

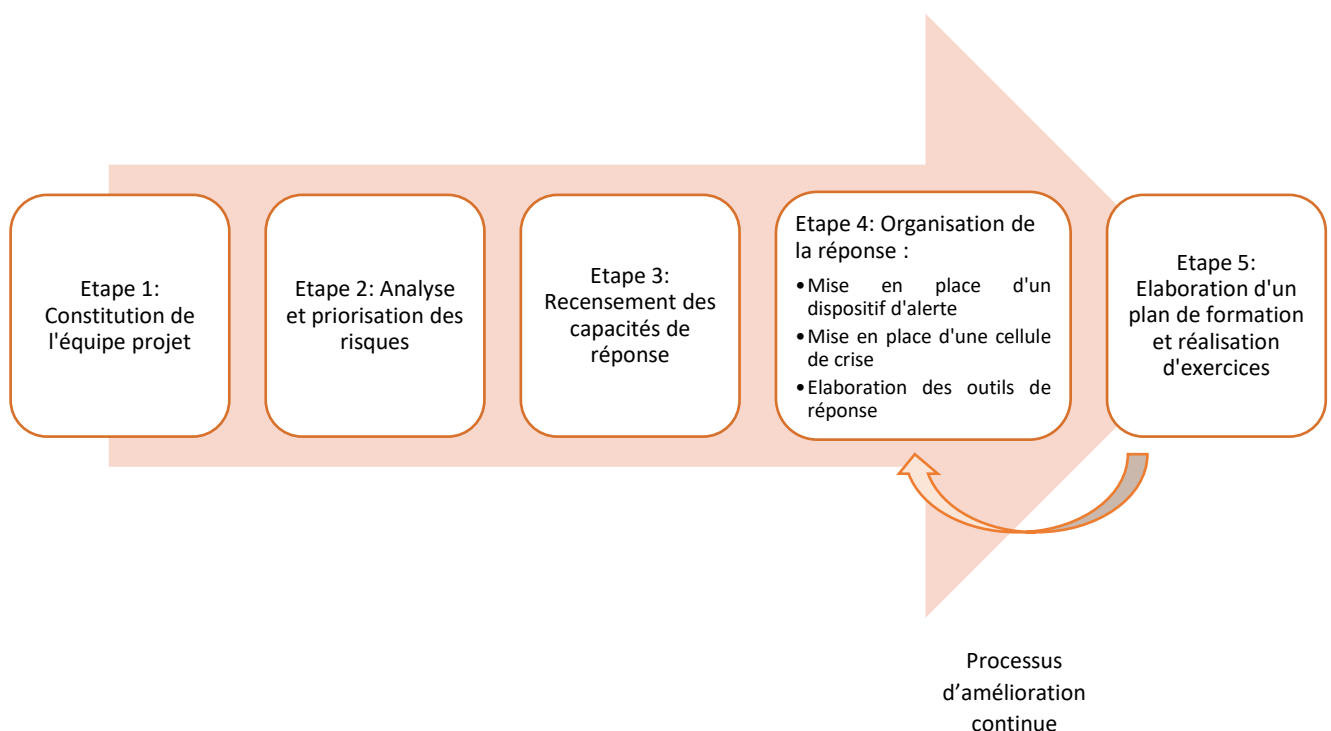
2. ÉLABORATION DU PLAN BLEU

Le plan bleu a pour objectif **d'identifier les adaptations à prévoir**, en planifiant la montée en puissance proportionnée et coordonnée de l'établissement.

Un **arrêté du 7 juillet 2005** (modifié par l'arrêté du 8 août 2005) **fixe notamment le cahier des charges du plan bleu** : celui-ci doit comporter entre autres la désignation d'un référent responsable en cas de SSE, une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, ainsi qu'un protocole relatif aux modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence⁶.

Le processus d'élaboration du plan bleu se décompose en cinq étapes successives qui sont présentées sur le schéma suivant :

Schéma 1 : Processus d'élaboration du plan bleu



⁶ La LOI n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées institue dans chaque département un plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels. Ce plan est arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et, à Paris, le préfet de police, et par le président du conseil départemental. Il est mis en œuvre sous l'autorité du représentant de l'Etat dans le département et, à Paris, du préfet de police (Art. L. 116-3 du Code de l'action sociale et des familles)

Les 5 étapes d'élaboration et de mise en œuvre opérationnelle du plan bleu



1. ÉTAPE 1 : CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE PROJET EN CHARGE DE LA PRÉPARATION DE LA RÉPONSE

Pour l'élaboration du plan bleu, le directeur de l'établissement s'appuie sur une **équipe projet** idéalement composée : du médecin coordonnateur, de l'IDE coordonnateur du directeur en charge du pilotage des travaux et, le cas échéant, de toute personne ressource (ex. le responsable restauration, etc.).

L'équipe projet est chargée de :

- L'élaboration et de l'actualisation en tant que de besoin, et *a minima* de façon annuelle, du plan bleu ;
- La présentation du plan bleu au conseil de la vie sociale (CVS) ou toute instance ad hoc de participation des résidents et des familles à la vie de l'établissement et à son fonctionnement ;
- Sa diffusion et de son appropriation auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement et des résidents ;
- De l'organisation d'exercices afin de tester son caractère opérationnel.

2. ÉTAPE 2 : ANALYSE ET PRIORISATION DES RISQUES ET MENACES

Après la constitution de l'équipe projet, l'étape suivante consiste à **recenser les principaux risques et menaces** auxquels l'EHPAD doit se préparer. A cet effet, chaque établissement mène une démarche **méthodologique d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques et menaces** qui peuvent impacter son fonctionnement. Il établit leur **cartographie**, notamment à partir de l'historique des événements l'ayant préalablement impacté et des différentes sources d'information internes et externes disponibles analysant les risques inhérents au territoire dans lequel il est implanté.

Les documents sur lesquels les établissements peuvent s'appuyer sont notamment les suivants :

- **Les rapports d'inspection, de contrôle et de conformité de l'établissement ;**
- **Le dispositif ORSAN** qui recense au niveau de chaque région les risques pouvant impacter les structures médicales et médico-sociales ;
- **Le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR)**, qui recense les risques de toute nature auxquels sont confrontés les SDIS et les moyens mis en place pour y faire face ;
- **Le dossier départemental des risques majeurs (DDRM)** élaboré par la préfecture, qui vise à informer la population sur les risques naturels et technologiques majeurs existant dans le département, ainsi que sur les mesures de prévention et de sauvegarde prévues pour limiter leurs effets ;
- **Le plan de prévention des risques (PPR)** élaboré par la préfecture, comprenant le plan de prévention des risques d'inondation (PPRI) ;

- **Le document d'information communal sur les risques majeurs (DICRM)** qui recense les risques naturels et technologiques ;
- **Le plan communal de sauvegarde (PCS)** qui présente les mesures de gestion d'une situation exceptionnelle au niveau communal ;
- **Le plan local d'urbanisme (PLU)** dans lequel la commune détaille notamment les schémas de réseaux d'eau potable et d'assainissement ;
- **Les plans particuliers d'intervention (PPI)** des établissements classés Seveso ou à risque nucléaire, c'est-à-dire les plans d'urgence externe ;
- **Tout autre document** de nature à apporter des informations utiles en cas de risques majeurs et de menaces graves.

Par ailleurs, les établissements peuvent consulter un certain nombre de **sites internet institutionnels** tels que ceux des ARS, des collectivités territoriales, des préfectures, du ministère chargé de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr>) ou du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (georisques.gouv.fr).

Les risques et menaces identifiés doivent ensuite être priorisés. Pour les classer en fonction de leur criticité (un risque acceptable ayant une criticité faible), il convient de mener une évaluation qualitative et/ou quantitative des risques identifiés **selon deux critères : fréquence et gravité potentielles**. La probabilité de **survenue de plusieurs risques concomitants** doit également être prise en compte dans la cartographie des risques afin d'anticiper leurs impacts sur le fonctionnement de l'établissement.

Ce travail d'identification, d'évaluation et de hiérarchisation des risques et menaces est essentiel dans le processus de planification pour permettre à l'établissement de disposer d'une **vision globale des risques** pouvant l'impacter et d'élaborer un **plan de réponse adapté et efficace**.

Pour chacun des risques identifiés, il convient ensuite de **déterminer les capacités de réponse de l'établissement**.

3. ÉTAPE 3 : ÉVALUATION DES CAPACITÉS DE RÉPONSE

L'établissement doit disposer d'une connaissance précise de ses ressources propres afin d'élaborer un plan de réponse efficace et adapté selon l'ampleur et la cinétique de l'événement.

La démarche d'**évaluation des capacités de réponse** consiste ainsi à recenser :

- **Les capacités d'accueil au sein de l'établissement** (nombre de places en hébergement permanent ou temporaire, en accueil de jour ou de nuit, capacité des locaux, etc.) ;
- **La typologie de la population accueillie selon leur groupe iso-ressource (GIR)** (GIR de 1 à 6, GIR 6 étant le niveau de dépendance le plus faible) ;
- **Le personnel de l'établissement**, en précisant les effectifs (nombre d'ETP) et les différentes catégories professionnelles en activité (salariés et prestataires). Ce recensement est réalisé et mis à jour régulièrement (notamment en cas de turnover important) ;

- **Les moyens matériels disponibles au sein de l'établissement** : un inventaire exhaustif des équipements et matériels disponibles est réalisé (systèmes de climatisation⁷, pièces rafraichies, stock de médicaments dans la pharmacie à usage intérieur, stocks de matériels et produits de santé, véhicules à disposition, etc.) ;
- **L'autonomie énergétique** (présence ou non de groupes électrogènes, nombre d'heures d'autonomie, etc.) **et alimentaire** (nombre de jour(s) d'autonomie des stocks minimaux de nourriture et d'eau) de l'établissement.

Pour permettre l'élaboration de tableaux capacitaires homogènes au sein d'une même région, un modèle de fiche est proposé en annexe 1 (cf. fiche de présentation de l'établissement).

L'ensemble des éléments issus de l'évaluation des capacités de réponse est à intégrer dans cette fiche, qui est à **mettre à jour régulièrement et à transmettre à l'ARS**. Cette démarche capacitaire permet non seulement à l'établissement de connaître ses ressources propres afin d'organiser sa réponse, mais également à l'ARS de connaître les capacités d'accueil et de prise en charge des différents secteurs de l'offre de soins et d'organiser la réponse globale du système de santé pour faire face aux SSE (dispositif ORSAN).

4. ÉTAPE 4 : ORGANISATION DE LA RÉPONSE AUX CRISES

Après avoir conduit les étapes d'identification des risques et menaces et d'évaluation des capacités de réponse, l'établissement met en place une **organisation interne structurée** pour répondre à l'ensemble des risques identifiés selon la priorisation faite.

Cette organisation s'appuie sur trois éléments :

- **L'élaboration des procédures de déclenchement et de levée de l'alerte ;**
- **La structuration d'une cellule de crise pilotée** par le directeur de l'établissement ;
- **La mise en place d'outils de réponse** préparés en amont permettant d'apporter le cas échéant une réponse rapide et adaptée à l'évènement.

a. Élaboration des procédures de déclenchement et de levée de l'alerte

Le directeur d'établissement définit en amont toutes les procédures de déclenchement et de levée d'une alerte.

Les critères de signalement des menaces graves et les procédures de gestion de l'information doivent être connus de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Afin de permettre une gestion rapide des alertes sanitaires susceptibles d'avoir un impact significatif, chaque établissement met en place un **point d'entrée fonctionnel unique** sous la

⁷ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

forme d'un numéro de téléphone d'astreinte et d'une boîte mail dédiés (par exemple alerte@etablissement.fr) joignable 24h/24 et 7 jours/7.

Ce point d'entrée fonctionnel unique doit s'adosser à une organisation interne et des procédures adaptées (planning d'astreinte, redirection des mails vers des boîtes personnelles, etc.).

L'alerte peut émaner :

- **Soit de l'établissement**, en cas de crise interne ou d'événement extérieur ;
- **Soit des autorités** en cas d'événement extérieur : préfet de département et/ou ARS notamment dans le cadre de la mise en œuvre du plan ORSAN, voire conseil départemental et/ou commune.

Le directeur de l'établissement est tenu de signaler sans délai au directeur général de l'ARS et au président du Conseil Départemental les menaces imminentes pour la santé de la population dont il a connaissance, et les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave lui paraît constituée⁸.

S'il le juge nécessaire, le directeur de l'établissement procède au **déclenchement du plan bleu et à l'activation de la cellule de crise**.

En tout état de cause, dès que le directeur d'établissement active le plan bleu, il en informe l'ensemble du personnel, les instances représentatives du personnel ainsi que les résidents et leurs proches ou représentants légaux dans la mesure du possible, ainsi que le CVS. **L'information doit être adaptée au destinataire** afin d'apporter une réponse rapide, adaptée et efficace.

Lorsque le directeur de l'établissement procède à **la levée du dispositif**, l'ensemble des personnes sollicitées et impliquées doivent en être tenues informées. Le retour à la normale se fait de façon progressive et donne lieu à la mise en place d'un **retour d'expérience (RETEX)**.

b. Mise en place d'une cellule de crise

La conduite de crise implique la mise en place d'une cellule de crise. **La cellule de crise constitue l'unique organe de décision et de coordination au sein de l'établissement en situation de crise**. Sa composition, ses missions, son organisation et ses modalités de fonctionnement doivent donc être définis en amont de la crise pour permettre son activation dans des délais rapides.

Missions de la cellule de crise

Placée sous l'autorité du directeur d'établissement qui l'active, la cellule de crise est l'organe de commandement en situation de crise : les informations y sont centralisées, la tactique y est élaborée et les instructions sont données en conséquence par le directeur.

Ses principales missions sont les suivantes :

- **Analyser la situation et évaluer les risques encourus et les conséquences potentielles ;**

⁸ Article L1413-15 du Code de la santé publique et article L.313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles

- **Mettre en place dès l'alerte un plan d'actions** permettant de répondre à la situation, notamment en sécurisant les personnes tout en s'assurant du respect de leurs droits et en **communiquant** de façon appropriée (annexe 10), notamment à destination des instances de participation (tout particulièrement le conseil de la vie sociale) ;
- **Organiser la fin de la gestion.**

↳ Composition de la cellule de crise

Bien que la liste des personnes susceptibles de participer à la cellule de crise soit **laissée à l'appréciation de la structure, celle-ci se compose à minima:**

- Du **directeur** ou de son représentant, chargé d'assurer le déclenchement, le suivi et la levée du plan bleu ainsi que les relations avec les autorités et la communication ;
- D'un **responsable santé responsable de l'encadrement du personnel**, chargé de l'adaptation de l'offre d'accueil et de la coordination médicale : médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, cadre de santé ;
- D'une personne chargée du **secrétariat** dont les missions principales sont d'assurer la réception et la transmission des informations et le suivi et la traçabilité des actions engagées (poste indispensable dont il est souhaitable qu'il ne soit pas assuré par le directeur) ;
- Du **responsable des services techniques et logistiques** ;
- Du **responsable communication.**

La composition de la cellule de crise sera ensuite **adaptée à l'événement et aux effectifs** susceptibles d'être mobilisés au sein de l'établissement.

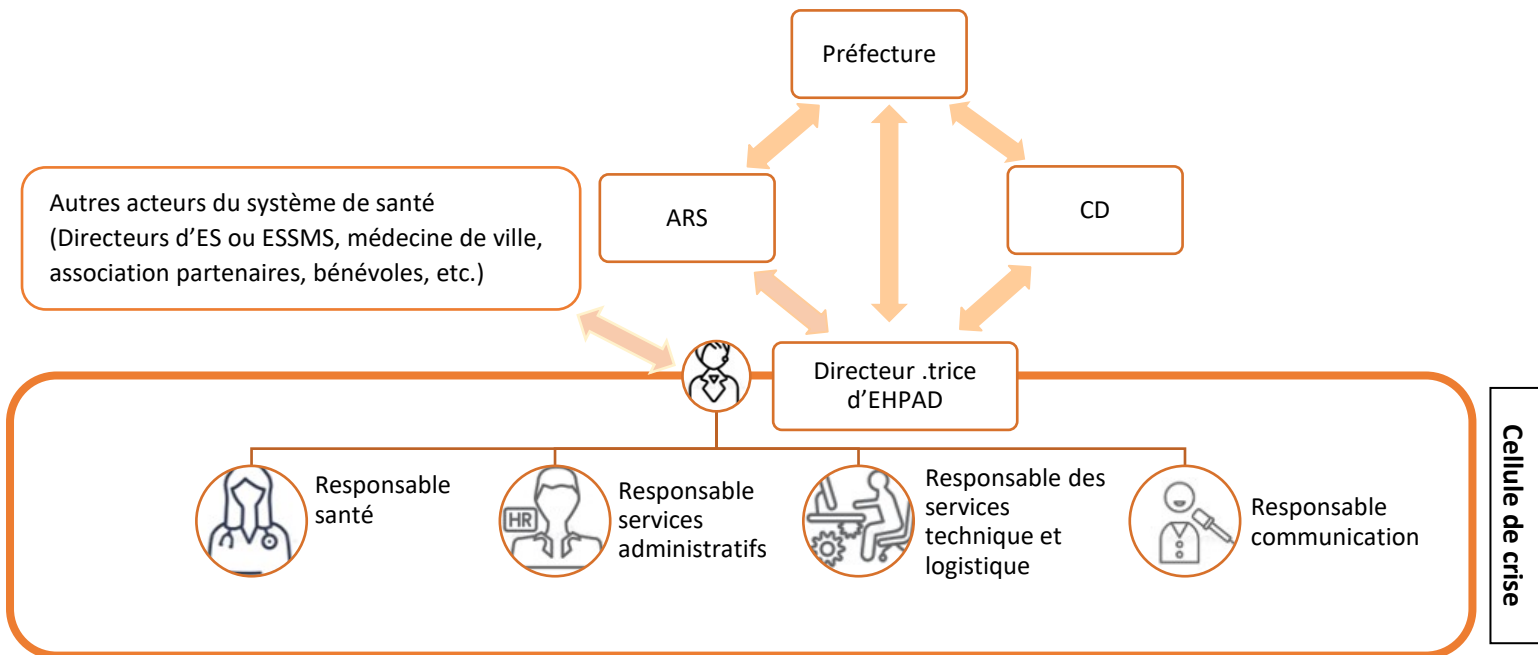
Les **coordonnées** téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise doivent figurer sur une liste disponible 24h/24 et 7j/7. La direction s'engage alors à n'utiliser cette liste qu'en cas de SSE ou de crise.

Il est fortement recommandé d'élaborer à froid des fiches de poste pour chaque mission identifiée au sein de la cellule de crise. L'élaboration de ces fiches de poste permet à chaque membre de la cellule de crise de connaître son rôle, ses missions et ses responsabilités. Ces personnes sont ensuite formées afin d'être efficaces et opérationnelles lors de l'activation de la cellule de crise. La conduite d'exercices permettra à ces personnes de s'approprier leurs fonctions.

↳ Structuration de la cellule de crise

Le schéma ci-dessous présente la structuration type de la cellule de crise, et son articulation avec les autres acteurs concernés. En effet, pendant la crise, **il convient d'établir et maintenir un lien constant entre le directeur de l'EHPAD, la préfecture, la cellule de crise de l'ARS (cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire), ainsi que, le cas échéant, le conseil départemental.**

Schéma 2 : Structuration de la cellule de crise et autres parties prenantes



Le tableau ci-dessous précise **pour chaque grande fonction de la cellule de crise les principales missions** qui lui incombent.

