

GUIDE D'ÉLABORATION DU PLAN BLEU

à destination des établissements médico-sociaux



Logo de l'établissement

Fiche de synthèse

*Établissements médico-sociaux (EMS) accueillant
ou hébergeant des personnes âgées (PA) ou des personnes handicapées (PH).*

La fiche de synthèse doit être renvoyée à l'adresse ars-npdc-defense@ars.sante.fr.

Nom de l'établissement

Coordonnées d'urgence

Adresse

Entité juridique

Groupe gestionnaire

Date :

Nom du signataire/fonction :

Signature :

Identification de l'établissement	<p>Nom de l'établissement : Nom du directeur de l'établissement : Adresse de l'établissement : Code postal : Ville : Type de statut : Mode de tarification (ARS, CG...) : Numéro FINESS : Coordonnées d'alerte : Téléphone : - Standard : - Direction : - Alerte 24H/24 : Fax : Adresse e-mail : Appartenance à un groupe d'établissements : (Oui/Non) Statut juridique du groupe : Adresse : Téléphone :</p>
Généralités Plan Bleu	<p>Date de dernière version de la fiche : Date de dernière version du plan bleu : Lieu de mise à disposition du plan bleu dans l'établissement : Support informatique : (Oui/Non) Date du dernier exercice :</p>
PCA et Annuaire	<p>Existence d'un PCA (Plan de Continuité d'Activité) : (Oui/Non)</p> <p>Existence d'un annuaire de crise avec téléphone, fax et e-mail des autorités (préfecture, ARS, mairie, EDF, etc.) : (Oui/Non)</p> <p>Existence d'un schéma d'alerte et de signalement : (Oui/Non)</p>
Classification	<p>Établissement pour personnes âgées (Cocher les mentions utiles) : <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Unité de Soins de Longue Durée <input type="checkbox"/> EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) <input type="checkbox"/> Logement Foyer Ou Établissement pour personnes handicapées : Précisez la catégorie :</p>
Capacité d'accueil	<p>Nombre de lits en long Séjour : Nombre de lits en hébergement permanent/internat : Nombre de lits en hébergement temporaire : Nombre de lits en PASA (Pôle d'Activité et de Soins Adaptés) : Nombre de lits en UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) : Nombre de place en accueil de jour / externat : dont nombre de place pour la prise en charge Alzheimer : Autre activité (précisez) : nombre de lits : Capacité totale autorisée (nombre total de lits et places) :</p>
Typologie de la population accueillie	<p>En cas d'évacuation d'urgence, il est nécessaire de connaître la proportion habituelle de : Personnes grabataires (évacuation allongée) : % Personnes à mobilité réduite (évacuation en fauteuil) : %</p>

	Personnes mobiles (évacuation en groupe) : %
Personnel de l'établissement	Effectif total des membres de l'établissement (en ETP) : dont personnels médicaux / paramédicaux (en ETP) : dont personnel formé à la gestion de crise (en %) :
Convention avec un établissement de santé de proximité	Existe-t-il une convention avec un établissement de santé de proximité ? (Oui/Non) Si oui, identification de l'établissement : Nom de l'établissement : Adresse : Numéro de téléphone : Existe-t-il une(des) convention(s) avec un(des) professionnel(s) de santé ? (Oui/Non) Si oui, précisez pour chaque convention : Nom du professionnel de santé : Spécialité / Domaine d'exercice : Adresse : Numéro de téléphone :
DLU	DLU (Dossier de Liaison d'Urgence) mis en place : (Oui/Non)
Equipement	Présence d'une pièce rafraichie : (Oui/Non) Véhicules dont dispose l'établissement (précisez le nombre, le type de véhicules, et leur usage) :
Analyse des risques	Existence d'une analyse des risques (inondations, usine SEVESO voisine, etc.) : (Oui/Non) Existence d'un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) : (Oui/Non) Existence d'un Document d'Analyse des Risques de défaillance Electrique (DARDE) : (Oui/Non)
Procédures de gestion de crise	Présence de fiches-actions opérationnelles relatives : au confinement : (Oui/Non) à l'évacuation : (Oui/Non) à la maîtrise d'une épidémie : (Oui/Non) Existence d'une liste de rappel du personnel : (Oui/Non) Existence d'une procédure de mobilisation de la cellule de crise : (Oui/Non) Existence de fiches réflexes opérationnelles à destination des membres de la cellule de crise : (Oui/Non)
Autonomie Energétique	Nombre de groupes électrogènes : Autonomie en fonctionnement « normal » (en heures) : Autonomie en fonctionnement « dégradé » (en heures) : Fonctions abandonnées en mode « dégradé » : Etablissement faisant partie de l'obligation d'équipement autonome : (Oui/Non)
Autonomie alimentaire	Présence d'une unité de fabrication de repas sur place : (Oui/Non) Si « non », mode d'approvisionnement (précisez) : Nombre de jours d'autonomie alimentaire : Présence d'une réserve en eau embouteillée, produits secs et conserve : (Oui/Non)
Sécurité	Etablissement sécurisé par : Caméras de surveillance : (Oui/Non) Accès réglementé avec code : (Oui/Non) Barrière à l'entrée : (Oui/Non)
Coopération / Partenariat	Type de Coopération / Partenariat : (précisez)