	Missions principales (non exhaustives)
Directeur d'EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> Le déclenchement du plan bleu, sa mise en œuvre, son suivi et sa levée ; La mise en place de la cellule de crise ; Les relations avec les autorités ; La décision des actions à mener ; La formation et l'information des personnels de son établissement ; La responsabilité des systèmes de sécurité ; Le déclenchement de la fermeture de l'établissement et/ou d'une unité si nécessaire.
Responsable santé	<ul style="list-style-type: none"> La coordination des prises en charge, en lien avec les autres professionnels de santé (SAMU, médecins traitant des résidents, médecins d'établissements partenaires, etc.) pour assurer la continuité des soins ; L'évaluation rapide de l'état de santé des résidents, et la priorisation de leurs prises en charge (évacuation, transferts, etc.) ; La gestion du stock de médicaments et d'équipements médicaux, dont les équipements de protection individuelle (EPI) ; L'appui aux professionnels de santé (formation, respect des procédures et protocoles, etc.) ; Dans le cas où un responsable communication n'est pas désigné, le responsable santé pourra opportunément être le responsable de l'information des résidents, et des familles .
Responsable des services administratifs	<ul style="list-style-type: none"> L'appui de l'équipe médicale et logistique dans la gestion des RH (rappel de personnels, rémunérations et primes, mise en place d'une cellule de soutien psychologique à destination des personnels, etc.) ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cas où un responsable communication n'est pas désigné, le responsable des services administratifs aide le chef d'établissement dans ses échanges avec les autorités.
Responsable des services techniques et logistiques	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion des infrastructures (eau-hygiène-assainissement), les approvisionnements et les ruptures de stocks de matériel (véhicules, générateurs, télécommunications, vivres, etc.).
Responsable communication	<ul style="list-style-type: none"> • La coordination des activités de communication d'urgence et de crise (contenus écrits, audiovisuels, photos etc.) avec les médias, sous la supervision du directeur d'établissement ; • La Communication aux résidents, famille, CVS ; • La veille, l'animation et la gestion des comptes de l'EHPAD sur les réseaux sociaux (diffusion et modération) ; • L'organisation des prises de parole.

Fonctionnement de la cellule de crise

Une fois activée, la cellule de crise est très rapidement constituée et ses membres réunis autour du directeur de l'établissement, dans la salle de crise. Ce qui implique d'avoir préalablement identifié au sein de l'établissement une **salle de crise, si possible dédiée et située dans un lieu sécurisé**, et d'y avoir intégré les **équipements nécessaires** : une table, des branchements réseaux Ethernet (ou un accès à internet en wifi), une ligne téléphonique et un téléphone filaire en l'absence de wifi. Pour être fonctionnels en cas de crise, tous les équipements sont à **tester régulièrement**.

Il convient également de mettre à disposition dans la salle de crise (si possible dans une armoire sécurisée) notamment les éléments suivants :

- **La liste préétablie du personnel et leurs coordonnées personnelles** (noms, fonctions, adresses et téléphones privés) ;
- **Les contacts téléphoniques et mails des autorités**, en privilégiant les points d'entrée fonctionnels d'astreinte et/ou d'alerte (préfecture, sous-préfecture, ARS, conseil départemental, commune, etc.),
- **Les contacts des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à proximité, y compris les services de secours et d'urgence** (SDIS, SAMU, SMUR, etc.) ;
- **Les contacts des médecins traitants, familles et/ou représentants légaux et/ou personnes de confiance** ;
- **Les contacts des principaux fournisseurs d'électricité, de gaz et d'eau potable, etc.** ;
- Un dossier contenant le **plan bleu**, y compris l'ensemble des fiches, procédures et volets rédigés dans ce cadre (cf. annexes), et **les autres plans et dispositifs propres à l'établissement** (PSE, PCA, etc.) ;
- **La fiche de présentation de l'établissement** ;
- **Les plans des bâtiments et les procédures d'intervention** ;
- **Les contacts des services funéraires** ;
- **Les contacts des services de transports** (sanitaires et/ou non sanitaires).

Par ailleurs, pour assurer un **suivi et une traçabilité des actions engagées**, il est recommandé de mettre en place au moment de la crise, et ce, dès le début :

- Une **main courante** qui trace l'ensemble des événements survenus de manière chronologique, y compris les contacts pris et les décisions (cf. modèle type proposé en annexe 13) ;
- Un **tableau de bord** qui synthétise les actions menées/à mener et les décisions prises (cf. modèle type proposé en annexe 14) ;
- Des **points de situation** réalisés régulièrement pendant toute la durée de la crise et transmis à l'ARS (cf. modèle type proposé en annexe 15).

Il conviendra de définir en amont le format de ces outils de suivi afin de les déployer rapidement en cas de crise. Aussi, il est nécessaire que les établissements s'approprient ces outils (ceux proposés en annexe ou ceux élaborés par leurs soins) afin notamment qu'ils soient les plus **adaptés aux spécificités** qui leurs sont propres.

c. Elaboration des outils de réponse

Plusieurs outils d'aide à la gestion de crise peuvent être préconstitués par l'établissement afin de se préparer au mieux et d'apporter une réponse la plus efficace possible. **Les principaux outils opérationnels de gestion de crises sont présentés ci-dessous et déclinés en annexe en fiches pratiques.**

Certains **outils sont « génériques »**, c'est-à-dire qu'ils permettent la gestion d'une situation donnée quelle que soit la nature de la crise (ex : évacuation), tandis que d'autres sont **« spécifiques »**, c'est-à-dire qu'ils permettent la gestion d'un risque en fonction de sa nature (ex : risque infectieux).

Ces outils peuvent être utilisés, selon la situation, de façon indépendante ou simultanée. Les établissements doivent s'approprier ces outils et les adapter si besoin en fonction des spécificités de leur structure ou de la crise considérée.

Les outils de réponse génériques :

Pour la conduite de crise (administratif)	Un modèle de fiche de présentation de l'établissement (cf. annexe 1) Une fiche de sécurité permettant à l'établissement de cartographier l'ensemble des risques auxquels il est exposé (cf. annexe 2) Un schéma de mobilisation de l'établissement (cf. annexe 6) Une fiche pratique relative à la mobilisation de moyens humains supplémentaires contenant des mails types pour la mise en œuvre de la procédure de rappel du personnel (cf. annexe 7) Une fiche pratique relative à la mobilisation de moyens matériels supplémentaires (cf. annexe 8) Un modèle de convention/partenariat avec les établissements de santé (cf. annexe 9) Le schéma d'une cellule de crise, sa composition et ses missions ainsi que des conseils pratiques pour sa constitution (cf. schéma 2)
--	--

	<p>Des conseils pratiques relatifs à la communication en situation de crise (cf. annexe 10)</p> <p>Un modèle de fiche de liaison d'urgence (cf. annexe 11)</p> <p>Le document de liaison d'urgence (cf. annexe 12)</p> <p>Un modèle type de main courante permettant la restitution des évènements par ordre chronologique et minuté (cf. annexe 13)</p> <p>Un modèle type de tableau de bord des actions à mener (cf. annexe 14)</p> <p>Un modèle type de point de situation (cf. annexe 15)</p> <p>Un modèle d'actions à mener/procédures à mettre en place dans le cadre du plan bleu en EHPAD (cf. annexe 16)</p>
Pour la gestion de situations génériques (opérationnel)	<p>Une fiche pratique relative aux mesures de sécurisation de l'établissement (cf. annexe 2)</p> <p>Une fiche pratique relative aux évacuations (cf. tableau 1)</p> <p>Une fiche pratique relative aux mises à l'abri sur demande d'une autorité compétente (cf. annexe 17)</p> <p>Une fiche pratique relative aux ruptures de flux (cf. annexe 18)</p> <p>Une fiche pratique relative à la gestion des décès massifs (cf. annexe 19)</p>

En complément, est également disponible un **outil lié à la sortie de crise** et permettant l'élaboration **d'un retour d'expérience (RETEX)** au sein de l'établissement (cf. annexe 20).

↳ Les outils de réponse spécifiques à un risque :

Les outils de réponses spécifiques concernent :

- Les risques d'inondations (cf. annexe 3) ;
- Les risques liés aux vagues de froid et aux vagues de chaleur (cf. annexe 4) ;
- Les risques infectieux (cf. annexe 5).

Un volet spécifique est ainsi élaboré systématiquement pour chacun des trois risques ci-dessus, identifiés comme particulièrement critiques pour l'ensemble des établissements.

Pour chacun de ces risques, il est prévu dans le plan bleu qu'une réflexion approfondie soit menée sur les aspects suivants :

- **Les spécificités de l'événement** (mécanisme, cinétique, durée, fréquence, probabilité, etc.) ;
- **Les conséquences potentielles** sur la structure et la prise en charge des résidents ;
- **Les mesures préventives** à mettre en place dès l'élaboration du plan bleu ;
- **L'état des moyens et des ressources nécessaires** ;
- Les **actions réflexes** à mettre en place en cas de crise, y compris les mesures de gestion (cf. protection, sécurisation, évacuation, formation de personnel, etc.) ;
- Les **actions particulières** à prévoir (protection, communication, veille, etc.) ;
- La **communication et les circuits d'information** (cf. annexe 7) ;
- La **contribution de l'EHPAD dans la réponse globale** du système de santé dans le cas où la situation dépasse par son ampleur le cadre de réponse de l'établissement (mise en œuvre du dispositif ORSAN) : augmentation des capacités d'accueil (réorganisations, ouvertures de places en hébergement temporaire, etc.), limitation des transferts de patients vers le milieu hospitalier, facilitation du retour des résidents hospitalisés au sein de

l'établissement (si leur état le permet) et/ou du retour à domicile des résidents hébergés provisoirement au sein de l'EHPAD.

Des **volets spécifiques supplémentaires peuvent également être préparés par l'établissement** pour les autres risques qu'il aura identifié comme probables et graves dans son propre cas lors de la phase d'analyse des risques. Il peut s'agir par exemple d'un volet « contamination de l'air extérieur » en cas par exemple d'accident industriel (arrêt des systèmes de ventilation, de climatisation voire de chauffage / cuisson, blocage des ouvertures, lieu de regroupement avec le matériel nécessaire).

5. ÉTAPE 5 : ÉLABORATION D'UN PLAN DE FORMATIONS ET D'EXERCICES ET D'UN RETEX

a. Plan de formation du personnel

Le plan bleu prévoit **que l'ensemble du personnel de l'établissement soit sensibilisé à la prévention des crises, au repérage des signaux faibles et à la conduite à tenir en cas de crise et de SSE**. La mise en œuvre d'actions de **sensibilisation du personnel** à la gestion de crise est essentielle car elle permet d'apporter le cas échéant une **réponse efficace et coordonnée**. Elle permet en outre de **limiter le stress** occasionné par la survenue d'un événement soudain et inhabituel qui peut parfois générer des prises de décisions ou des comportements inappropriés. Pour que tous les personnels soient en capacité de réagir immédiatement et opportunément à une alerte et de contribuer à sa gestion, **chaque acteur doit connaître l'organisation de la réponse** mise en place au sein de son établissement, ainsi que **son rôle et ses responsabilités** en cas d'activation du plan bleu.

Le plan bleu prévoit donc que des **sessions régulières d'information** soient ainsi dispensées à l'ensemble du personnel (en associant éventuellement les prestataires susceptibles d'être sollicités en cas de crise) pour lui permettre de mieux appréhender le dispositif de réponse propre à l'établissement. Il est prévu que ces informations soient délivrées **de façon systématique à tous les nouveaux arrivants, renouvelées régulièrement et mises en pratique lors d'exercices, a minima annuels**.

Il en est de même en cas de survenue d'un événement particulier, avec des **points spécifiques d'information sur l'événement en cours** délivrés au personnel pour qu'il soit tenu informé de la situation et de son évolution pour pouvoir y répondre le cas échéant.

Au-delà de ces sessions d'information, **il est recommandé à chaque EHPAD de définir annuellement un plan de formation** de son personnel à la gestion des crises et des SSE en plus des formations obligatoires, incluant :

- **Les formations aux gestes et soins d'urgence et aux SSE** (AFGSU de niveau 1 pour les non professionnels de santé et de niveau 2 pour les professionnels de santé, en UFR de

médecine ou de santé, Centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ou à l'Ecole du Val-de-Grâce) ;

- **Une formation spécifique pour les membres de la cellule de crise**, complémentaire, opérationnelle et contextualisée à l'établissement, avec pour objectifs de permettre aux membres de la cellule de crise de connaître leur rôle et leurs responsabilités en cas d'activation de la cellule de crise, les modalités de fonctionnement de cette cellule et les procédures à mettre en œuvre.

Lorsque l'établissement fait partie d'un **groupement hospitalier de territoire (GHT)**, il peut être envisagé une **mutualisation des formations**, en lien avec les CESU.

b. Programme annuel d'exercices et d'entraînements

L'exercice constitue une étape essentielle dans le processus de préparation à la gestion de crise. La réalisation d'exercices **permet de tester la pertinence des procédures** mises en place dans le cadre du plan bleu, **de former les acteurs et de déterminer les éventuels axes d'amélioration**.

L'établissement peut être à l'initiative de l'organisation d'un exercice, ou contribuer à un exercice organisé à un autre échelon, notamment dans le cadre du dispositif ORSAN. En effet, selon l'autorité qui l'organise (ministère(s), préfecture(s), ARS, établissement de santé, etc.), un exercice peut être réalisé à l'échelon national, zonal, régional, départemental ou local.

Les exercices **peuvent impliquer ou non un engagement concret de moyens au sein de l'établissement (humains et/ou matériels)**. Il s'agit d'**exercices « cadre »** lorsqu'ils sont réalisés sur table (en cellule de crise par exemple) et d'**exercices « terrain »** lorsque des moyens sont engagés au sein de l'établissement.

Un exercice peut être **global ou partiel** selon que l'on teste une partie ou la totalité du dispositif de gestion de crise. La réalisation d'un exercice ne nécessite donc pas systématiquement d'impliquer tout le personnel de l'établissement et elle peut être envisagée pour tester un ou plusieurs circuits de fonctionnement. L'exercice peut ainsi ne couvrir qu'une partie du plan bleu. Cela présente l'avantage de simplifier la préparation, la réalisation et l'évaluation de l'exercice. Les exercices partiels peuvent cibler par exemple : la cellule de crise, les procédures d'alerte, la procédure d'évacuation totale, etc.

Un exercice peut être réalisé **de façon inopinée ou annoncée**. L'exercice inopiné sera davantage réservé à des objectifs très ciblés comme par exemple la vérification des circuits de l'alerte, l'activation de la cellule de crise ou le rappel des personnels.

La conception, l'organisation et le suivi de l'exercice se font sous l'égide du directeur de l'établissement par une équipe projet dédiée. Le scénario de l'exercice, plus ou moins complexe, doit être **crédible, réaliste** et **permettre l'évaluation des objectifs retenus** en simulant des situations proches de la réalité. Sa préparation soigneuse permet d'éviter l'improvisation de l'équipe d'animation.

Le plan bleu prévoit que chaque établissement teste **à minima une fois par an le dispositif d'alerte et le fonctionnement de la cellule de crise. Ces deux exercices sont incontournables car la mise en œuvre des dispositions du plan bleu dépend de leur bon fonctionnement.**

La **réalisation d'un RETEX à l'issue de chaque exercice** permet d'en tirer les axes de progression (cf. infra). L'évaluation permet de vérifier les procédures et d'évaluer l'implication des personnels et des moyens engagés. Elle donne lieu ensuite à la mise en place d'un plan d'action dans une démarche d'amélioration continue.

Pour mener une évaluation constructive de l'exercice, les modalités d'évaluation font également l'objet d'une **préparation rigoureuse avec des objectifs clairement définis et des outils d'évaluation appropriés.**

De façon générale, la mise en œuvre d'un exercice s'intègre nécessairement dans une démarche globale inscrite dans la pérennité. Un **programme pluriannuel d'exercices pourra être construit**, offrant ainsi une lisibilité à l'ensemble des acteurs sur le cheminement de la démarche et le but à atteindre.

c. Focus sur le RETEX

A l'issue d'un exercice de crise ou d'une crise réelle, il est nécessaire de mener une démarche de retour d'expérience (RETEX). Cette démarche permet de revenir sur l'anticipation et la gestion de l'événement, dans le but d'identifier ce qui a fonctionné et ce qui doit être retravaillé.

Il s'agit d'une démarche qualité qui permet d'aboutir à un plan d'action visant à améliorer le plan bleu, que ce soit au niveau de l'alerte, de la cellule de crise, des procédures d'anticipation et de gestion des crises, de la formation du personnel, etc. **Le but recherché est d'améliorer les pratiques collectivement.**

Pour que les acteurs puissent partager des informations fiables, le RETEX est préparé soigneusement en amont, avec des objectifs et un périmètre clair et mis en œuvre à une période relativement proche des événements.

Sa mise en œuvre comporte plusieurs étapes : collecte des données, analyse pour aboutir à un plan d'action, mise en œuvre des préconisations et valorisation du RETEX à l'extérieur pour partager les éléments appris.

Une méthodologie pour la mise en place du RETEX est proposée en annexe 20.

ANNEXE 1 : FICHE DE PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Dernière date de mise à jour : __/__/__

Personne responsable de la mise à jour :

Fonction de la personne responsable de la mise à jour :

Identification de l'établissement	<p>Nom de l'établissement :</p> <p>Numéro FINESS juridique :</p> <p>Numéro FINESS géographique :</p> <p>Adresse de l'établissement :</p> <p>Code postal :</p> <p>Coordonnées téléphoniques :</p> <p>Appartenance à un groupe d'établissement : OUI/NON Si OUI,</p> <p style="padding-left: 20px;">Nom du groupe :</p> <p style="padding-left: 20px;">Mandataire :</p> <p style="padding-left: 20px;">Adresse du siège :</p> <p style="padding-left: 20px;">Code postal :</p> <p style="padding-left: 20px;">Coordonnées téléphoniques :</p> <p>Représentant régional du groupe : OUI / NON</p> <p>Coordonnées téléphoniques :</p>	<p>Coordonnées de la direction</p> <p>Nom du directeur :</p> <p>Coordonnées téléphoniques :</p> <p>Adresse e-mail :</p> <p>Astreinte de direction</p> <p>Nom de la personne d'astreinte :</p> <p>Fonction de la personne d'astreinte :</p> <p>Téléphone d'astreinte (24/7) :</p> <p>Adresse(s) e-mail dédiée(s) à l'alerte :</p>
Caractéristiques du bâtiment	<p>Statut du propriétaire de l'établissement (Collectivité, établissement public ou privé, association, etc.)</p>	

	<p>Le propriétaire est-il le gestionnaire : OUI / NON Date de construction ou de rénovation : _____</p>	<p>Les circulations horizontales sont dépourvues de marches : OUI / NON Ascenseur(s) accessible(s) en fauteuil roulant : OUI / NON Ascenseur(s) accessible(s) en lit médicalisé : OUI / NON</p>
<p>Capacité d'accueil</p>	<p>Nombre de places</p> <p>Hébergement permanent : _____ places Hébergement temporaire : _____ places Dont UHR - Unité d'Hébergement Renforcée: _____ places</p>	<p>Accueil de jour : _____ places Accueil de nuit : _____ places</p> <p>Capacité Totale Autorisée : _____ places Nombre de places supplémentaires mobilisables : _____ places Capacité des locaux (salle commune) : _____ m²</p>
<p>Typologie de la population accueillie</p>	<p>Proportion moyenne habituelle :</p> <p>Personnes grabataires (évacuation allongée) : _____ %</p> <p>Personnes à mobilité réduite (évacuation en fauteuil) : _____ %</p> <p>Personnes mobiles (évacuation en groupe) : _____ %</p> <p>Dont personnes mobiles présentant des symptômes comportementaux et psychologiques (nécessitant un accompagnement au moment de l'évacuation) : _____ %</p>	

Personnel de l'établissement	<p>Effectif total en ETP :</p> <p>Jour : _____ ETP</p> <p>Nuit : _____ ETP</p> <p>Personnel de Direction : _____ ETP</p> <p>Personnel des services administratifs (Fin-RH) : _____ ETP</p> <p>Personnel des services techniques et logistiques : _____ ETP</p>	<p>Professionnels de santé</p> <p>Professionnels médicaux : _____ ETP</p> <p>Professionnels de la pharmacie : _____ ETP</p> <p>Professionnels auxiliaires médicaux : _____ ETP</p> <p>Dont :</p> <p>Infirmier :</p> <p>Jour : _____ ETP</p> <p>Nuit : _____ ETP</p> <p>Aides-soignants :</p> <p>Jour : _____ ETP</p> <p>Nuit : _____ ETP</p> <p>Psychologue</p> <p>Jour : _____ ETP</p> <p>Nuit : _____ ETP</p>
	<p>Effectif total moyen de personnes extérieures à l'établissement présentes dans l'établissement : _____</p> <p>Dont</p> <p>Prestataires extérieures (restauration, blanchisserie, sécurité, etc.) : _____</p> <p>Familles et proches de résidents : _____</p> <p>Bénévoles : _____</p>	
Conventions	<p>Coopération avec un établissement de santé de proximité : OUI / NON</p> <p>Si oui,</p> <p>Date de début :</p> <p>Professionnel référent pour l'EHPAD (nom et coordonnées) :</p> <p>Nom de l'établissement de santé :</p> <p>Type :</p> <p>Adresse :</p> <p>Présence d'un service d'accueil des urgences : OUI /NON</p> <p>Professionnel référent pour l'établissement de santé (nom et coordonnées) :</p>	<p>Coopération avec les acteurs de santé du territoire :</p> <p>Avec une équipe mobile ou un réseau de santé en soins palliatifs : OUI / NON</p> <p>Avec une équipe mobile d'intervention gériatrique : OUI / NON</p> <p>Avec une équipe mobile psychiatrique : OUI / NON</p> <p>Avec un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) : OUI / NON</p>

	Modalités de coopération (texte support à joindre en annexe : convention, charte) :	
Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)	Mise en place d'un dossier de liaison d'urgence (DLU) individuel systématique : OUI / NON Dossier informatisé : OUI / NON	
Equipements	Etablissement climatisé : OUI / NON Si non, Présence de pièce(s) rafraîchie(s) : OUI / NON Si oui, Nombre de pièces climatisées : _____ Capacité maximale d'accueil (ou m ²): _____ Véhicules à disposition : OUI / NON Si oui, Nombre : _____ Type : Utilitaire / Transport en commun / véhicule léger Capacité : _____	Pharmacie Pharmacie à usage intérieur (PUI) : OUI / NON Stock d'urgences : OUI / NON Si non, Convention avec Officine / Etablissement / Prestataire : OUI/ NON
Autonomie Energétique Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)	Etablissement faisant partie de l'obligation d'équipement autonome : OUI / NON Si oui, Autonomie : _____ heures Autonomie testé en fonctionnement « normal » : _____ heures Autonomie testé en fonctionnement « dégradé » : _____ heures	
Autonomie alimentaire	Etablissement autonome en approvisionnement alimentaire : OUI/NON Autonomie en nourriture : _____ jour(s) d'autonomie Autonomie en eau : _____ jour(s) d'autonomie	

ANNEXE 2 : OUTILS DE SÉCURISATION DES ESSMS

L'établissement a pour mission d'assurer notamment dans son enceinte la sécurité des personnes et des biens. Cet impératif concerne aussi bien les résidents que les visiteurs, les intervenants extérieurs ou les personnels⁹.

Ainsi, chaque établissement est tenu de développer une politique globale de sécurité et de mettre en place une organisation visant à assurer, quel que soit le type de menace, la protection de l'établissement. Cette démarche s'intègre à l'élaboration du plan bleu. Pour le cas particulier du risque terroriste, la stratégie de protection mise en place doit être en cohérence avec les instructions gouvernementales, notamment le plan Vigipirate¹⁰, qui fixe la réponse gouvernementale en matière de vigilance, de prévention et de protection face à la menace terroriste.

En fonction des spécificités de sa structure, chaque directeur doit intégrer les mesures de sécurité :

- Soit dans son règlement de fonctionnement ;
- Soit dans une fiche de sécurité dédiée, à annexer au règlement de fonctionnement. Dans cette option, si l'établissement est implanté dans une autre structure (ex : établissement de santé) disposant déjà d'un plan de mise en sécurité, le directeur vérifiera que celui-ci est bien étendu à l'établissement ; dans le cas contraire, il élaborera sa propre fiche de sécurité en cohérence avec la démarche de la structure d'accueil.

Pour les accompagner dans leur démarche de sécurisation de l'établissement, le directeur de l'établissement peut solliciter l'appui notamment de :

- De la préfecture, des forces de police et de gendarmerie (référénts sûreté) ;
- Du conseiller de défense et de sécurité de zone de l'ARS ;
- Du ministère en charge de la santé et de la prévention : service spécialisé du haut fonctionnaire de défense et de sécurité et délégué à la sécurité générale de la direction générale de l'offre de soins.

Les établissements doivent prendre en compte les recommandations formulées dans l'instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour élaborer leur démarche de sécurisation.

Voir le guide « outil d'auto-évaluation de sûreté- Modèle de fiche de sécurité » édité par le Ministère de la Santé et de la Prévention (solidarites-sante.gouv.fr)

a. Auto-évaluation de sûreté (établi par le responsable d'établissement)

Sur la base des réponses produites, il revient au rédacteur d'analyser l'adéquation entre les vulnérabilités et les mesures de prévention et de protection prises ou envisagées.

1. Présentation générale

- **Situation géographique :**

⁹ Articles L.4121-1 et L.4121-2 du code du travail

¹⁰ <https://www.gouvernement.fr/vigipirate>

<i>Environnement de l'implantation de la structure (rural, urbain, centre-ville, résidentiel ...)</i>	
<i>Point de vigilance particulier (proximité d'un site sensible ou Seveso, d'un établissement scolaire ou d'une administration etc.)</i>	
<i>Intégration dans un établissement de santé¹¹ ou à proximité d'un site déjà sécurisé (préfecture, police, gendarmerie)</i>	

- **Caractéristiques de la structure :**

<i>Description du site (superficie, nombre de bâtiments)</i>	
<i>Type de public accueilli</i>	
<i>Capacité d'accueil du public</i>	
<i>Description des aménagements spécifiques au type de public</i>	
<i>Horaires de fonctionnement</i>	<input type="checkbox"/> H24 <input type="checkbox"/> Accueil de jour

- **Nombre de personnels présents dans l'établissement :**

<i>Personnels d'encadrement, techniques et administratifs</i>	
<i>Personnels de sûreté (préciser les qualifications)</i>	
<i>Personnels soignants</i>	
<i>Prestataires travaillant sur site</i>	
<i>Autres personnels</i>	

¹¹ Si le site est intégré dans un établissement de santé, les mesures de sûreté doivent être conformes au plan de sécurisation d'établissement (PSE).

2. Etude de l'établissement

2.1. Périphérie de l'établissement (extérieur)

- **Environnement immédiat :**

	Description	Influence sur les risques du site*
Accessibilité /niveau de fréquentation à proximité (proximité)		
Le quartier est-il perçu comme sûr ?		
Lieux de rassemblement proches pouvant causer des troubles		
Type de l'habitat dominant aux alentours, voisinage mitoyen		
Topographie spécifique (impasse, friche...)		

Des items cités ci-dessus ont-ils eu un lien avec des incidents dans l'établissement ?	Jamais	Parfois	Souvent
	Si oui, reporter les incidents à la section 2.4 « Gestion des problématiques de sûreté au sein de l'établissement »		
Si oui, ces incidents sont-ils ?	Peu graves	Graves	Très graves
Depuis combien de temps ?			

- **Extérieur de l'établissement (périmètre compris entre la limite de propriété et l'enveloppe du ou des bâtiments, accès au bâtiment exclus) :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
Existe-t-il une clôture ? Est-elle homogène et en bon état?				
Existe-t-il une possibilité d'accès par une mitoyenneté ?				
Nombre d'accès pour les véhicules				
Nombre d'accès pour les piétons				
Chaque accès est-il équipé : • D'un contrôle d'accès ? (Interphone, barrière, digicode...) • d'un dispositif anti-voiture bélier ?				
Existe-t-il un parking ? Est-il sécurisé ?				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

Y-a-t-il des espaces verts ? Sont-ils entretenus ? Peut-on s'y dissimuler ?				
Existe-t-il des bâtiments annexes, des abris ?				
L'éclairage des espaces extérieurs est-il satisfaisant ?				

2.2. Bâtiment (aspects extérieurs)

- Murs et façades :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
Peut-on facilement escalader les murs d'enceinte ?				
Les fenêtres sont-elles sécurisées ? Comment ?				
Existe-t-il d'autres ouvertures pouvant permettre une intrusion ?				
Y-a-t-il de larges baies vitrées ? Sont-elles protégées ? Les vitrages sont-ils résistants ?				
L'éclairage de la façade est-il satisfaisant ?				
Une ronde extérieure est-elle systématiquement assurée avant la fermeture de l'établissement ?				

- Accès au bâtiment :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
Les accès sont-ils surveillés ?				
Chaque accès est-il équipé d'un contrôle d'accès ?				
Les accès sont-ils différenciés entre le personnel, le public accueilli et les fournisseurs ?				
Y-a-t-il une protection d'accès sur les entrées lorsqu'ils sont fermés ? (rideau métallique, volets...)				
Les sorties de secours sont-elles verrouillées depuis l'extérieur ? Comment sont-elles sécurisées ?				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

- **Toitures :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
<i>Peut-on y accéder facilement depuis l'extérieur ?</i>				
<i>Peut-on y accéder facilement de l'intérieur ?</i>				
<i>Peut-on pénétrer à l'intérieur du bâtiment par les toits ?</i>				
<i>Y-a-t-il sur le toit des équipements sensibles ?</i>				
<i>Y-a-t-il des exutoires (puits de lumière et évacuation de fumée) ? Sont-ils sécurisés ?</i>				

2.3. Bâtiments (volumes intérieurs)

- **Sécurisation intérieure :**

<i>Identification des locaux sensibles</i>	<i>Description du local et de ses moyens de sécurisation</i>	<i>Influence sur les risques du site</i>
<i>Local sensible n°1</i>		
<i>Local sensible n°2</i>		
<i>Local sensible n°3</i>		
<i>Local sensible n°n</i>		

- **Energie et réseaux :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur le risque dans le site*)
	O	N	SO	
<i>Des produits dangereux (toxiques, gaz) sont-ils présents dans l'établissement ?</i>				
<i>Les emplacements des organes de coupure des fluides sont-ils connus ?</i>				
<i>Les accès aux locaux techniques ou de stockage sont-ils restreints ? Quelles mesures de sûreté sont spécifiquement prévues ?</i>				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

- **Sécurité des systèmes d'informations :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
Le support informatique est-il : • Réalisé en interne ? • Sous-traité ?				
L'hébergement des SI est-il : • Internalisé (serveurs locaux) ? • Externalisé (cloud) ?				
Le local serveur informatique est-il sécurisé ? Comment ?				
Avez-vous désigné une personne-ressource en informatique ?				
Les informations sont-elles régulièrement sauvegardées ?				
Le support de sauvegarde est-il isolé du réseau d'usage ? Physiquement ? sinon par des protections logicielles ?				
Les ordinateurs reliés à internet sont-ils équipés d'un antivirus et protégés par un pare-feu ?				
Des accès distants sont-ils disponibles pour certains utilisateurs (travail en mobilité) ?				
L'accès aux ordinateurs est-il protégé par des mots de passe individuels ?				
La session de travail est-elle verrouillée par son utilisateur quittant son poste ou se fait-elle de façon automatique après un temps d'inactivité ?				
Des actions pédagogiques sur la sécurité des SI sont-elles organisées ?				
Les actions des utilisateurs sont-elles tracées et datées ?				

2.4. Moyens de sécurisation

- **Moyens humains**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

<i>Le directeur ou un membre de l'équipe de direction est-il en charge des problématiques de sûreté ?</i>				
<i>Existe-t-il un agent ou un service dédié aux missions de sûreté ?</i>				
<i>Cet agent ou ce service est-il mutualisé avec plusieurs établissements ?</i>				
<i>En l'absence d'agent dédié à la sûreté, au moins un personnel assure-t-il la surveillance et l'alerte ? (décrire son profil et ses missions)</i>				
<i>Les accès des personnes extérieures (fournisseurs, familles, visiteurs,...) sont-ils surveillés par un agent d'accueil ou de sûreté ?</i>				
<i>Existe-t-il une présence humaine sur le site la nuit et en période de fermeture ?</i>				
<i>Des vérifications des accès et des locaux sensibles sont-elles effectuées sur le site la nuit et en période de fermeture ?</i>				
<i>L'agent chargé d'une mission de sûreté dispose-t-il de moyen d'alerte (interne/externe) ?</i>				

- **Moyens de vidéo protection**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
<i>Des caméras extérieures surveillent-elles les façades et les accès ?</i>				
<i>Des caméras intérieures couvrent-elles les accès au bâtiment et les locaux sensibles du site ?</i>				
<i>Les caméras sont-elles actives en permanence ? (pendant et hors périodes d'activité)</i>				
<i>Les images sont-elles visualisables en direct par le responsable de la sûreté du site ?</i>				
<i>Les images sont-elles enregistrées sur le site ? Si oui, quelle est la durée de conservation ?</i>				
<i>Les images sont-elles reportées à un service de télésurveillance ?</i>				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

- **Moyens de contrôle d'accès et de détection d'intrusion**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
Le contrôle d'accès des locaux est-il assuré par : • Un verrouillage par serrure ? • Un interphone/visiophone avec ouverture de porte ? • Une serrure à code mécanique ? • Un lecteur de badge/carte ? • Autre ?				
L'ensemble des portes d'entrée au bâtiment ainsi que celles des locaux considérés comme sensibles sont-ils sous contrôle d'accès ?				
Existe-t-il des droits d'accès différents en fonction des différents profils de personnels ?				
En cas de porte sous contrôle d'accès forcée ou maintenue ouverte, existe-t-il un report d'alarme ? A quel endroit (sur site ou à distance) ?				
En cas d'intervention sur téléalarme, l'agent intervenant dispose-t-il des droits et badge d'accès ?				
Existe-t-il des plages horaires d'activation des systèmes de contrôle d'accès et/ou de détection intrusion ?				
Des détecteurs d'intrusion surveillent-ils les fenêtres et les portes d'accès du bâtiment ?				
Si oui, ces détecteurs sont-ils reliés à des équipements de sûreté (sirène, éclairage, caméra) ?				
Des détecteurs d'intrusion couvrent-ils les locaux sensibles du site ?				
Les détecteurs d'intrusion sont-ils actifs en permanence ? (pendant et hors périodes d'activité)				
En cas d'intrusion, une alarme est-elle transmise au responsable de la sûreté du site ?				
Un contrat de télésurveillance avec report des alarmes en cas de détection existe-t-il ?				
En cas d'intrusion, le service de télésurveillance envoie-t-il un agent de sûreté faire une levée de doute ?				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

2.5. Gestion des problématiques de sûreté au sein de l'établissement

- Incidents répertoriés en interne au cours des 24 derniers mois :

<i>Nature des faits</i>	<i>Nombre</i>	<i>Catégorie d'auteur de victime (personnels, public accueilli, tiers...)</i>
<i>Dégradation de biens</i>		
<i>Vol</i>		
<i>Atteintes à la vie privée</i>		
<i>Violences verbales</i>		
<i>Port d'arme</i>		
<i>Violences physiques</i>		
<i>Violences sexuelles</i>		
<i>Disparition, fugue</i>		
<i>Champ libre pour autre type de fait</i>		
<i>Champ libre pour autre type de fait</i>		
<i>Total</i>		

<i>Incidents signalés</i>	<i>Nombre</i>	<i>évolution au cours des dernières années</i>
<i>Au directeur de l'établissement</i>		
<i>à l'autorité de tutelle</i>		
<i>à la Police/Gendarmerie</i>		
<i>au Procureur</i>		

<i>Suivi des incidents</i>	<i>Inexistant</i>	<i>A renforcer</i>	<i>Satisfaisant</i>
<i>interne</i>			
<i>Établissement/ Famille</i>			
<i>Établissement/ Police/ Gendarmerie/Justice</i>			
<i>Autorité de tutelle</i>			
<i>Autre</i>			

- **Mesures de sécurisation et confinement :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
<i>Un système d'alerte destiné à l'ensemble du personnel est-il prévu pour signaler une intrusion ?</i>				
<i>Les accès sont-ils condamnables en urgence ? Comment ?</i>				
<i>Les pièces sont t'elles sécurisées ? Comment ?</i>				
<i>Une ou plusieurs salles sont-elles connues des personnels et équipées pour se confiner ? (verrou, moyen de communication avec l'extérieur...)</i>				
<i>Des outils sont-ils à disposition du personnel ? (annuaire d'urgence, liste du public accueilli, fiches de conduite à tenir)</i>				

- **Mesures en situation de crise :**

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
<i>Les numéros d'urgence sont-ils affichés de manière visible?</i>				
<i>Existe-t-il un plan d'actions en cas d'urgence, connu de l'ensemble des personnels ? (prestataires sur site inclus)</i>				
<i>Les personnes et les moyens concourant à une cellule de crise sont-ils identifiés ? Ont-ils déjà été testés ?</i>				
<i>Les documents et les numéros en cas d'urgence sont-ils vérifiés et testés périodiquement?</i>				
<i>Le directeur de l'établissement dispose-t-il d'outils et est-il entraîné à la communication de crise (interne/externe) ?</i>				
<i>Une procédure pour signaler aux autorités administratives tout dysfonctionnement grave est-elle prévue et connue de la direction ?</i>				

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

3. Schéma directeur de la sûreté

3.1. Politique globale

Questions	Réponse			Remarques (description et influence sur les risques du site*)
	O	N	SO	
<i>Est-ce qu'une politique de sensibilisation et de formation est mise en place au sein de la structure ? (direction, cadres, personnels soignants, spécialisés, techniques et administratifs)</i>				
<i>L'affichage et les consignes du plan Vigipirate à destination du public accueilli et des visiteurs sont-ils visibles et mis à jour ?</i>				
<i>Une politique de prévention est-elle mise en place avec les prestataires de service, les intervenants extérieurs et les livreurs ?</i>				
<i>Un plan d'action sur la sécurité des systèmes d'information est-il mis en œuvre ? : (analyse de menaces et vulnérabilités, plan d'action, charte, sensibilisation)</i>				
<i>Existe-t-il une convention avec les acteurs locaux de sécurité et de justice ? (protocole constitué de mesures de prévention et d'intervention des forces de sécurité intérieure)</i>				
<i>Une concertation sur le concours des moyens municipaux de sécurité publique disponibles est-elle possible ? (dispositif de vidéo-protection, police municipale...)</i>				

3.2. Relations avec les acteurs territoriaux :

	Contact identifié (OUI/NON)	Identité et coordonnées du point de contact	Nature des partenariats mis en place
<i>Autorité de tutelle</i>			
<i>Mairie</i>			
<i>Police/Gendarmerie</i>			
<i>Justice</i>			
<i>Autre</i>			

O	Oui ou satisfaisant	N	Non ou A renforcer	SO	Sans objet
---	---------------------	---	--------------------	----	------------

* Influence sur le risque de l'établissement : + Influence positive, = Sans incidence, - Facteur de risque.