Sommaire

Glossaire	7
Cadre Réglementaire	9
Les principaux textes.....	9
Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes âgées	9
Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes handicapées	9
Cahier des charges d'un plan bleu pour les EMS (PA & PH).....	10
1- INTRODUCTION	11
1.1 - La crise dans le secteur médico-social	12
1.2 - Le plan bleu	12
1.3 - Le rôle de l'ESMS dans une crise étendue	12
2- ANALYSER LES RISQUES	15
2.1 - Risques technologiques	19
2.2 - Risques naturels	19
2.3 - Risques énergétiques.....	20
2.4 - Risques infectieux	22
2.5 - Risques liés à l'accompagnement	24
3 INVENTORIER LES MOYENS ET PERSONNELS DE L'ETABLISSEMENT	25
3.1 - L'organisation des locaux	26
3.2 - Equipements et matériels	28
3.3 - Annuaire du personnel.....	31
3.4 - Autres (conventions ES, gestion décès)	31
4 ORGANISER LEUR MOBILISATION	34
4.1 - Le déclenchement du plan	35
4.2 - Constitution et rôle de la cellule de crise	35
4.3 - Plan de continuité des activités.....	40
4.4 - Évacuation, confinement, sécurisation.....	41
4.5 - Communication et lien avec les autorités	42
4.6 - Levée du plan bleu et le retour d'expérience.....	42
4.7 - Mise à jour du plan et formation du personnel.....	42
5 ELABORER DES PROCEDURES	43
5.1 - Les fiches action des membres de la cellule de crise	44
5.2 - Procédures et protocoles d'urgence	46

Glossaire

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BMR : Bactérie Multi Résistante aux Antibiotiques

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales et associées aux soins

CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et associées aux soins

COD : Centre Opérationnel Départemental

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires

DARDE : Document d'Analyse du Risque lié à la Défaillance en Energie

DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux

DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DGAS : Direction Générale Adjointe des Solidarités

DGS : Direction Générale de la Santé

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DREAL : Direction Régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DT : Délégation Territoriale de l'ARS

EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Handicapés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

EMS / ESMS : Etablissement Médico-sociaux / Etablissements Sanitaires Médico-sociaux

EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

ES : Etablissement de Santé

ESAT : Etablissement de Soins et d'Accueil par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

GBPH : Guide des Bonnes Pratiques d'Hygiène

GEA : Gastro-entérite Aiguë

GREPHH : Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

HAS : Haute Autorité de Santé

IAS : Infections Associées aux Soins

IEM : Institut d'Education Motrice

IME : Institut Médico-Educatif

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IRA : Infection Respiratoire Aigue

ITEP : Institut Educatif, Thérapeutique et Pédagogique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MIGA : Mise en Garde et Actions

PA : Personnes Agées

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PCA : Plan de Continuité des Activités

PCS : Plan Communal de Sauvegarde

PE : Projet d'Etablissement

PH : Personnes Handicapées

PHA : Produit Hydro – Alcoolique

PNC : Plan National Canicule

PLU : Plan Local d'Urbanisme

PPR : Plan de Prévention des Risques

PPRI : Plan de Prévention des Risques d'Inondation

RETEX : Retour d'Expérience

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TIAC : Toxi-infection Alimentaire Collective

TMD : Transport des Matières Dangereuses

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Cadre Réglementaire

Les principaux textes

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

Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes âgées

Le Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, dispose que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer **dans le Projet d'Etablissement (PE)** un plan détaillant les **modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique, conformément à un cahier des charges arrêté par les ministres de la Santé et des personnes âgées.**

L'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, fixe ce cahier des charges : conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ou de mise à disposition d'un local ou d'une pièce rafraîchie dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Le plan bleu pour les établissements accueillant des personnes handicapées

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

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

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

Conformément à l'arrêté du 7 juillet 2005, modifié par l'arrêté du 8 août 2005, le plan bleu doit comporter notamment :

la désignation d'un référent (directeur ou médecin coordonnateur), responsable en situation de crise ;

la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables ;

les recommandations de bonnes pratiques préventives en cas de canicule à destination des personnels ;

un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence.

Les autres directives ou réglementations

Mise en place d'un **Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)**, accessible 24h sur 24h à tout médecin intervenant en urgence dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008) ;

Mise en place des outils prévus dans le cadre de la fiche 1 du guide de préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale – correspondant à la fiche G7 du Plan national de prévention et de lutte pandémie grippale (PCA, référent grippe et volet infectieux) ;

Réalisation d'une démarche d'analyse de risque énergétique formalisée dans un Document d'Analyse du Risque lié à la Défaillance en Energie (**DARDE**) permettant de mettre en place les obligations prescrites, selon la catégorisation de l'EMS, dans le cadre de l'article R313-32 du CASF (sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de défaillance d'énergie),

Mise en place d'un plan local de maîtrise d'une épidémie, conformément à la circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins ;

Réalisation d'une démarche d'analyse du risque infectieux formalisée dans un Document d'Analyse du Risque Infectieux (**DARI**) dans le cadre de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 (circulaire N°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012).

ars



1- INTRODUCTION

1.1 - La crise dans le secteur médico-social

La réponse aux situations exceptionnelles n'est pas du ressort exclusif des établissements de santé. Si ceux-ci sont bien entendu en première ligne en cas de catastrophe, c'est bien l'ensemble du système de santé qui doit se préparer aux risques majeurs.

Aucune structure ne peut se considérer comme étant à l'abri : un évènement majeur impacterait vraisemblablement à la fois les établissements de santé et les établissements médico-sociaux du territoire concerné. Un établissement médico-social peut également être amené à prendre en charge des patients issus d'un centre hospitalier voisin ayant déclenché son plan blanc.

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

1.2 - Le plan bleu

Depuis l'épisode caniculaire de 2003 et ses importantes conséquences sanitaires, les établissements hébergeant des personnes âgées ont pour obligation de rédiger un plan de gestion de crise dénommé « plan bleu ». Cette obligation a été étendue aux établissements accueillant des personnes handicapées en 2007.

Elaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement, le plan bleu ne se limite pas à un simple document destiné à satisfaire aux obligations réglementaires. Il doit s'agir au contraire d'un outil opérationnel connu de tous, régulièrement testé et mis à jour.

Initialement dédié aux périodes de forte chaleur, le plan bleu doit être l'équivalent médico-social des plans blancs pour les établissements sanitaires : un outil de gestion de crise regroupant l'ensemble des risques auxquels l'établissement est susceptible d'être exposé, associés à la réponse que l'établissement pourra y apporter. L'établissement doit donc élaborer des mesures préventives et correctives, et les faire connaître aussi bien auprès du personnel que des résidents.

L'objectif est d'améliorer la réactivité en cas d'alerte et préserver ainsi le bien-être et la santé des résidents mais aussi du personnel, ce quelles que soient les circonstances.

Le plan bleu concerne à la fois la gestion d'une crise interne et/ou externe à l'établissement, pouvant induire :

- le confinement des résidents, usagers et personnels ;
- l'évacuation des résidents, usagers et personnels ;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant de leur domicile ou du lieu du sinistre;
- l'accueil de personnes (PA/PH) venant d'autres établissements, notamment d'un établissement de santé dans le cadre du déclenchement de son plan blanc, et selon les directives du Plan Blanc Elargi.