3.3. Procédures :

<i>Consignes et plans</i>	<i>En place et connu des personnels (OUI/NON)</i>	<i>Évalué lors d'un test ou d'un exercice (OUI/NON)</i>	<i>Efficacité de la procédure (A revoir / Satisfaisant)</i>
<i>Gestion des accès</i>			
<i>Réception des plis et colis</i>			
<i>Accueil des fournisseurs</i>			
<i>Accueil des visiteurs / des familles</i>			
<i>Disparition inquiétante / fugue</i>			
<i>Intrusion</i>			
<i>Agression</i>			
<i>Intervention urgente aux heures ouvrables</i>			
<i>Intervention urgente aux heures non ouvrables</i>			
<i>Ronde de fermeture du site</i>			
<i>Activation de la cellule de crise</i>			
<i>Alerte à la bombe ou colis suspect</i>			
<i>Alerte interne des personnels</i>			
<i>Rappel des personnels</i>			
<i>Alerte des forces de sécurité intérieure</i>			
<i>Confinement suite à une attaque terroriste</i>			
<i>Evacuation suite à une attaque terroriste</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			
<i>Autre procédure</i>			

b. Modèle de fiche de sécurité d'établissement (à compléter *a minima* sur la base de l'auto-évaluation précédemment réalisée et des lignes directrices de l'annexe 1 de l'instruction du 4 juillet 2017)

logo	Fiche de sécurité			Référence système qualité ou version
	Identification structure			
Date	Rédaction	NOM – Prénom	Validation	NOM – Prénom
<i>Commentaires ou champ libre</i>				
<i>Type d'établissement</i>				
<i>Capacité d'accueil</i>				
<i>Nombre de salariés</i>				
<i>Adresse</i>				
<i>Téléphone</i>				
<i>Responsable d'établissement</i>				
<i>Responsable de la sécurité / sûreté</i>				
<i>Horaires de présence du responsable ou du service de sûreté et modalités de contact</i>				
<i>Coordonnées du responsable ou du service de sûreté</i>				
<i>Identification et coordonnées du correspondant police ou gendarmerie</i>				
<i>Identification et coordonnées du correspondant de l'autorité de tutelle</i>				
<i>Identification et coordonnées de la mairie (ou police municipale)</i>				
<i>Identification et coordonnées du correspondant justice</i>				

1. Sécurisation de l'ESSMS en temps normal

- **Identification des risques :**

<i>Risque identifié</i>	<i>Conséquences sur l'établissement¹²</i>	<i>Degré de priorité de traitement</i>
<i>Intitulé du risque n°1</i>		
<i>Intitulé du risque n°2</i>		
<i>Intitulé du risque n°3</i>		
<i>Intitulé du risque n° n</i>		

- **Evaluation des vulnérabilités et plan d'actions :**

<i>Vulnérabilité identifiée</i>	<i>Nature de la vulnérabilité : Organisationnel, physique ou logique (systèmes d'informations)</i>	<i>Mesures correctrices (immédiate, à moyen terme ou à long terme)</i>
<i>Intitulé Vulnérabilité n°1</i>		
<i>Intitulé Vulnérabilité n°2</i>		
<i>Intitulé Vulnérabilité n°3</i>		
<i>Intitulé Vulnérabilité n° n</i>		

- **Procédures de sûreté des personnes et des biens :**

<i>Intitulé Procédure n° 1 Exemple : Consignes permanentes de vigilance aux personnels</i>	<i>Description</i>
<i>Intitulé Procédure n°2 Exemple : Accueil et circulation sur site des visiteurs et familles</i>	<i>Description</i>
<i>Intitulé Procédure n°3 Exemple : Accueil et circulation sur site des fournisseurs et prestataires</i>	<i>Description</i>
<i>Intitulé Procédure n° 4 Exemple : Gestion des accès</i>	<i>Description</i>

¹² **Gravité extrême** : indisponibilité totale et durable de la structure ; **gravité majeure** : indisponibilité partielle et/ou temporaire de la structure ; **gravité modérée** : perturbation limitée (max. quelques heures d'un service) ; **gravité mineure** (perturbation sans rupture de fonctionnement).

<i>Intitulé Procédure n°5</i> <i>Exemple : Réception des plis et colis</i>	<i>Description</i>
<i>Intitulé Procédure n°6</i> <i>Exemple : Conduite en cas de survenue d'un incident mineur</i>	<i>Description</i>
<i>Intitulé Procédure n° 7</i> <i>Exemple : Règles d'utilisation des outils informatiques</i>	<i>Description</i>

2. Sécurisation complémentaire en situation de crise à proximité de l'établissement ¹³

- **Ressources et moyens d'urgence :**

<i>Moyens d'alerte des forces de sécurité intérieure</i>	<i>Description / localisation</i>
<i>Système d'alarme déclenchant l'évacuation ou le confinement¹⁴</i>	<i>Description / localisation</i>
<i>Locaux identifiés pour le confinement</i>	<i>Description / localisation</i>
<i>Autre</i>	<i>Description / localisation</i>

- **Procédures d'urgence :**

<i>Alerter les forces de sécurité intérieure</i>	<i>Description</i>
<i>Réagir face à une alerte à la bombe ou un colis suspect</i>	<i>Description</i>
<i>Se confiner ou évacuer (processus de décision)</i>	<i>Description</i>
<i>Alerter l'ensemble du personnel</i>	<i>Description</i>
<i>Savoir se confiner</i>	<i>Description</i>
<i>Savoir évacuer</i>	<i>Description</i>
<i>Réagir à une cyberattaque</i>	<i>Description</i>

¹³ Voir le guide de bonnes pratiques « Vigilance attentats : les bons réflexes à destination des personnels des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux », juin 2016 http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/07/guide_pratique_pour_les_personnels_des_etablissements_de_sante_sociaux_et_medico_sociaux.pdf

¹⁴ L'alarme signalant une intrusion violente ou une attaque terroriste doit être différente de l'alarme incendie.

3. Organisation des exercices / programmation

<i>Type d'exercice</i>	<i>Retour d'expérience</i>

ANNEXE 3 : RISQUE INONDATION

OBJECTIFS ET ENJEUX

Plusieurs types d'événements peuvent provoquer l'inondation d'un bâtiment, de ses voies d'accès ou de zones géographiques proches et, plus largement, perturber son fonctionnement : précipitations importantes, crue d'un cours d'eau, submersion marine, rupture de barrage ou de digue, ruissellement, coulée de boue, reversement dans le milieu superficiel etc.

Les ESSMS et, en particulier, les EHPAD, peuvent particulièrement être concernés par ces événements du fait de la fragilité des résidents (altération des capacités motrices, cognitives, sensorielles). De ce fait, une inondation peut mettre en danger la santé des résidents et du personnel, impacter la bonne conduite des activités habituelles y compris celles qui sont indispensables (alimentation, soins, etc.), en particulier lorsque les voies d'accès sont submergées, endommager les bâtiments et/ou les biens matériels qui y sont stockés (médicaments, matériels informatiques, etc.).

Or, ces événements risquent d'être de plus en plus fréquents du fait des changements climatiques. Certains territoires seront plus concernés que d'autres et certains établissements seront plus impactés de par leurs caractéristiques (localisation, architecture, équipements, etc.).

Pour préserver la santé et la sécurité des personnes, il est donc fortement recommandé à chaque EHPAD, dans le cadre de la rédaction de son plan bleu, d'élaborer un volet « risque d'inondation ».

La démarche présentée pour le volet « risque d'inondation » peut également s'adapter à d'autres risques naturels et/ou technologiques qui auront été identifiés par l'établissement (vent violent, événement Seveso, etc.).

Rappel du dispositif national « Vigilance crues » : ce dispositif est fondé sur les mêmes principes que la vigilance météorologique, qui vise à attirer l'attention de tous sur les dangers potentiels d'une situation météorologique et de faire connaître les précautions pour se protéger. Elle est composée d'une carte de la France métropolitaine actualisée au moins deux fois par jour à 6h et 16h. Elle signale si un danger menace un ou plusieurs départements dans les prochaines 24 heures. Chaque cours d'eau inclus dans le dispositif de la vigilance Crues apparaît sur la carte de vigilance. Ces cours d'eau sont le plus souvent découpés en tronçons. A chaque tronçon est affectée une couleur : vert, jaune, orange ou rouge selon le niveau de vigilance adapté pour faire face au danger susceptible de se produire dans les 24 heures à venir. Lorsque l'on clique sur un département de la carte de vigilance météorologique, une vignette de la forme du département et de la vigilance Crues en cours s'affiche accompagnée d'un lien pour accéder directement au site de la vigilance Crues.

Pour consulter la vigilance Crues : <http://www.vigicrues.gouv.fr>

RÉFLEXIONS À MENER ET ÉLÉMENTS À INTÉGRER AU VOLET « RISQUE D'INONDATION »

La démarche détaillée ci-dessous doit permettre à un établissement d'évaluer le risque d'inondation auquel il est exposé et de s'y préparer.

La rédaction du volet « risque d'inondation » comporte deux étapes :

- Etape 1 : **L'évaluation du risque d'inondation** : identifier et analyser les risques en recensant les épisodes déjà survenus dans la région et en consultant les documents d'analyse du risque fournis par les autorités locales, évaluer leurs conséquences potentielles ;
- Etape 2 : **La prévention et la gestion du risque d'inondation.**

La méthodologie proposée pour la réalisation de ces trois étapes est détaillée ci-dessous et un modèle de fiche réflexe est fourni.

A l'issue du processus, l'ensemble des éléments élaborés (analyse des risques, programme d'actions préventives, fiche réflexe) sont à intégrer dans le volet « risque d'inondation » du plan bleu.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET « RISQUE INONDATION » ET OUTILS

Etape 1 : Evaluation du risque d'inondation

Document à produire : l'analyse des risques

- **Analyser le risque d'inondation auquel est soumis l'établissement.**

Pour ce faire, il convient de :

- Consulter les **documents d'analyse des risques** produits par les autorités locales concernant les risques d'inondation par précipitations importantes, crue, submersion marine, rupture de barrage ou de digue, ruissellement, coulée de boue, reversement dans le milieu superficiel, etc. (cf. étape 2, analyse des risques et priorisation des risques et menaces des 5 étapes d'élaboration et de mise en œuvre opérationnelle des plans bleus)
 - Recenser les événements de même nature survenus dans la structure ou la région et consulter les retours d'expérience s'ils existent ;
 - Évaluer en tenant compte de l'ensemble de ces données la probabilité de survenue d'une inondation et la gravité potentielle de celle-ci, en prenant en compte les caractéristiques de l'établissement (localisation, architecture, équipements de rétention ou d'évacuation des eaux de pluie, etc.). L'évaluation de la gravité de l'inondation doit prendre en compte la cinétique et la cible de celle-ci, car les conséquences et moyens à mettre en œuvre ne seront pas les mêmes en cas d'entrée d'eau brutale dans un établissement.
- Evaluer les conséquences potentielles d'une inondation sur la structure et la prise en charge des résidents :
 - Les impacts potentiels à évaluer, en fonction des risques d'inondation, sont :
 - La mise en danger directe (noyade, électrocution, blessure par un objet déplacé par les eaux, chute, hypothermie), ou indirecte, liée à la perception du risque des personnes présentes dans l'établissement (résidents, personnel, prestataires, professionnels de santé libéraux, visiteurs, bénévoles, etc.) ;
 - L'arrêt ou le dysfonctionnement des réseaux de distribution (électricité, téléphone, eau, chauffage, etc.), et / ou des services prestataires (repas, linge, etc.), notamment par la submersion des routes ;
 - Une surcharge de travail pour le personnel présent du fait de l'absentéisme (personnes impactées par l'inondation, voies d'accès inutilisables, interdictions de circuler) et des mesures de sauvegarde à mettre en œuvre ;

- La dégradation de l'établissement et des biens (bâtiments, biens personnels des résidents, moyens informatiques, médicaments, etc.).

➔ Les éléments d'analyse et de synthèse issus de ces réflexions devront être intégrés dans un document appelé « analyse des risques ».

En fonction des résultats de l'évaluation des risques, l'établissement décidera ou non d'élaborer une procédure spécifique de gestion du risque d'inondation.

Etape 2 : Prévention et gestion du risque

Documents à produire : le programme d'actions préventives et la fiche réflexe

Cette étape n'est à conduire que si l'analyse des risques menée précédemment a mis en évidence un risque d'inondation pour l'établissement.

Les actions à engager sont les suivantes :

- **Analyser le niveau de maîtrise du risque d'inondation dans la structure** : à partir du document « analyse des risques », l'établissement doit conduire une auto-évaluation pour mettre en évidence les actions qui restent à mettre en œuvre ;
- **Élaborer un programme d'actions préventives** :
 - Établir la liste des actions nécessaires ainsi qu'un calendrier permettant de suivre sa mise en œuvre.

Le programme d'actions préventives doit comporter *a minima* des mesures permettant :

 - À l'établissement (y compris le personnel de nuit) d'être informé en temps réel de la situation en cas de risque d'inondation en lien avec les dispositifs locaux et nationaux de vigilance météorologique / crues (en lien avec la mairie, la préfecture, l'ARS et le conseil départemental (cf. les sources <http://meteofrance.com> et <http://www.vigicrues.gouv.fr>), particulièrement pour les structures situées ou proches de zones inondables ;
 - L'installation et la maintenance d'équipements visant à limiter l'impact d'une inondation sur l'établissement (batardeaux, bassins de rétention, portes étanches, gouttières, pompes, etc.) ;
 - La rédaction de la fiche évacuation / mise à l'abri pour anticiper les mesures de mise à l'abri des résidents et notamment les lieux d'accueil potentiels ;
 - La rédaction de la fiche gestion d'une rupture de flux pour anticiper d'une part le maintien de la continuité des activités indispensables à la santé des résidents et d'autre part les mesures de sauvegarde des biens matériels, en priorité ceux qui sont utiles aux activités prioritaires en cas de rupture de flux (par exemple s'assurer que le groupe électrogène, la chaufferie, les médicaments et dispositifs médicaux, les réserves alimentaires ne sont pas en zone inondable) ;
 - L'élaboration d'un plan de crise sous la forme de fiche réflexe, outil concis et opérationnel qui recense les principales actions à mener en cas de crise ;
 - Une prise de contact avec les services de la préfecture et de la mairie concernés quant aux risques identifiés et aux mesures prises.

- **Formation du personnel**

L'ensemble des procédures et protocoles mis en place est diffusé au personnel de l'EHPAD et tenu à leur disposition dans un classeur facilement accessible.

- **Suivi du programme**

La conduite d'évaluations périodiques permettra de mesurer les progrès accomplis et de réajuster autant que de besoin le programme d'actions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident. Le volet « risque d'inondation » prévoit ainsi de :

- Fixer le calendrier de réalisation du programme d'actions préventives à échéance des 2 ou 3 années à venir ;
- Prévoir la périodicité des réévaluations du programme.

Liste non chronologique

- Assurer une surveillance continue des indicateurs météorologiques (vigilance crues) : [APIC-Vigicrues Flash \(meteofrance.fr\)](https://www.meteofrance.fr) ;
- Activer la cellule de crise de l'établissement et renforcer si besoin l'équipe de direction mobilisable ou joignable (ex : astreinte pendant la nuit ou les week-ends ou période de congé) ;
- Informer l'ensemble des personnels de l'EHPAD et des professionnels intervenant dans l'établissement sur les risques encourus, les dispositions prises et les procédures applicables existantes ;
- Renforcer en tant que de besoin le personnel et mobiliser de façon préventive les techniciens intervenant dans le fonctionnement et l'entretien de la structure ;
- Mettre en œuvre des mesures de sauvegarde des résidents en lien avec les services de secours et les autorités locales (mise à l'abri de manière adaptée aux événements) ; En cas de besoin, organiser le transfert des résidents ainsi que leur suivi avec les autorités de tutelles ;
- Assurer la continuité des activités indispensables à la santé des résidents en évaluant les besoins humains nécessaires (personnel ne pouvant venir travailler, surcharge de travail liée à la gestion de l'évacuation / mise à l'abri (cf. la fiche gestion d'une rupture de flux) ;
- S'assurer du bon fonctionnement des services prestataires (repas notamment) et réseaux de distribution (électricité notamment) et mettre en œuvre des mesures de sauvegarde des biens matériels (cf. la fiche gestion d'une rupture de flux) ;
- Faire le lien (alerte et points de situation) avec l'ARS, le Conseil départemental, la mairie, la préfecture et les services de secours (SDIS) et s'informer de l'évolution de la situation (site [APIC-Vigicrues Flash \(meteofrance.fr\)](https://www.meteofrance.fr), numéro national 3250) ;
- Déterminer la stratégie de communication auprès des résidents, des familles et des professionnels libéraux (information sur la situation en cours et sur les mesures de précaution à respecter) ;
- Lever l'alerte et assurer le retour à la normale en ayant une vigilance sur la phase de retour à l'activité qui peut se dérouler sur un mode dégradé pour prendre en compte un possible absentéisme réactionnel quelques jours plus tard (cf. fiche gestion d'une rupture de flux), vérifier la bonne prise en charge des personnes évacuées, réunir le personnel pour débriefer et l'informer sur la suite des événements ;
- Tenir informées les autorités quant à la situation de l'établissement (dégâts, reprise de l'activité, nécessité de reconstruction, pertes financières), faire l'inventaire des dégâts matériels (photographies et archivage des factures pour les dossiers d'assurance) ;
- Faire un retour d'expérience et ajuster en tant que de besoin les procédures.

ANNEXE 4 : RISQUES VAGUES DE FROID ET VAGUES DE CHALEUR

OBJECTIFS ET ENJEUX

L'exposition à un phénomène climatique type vagues de froid ou vagues de chaleur peut avoir des conséquences graves, en particulier chez les personnes âgées, plus vulnérables, qui ont une capacité réduite d'adaptation aux températures.

Ce volet vise donc à prévenir et anticiper les conséquences sanitaires et sociales liées aux phénomènes climatiques et à organiser la réponse de l'établissement pour limiter l'impact de ces épisodes sur les résidents et le personnel. Cette réponse s'inscrit pleinement dans la stratégie définie par l'ARS dans le cadre du volet EPI-CLIM d'ORSAN.





Le caractère souvent prévisible et la cinétique lente de ces phénomènes permettent une mise en œuvre graduée et continue des mesures de gestion de l'événement selon l'analyse de la situation. Les objectifs principaux sont de préserver la santé et la sécurité des résidents dans l'établissement et de limiter les hospitalisations non programmées des résidents.

AVERTISSEMENTS MÉTÉOROLOGIQUES

En complément des prévisions de température à plusieurs jours d'échéance, la vigilance météorologique est conçue pour informer simultanément la population, les pouvoirs publics dont les autorités en charge de la gestion des crises et les médias en cas de phénomènes météorologiques dangereux pouvant affecter le territoire. Elle concerne aujourd'hui huit phénomènes : vent, orages, pluie-inondation, vagues-submersions, grand froid, canicule, avalanches, neige-verglas.

Actualisée au moins deux fois par jour à 6h et 16h, elle signale si un danger menace un ou plusieurs départements dans les prochaines 24 heures. Conformément à l'instruction du 14 juin 2021, la vigilance météorologique couvrira la totalité du lendemain à compter de l'automne 2022, sous la forme d'une double carte (aujourd'hui et demain).