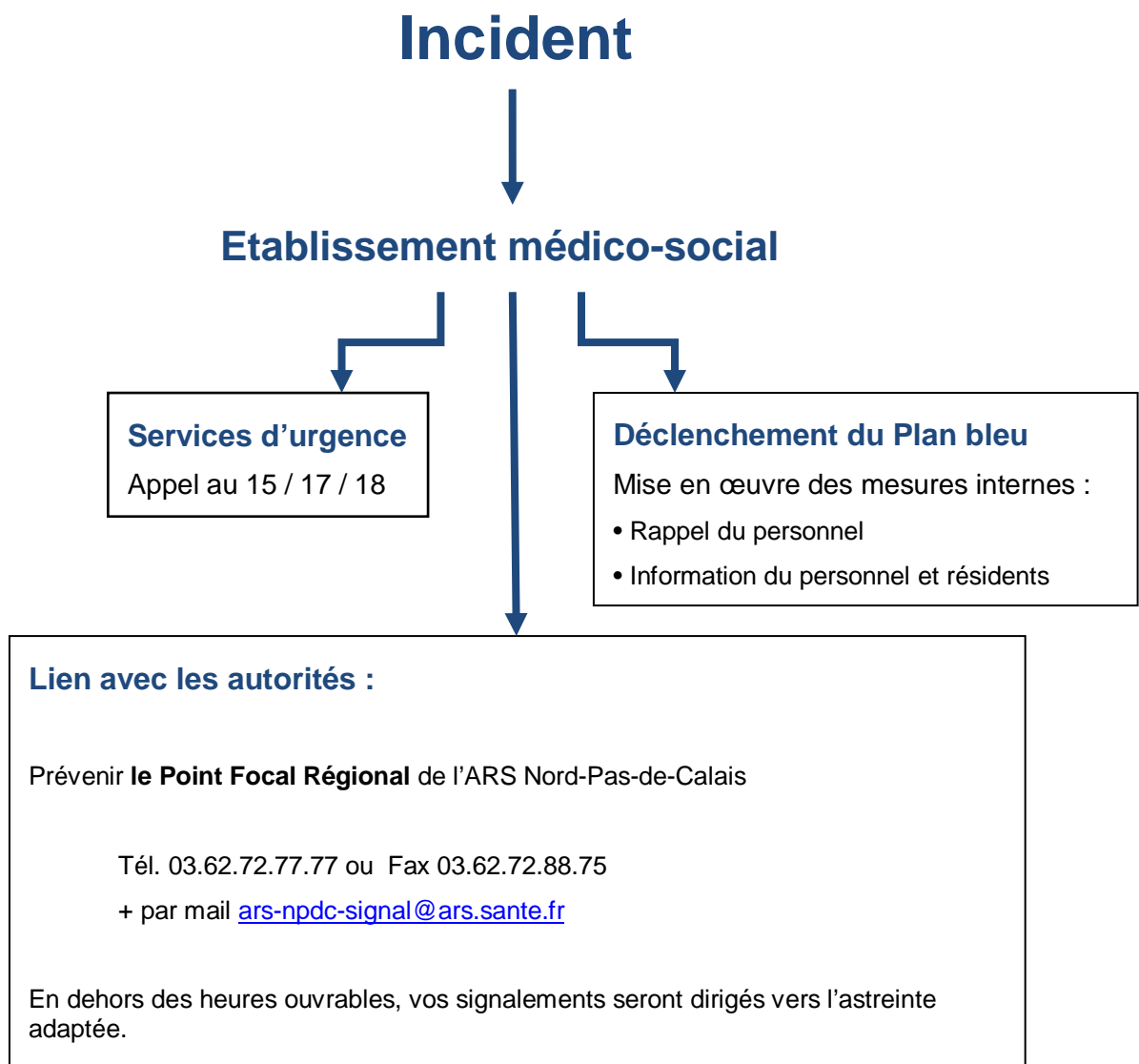
1.3 - Le rôle de l'ESMS dans une crise étendue

Les établissements médico-sociaux, dotés de leur plan bleu, s'inscrivent dans la réponse globale du système de santé aux évènements majeurs. A chaque échelon (national, zonal, départemental), les

autorités de tutelle élaborent des plans de défense et de sécurité civile afin d'évaluer au mieux les moyens matériels et humains susceptibles d'être mobilisés dans les situations de crise. L'opérationnalité des dispositifs de gestion de crise conçus au niveau ministériel dépend donc d'une appropriation de ces méthodes par les opérateurs (établissements de santé et médico-sociaux).

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

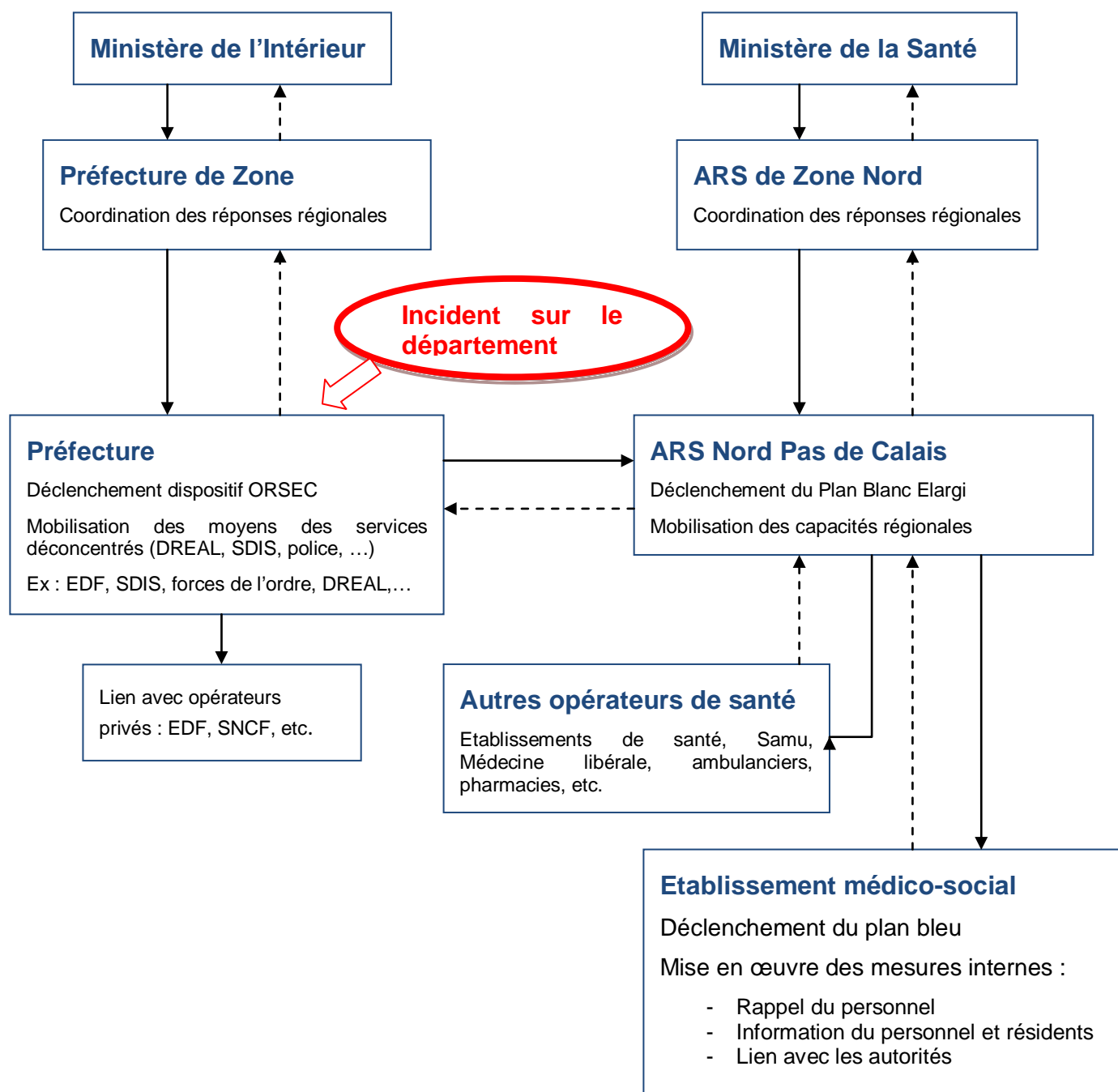
Lors d'un incident interne à l'établissement



Lors d'un incident sur le département

(Évènement externe à l'établissement)

Si le Préfet active un plan de secours, il en informe ses services et l'Agence régionale de santé, qui se charge d'alerter les établissements concernés. L'ARS se charge également de communiquer à l'établissement les mesures à mettre en place et d'organiser la remontée d'information.



ars



2- ANALYSER LES RISQUES

Exposition aux aléas et facteurs de vulnérabilité

Il s'agit ici d'identifier les principaux aléas auxquels l'établissement est susceptible d'être confronté compte tenu de :

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

Mais également de :

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

Exposition aux aléas

Informations à obtenir via la commune (PPR et PCS), et via le document départemental des risques majeurs (DDRM).