Les quatre niveaux de couleurs de la vigilance météo sont les suivants¹⁵ :

-  **Une vigilance absolue s'impose.** Des phénomènes dangereux d'intensité exceptionnelle sont prévus. Tenez-vous régulièrement au courant de l'évolution de la situation et respectez impérativement les consignes de sécurité émises par les pouvoirs publics.
-  **Soyez très vigilant.** Des phénomènes dangereux sont prévus. Tenez-vous au courant de l'évolution de la situation et suivez les conseils de sécurité émis par les pouvoirs publics.
-  **Soyez attentifs.** Si vous pratiquez des activités sensibles au risque météorologique ou exposées aux crues, des phénomènes habituels dans la région mais occasionnellement et localement dangereux (ex. mistral, orage d'été, montée des eaux) sont en effet prévus. Tenez-vous au courant de l'évolution de la situation.
-  **Pas de vigilance particulière.**

Ces niveaux de couleur qui sont appliqués traduisent l'intensité du risque auquel la population est exposée pour les prochaines 24 heures.

¹⁵ Source : site de MétéoFrance, <https://vigilance.meteofrance.fr/fr/guide-vigilance-meteo>

RÉFLEXION À MENER ET ÉLÉMENTS À INTÉGRER AU VOLET « GESTION DES VAGUES DE FROID OU DES VAGUES DE CHALEUR »

Pour chacun des niveaux de vigilance, l'établissement mène une réflexion sur les conséquences potentielles sur l'accueil et la prise en charge des résidents et met en place les actions de prévention et de gestion qui s'imposent.

*Les recommandations formulées dans ce volet sont principalement issues du guide d'aide à l'élaboration de la **disposition spécifique départementale ORSEC gestion sanitaire des vagues de chaleur**, de l'instruction interministérielle relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France métropolitaine et de l'instruction relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid.*

La démarche proposée pour l'élaboration de ce volet comporte trois étapes :

- Etape 1 : **L'analyse du risque** « températures »
- Etape 2 : La réalisation d'un **état des lieux des moyens et des ressources mobilisables**
- Etape 3 : La **prévention du risque** « températures »
- Etape 4 : La **gestion du risque** « températures »

La méthodologie proposée pour l'élaboration de ces trois étapes est détaillée ci-après.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET « TEMPÉRATURES »

Etape 1 : Analyse du risque « températures » et ses conséquences potentielles

Chaque établissement doit évaluer les effets potentiels des épisodes climatiques sur ses résidents et son activité. En effet, certains épisodes climatiques peuvent aggraver des maladies préexistantes ou être à l'origine de certaines maladies (augmentation du risque cardiovasculaire, survenue de maladies respiratoires, déshydratation, etc.). Un épisode de canicule ou de grand froid peut ainsi avoir un impact sanitaire majeur sur les résidents les plus vulnérables car les effets sur l'organisme sont aggravés par l'effet conjugué du vieillissement physiologique et des pathologies sous-jacentes. De plus, les épisodes climatiques intenses peuvent avoir un impact sur les flux entrants et sortants de résidents (augmentation des demandes d'admission, transfert de résidents en milieu hospitalier, etc.).

L'analyse de risque réalisée par l'établissement doit donc prendre en compte d'une part la typologie des résidents accueillis, en fonction notamment de leurs facteurs de risque sanitaires et d'autre part l'impact des flux entrants et sortants de résidents sur le fonctionnement de l'établissement. **Un repérage des résidents les plus à risque est à réaliser** ainsi que l'élaboration de **protocoles de surveillance et de prise en charge des résidents en cas de chaleur ou de grand froid**. Une fiche précisant les modalités spécifiques de prises en charge à envisager et les adaptations thérapeutiques à prévoir sera ainsi réalisée et actualisée pour chaque résident en lien avec son médecin traitant.

Etape 2 : État des lieux des moyens et des ressources mobilisables

L'établissement doit s'assurer qu'il dispose des moyens matériels et des ressources nécessaires pour faire face à la survenue d'un épisode climatique. Pour ce faire, il doit particulièrement :

- Vérifier qu'il est possible d'occulter les fenêtres (volets, stores, rideaux) et les surfaces vitrées des espaces collectifs,
- Repérer les pièces les plus difficiles à rafraîchir,
- S'assurer qu'il existe une pièce climatisée ou restant fraîche pouvant accueillir les résidents,
- Faire vérifier le fonctionnement du système de rafraîchissement d'air s'il existe (température moyenne inférieure ou égale à 25°C dans au moins une grande pièce de l'établissement) en prenant en considération les éventuelles préconisations des autorités selon les circonstances,
- Rechercher le mode de fonctionnement (entrées et sorties) laissant pénétrer le moins de chaleur possible dans le bâtiment,
- Disposer d'un nombre suffisant de dispositifs de rafraîchissement de l'air (climatisation brumisation) ainsi que des personnes (brumisateurs, serviettes légères ou lingettes à humecter d'eau potable),
- Vérifier le fonctionnement des réfrigérateurs et des congélateurs,
- Vérifier les installations de chauffage et de production d'eau chaude sanitaire,
- Disposer de thermomètres pour l'air ambiant,
- Vérifier les modalités d'approvisionnement en eau potable et en glace alimentaire,
- Vérifier les stocks d'eau potable et de solutés de perfusion,
- Faire vérifier par les familles ou leurs représentants légaux que les trousseaux de vêtements comportent des tenues adaptées en période chaude ou de grand froid,
- Contrôler les possibilités de distribution de boissons fraîches,
- Prévoir la possibilité d'adapter les menus apportant de l'eau, repas froids (fruits, crudités, avec 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,
 - Collaboration avec les familles des résidents,
 - Collaboration avec les réseaux de bénévoles,
- Garantir les conditions de bonne conservation des médicaments lors d'épisodes climatiques intenses.

Etape 3 : Prévention du risque

Les principales mesures préventives à mettre en place reposent sur :

- Le suivi régulier des prévisions météo de Météo-France plusieurs jours à l'avance,
- Le suivi régulier de la vigilance météorologique de Météo-France,
- La communication « préventive » qui consiste à informer les personnels et résidents sur les conséquences sanitaires propres aux épisodes de canicule et sur les moyens de s'en protéger,
- L'organisation du suivi des patients au regard des effectifs mobilisables,
- La mise en place d'une coopération renforcée ES/EHPAD pour :
 - Anticiper l'amont et l'aval des hospitalisations (recours aux urgences et procédures d'entrées/sorties),

- Garantir la continuité de la prise en charge des résidents/patients grâce notamment aux documents de liaison (mise en place des DLU),
- Favoriser les échanges de bonnes pratiques et l'information entre les professionnels.
- Le recensement des possibilités d'accueils séquentiels, en fonction de la nature de la crise (canicule ou grand froid) : accueil de quelques heures/jours, hébergement temporaire,
- La constitution de stocks complémentaires de glace et de solutés de perfusion (en prévision d'un épisode de canicule).

Etape 4 : Gestion du risque

I. Les mesures de gestion à mettre en place

L'établissement élabore un plan de gestion des vagues de chaleur et des vagues de froid en identifiant les mesures de gestion à mettre en œuvre et adapter le moment venu en fonction de l'analyse de la situation.

Les principales **mesures de gestion en cas d'épisode de canicule** sont les suivantes :

- La mobilisation des personnels,
- Le suivi quotidien et la surveillance de l'état général des résidents au plan clinique et biologique tenant compte de l'ensemble des facteurs de risque. Les personnes à risques doivent faire l'objet d'une vigilance accrue. Les symptômes qui doivent alerter sont les suivants grande faiblesse, grande fatigue, étourdissements, vertiges, troubles de la conscience, nausées, vomissements, crampes musculaires, température corporelle élevée, soif et maux de tête, propos incohérents, perte d'équilibre, perte de connaissance et/ou convulsions.
- La mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques appropriées (rafraîchissement, aération, hydratation, etc.),
- Le rappel aux personnels et résidents des principes de protection contre la chaleur,
- L'adaptation en tant que de besoin des traitements médicamenteux usuels des résidents sur la base notamment des recommandations formulées par le médecin traitant,
- L'adaptation des capacités d'accueil (ouverture des places en hébergement temporaire par exemple),
- La facilitation au sein de l'EHPAD du retour des patients hospitalisés lorsque leur état le permet de façon à libérer des lits dans les établissements de santé pour les cas les plus graves.

Pour les épisodes de grand froid, les principales **mesures de gestion pouvant être mises en œuvre** sont les suivantes :

- La mobilisation des personnels,
- Des actions de communication auprès du personnel sur les conséquences sanitaires d'une vague de froid,
- Une surveillance accrue de l'état général des résidents – *Pour rappel, un épisode de froid intense est propice aux épidémies de maladies infectieuses et favorise les pathologies cardiovasculaires, en particulier les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux-*,
- La délivrance de conseils aux résidents pour se protéger du froid,

- Le recours en tant que de besoin à du personnel médical supplémentaire (ou augmentation du nombre de vacations) pour assurer la prise en charge des malades. Le transfert des résidents/patients vers les services hospitaliers étant limité aux cas graves,
- L'adaptation des capacités d'accueil (ouverture des places en hébergement temporaire par exemple).

Le plan de gestion doit également intégrer le retour à la normale. En effet, lorsque la situation est stabilisée, le Directeur de l'établissement procède à la levée du dispositif et s'assure que les personnes mobilisées en soient informées. Un RETEX doit ensuite être réalisé et donner lieu à la mise en place d'un plan d'actions prévoyant les mesures d'amélioration à mettre en place.

Liste non chronologique

- Activer la cellule de crise de l'établissement
- Informer l'ensemble des personnels de l'EHPAD sur les risques encourus et sur la conduite à tenir
- Mettre en œuvre les dispositifs de rafraîchissement des locaux en cas de canicule (aération, climatisation, ventilation, etc.) et les mesures d'hydratation des résidents
- Assurer un suivi et une surveillance quotidienne renforcée de l'état général des résidents, en particulier des personnes à risque
- Assurer la prise en charge médicale des résidents au sein de l'EHPAD, à l'exception des cas graves qui doivent être transférés vers les services hospitaliers
- Recourir en tant que de besoin à du personnel médical complémentaire (si l'établissement a recours à des médecins prescripteurs)
- Lever l'alerte et assurer le retour à la normale

ANNEXE 5 : RISQUE INFECTIEUX

OBJECTIFS ET ENJEUX

Un agent infectieux est un agent biologique (bactéries, protozoaires, champignons, virus) responsable d'une maladie infectieuse. Il est susceptible de se multiplier dans l'organisme hôte et de se propager à d'autres organismes. Le risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées est important compte tenu de la fragilité et de la vulnérabilité des résidents qui y séjournent, de leur proximité induite par la vie en collectivité, et de la multiplicité des intervenants.

L'apparition au sein d'un EHPAD d'un foyer infectieux d'origine endogène (par exemple une infection associée aux soins ou une toxi-infection alimentaire collective) ou exogène (par exemple une pandémie grippale ou une gastro-entérite aiguë), nécessite donc la mise en place d'une surveillance renforcée et de mesures de gestion spécifiques. La réflexion ainsi menée en amont de la crise au sein de chaque structure permet de définir une politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Ce volet a donc pour objet de définir l'organisation interne à mettre en place pour :

- Limiter le risque de survenue d'un foyer infectieux au sein de l'établissement, et le cas échéant, sa propagation aux autres résidents et personnels ;
- Assurer la prise en charge des patients afin de recourir aux établissements de santé seulement si cela est nécessaire.

La prévention du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

RÉFLEXIONS À MENER ET ÉLÉMENTS À INTEGRER AU VOLET « RISQUE INFECTIEUX »

Chaque établissement, en lien avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) engage une démarche d'analyse des risques infectieux susceptibles d'impacter ses résidents et son personnel. Cette démarche est réalisée selon le processus décrit dans le Document d'analyse du risque infectieux (DARI) qui permet à chacun d'évaluer le risque infectieux auquel il doit se préparer au regard notamment de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'aboutir à la mise en place d'une organisation et à l'élaboration d'un programme d'actions prioritaires à mener.

L'engagement dans la démarche requiert au préalable la mise en place par le directeur de l'établissement des mesures organisationnelles suivantes:

- La désignation d'un responsable ou « référent épidémie » dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement et coordonner les mesures de gestion en cas d'alerte ;
- La mise en place d'un comité de suivi composé au minimum du directeur, du « référent épidémie », d'un médecin (le médecin coordonnateur en EHPAD), d'un cadre infirmier. Ce comité fera des points réguliers sur l'avancée de l'établissement dans la démarche, qui permettront d'opérer les ajustements nécessaires.

Les équipes mobiles d'hygiène peuvent constituer un appui pour l'élaboration du plan d'actions et des protocoles spécifiques associés.

La démarche proposée a été décrite dans l'instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018. Elle comporte trois étapes :

- Etape 1 : **L'évaluation du risque infectieux**: identifier et analyser les risques en recensant les épisodes infectieux des 3 dernières années, déterminer leur criticité afin de les hiérarchiser en établissant une **cartographie des risques** ;
- Etape 2 : La **gestion du risque** qui consiste à analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans la structure à partir notamment du **manuel d'auto-évaluation** proposé par le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), puis à élaborer un **programme d'actions prioritaires et une fiche réflexe** ;
- Etape 3 : La **communication** des résultats et des actions à engager, formalisée dans une **stratégie** et des **outils**, assurant une transparence et un retour d'informations aux professionnels, aux usagers et à leurs familles ainsi qu'à l'ensemble des bénévoles et partenaires.

La méthodologie proposée pour la réalisation de ces trois étapes ainsi que deux outils, le tableau d'aide à l'élaboration d'un programme d'actions suite à l'auto-évaluation et un modèle de fiche réflexe sont rappelés ci-après.

À l'issue du processus, l'ensemble des éléments élaborés (cartographie des risques, auto-évaluation, programme d'actions prioritaires, fiche réflexe, stratégie et outils de communication) sont à intégrer dans le volet « risque infectieux » du plan bleu.

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU VOLET « RISQUE INFECTIEUX » ET OUTILS

Le document d'analyse du risque infectieux (DARI)

Etape 1 : Evaluation du risque infectieux

Document à produire : la cartographie des risques

- ❖ Recenser les épisodes infectieux survenus dans l'établissement au cours des trois dernières années, qui ont pu toucher aussi bien les résidents que les personnels ;
- ❖ Déterminer leur criticité (obtenue en multipliant la gravité par la fréquence), pour cela, il est proposé d'utiliser une échelle de gravité et de fréquence simple cotée de 1 à 4 et d'en faire la somme :

Probabilité très élevée	4	8	12	16
Risque récurrent	3	6	9	12
Probabilité moyenne de survenue	2	4	6	8

Probabilité faible de survenue	1	2	3	4
	Gravité mineure, sans dommage pour la santé	Gravité moyenne, dommage, sans altération de l'état général	Gravité élevée, altération de l'état général, mais sans risque vital	Gravité très élevée avec risque vital.

Cette cotation est subjective, mais elle permet de classer facilement les situations selon leur importance ressentie. Elle permet aussi de hiérarchiser les épisodes infectieux selon leur criticité décroissante et d'établir une **cartographie des risques** qui sera utile à prendre en compte lorsqu'il s'agira de déterminer les priorités du programme de prévention de la structure.

Etape 2 : Gestion du risque

Documents à produire : l'auto-évaluation, le programme d'actions prioritaires et la fiche réflexe

- ❖ Analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans la structure

Le **manuel d'auto-évaluation** proposé pour accompagner cette étape permet de faire le point sur les organisations, les protocoles et autres moyens de prévention déjà implantés dans l'établissement. Il permet de dégager rapidement les points positifs et ceux qui sont à améliorer.

L'application informatique de l'outil permet l'édition des résultats sous forme de scores d'objectifs atteints pour chacun des sept chapitres du manuel. Au terme de l'exercice, les priorités d'amélioration sont ainsi tracées pour l'établissement.

- ❖ Elaborer le **programme d'actions prioritaires**

La gestion des risques consiste à élaborer les solutions qui permettront de les gérer, c'est-à-dire de les réduire autant que faire se peut. Cela passe par la construction et la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La deuxième étape du DARI consiste donc pour l'établissement à construire son programme d'actions prioritaires en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Le plan d'actions prioritaires comporte *a minima* :

- Un programme de sensibilisation/formation de l'ensemble du personnel à la détection et à la gestion du risque infectieux : précautions standard (PS), précautions complémentaires d'hygiène (PCH), informations sur le bon usage des antibiotiques, la résistance des antibiotiques, les bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes, circuit des prélèvements, gestion des excréta, etc.;
- Des actions de sensibilisation des personnels à la vaccination contre la grippe et la promotion de la mise à jour de leurs vaccins (rappel DTP et coqueluche), une campagne de vaccination des résidents contre la grippe et contre le pneumocoque ;

- La formation du personnel aux procédures de surveillance continue des cas tout au long de l'année (courbe épidémique pour détection précoce des cas groupés) et de signalement des infections associées aux soins et des cas groupés (infection respiratoire aiguë et gastro-entérite aiguë) conformément à la réglementation en vigueur ;
- La constitution et la vérification régulière des stocks de matériel de protection, de prélèvement, de soins respiratoires et de tests diagnostiques ;
- L'élaboration d'un plan de crise sous la forme de **fiche réflexe pour que** l'établissement soit en mesure de détecter une épidémie, d'alerter l'ARS, et de mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (la Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'Antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre).

Le plan bleu prévoit que l'ensemble des procédures et protocoles mis en place par l'EHPAD soit diffusé au personnel de l'EHPAD et tenu à leur disposition dans un classeur facilement accessible.

Si l'établissement fait le choix de passer des conventions avec d'autres établissements, organismes ou professionnels sur ce sujet, ces conventions seront jointes en annexes.

Enfin, il est prévu que l'EHPAD mette en place un circuit de gestion des déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) et des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

❖ Suivi du programme

La conduite d'évaluations périodiques permettra de mesurer les progrès accomplis et de réajuster autant nécessaire le programme d'actions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident. Le volet « risque infectieux » devra donc :

- Fixer le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires à échéance des 2 ou 3 années à venir ;
- Prévoir la périodicité des réévaluations du programme.

Etape 3 : Communication

Documents à produire : Stratégie et outils

Le responsable de la mise en œuvre de la démarche veille, en lien avec la direction, à assurer une bonne communication sur les décisions à chaque étape, sur les résultats obtenus et sur les éventuels réajustements du plan d'actions.

Il est essentiel de tenir informés tout au long du processus tous les acteurs concernés : en premier lieu les personnels et les professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi les résidents, leurs familles, les bénévoles et les différents partenaires, pour faire en sorte que chacun comprenne le sens du travail engagé et participe pleinement à la mise en place et à l'évaluation des actions correctives.