Risque	Exposition du bâtiment				Exposition des voies d'accès			
	Nul	Faible	Moyen	Fort	Nul	Faible	Moyen	Fort
Inondation, crues torrentielles								
Incendie, feu de forêt								
Séisme, glissement de terrain, catiches								
Vents violents								
Rupture de digue								
Risque industriel (SEVESO, ...)								
Risque nucléaire								
Risques liés aux réseaux (téléphonie, eau, électricité)								
Transport de matières dangereuses (gazoducs, camions, réseau autoroutier...)								
Autres risques identifiés :								

Cocher la case correspondant au niveau de risque

Si l'établissement possède une unité de production des repas, il est susceptible de prendre en compte les risques suivants :

- le risque de rupture d'approvisionnement : l'établissement doit réaliser une estimation de son autonomie alimentaire et étudier la possibilité de distribuer des collations (cas des ruptures de livraisons...) ;
- le risque rupture de gaz (si fonctionnant avec cette énergie) : l'établissement doit mettre en place des consignes.

Vulnérabilité des approvisionnements :

	Exposition des approvisionnements	Utilisations
Rupture en eau potable	Faible/Modéré	
Rupture en électricité	Faible/Modéré	chauffage/eau chaude/cuisine
Rupture en gaz	Non concerné/Faible/Modéré	chauffage/eau chaude/cuisine
Rupture en hydrocarbure	Non concerné/Faible/Modéré	chauffage/eau chaude

Supprimer les mentions inutiles

2.1 - Risques technologiques

On désigne par risques technologiques les dangers liés à l'activité industrielle. Le territoire régional est l'un des plus denses de France en termes d'implantation d'établissements SEVESO, et le CNPE de Gravelines est l'un des ouvrages nucléaires les plus puissants d'Europe.

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

2.2 - Risques naturels

De par leur occurrence élevée, les risques naturels constituent le danger principal pour les établissements médico-sociaux. Selon la saison, la région Nord-Pas-de-Calais peut être par exemple l'objet :

- de fortes précipitations, entraînant des inondations ;
- d'orages et de vents violents ;
- de chutes de neige ;
- d'un épisode caniculaire ;
- d'un glissement de terrain ou de l'effondrement d'une catiche.

Les conséquences pour l'établissement peuvent être de plusieurs natures : directes (destruction d'une partie des locaux, inaccessibilité, ...) ou indirectes (rupture de l'alimentation électrique, rupture d'approvisionnement alimentaire, en eau potable, ...).

Il est donc de la responsabilité du directeur de s'assurer que l'établissement puisse continuer à fonctionner quels que soient les risques climatiques auxquels il peut être confronté.

2.3 - Risques énergétiques

ANALYSE DU RISQUE

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

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

EVALUER LE RISQUE

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

GERER LE RISQUE

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

Déterminer comment assurer la puissance électrique nécessaire (acquisition d'un groupe électrogène en poste fixe, location ou mutualisation d'un groupe électrogène, achat d'énergie à un particulier...).

Lister les fonctions/activités à maintenir en priorité, celles à assurer en mode dégradé et celles à arrêter.

Déterminer les mesures organisationnelles et techniques nécessaires (répartir les responsabilités, formation et habilitation du personnel pour le branchement du groupe, annuaire de crise, mise aux normes, maintenance préventive...).

Formaliser les procédures (regroupement des personnes en vue de leur confort thermique, organisation d'une surveillance accrue pour les personnes alitées ou largement dépendantes, gestion des stocks de denrées alimentaires, basculement des dispositifs médicaux sur les batteries de secours, transfert de patients...).

Passer les conventions de coopérations dans le cas d'une mutualisation ou d'un partage et réaliser les contrats avec les fournisseurs (groupe électrogène, portage des repas, sous-traitance du traitement du linge,...).

COMMUNIQUER SUR LE RISQUE

En dernière étape, il est nécessaire de définir les modalités de sensibilisation du personnel, des résidents et des familles, des partenaires, et des autorités de tarification, sur les risques encourus en

cas de coupure d'électricité. Ceci doit être élaboré à la fois dans le cadre de la communication préventive, et dans celui de la communication de crise.

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

Obligations réglementaires en matière de prévention des défaillances énergétiques

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

Les établissements assurant un hébergement doivent disposer de moyens énergétiques autonomes

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

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

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

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

LES AUTRES ETABLISSEMENTS

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

LE SERVICE PRIORITAIRE ENERGETIQUE

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

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

2.4 - Risques infectieux

CONTEXTE DES EMS

La maîtrise du risque infectieux doit être une priorité dans les établissements médico-sociaux, qui conjuguent un mode de vie en collectivité fermée, propice aux transmissions croisées, et l'hébergement de populations à risque caractérisées par l'âge avancé (EHPAD), la fréquence de la poly pathologie, et le niveau de dépendance.

Le risque infectieux en établissement médico-social doit prendre en compte :

- le risque infectieux épidémique,
- le risque de survenue d'infections associées aux soins.

La prévention du risque infectieux repose bien entendu sur un socle de bonnes pratiques en matière d'hygiène, notamment en matière d'hygiène des mains, et de gestion des excréta.

ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX EN EMS : DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)

Le *programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013* vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble, au delà du seul risque des infections associées aux soins stricto sensu.

Les établissements médicosociaux concernés par ce premier programme sont :

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS),

Les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse de risque qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou adapter son programme d'action.

Chaque établissement concerné doit ainsi rédiger un *document d'analyse du risque infectieux* (DARI), ayant vocation à être utilisé dans le cadre de l'évaluation interne.

Pour aider les établissements dans cette démarche, un manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, réalisé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) est disponible sur internet.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EPIDEMIQUE

Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord-Pas de Calais.

Ce dispositif régional, élaboré conjointement par la CIRE Nord, l'ARLIN et l'ARS Nord-Pas de Calais, constitue un document d'aide à la gestion et au signalement des événements infectieux à potentiel épidémique survenant en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il s'agit notamment :

- des épidémies d'infections respiratoires aiguës (IRA),
- des épidémies de gastro-entérites aiguës (GEA),
- de la survenue d'infections à *Clostridium difficile*,
- de la survenue de cas de gale,
- et de la survenue d'infections à bactéries multi résistantes (BMR).

Les établissements hébergeant des personnes handicapées pourront utilement s'appuyer sur ce document, dont les recommandations initialement élaborées pour les EHPAD leur sont également applicables. Il est consultable et téléchargeable sur le site de l'ARS Nord-Pas de Calais.

Signalement des maladies à déclaration obligatoire

L'article L3113-1 du code de la santé publique prévoit la déclaration obligatoire des maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ainsi que des maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

La liste de ces maladies, au nombre de 31, est fixée par décret. Elle est disponible sur internet : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/31-maladies-a-declaration-obligatoire>

Le signalement se fait au moyen d'une fiche de notification, remplie par tout médecin ou biologiste qui établit le diagnostic, et doit être adressée au Point Focal Régional (PFR) de l'ARS.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIE AUX SOINS : PLAN LOCAL DE MAITRISE D'UNE EPIDEMIE

Le *plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins* prévoit l'élaboration dans chaque établissement de santé et chaque établissement médicosocial, d'un plan local de maîtrise d'une épidémie susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale.

Ce plan doit contenir à minima les dispositions suivantes :

- la désignation nominative du personnel de direction, du praticien et du cadre de santé chargés de la mise en œuvre et du suivi du plan local ;
- les modalités d'organisation de l'isolement géographique des patients ;
- les modalités d'information de l'ensemble des services de l'établissement ;
- les premières mesures à mettre en place dans chaque service concerné ;
- les modalités de communication externe.

DOCUMENTS DE REFERENCE

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

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS no 2011-377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

Manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD réalisé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) (téléchargement : <http://www.grepvh.fr/>). Les MAS et FAM peuvent s'appuyer sur ce manuel également, en attendant que son adaptation, qui est en cours, soit achevée.

2.5 - Risques liés à l'accompagnement

La gestion des événements indésirables s'intègre dans la problématique de la gestion des risques.

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

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

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

Les facteurs de succès de la gestion des événements indésirables sont l'engagement de chacun et au premier rang celui de l'encadrement, la clarté du circuit et des responsabilités, la réactivité du traitement et le retour d'information à l'ensemble des personnes concernées (déclarants, usagers, etc.).

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

Pour signaler à l'ARS tout événement indésirable ou alerte sanitaire, merci de vous rapprocher du Point Focal Régional, guichet unique de réception des signaux sanitaires :

par téléphone : 03.62.72.77.77

par mail : ars-npdc-signal@ars.sante.fr

par fax : 03.62.72.88.75

ars

3- INVENTORIER LES MOYENS ET PERSONNELS DE L'ETABLISSEMENT

3.1 - L'organisation des locaux

Plan de l'établissement, plan de circulation et de stationnement

PLAN INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT

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

PLAN EXTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT (ACCES, PARKING...)

3.2 - Equipements et matériels

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

PARC AUTOMOBILE DE L'ETABLISSEMENT

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

MATERIELS MEDICAUX

Chariot d'urgence	oui/non
Stérilisateur dans l'établissement	oui/non
Pharmacie	oui/non
	Nombre
Respirateurs de transport	
Respirateurs mixtes	

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

MATERIEL TECHNIQUE

A détailler si nécessaire...