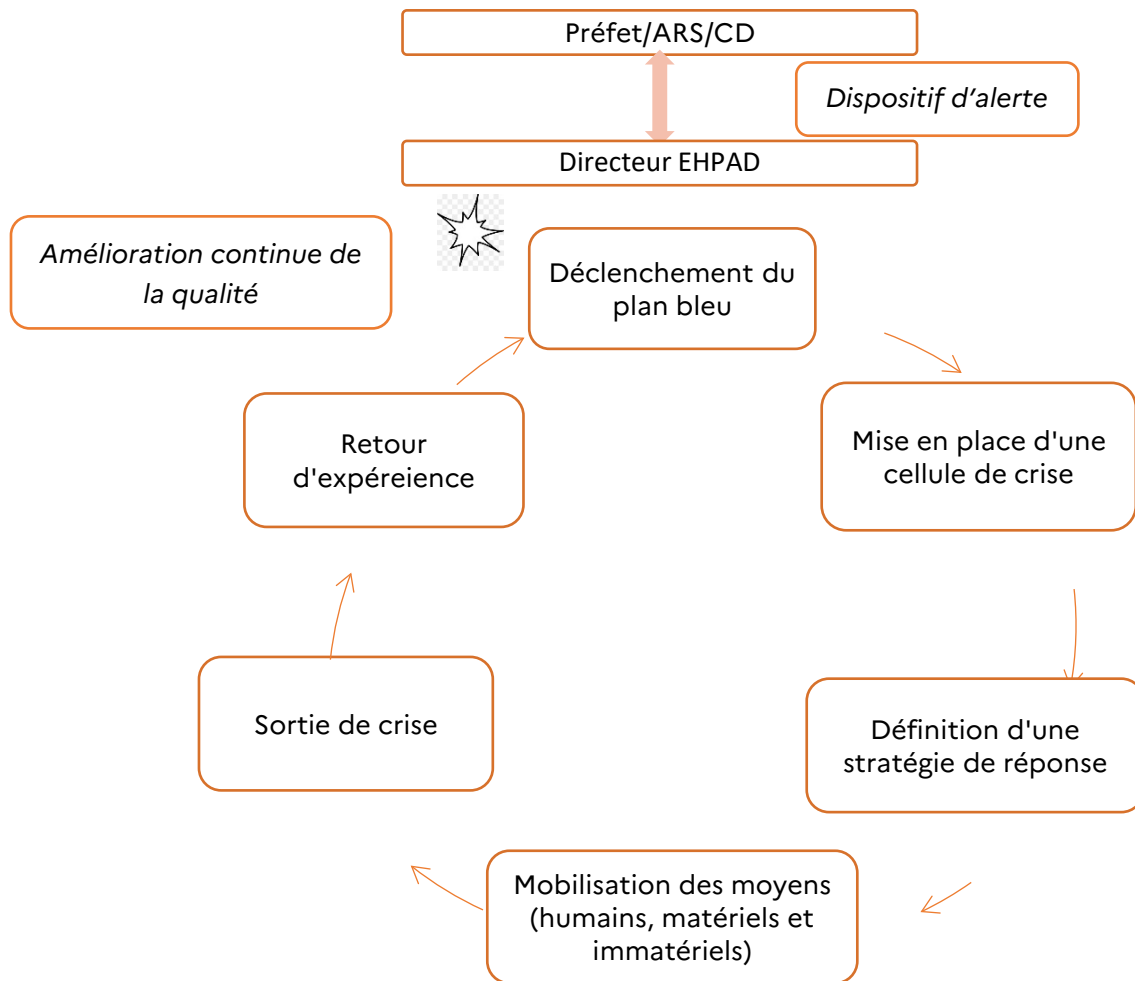
Tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation

Tableau d'aide à l'élaboration du plan d'action DARI	Chapitres	Points faibles de votre organisation.	Action à conduire	Responsable de l'action	Calendrier	Points de situation 1 (Date du comité de suivi)
1	Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement					
2	I-1 : Moyens					
3	I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs					
4	I-3 : Antibiotiques					
5	I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement					
6	Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits					
7	II-1 : Entretien des locaux					
8	II-2 : Hygiène en restauration					
9	II-3 : Gestion du linge					
10	II-4 : Gestion des déchets					
11	II-5 : Gestion de la qualité de l'eau					
12	Chapitre III : Gestion du matériel					
13	Chapitre IV : Gestion des soins					
14	IV-1 : Actes infirmiers et de nursing					
15	IV-2 : Antiseptiques					
16	IV-3 : Précautions « standard »					
17	IV-4 : Précautions complémentaires					
18	IV-5 : Hygiène des résidents					
19	Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires					
20	Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques					
21	VI-1 : Gale					
22	VI-2 : Tuberculose pulmonaire					
23	VI-3 : Gastro-entérite					
24	VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse					
25	Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang					

Liste non chronologique

- Transmettre l'alerte à la Direction de l'EHPAD et au référent « épidémie » ;
- Activer la cellule de crise de l'établissement ;
- Informer l'ensemble des personnels de l'EHPAD (et des bénévoles le cas échéant) sur les risques encourus ;
- Mettre en œuvre, sans attendre la confirmation étiologique, des mesures barrières pour limiter la propagation de l'agent infectieux (rappel des professionnels de santé, PCH, hygiène alimentaire et de l'environnement, isolement des malades, masques de protection, réduction des contacts avec les personnes malades et de leurs déplacements, limitation des activités sociales, etc.) ;
- Mener des investigations sur le foyer infectieux (recherche du cas index et des cas contacts, analyses microbiologiques, période d'incubation, etc.) – mission réalisée par le référent « épidémie » en lien avec le médecin coordonnateur ;
- Mettre en œuvre les mesures curatives et / ou préventives étiologiques adaptées selon les recommandations (antibiothérapie, chimiothérapie ou chimio-prophylaxie antigrippale) ;
- Evaluer les besoins humains et matériels supplémentaires nécessaires pour assurer la continuité des activités principales (si mise à l'écart des soins de personnel symptomatique, surcharge de travail) et mettre en œuvre les mesures de gestion adéquates à l'aide du volet gestion d'une rupture de flux ;
- Déterminer la stratégie de communication auprès des résidents, des familles et des professionnels libéraux (information sur la situation en cours et sur les mesures de précaution à respecter, notamment information des visiteurs et des intervenants extérieurs) ;
- Mettre en œuvre les mesures de surveillance continue des cas dès le premier cas détecté : tenir à jour une courbe épidémique des cas, rechercher activement d'autres cas chez les résidents et le personnel ;
- Faire un signalement et/ou une demande d'appui coordonné à l'ARS selon les modalités réglementaires (maladies à déclaration obligatoires, cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) ou de gastro-entérites, etc.) ;
- Lever l'alerte et assurer le retour à la normale.

ANNEXE 6 : SCHEMA DE MOBILISATION DE L'ÉTABLISSEMENT



ANNEXE 7 : MOBILISATION DE MOYENS HUMAINS SUPPLÉMENTAIRES – PROCÉDURE DE RAPPEL DU PERSONNEL

La survenue d'un événement grave peut nécessiter le recours à des moyens humains supplémentaires (surcharge de travail liée aux événements, absentéisme lié à l'impact de l'événement sur le personnel, accueil de résidents supplémentaires, afflux de personnes dans le cadre d'une mise à l'abri, etc.) : eu égard au principe de continuité du service public, un directeur d'établissement public a le droit et le devoir de maintenir ou de rappeler certains agents si la situation le justifie. Un responsable d'établissement privé s'appuiera, quant à lui, sur les dispositions du code du travail et de la convention collective qui font référence aux circonstances exceptionnelles, au surcroît d'activité et aux travaux urgents.

Les modalités et les conditions de rappel du personnel doivent être prédéfinies et intégrées dans le plan bleu.

La mise en œuvre du rappel de personnel peut s'effectuer soit *via* le standard de l'établissement, soit par un membre de la cellule de crise, soit par des systèmes numériques constitués d'automates de rappel paramétrables, susceptibles de diffuser un message préétabli et des consignes de sécurité. Il est notamment recommandé de mettre régulièrement à jour la liste contenant les numéros de téléphone personnels, (il est préconisé une mise à jour a minima semestrielle). Cette liste est sécurisée avec les autres documents nécessaires à l'équipe de crise et ne doit être communiquée qu'aux personnes appelées à en avoir connaissance, comme cela est le cas pour la liste des membres de la cellule de crise. Chaque directeur d'établissement fixe les modalités permettant à tout moment à la cellule de crise d'en prendre connaissance.

La fiche pratique « Gestion d'une rupture de flux » élaborée en lien avec le PCA peut constituer un support d'élaboration des mesures d'anticipation et de gestion des moyens humains en cas de crise.

Par ailleurs, pour assurer l'efficacité de la réponse à une situation sanitaire exceptionnelle, le travail doit être réorganisé afin de tenir compte d'éventuelles insuffisances de personnels et des missions supplémentaires qu'impose une telle situation.

Cette réorganisation peut inclure certaines des dispositions suivantes :

- Sectorisation des équipes
- Aménagement des horaires de travail pour assurer la distribution des repas (en chambre si nécessaire)
- Mise en place du télétravail
- Modification des fiches de tâches
- Mobilisation du personnel administratif, technique et d'animation en soutien du personnel soignant
- Mobilisation de l'encadrement pour ajuster l'organisation.

Enfin, les établissements peuvent recourir à des plateformes numériques (ex : plateforme « Hublo ») permettant d'obtenir des « renforts RH » afin de faire face aux problématiques d'absentéisme et de surcharge de travail pour l'ensemble du personnel

ANNEXE 8 : MOBILISATION DE MOYENS MATÉRIELS SUPPLÉMENTAIRES

Mobilisation de moyens matériels supplémentaires

La mobilisation de ressources matérielles supplémentaires s'avère souvent nécessaire en cas de crise, notamment lorsque les événements entraînent une rupture de flux (ex. rupture d'approvisionnement en électricité en lien avec le DARDE, en gaz, en fluide, rupture des prestations de blanchisserie) ou la mise en œuvre de manœuvres d'évacuation, de mise à l'abri ou de sécurisation (mobilisation de brancards, fauteuils roulants, panneaux signalétiques, véhicules, etc.).

Le plan bleu intègre la constitution, par l'établissement, de stocks de matériels supplémentaires lui permettant d'assurer la continuité de l'activité et de veiller à leur maintien en condition opérationnelle. La mobilisation de ces moyens matériels supplémentaires sera proposée par la cellule de crise de l'établissement, puis décidée par le directeur et les stocks reconstitués ou remis en état après utilisation.

Par ailleurs, en sus de la constitution de stocks de matériels supplémentaires, la coopération entre établissements apparaît nécessaire afin de pallier des ruptures de stocks ponctuels (masques chirurgicaux, gel hydro-alcoolique, produits désinfectants, oxygène, etc...) et pouvant être absorbées par des mesures de solidarités entre établissements d'un même territoire de santé.

La fiche technique « gestion d'une rupture de flux » en annexe 18 propose une aide à l'élaboration des mesures permettant d'anticiper et de gérer, en lien avec le Plan de Continuité d'Activité, les ruptures de flux, notamment les moyens matériels.

Recours à des matériels et produits de santé complémentaires

Le plan bleu prévoit qu'au-delà des stocks dédiés aux besoins quotidiens, l'établissement constitue un stock complémentaire de produits de santé mobilisable lors de la survenue d'une SSE.

En premier lieu, ce stock est composé d'une **réserve de produits de santé** qui sont les mêmes que ceux utilisés en routine, pour permettre à la structure d'être autonome pendant à minima 3 jours (72 heures), en tenant compte des spécificités locales et notamment des délais d'acheminement. En effet, l'établissement pouvant être confronté à une rupture d'approvisionnement en produits de santé (par exemple lors de la survenue d'une catastrophe naturelle rendant l'accès à l'établissement impossible, ou dans le cas d'une rupture de la chaîne de production ou de distribution), cette réserve est essentielle pour assurer la continuité de la prise en charge des résidents.

Pour répondre aux **besoins de soins prévus dans un protocole de soins ou prescrits en urgence**, l'établissement peut détenir, en dehors des traitements prescrits pour une personne déterminée, certains médicaments, produits ou objets et des dispositifs médicaux stériles inscrits sur une liste définie.

Cette liste est établie par le pharmacien ayant passé convention et par l'un des médecins attachés à l'établissement et désigné par la direction afin de répondre au besoin de soins prescrits en urgence.

Il s'agit en pratique d'une liste des médicaments établie afin de permettre de répondre aussi bien aux besoins de « soins quotidiens » qu'à un besoin spécifique et immédiat en cas de prescription en urgence pour un résident. Cette liste est financée sur le budget de l'établissement et établie par le pharmacien (d'officine ou PUI) ayant passé convention et l'un des médecins attachés à l'établissement (médecin coordonnateur ou médecin prescripteur exerçant dans l'EHPAD à titre salarié).

De plus, faisant partie des établissements recevant du public (ERP), les EHPAD ont à ce titre l'obligation de se munir d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)¹⁶

Recours aux stocks de vivres

Le plan bleu prévoit les dispositions permettant à l'établissement de faire face à une éventuelle rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine et en nourriture suite à un événement majeur et/ou un problème dans la chaîne de production ou de distribution (ruptures de livraisons, inaccessibilité des voies d'accès à l'établissement, etc.).

Le stock d'eau destinée à la consommation humaine et de nourriture ainsi constitué sera suffisant pour permettre à l'établissement de disposer d'une autonomie de fonctionnement pendant les premières 72 h de la crise.

Cette réserve est constituée d'eau embouteillée, de produits secs et de conserves, en référence à la fiche technique « **gestion d'une rupture de flux** » en annexe 18, élaborée en lien avec le PCA.

¹⁶ Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (cf. décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes)

**ANNEXE 9 : MODÈLE DE CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE UN
ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES
(EHPAD) ET UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (ES) ORGANISANT LES MODALITÉS
D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS**

L'établissement hospitalier :

Adresse :

Tél :

Représenté par :

Fonction :

Ci-après désigné

Et, d'autre part,

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

Adresse :

Tél :

Représenté par :

Fonction :

Il est convenu ce qui suit

Article 1 : Objet

La présente convention a pour objet de formaliser les obligations réciproques du CH XXX et de l'EHPAD yyy pour optimiser l'accueil et l'accès aux soins des personnes, notamment lors d'un accueil en urgence.

Article 2 : Référents

Chaque partie a désigné des référents, interlocuteurs ressources à contacter en priorité par les différents intervenants :

- Pour la structure d'urgence du CH :
 - Médecin référent : Dr X
Tél :
Courriel :
 - Cadre supérieur de santé référent : XX
Tél :
Courriel :

- Pour l'EHPAD :
 - Directeur : XXX
Tél :
Courriel :
 - Coordinateur de santé : XXXX
Tél :
Courriel :

De même, une liste des référents hospitaliers pour chaque service (dermatologie, radiologie et gastro-entérologie, notamment) et des référents de l'EHPAD (animateur ou soignant) pour chaque personne résidente en EHPAD est **annexée** à la convention. Elle sera actualisée annuellement (noms et numéros de téléphone).

Article 3 : Organisation de l'hospitalisation – fiche de liaison

Le cadre général du mode de collaboration entre les professionnels de l'EHPAD et les services hospitaliers du CH doit permettre d'améliorer :

- Le circuit d'accueil et de prise en charge du patient en urgence, afin de garantir la continuité de soins adaptés à la personne âgée, mais également de prendre en compte les spécificités liées à son état de santé (difficultés cognitives, interactions médicamenteuses...);
- La communication et la coordination avec les partenaires qui prennent en charge le résident en dehors du CH ;
- L'organisation du retour de la personne âgée vers son lieu de vie, que constitue l'EHPAD.

Pour chaque service hospitalier ou pôle, l'organisation de l'hospitalisation nécessite la mise en place d'une fiche de liaison, qui décrit et coordonne l'ensemble des interventions et des responsabilités lors de la prise en charge d'une personne âgée hébergée en EHPAD, et notamment :

- 1) Le circuit de la prise en charge de l'urgence constatée à l'EHPAD (appel téléphonique du 15 qui déclenche les secours adéquats...); les modalités d'admission, d'accompagnement et le mode de financement des transports du résident à l'aller et au retour.
- 2) Les engagements du CH :
 - Autoriser la présence d'une tierce personne lorsqu'elle est envisageable, nécessaire et possible (proche, accompagnant) notamment aux urgences. Cette présence doit être validée par le médecin responsable de l'unité ;
 - Prendre en compte les besoins spécifiques de la personne liés à son état de santé en fonction des éléments apportés par l'EHPAD partenaire ;
 - Assurer la continuité et l'adaptation de la prise en charge de la personne âgée, notamment via la fiche de liaison qui doit accompagner le résident tout au long de son transfert ;
 - Donner l'ensemble de l'information nécessaire à l'EHPAD au cours du séjour et à préparer la sortie du patient : le CH s'engage notamment à prévenir préalablement l'EHPAD de la sortie, à s'assurer que les conditions de retour permettent la continuité

de la mise en œuvre des soins requis dans de bonnes conditions (par exemple, un horaire de retour maximum à définir) et à compléter la fiche de sortie.

3) Les engagements de l'EHPAD :

- Hors cas d'urgence extrême, informer le CH de l'arrivée du résident ;
- Accompagner la personne âgée lors de sa prise en charge en urgence dans la mesure du possible, surtout en cas de patient non-communicant, déambulant ou agité ;
- Compléter la fiche de liaison jointe à cette la convention et à la transmettre au service d'accueil du CH, ainsi que la fiche de traitement, la lettre du médecin et la synthèse médicale ;
- Transmettre l'ensemble des autres documents et informations nécessaires (documents administratifs, matériels, lettre du médecin...), notamment les pièces demandées lors d'une admission en urgence (photocopie de la pièce d'identité, numéro de sécurité sociale).

Article 4 : Partage d'informations – périmètre du secret partagé

Dans le respect du secret des informations concernant la personne âgée, protégée par les dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique, les professionnels du CH et de l'EHPAD peuvent être amenés à échanger des informations, avec l'accord de la personne ou de son représentant légal. Cet échange d'informations est limité aux éléments nécessaires à l'accomplissement de leurs missions respectives. Ces professionnels sont astreints au secret médical et/ou à la discrétion professionnelle.

Article 5 : Connaissances réciproques

Les deux partenaires s'engagent à promouvoir le contenu de la convention auprès des professionnels du CH et de l'EHPAD afin de pérenniser son appropriation et son application.

Des actions de formation, d'information des équipes hospitalières sur la prise en soin des personnes âgées dépendantes peuvent être organisées par l'EHPAD, associant le CH, ou réciproquement.

Ces actions de formation destinées à développer une culture commune peuvent faire l'objet d'une compensation financière au profit de l'établissement accueillant dont le montant est fixé au regard de leur durée et de la qualité des formateurs.

Les stages professionnels au sein des deux structures sont recommandés et formalisés par une convention particulière (objectifs et durée du stage).

Article 6 : Evaluation

Chaque partenaire est en capacité d'interpeller l'autre partie à tout moment, en cas de dysfonctionnement manifeste : des interlocuteurs sont préférentiellement identifiés afin d'évaluer la pertinence de la mise en œuvre de la convention, d'apporter des mesures correctives, voire de développer des possibilités de médiation, le cas échéant. Il s'agit de :

- Pour le CH :

- X
Tél :
Courriel :
- Pour l'EHPAD :
 - XX
Tél :
Courriel :

Une évaluation a minima annuelle sera organisée entre les 2 parties, à tour de rôle.

Article 7 : Prise d'effet, durée, résiliation

La présente convention prend effet à compter de sa signature. Elle peut être modifiée par voie d'avenant après accord des deux parties.

Elle est conclue pour une durée indéterminée et peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre partie en respectant un délai de préavis de trois mois.

Elle sera résiliée de plein droit, en cas d'inobservance manifeste des clauses de la présente convention par l'une ou l'autre partie, et après mise en demeure restée infructueuse.

Fait à, le

Liste des annexes jointes à la convention :

- Liste des contacts / référents : pour le CH et pour l'EHPAD
- Fiche de liaison urgence
- Fiche de sortie / courrier de liaison

Le Directeur du CH XXX

Le Directeur de l'EHPAD yyy

Prénom NOM

Prénom NOM

ANNEXE 10 : FICHE COMMUNICATION

Grands principes de communication :

La communication comme mesure de gestion de crise, dont les principes à retenir sont les suivants :

- **Faire de la pédagogie** : Parce qu'une action, une mesure, une décision n'a aucun impact si elle n'est pas connue, expliquée et comprise
- **Anticiper et préparer les réponses à la crise** par la mise en place d'un dispositif de communication (organisation, stratégie, outils et plan d'actions) en rapport avec l'analyse des risques ;
- **Établir et maintenir la confiance** : la communication doit permettre d'établir un climat de confiance avec le public ;
- **Reconnaître et communiquer sur l'incertitude** ;
- **Être transparent** : dans les limites fixées par la loi et les relations locales (préfet, procureur, etc.) ;
- **Être proactif et fournir rapidement de l'information**, dès la première annonce officielle puis les suivantes même si l'information est incomplète ;
- **Impliquer et engager les victimes, les parties prenantes le plus tôt possible**, dans les messages et les recommandations ;
- **Communiquer de manière graduelle et proportionnée** : les dispositifs de communication doivent être adaptés à l'ampleur de l'alerte et/ou de la crise.

Il est recommandé d'être vigilant quant à l'impact que peuvent avoir les réseaux sociaux sur la diffusion d'informations relatives à un événement en cours. A ce titre, l'établissement veille à mettre en place une stratégie visant à en maîtriser la portée.

L'identification d'un porte-parole ou d'interlocuteur unique en période de crise permet de maîtriser le rythme, la nature et la cohérence des informations délivrées. La stratégie de communication en interne et avec l'extérieur doit être proposée par la cellule de crise et validée par le directeur.

Les outils de communication doivent être protégés et sécurisés.

Communication avec l'extérieur (autorités, médias, etc.)

Le porte-parole de l'établissement ne délivre aux médias que les informations relatives à la situation de l'établissement et ne doit pas aborder ce qui relève des autres corps professionnels (procureur, police, gendarmerie et sapeurs-pompiers). De plus, les messages transmis doivent être harmonisés avec ceux délivrés par les autorités, notamment lorsque la crise dépasse le niveau local.

La communication en situation de crise doit être adaptée au public ciblé, à la sensibilité médiatique et à la criticité de l'événement.

Communication en interne

Pour les établissements appartenant à des groupes, les éléments et la stratégie de communication doivent toujours être élaborés en lien avec le siège. Pendant toute la durée de la crise, le personnel de l'établissement doit être tenu informé de l'évolution de la situation. Les messages délivrés doivent être synthétiques et précis.

A l'issue de la crise, l'ensemble du personnel doit être averti de la levée du dispositif.

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls	Tension artérielle (max/min)	Température	Poids récent
.....

 Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable

 Douleur récente

Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

 « le 15 »

 SU

 Médecin traitant

 Entourage

Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Lunettes

Prothèses dentaires

 haut bas

Prothèses auditives

 droite gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

.....

Aller (Ehpad)

Retour (SU)

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)

Document de liaison d'urgence

Date de dernière mise à jour :

Résident

Nom d'usage, prénom

Nom de naissance Date de naissance :

Ehpad (nom, adresse, tél., fax, e-mail)**Contact 24 h/24 h en Ehpad**

Tél. :

Référent de l'entourage

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Tél. :

Médecin traitant (nom, tél., e-mail, adresse)**Protection juridique** Tutelle Curatelle Sauvegarde

Nom du mandataire judiciaire :

Tél. :

Établissement de santé de préférence ⁽¹⁾ (nom, tél., adresse)**Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies****Soins palliatifs**

- En soins palliatifs ⁽²⁾
 Directives anticipées
 Personne de confiance

Nom, tél. :

Lien de parenté :

État psychique

- Peut alerter Orienté Désorienté
 Agité Opposant Risque suicidaire

Handicaps / Déficits

- Visuel Auditif Langage

Gestion des risques

- BMR⁽³⁾ Mois/année
 Vaccin tétanos
 Vaccin grippe
 Vaccin pneumocoque.....

Déplacement/transferts :

- Chute Déambulation Fugue Contention

Autres :

- Risque d'escarre
 Risque de fausses routes

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée

2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte Vitale
 - Attestation de mutuelle
 - Photocopie de la carte d'identité
 - Grille AGGIR (la plus récente)
- Photocopie des directives anticipées
 - Photocopies des ordonnances en cours
 - Tableau d'administration des médicaments
 - Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
 - Compte rendu de la dernière hospitalisation

(Au besoin)

- Fiche BMR (bactérie multirésistante)
 - Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
 - Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
 - Carte de groupe sanguin (si à jour)
- Liste des capacités en soins⁽⁴⁾ de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

ANNEXE 13 : MODÈLE TYPE DE MAIN COURANTE

La main courante enregistre toutes les informations entrantes, les décisions prises, les actions en cours et les actions effectuées. Il permet de décrire tout au long de la crise ce qui s’y passe (mails, appels, évènements, interventions...). Il est donc important que ce document soit bien rempli tout au long de la gestion de la crise.

Date	Heure	Objet

ANNEXE 14 : MODÈLE TYPE DE TABLEAU DE BORD

Le tableau de bord permet de suivre la progression des actions à mener, et de revoir les actions menées. Il permet de répartir au mieux la charge de travail entre les différents acteurs et de les appuyer si nécessaire. Ce tableau de bord peut utilement être complété en s'appuyant sur le tableau de main courante.

Actions à mener	Priorité 1 (forte) Priorité 2 (modérée) Priorité 3 (faible)	Pilote(s)	Heure de début	Heure de fin

ANNEXE 15 : MODÈLE TYPE DE POINT DE SITUATION

Le point de situation permet d'échanger avec les différentes parties prenantes sur les derniers éléments de la crise, et de mettre à jour le plan d'action.

Point de situation n° X		
Description de l'événement (date de début de l'événement, nature, typologie, etc.)		
Impact de l'évènement et conséquences (organisationnelles, médiatiques, sur la sécurisation de l'établissement, sur l'accueil des résidents, etc.)		
Mesures de gestion (activation du plan bleu, cellule de crise, rappel de personnel, mobilisation de moyens matériels supplémentaires, évacuation, mise à l'abri, sécurisation, ruptures de flux, etc.)		
Effectuées	En cours	Non encore effectuées
Demande(s) spécifique(s)		

ANNEXE 16 : OUTIL D'AIDE POUR L'IDENTIFICATION ET LE SUIVI DES ACTIONS À MENER DANS LE CADRE DU PLAN BLEU

Actions à mener/procédures à mettre en place Plan bleu en EHPAD		
Actions à mener/procédures à mettre en place	Statut: réalisé O/N	Commentaires
Désignation de référents SSE		
Constitution de l'équipe projet		
Identification et analyse des risques susceptibles d'impacter l'établissement		
Identification des capacités de réponse de l'établissement	Recensement des moyens humains disponibles	
	Analyse des capacités de prise en charge et transmission du tableau capacitaire à l'ARS	
	Recensement des moyens matériels disponibles	
Mise en place des outils génériques de réponse	Définition des modalités et des conditions de maintien et de rappel du personnel et élaboration des procédures	
	Elaboration d'un listing avec les coordonnées des personnels disponibles, et maintien à jour	
	Détermination d'une voie d'entrée unique ou d'un point de regroupement pour les personnels rappelés pour permettre l'accueil, le recensement et l'affectation (émargement obligatoire)	
	Elaboration de fiches actions pour les personnels impliqués dans la mise en œuvre des dispositions du plan de gestion des tensions hospitalières et SSE	
	Détermination des modalités d'accueil et d'orientation des résidents	
	Mise à disposition de chaque unité/service des DLU des résidents	
	Identification d'une zone dédiée à l'accueil des familles	
	Elaboration d'une procédure pour l'inventaire des effets personnels	
	Constitution de stocks de produits de santé, de matériel médico-chirurgical, et d'équipements logistiques	
	Mise en place d'un suivi en temps réel des stocks de produits de santé et matériels disponibles	
	Détermination des modalités et des procédures de mise à l'abri et d'évacuation (critères de priorisations, orientation des résidents et suivi pendant et après l'évacuation, répartition des tâches entre les différents acteurs, voies de circulation et d'évacuation, modes de transports utilisables, etc.)	
	Elaboration du PSE, comprenant les procédures de fermetures des accès et de sécurisation du site, de contrôle des accès et des identités, etc.)	
	Elaboration d'une procédure de mise en place d'une signalétique destinée à orienter les résidents, leurs proches et/ou les véhicules	
	Stockage du matériel signalétique et des barrières de sécurité	

Actions à mener/procédures à mettre en place

Actions à mener/procédures à mettre en place		Statut: réalisé O/N	Commentaires
Constitution de la cellule de crise	Détermination de la composition de la cellule de crise		
	Détermination du fonctionnement de la cellule de crise		
	Désignation pour chaque fonction d'un suppléant		
	Réalisation d'un listing des personnes composant la cellule et de leurs suppléants (noms, prénoms, tel, fax, adresses, etc.)		
	Définition des rôles des membres de la cellule de crise et élaboration de fiches de poste		
	Détermination de la localisation de la cellule de crise		
	Identification et stockage du matériel nécessaire au fonctionnement de la cellule de crise et pré-équipement des locaux		
	Elaboration de la procédure d'activation de la cellule de crise		
	Elaboration de la procédure de rappel des membres de la cellule de crise		
	Détermination des modalités de communication de la cellule de crise en interne et en externe		
Structuration de la réponse selon deux niveaux de gradation	Elaboration de la procédure d'activation et de diffusion de l'alerte valable 24h/24 et 7j/7		
	Création des messages d'alerte et de levée de l'alerte		
	Elaboration d'un cadre d'analyse et d'évaluation pour identifier la nature, l'ampleur et les conséquences probables de l'événement		
	Rédaction d'une check list pour les premières actions		
	Elaboration de la procédure de fin de crise		
Mise en place d'une politique de formation du personnel	Elaboration d'un plan de sensibilisation/formation des personnels		
	Formation des référents SSE		
	Formation des membres de la cellule de crise		
	Formation du personnel médical et paramédical		
Exercices & RETEX	Réalisation d'exercices pour tester le déclenchement, la mise en œuvre, l'opérationnalité et la levée du plan bleu en EHPAD		
	Réalisation de RETEX après chaque événement réel ou fictif (exercice)		
	Mise en place d'un processus d'amélioration continue		

Actions à mener/procédures à mettre en place

Actions à mener/procédures à mettre en place		Statut: réalisé O/N	Commentaires
Communication	Définition des modalités et des circuits d'information et de communication en interne et en externe		
	Définition des outils et des moyens de communication sécurisés		
	Identification d'une zone dédiée à l'accueil des médias		
	Mise en place d'une organisation permettant la remontée d'information, et la mise à jour régulière des données		
	Elaboration de fiches réflexes sur les règles de communication à appliquer avec les autorités, les familles et les médias		

ANNEXE 17 : PRÉPARATION ET GESTION D'UNE ÉVACUATION / MISE À L'ABRI

Évacuation

L'évacuation d'un établissement consiste à en faire sortir les personnes pour assurer leur sécurité. Elle prend en compte l'ensemble des personnes qui s'y trouvent (résidents, personnels, prestataires, bénévoles, familles, etc.).

Cette procédure peut être rendue nécessaire par la survenue d'un événement grave susceptible d'impacter la structure d'un établissement et de mettre en danger ses occupants (incendie, inondation, risque d'effondrement, dégagements toxiques, etc.).

Compte tenu de la complexité et des risques potentiels engendrés par le transfert de personnes dans le cadre d'une évacuation, celle-ci n'est décidée qu'en dernier recours, lorsqu'il n'existe plus d'alternative ni de possibilité de maintien d'un fonctionnement sur site. Cette décision incombe au directeur d'établissement ou au préfet.

En fonction de la nature, de l'ampleur et de la cinétique de l'événement, l'évacuation peut être immédiate et rapide lorsque le péril est imminent, ou différée et progressive lors d'un événement à cinétique lente et ne concerner qu'une partie ou la totalité des bâtiments. Lorsque l'événement génère un péril imminent, le transfert des patients vers l'extérieur de l'établissement est organisé en urgence par les services de secours (SAMU, SDIS), sous le pilotage du Commandant des opérations de secours (COS) et du directeur des secours médicaux (DSM). Pour les événements à cinétique lente, l'évacuation se fait en lien avec l'ARS et le préfet, qui peut procéder à des réquisitions de matériel et de personnel, en tant que de besoin.

L'établissement définit les modalités d'évacuation des résidents vers des locaux sécurisés et forme l'ensemble de son personnel à la mise en œuvre de ces procédures. Celles-ci doivent être applicables les jours, les nuits, le week-end et les jours fériés.

Au regard de la typologie de la population accueillie au sein d'un EHPAD, constituée principalement de résidents fragiles et vulnérables, une attention particulière sera portée à la sécurité des personnes lors des manœuvres d'évacuation et un accompagnement médico-psychologique mis en place. L'identitovigilance fera l'objet d'attention spécifique du personnel. La même attention sera requise pour que le DLU de chaque résident évacué l'accompagne (cf. annexe 12).

Pour permettre le déroulement optimal des opérations d'évacuation, leurs bonnes organisations seront planifiées en amont.

Les mesures d'évacuation peuvent être précédées ou complétées par de mesures de mise à l'abri temporaire dans l'établissement sur demande d'une autorité compétente.

Mise à l'abri temporaire dans l'établissement sur demande d'une autorité compétente

La mise en place de mesures de mise à l'abri temporaire au sein d'un établissement consiste à rassembler dans une zone définie et sécurisée les personnes afin de les protéger d'un danger extérieur grave et immédiat.

Les situations qui nécessitent la mise en œuvre de ces mesures peuvent être diverses. Elles peuvent par exemple être décidées à la suite d'un acte de malveillance ou de terrorisme au sein de l'établissement ou à proximité immédiate, d'une catastrophe naturelle ou technologique générant un risque physique ou toxique (incendie extérieur à l'établissement, inondation, accident chimique, biologique ou nucléaire etc.).

En fonction de la nature de l'événement, cette mise à l'abri peut intervenir dans une ou plusieurs zones de l'établissement, voire concerner la structure entière.

Pour permettre la conduite efficace et coordonnée de ces opérations, le plan bleu prévoit que l'établissement ait en amont identifié les zones possibles de mise à l'abri, défini les procédures à suivre pour permettre le cas échéant le bon déroulement des opérations et mis en place une formation adaptée pour son personnel.

On distingue plusieurs modalités de mise à l'abri des résidents, en fonction du type et de la cinétique du risque :

- Evacuation totale de l'établissement, immédiate ou progressive ;
- Mise à l'abri temporaire des résidents dans tout ou partie de l'établissement ;
- Mesures de sauvegarde des résidents non déplaçables.

Mesures d'anticipation/préparation

- Préparer une évacuation totale :
 - Déterminer les voies d'évacuation et les moyens matériels nécessaires (signalisation de secours, éclairage de sécurité, et civières d'évacuation ...) ;
 - Prévoir les lieux de rassemblement possibles à proximité de l'établissement ;
 - Prendre l'attache et/ou passer des conventions avec des ESSMS et/ou établissements de santé proches pour organiser l'hébergement temporaire de résidents en cas de crise (cf. instruction N°DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées) ;
 - S'assurer que le plan d'évacuation est balisé, affiché et connu du personnel, dans le respect de la réglementation qui s'applique aux établissements recevant du public (ERP, cf. Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public) ;
 - Recenser les coordonnées et établir un premier contact avec les sociétés privées de transport mobilisables ;

- Faire afficher les procédures utiles et vérifier que le personnel les a bien assimilées ;
- Etablir et marquer l'emplacement éventuel du stationnement des véhicules de secours ainsi qu'un plan de circulation.
- Préparer une mise à l'abri temporaire : prévoir les lieux de rassemblement les plus sécurisés à l'intérieur de l'établissement. Cela peut prendre différentes formes et être établi selon des modalités différentes afin de s'adapter à la nature de la menace (risque infectieux, chimique, etc...).
- Vérifier la complétude des matériels et le bon fonctionnement des équipements de sécurité, des moyens de communication (téléphones chargés et batteries de secours...) et des éclairages de secours personnels (lampes frontales).
- Anticiper la traçabilité et le suivi des résidents et du personnel :
 - Avoir une liste à jour des résidents et du personnel - Pour les résidents, évaluer leur degré d'autonomie (GIR, possibilité d'une mobilisation debout / en fauteuil / en lit) et intégrer ces informations dans la liste ;
 - S'assurer de la mise à jour régulière des dossiers de liaison d'urgence (DLU, cf. modèle en annexe) ;
 - S'assurer de la possibilité d'éditer rapidement les DLU de l'ensemble des résidents ;
 - Lister le matériel qui doit suivre les patients et le matériel indispensable mais non transportable pour le cas échéant en faire la demande sur le lieu d'accueil ;
- Etablir les mesures de sécurisation à mettre en œuvre en cas d'évacuation ou de mise à l'abri et les intégrer au plan bleu.

Mesures de gestion à mettre en œuvre pendant l'évacuation et/ou la mise à l'abri

Mettre en œuvre l'évacuation et/ou la mise à l'abri en fonction du type et de la cinétique du risque :

- Evacuation totale du bâtiment :
 - Cinétique lente :
 - Identifier les personnels et visiteurs à évacuer ;
 - Définir un ordre d'évacuation ;
 - Rechercher les points d'accueil pour un premier regroupement hors de la zone de risques et les éventuels hébergements temporaire ou d'hospitalisation (en lien avec l'ARS, le conseil départemental voire la mairie et/ou la préfecture),
 - Mobiliser les moyens de transports nécessaires en prenant en compte les professionnels accompagnant les résidents et solliciter l'aide des familles : voitures, minicars, ambulances, si nécessaire mobiliser l'ARS pour obtenir des moyens de transport supplémentaires ;
 - Préparer pour chaque résident un sac contenant des vêtements, les médicaments personnels pour 48h, le DLU, etc. ;
 - Mettre en œuvre l'évacuation en accompagnant de près les personnes les plus dépendantes et/ou fragiles. L'évacuation doit se faire en lien avec préfecture, CD, ARS, lesquels peuvent le cas échéant mobiliser des moyens humains et matériels complémentaires et sécuriser l'établissement pendant toute la durée de l'évacuation pour éviter notamment les effractions et vols. Un tableau de suivi des demandes d'appui ARS est proposé ci-après ;

- Assurer le suivi et la traçabilité des actions engagées et mettre en place l'identitovigilance des résidents pendant l'évacuation ;
- Assurer la sécurité des personnes et vérifier que l'ensemble des personnes a bien été évacué notamment le personnel et les visiteurs ;
- Cinétique rapide : l'évacuation est réalisée soit en urgence par les services de secours qui utilisent leurs propres moyens de transport dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse de sécurité civile (ORSEC), soit par l'établissement qui fait alors appel à des transporteurs privés.
- Mettre en œuvre les mesures de sauvegarde des résidents non déplaçables (par exemple lève-malade en cas d'inondation) et les surveiller régulièrement si possible.
- Mise à l'abri des résidents dans tout ou partie de l'établissement :
 - Transfert vers les lieux sécurisés (changements ou dédoublements de chambre, installation des résidents dans des espaces collectifs ;
 - Assurer la traçabilité des déplacements des résidents ;
 - Mise en œuvre des éventuelles mesures de protection des bâtiments, des véhicules, des équipements, des outils informatiques et, des stocks de produits et matériels ;
 - Information de l'ARS, ainsi que des familles et des proches.

Post-Crise

- Faire le bilan des déplacements des résidents et en informer l'ARS : s'assurer de la bonne prise en charge des personnes dans leur lieu d'accueil et de leur état de santé ;
- Informer les familles et les proches ;
- Régler les aspects financiers liés aux prestations d'hébergement ou d'hospitalisation assurées par les établissements de santé et/ou les ESSMS en lien avec les autorités de tutelle (ARS et Conseil départemental).
- Faire le bilan des sinistrés, des éventuelles victimes et des dégâts matériels :
 - Le communiquer à la préfecture, au conseil départemental et à l'ARS ;
 - En cas de dégâts matériels, prendre des photos avant toute opération de nettoyage et de déblaiement.
- Etablir un planning prévisionnel de retour à la normale.

Exemple de tableau permettant le suivi de l'évacuation de résidents d'EHPAD

Eléments d'identité-vigilance			Evacuation		Moyen de transport			Commentaires	
Nom du résident	Prénom du résident	Date de naissance	De : (numéro de chambre)	Vers : (établissement, zone...)	Bus	VSL (3 résidents maximum, en transport assis)	Ambulance	Autre, préciser	Prise en charge particulière (oxygène, mesures d'isolement infectieux, numéro de GIR, douleur...)

ANNEXE 18 : PROCÉDURES EN CAS DE RUPTURES DE FLUX

Cette fiche pourra être élaborée en lien avec le PCA, qu'elle peut compléter.

Situations pouvant conduire à la mise en œuvre de la fiche « gestion d'une rupture de flux »

- Rupture de flux (électricité, eau potable, chauffage, climatisation, etc.) ;
- Tout risque pouvant causer indirectement une rupture de flux (épidémie touchant le personnel, risque naturel affectant les voies de circulation, etc.).

Mesures d'anticipation/préparation

- Identifier les différentes prestations externes dont bénéficie la structure :
 - Réseaux collectifs : fourniture d'électricité, d'eau destinée à la consommation humaine, de gaz, de téléphonie, d'accès à internet,
 - Services : chauffage, fourniture de repas, préparation de piluliers, traitement de linge, transports, collecte de déchets ménagers, collecte de déchets particuliers (ex DASRI) ;
- Pour chacune des prestations :
 - S'assurer de leur maintenance régulière,
 - Disposer des coordonnées des responsables de la distribution et de la maintenance (service technique, plombier, chauffagiste...) pouvant être joints en cas d'urgence ;
 - Prévoir des solutions alternatives en cas de défaillance à inclure dans le contrat ;
- Installer dans des zones sécurisées les prestations externes suivantes et vérifier au moins annuellement les moyens palliatifs à mettre en œuvre en cas de défaillance :
 - L'électricité : groupe électrogène,
 - L'alimentation en gaz,
 - L'alimentation en eau potable : dans les stocks de sécurité, prévoir des stocks d'eau en bouteille au minimum pour 72 h, pour les résidents/ usagers et les personnels,
 - L'alimentation en repas : dans les stocks de sécurité, prévoir des aliments pour des menus types sans produits frais au minimum pour 72 h, y compris pour les personnes présentant des troubles de la déglutition et pour les personnels et dater les stocks,
 - Le chauffage : prévoir un stock de couvertures et couvertures de survie, de quoi préparer des boissons chaudes, radiateurs électriques d'appoint,
 - Les moyens informatiques et de communication : téléphones portables avec leurs chargeurs et des batteries de secours chargées, ordinateur de secours avec des sauvegardes récentes des dossiers des résidents et des coordonnées des familles,
 - Les dispositifs médicaux et médicaments dont l'oxygène médical,
 - Le traitement du linge : stocks de linge et de vêtements,
 - Les produits d'entretien et d'hygiène ainsi que des stocks de matériel de toilette (lingettes) et de change,
 - Autre : éclairages de secours pour les personnels (lampes frontales), lits d'appoint, fauteuils roulants, matelas, matériel supplémentaire et zones de stockage des déchets en cas de retard du prestataire de traitement ;
- Etablir le **DARDE** (Document d'analyse des risques liés à la défaillance électrique, dont l'élaboration est obligatoire, cf. Instruction interministérielle N° DGCS/DGSSCGC/2015/355 du

7 décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie) :

- Lister les risques de coupure électrique (travaux, événements climatiques),
 - Lister les conséquences (fonctions de l'établissement atteintes, impacts sur les résidents et les personnels),
 - Lister la liste des activités prioritaires en mode dégradé (installations médicales, de chauffage et de détection incendie, en lien avec le PCA),
 - Calculer la puissance électrique nécessaire pour ce mode dégradé et le moyen de l'assurer (groupe électrogène) éventuellement par convention avec un prestataire pour une durée minimale de 48h d'autonomie,
 - Établir un protocole technique pour les professionnels (conduite à tenir en cas de panne),
 - Établir un programme et un registre des opérations de maintenance et de test des installations ;
- Anticiper une situation de sous-effectifs et/ou de surcharge de travail en prenant en compte les besoins à la fois en termes d'effectifs et de compétences :
- En hiérarchisant les tâches :
 - Qui devront être assurées en toutes circonstances (hygiène, repas, aide aux personnes),
 - Qui pourront être interrompues pendant une à deux semaines,
 - Qui pourront être interrompues 8 à 12 semaines,
 - en évaluant les ressources nécessaires à la conduite des tâches prioritaires,
 - en envisageant une réorganisation du travail qui viserait à :
 - affecter le personnel disponible sur les tâches prioritaires en fonction du taux d'absentéisme (plusieurs scénarii),
 - adapter les fréquences d'intervention pour certaines tâches,
 - aménager temporairement les horaires, le temps de travail (heures supplémentaires ou complémentaires pour les salariés à temps partiel), les conditions de travail (télétravail), les moyens de transport (mise à disposition, covoiturage), voire d'autres mesures (hébergement des professionnels, etc.) avec l'accord des professionnels,
 - en anticipant la phase de retour à l'activité (ne pas mobiliser tous les professionnels lors de la crise mais en prévoir pour la relève),
 - en priorisant la protection des professionnels en cas de danger (consigne de ne pas venir si le trajet est dangereux, stock de masques, moyens de lavage des mains),
 - en listant les coordonnées des professionnels de tous statuts et/ou des personnes bénévoles proches pouvant être contactés en cas de besoin de renfort dans l'établissement, y compris médicaux ;
- Etablir une politique de sécurité des systèmes d'information pour être en capacité d'identifier les vulnérabilités des systèmes d'information utilisés, de renforcer la vigilance des utilisateurs comme des administrateurs des systèmes, de détecter dans les meilleurs délais tout incident ou cyber-attaque et de connaître les procédures pour y faire face.

Mesures de gestion à mettre en œuvre pour faire face à une rupture des flux

- Contacter les prestataires pour s'informer des services qui peuvent être assurés (chauffage, repas, préparation de piluliers, traitement de linge, transports, collecte de déchets ménagers ou particuliers, activités d'animation) ;
- vérifier le bon fonctionnement des réseaux collectifs (rupture d'électricité, d'eau destinée à la consommation humaine, de gaz, de téléphonie, d'accès à internet,), le cas échéant signaler un dysfonctionnement au responsable (prestataire, service technique, fournisseur) et à la mairie (pour le réseau de gaz) et s'informer de sa durée prévisible ;
- évaluer les conséquences des dysfonctionnements et adapter la prise en charge au fonctionnement en mode dégradé :
 - concernant les prestations : en utilisant les moyens palliatifs prévus,
 - concernant le personnel : en mettant en œuvre les procédures prévues.

Post-crise

- Mettre en œuvre la séquence de retour à l'activité prévue en amont ;
- S'assurer du feu vert du responsable avant de réutiliser les réseaux collectifs (indispensable pour l'eau destinée à la consommation humaine) ;
- Reconstituer les stocks consommés et vérifier le fonctionnement des équipements utilisés ;
- Modifier les contrats avec les prestataires si nécessaire.

ANNEXE 19 : PROCÉDURES DE GESTION DES DÉCÈS MASSIFS

En cas de SSE, il est possible que l'EHPAD ait à gérer un grand nombre de décès simultanés.

En cas de SSE ayant pour conséquence des décès massifs en EHPAD, la possibilité de transfert des corps en chambre mortuaire est à anticiper lors de l'écriture du plan bleu afin de gérer au mieux ces décès. Pour cela, les EHPAD qui enregistrent moins de 20 décès par an et qui ne disposent pas d'une chambre mortuaire ont la possibilité de passer des conventions de coopérations avec un ou plusieurs établissements de santé publics ou privés, ou des établissements d'hébergement pour personnes âgées dotés d'une chambre mortuaire (cf. circulaire DH/AF 1 n° 99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé).

Par ailleurs, il est à prévoir que les coordonnées de la personne à contacter pour chaque résident soient accessibles facilement et mises à jour régulièrement pour permettre une information rapide même en cas de décès massifs.

En ce qui concerne les soins de conservation à domicile, l'arrêté du 10 mai 2017 fixe les conditions minimales cumulatives de conception et d'équipement des lieux devant être obligatoirement respectées (surface de la pièce, ouverture donnant à l'air libre, aération, revêtement du sol et des murs...).

Toutefois, face à une crise sanitaire, il est possible que la survie de certains agents infectieux nécessite de considérer que le risque de contamination est le même chez un patient décédé que chez un malade vivant. En l'occurrence, il s'agit d'appliquer les précautions standards « AIR et CONTACT » lors de la manipulation de tout corps.

En conséquence, si l'EHPAD est considéré comme le domicile de ses résidents, les conditions fixées dans l'arrêté précité devraient aussi être respectées pour que les soins de conservation puissent être réalisés dans des conditions optimales de sécurité.

Par ailleurs, dans ce cas, la visite des proches à une personne décédée ne devrait pas dépasser une à deux personnes et ces dernières devront être équipées de l'ensemble des protections individuelles nécessaires. En effet, dans son avis du 30 novembre 2020 relatif à la prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par le SARS-CoV-2¹⁷, le Haut Conseil de la Santé Publique a précisé que « si le respect des précautions standard et complémentaires et des mesures organisationnelles sont à même de maîtriser le risque infectieux, l'impossibilité de voir le corps du défunt dans un délai de 24h pourrait avoir de graves conséquences psycho-sociales sur le deuil des proches ». Cette balance entre risque infectieux et conséquences psycho-sociales pour les proches de ne pas voir le défunt est ainsi à prendre en compte par l'établissement en cas de décès massifs comportant un risque infectieux post-mortem, au-delà même de la Covid-19.

Enfin, la gestion des décès massifs peut être organisée au niveau départemental dans le cadre du déclenchement du plan ORSEC par le préfet.

¹⁷ [Prise en charge du corps d'une personne décédée et infectée par le coronavirus SARS-CoV-2 : actualisation des recommandations \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr/Recommandations/Pages/Prise-en-charge-du-corps-d-une-personne-decedee-et-infectee-par-le-coronavirus-SARS-CoV-2-actualisation-des-recommandations.aspx)

ANNEXE 20 : LA MISE EN PLACE DU RETOUR D'EXPÉRIENCE (RETEX)

La conception du RETEX

La méthodologie proposée pour la mise en place d'un RETEX doit être adaptée au contexte et à l'événement source. Les principales étapes à suivre peuvent être les suivantes :

Étape 1 : Identification d'un référent

- **Choix du référent** : La qualité essentielle requise pour piloter un RETEX est la neutralité par rapport à l'événement afin d'avoir l'approche la plus objective et d'éviter l'effet sanction.
- **Rôle du référent** : Il sera le maître d'œuvre, chargé de collecter et d'analyser les informations, de recueillir les expériences individuelles, d'animer la réunion de restitution du RETEX auprès des partenaires et d'assurer sa valorisation à l'extérieur.
- **Modalités de travail** : Le pilote peut s'entourer d'une équipe pour l'accompagner dans sa tâche. Pour ce faire, il peut :
 - o Être appuyé d'un binôme ;
 - o Mettre en place un réseau de correspondants (structures participant à la collecte d'informations notamment) ;
 - o Confier à un prestataire extérieur l'animation des réunions d'échange ;
 - o Faire appel à une personne différente pour assurer le rôle de rapporteur de la réunion ou de secrétaire.

Étape 2 : Définition des objectifs stratégiques et opérationnels

Le ou les objectifs du RETEX doivent être définis au préalable afin de choisir le mode opérationnel le plus adapté.

Étape 3 : Définition du périmètre

- **En termes d'acteurs** : définir le périmètre des acteurs concernés au sein de l'administration et à l'extérieur de celle-ci, en fonction des objectifs retenus (ex : personnels de l'établissement, CVS, partenaires extérieurs, etc.) ;
- **Temporel** : déterminer la période pendant laquelle l'événement est analysé ;
- **Géographique** : identifier la zone géographique concernée par le RETEX, qui peut être différente de celle impactée par l'événement source.

Étape 4 : Détermination d'un calendrier de réalisation

Le RETEX peut se faire à chaud ou à distance de l'événement. Le calendrier doit être adapté en fonction de l'événement source, mais il est souhaitable d'organiser le RETEX pendant que les acteurs sont encore mobilisés.

La conduite du RETEX

Étape 1 : Collecte des informations

La collecte des informations doit permettre de comprendre le déroulement de la crise. Cette étape consiste à recenser les sources d'information déjà disponibles avant d'essayer de mobiliser de l'information supplémentaire (mains courantes, comptes rendus de réunion, rapports de missions ou avis techniques, revue de presse...). Les informations récoltées ne doivent pas se limiter à des éléments factuels. Il est important d'avoir des éléments concernant le contexte et la motivation des acteurs. Le RETEX doit comporter des renseignements sur les dysfonctionnements techniques, organisationnels et humains.

Étape 2 : Analyse des données

- **Entretien individuel** : L'objectif est de recueillir l'expérience individuelle de chacun des acteurs de l'événement afin de formaliser les informations préalablement collectées (possibilité de réaliser un entretien semi-directif).
- **Entretien collectif** : Consiste à regrouper les différents participants avec des missions similaires pendant l'événement.
- **Réunion de partages** : L'élaboration par le pilote d'un document servant de fil conducteur de la réunion collective doit permettre d'aborder les points principaux et d'éviter de se perdre dans des détails ou des polémiques.
Ses objectifs sont :
 - o de permettre un dialogue et un partage entre tous les acteurs ayant participé à la gestion de la crise (échange des perceptions, y compris celle des plastrons dans le cas d'un exercice) ;
 - o une validation collective des événements ;
 - o une valorisation des expériences des personnes impliquées dans l'événement ;
 - o la réalisation d'un feed-back pour permettre aux acteurs impliqués d'avoir un retour sur la démarche et l'information des autres personnels.
- **Questionnaire online** : cette méthode peut compléter les sources écrites en questionnant les participants du RETEX avec l'aide d'un questionnaire online comprenant par exemple des questions ouvertes par thématiques. Cette option permet de garantir l'anonymat des personnes questionnées.

Étape 3 : Synthèse des informations et restitution

Les documents de synthèse doivent être partagés avec l'ensemble des participants de la réunion plénière de restitution. A l'issue de celle-ci, un plan d'actions est mis en place.

Étape 4 : Mise en œuvre des préconisations

Mettre en œuvre les décisions d'amélioration prises au cours du RETEX et instituer un suivi de cette mise en œuvre (mise en place ou modifications de plans et de procédures...).

Étape 5 : Suivi et valorisation du RETEX

- **Valoriser le RETEX** lors de réunions clés et le diffuser largement pour faciliter la mise en œuvre du plan d'actions ;
- **Assurer un suivi régulier de la mise en œuvre du plan d'actions ;**
- **Mettre à disposition le RETEX sur des bases de données partagées** pour permettre un partage d'expérience et d'enseignements.

Les recommandations formulées dans cette fiche sont issues du « Retour d'expérience guide méthodologique – situations d'urgence sanitaire et exercices de simulation » publié en 2019 par le Ministère de la santé et de la prévention

Liste des principales abréviations

A

AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

ANSP : Agence nationale de santé publique (ou Santé publique France)

ARS : Agence régionale de santé

C

CCS : Centre de crise sanitaire

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CD : Conseil Départemental

CIC : Cellule interministérielle de crise

CO : monoxyde de carbone

COD : Centre opérationnel départemental

COGIC : Centre opérationnel de gestion interministérielle de crise

CORRUSS : Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CVS : Conseil de Vie Sociale

D

DARI : Document d'analyse des risques infectieux

DARDE : Document d'analyse des risques liés à la défaillance en énergie

DARSEC : Document d'Analyse du Risque de brulure par Eau Chaude sanitaire

DDRM : Dossier départemental des risques majeurs

DICRM : Document d'information communal sur les risques majeurs

DGS : Direction générale de la santé

DGSCGC : Direction générale de la Sécurité civile et de la Gestion des crises

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DLU : Dossier de liaison d'urgence

E

EFS : Etablissement français du sang

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPI : Equipement de Protection Individuelle

ES : Etablissement de santé

ESSMS : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

F

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

G

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GIR : Groupe Iso-Ressource

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HFDS : Haut fonctionnaire de défense et de sécurité

I

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IRP : Instances Représentatives du Personnel

O

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles

ORSAN AMAVI : Organisation de l'accueil massif de blessés non contaminés, victimes d'un événement grave

ORSAN EPI-CLIM : Organisation de la prise en charge des tensions dans l'offre de soin liées au nombre important de patients dans un contexte d'épidémie saisonnière et/ou lors d'un phénomène climatique voire environnemental important

ORSAN MEDICO-PSY : Organisation de la prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave

ORSAN NRC : Organisation de la prise en charge des patients dans le cadre d'un événement nucléaire, radiologique ou chimique

ORSAN REB : Organisation de la prise en charge des patients dans le cadre du risque épidémique et biologique connu ou émergent

ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité civile

P

PCA : Plan de continuité d'activité

PCH : Précautions complémentaires d'hygiène

PCS : Plan communal de sauvegarde

PLU : Plan Local d'Urbanisme

PPI : Plan Particulier d'Intervention

PPR : Plan de Prévention des Risques

PPRI : Plan de prévention des risques d'inondation

PROPIAS : Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

PS : Précautions standard (d'hygiène)

PSE : Plan de sécurisation de l'établissement

PUI : Pharmacie à usage intérieur

R

RETEX : Retour d'expérience

RH : Ressources Humaines

S

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SDACR : Schéma départemental d'analyse et de couverture des risques

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

SGDSN : Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale

SMUR : Structures mobiles d'urgence et de réanimation

SSE : Situation sanitaire exceptionnelle

U

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

Principaux textes réglementaires

- Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique ;
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 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 ;
- Circulaire interministérielle n° IOC/E/I 1/23223/C du 28 septembre 2011 relative à la procédure de vigilance et d'alerte météorologiques ;
- Instruction DGS/RI1/DGCS n°2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées ;
- Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction n° DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014 relative à la mise en place des boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé ;
- Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015 ;
- Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS/2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère en charge de la santé ;
- Instruction interministérielle n° DGCS/DGSCGC/2015/ 355 du 7 décembre 2015 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie ;
- Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018 ;
- Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2017/136 du 24 mai 2017 relative au Plan national Canicule 2017 ;
- Instruction n° SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre établissements de santé médecine, chirurgie, obstétrique et établissements d'hébergement pour personnes

âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées ;

- Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2018/110 du 22 mai 2018 relative au Plan National Canicule 2017 reconduit en 2018 ;
- Instruction interministérielle n° DGS/VSS/VSS2/DGSCGC/DGT/DGOS/DGCS/SGMAS/2018/236 du 18 octobre 2018 relative à la prévention et la gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2018-2019 ;
- Note d'information n° DGCS/SPA/DGS/EA4/2019/38 du 15 février 2019 relative à la prévention du risque de brûlure par eau chaude sanitaire et du risque de légionellose dans les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées ;
- Instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 du 12 juillet 2019 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Article 68 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;
- Article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ;
- Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Rédacteurs du guide

DGS

**Le bureau de la préparation aux crises (Delphine COLLE, Camille RENOUX,
Clémence CHBAT et Cécile HENRY)**

Le Docteur Jean-Marc PHILIPPE

DGCS

**Le bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des
personnes âgées**

Mme Françoise JAY-RAYON