LOGISTIQUE HEBERGEMENT

	Nombre
Couvertures	
Lits d'appoints	

LOGISTIQUE CUISINE (DONT CHAINE DU FROID)

A détailler si nécessaire...

EQUIPEMENT THERMIQUE (DONT CHAUFFAGE ET CLIMATISATION ; TYPE ENERGIE UTILISE)

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

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

3.3 - Annuaire du personnel

Le plan bleu doit comporter trois annuaires :

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

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

3.4 - Autres (conventions ES, gestion décès)

CONVENTION AVEC UN ETABLISSEMENT DE SANTE

L'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, dans les établissements mentionnés à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, mentionne : " [...] la mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les modalités de coopération, et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables".

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

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

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

Cette coopération se traduit par :

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

Convention avec un établissement de santé*

Oui / Non

Nom de l'Etablissement

Date de signature de la convention

Si oui, établissement disposant d'un service d'urgence

Oui / Non

DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE (DLU)

La circulaire DGS/DHOS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008, relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2008 du PNC et précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule demande aux EHPAD de mettre en place un **dossier de liaison d'urgence** (DLU) accessible 24h sur 24 à tout médecin intervenant en urgence dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (cf. modèle en [annexe 3](#)).

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

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

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

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

Etage et bureau

Armoire /classeur

Liste des personnes qui ont accès aux DLU

AUTRES DESCRIPTIONS DE L'ETABLISSEMENT

Personnels

Présence d'une infirmière H24 : oui / non

Gestion des décès

Capacité de conservation des corps :

Nombre de chambres mortuaires :

Nombre de cellules réfrigérées :

Nombre de lits réfrigérés :

Autres (à préciser) :

Nombre de décès annuels :

2010 :

2011 :

2012 :

2013 :

Autres conventions

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

Autres déchets (changes/protection)

Pharmacie

Laboratoire

Sociétés de prestations diverses

Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

ars

**4 - ORGANISER
LEUR
MOBILISATION**

4.1 - Le déclenchement du plan

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

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

4.2 - Constitution et rôle de la cellule de crise

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

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

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

Composition de la cellule de crise

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

Le Directeur	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le représentant du directeur en cas d'absence	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le médecin coordonnateur de l'établissement	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le responsable des services administratifs	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le responsable de la logistique	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles

L'infirmière référente /responsable	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
La secrétaire de direction	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles

Coordonnées personnelles

Les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise doivent figurer dans une enveloppe cachetée et mise à disposition au niveau du secrétariat ou du standard, la direction ne s'engageant à utiliser cette liste qu'en cas de situation exceptionnelle. L'existence d'une « cascade de rappel » permet d'accélérer la procédure de rappel du personnel.

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

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

Localisation de la cellule de crise

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

Localisation de la cellule de crise (numéro de la salle, étage...)

**Moyens disponibles
(ordinateurs,
téléphones, fax...)**

Actions prioritaires de la cellule de crise et rôles des membres

- Diffuser à tous les services de l'établissement la mise en alerte par le standard avec un message type, ex : «Le plan Bleu est activé dans l'établissement... X » en précisant la nature de l'évènement.
- Alerter et entretenir des liens avec les autorités (ARS, préfecture, Mairie, etc.).
- Recenser les personnels.
- Recenser les possibilités en lits de l'établissement (recensement daté).
- Recenser les possibilités d'accueils séquentiels, en fonction de la nature de la crise (ex canicule) : accueil de quelques heures/jours, hébergement temporaire.
- Confronter le bilan des effectifs présents et l'ampleur/la nature de l'évènement (ex : nombre de personnes âgées fragiles nécessitant une aide à la prise de boisson, nombre de personnes âgées venant de l'établissement de santé à accueillir).
- Lancer la procédure de renforcement des personnels (en fonction du nombre de personnes fragiles, des personnes à accueillir et des effectifs présents).
- Activer la préparation des locaux d'accueil pour les hébergements séquentiels (désignation de la salle ou des salles dédiées de l'établissement).
- Organiser le suivi de l'évolution de la situation des résidents notamment lors de l'accueil de personnes extérieures à l'établissement.
- S'assurer du fonctionnement de l'établissement dans le respect des conditions minimales de sécurité et de sûreté tant pour les résidents pris en charge que pour le personnel.
- Rendre compte de la situation à l'autorité selon les modalités figurant dans le plan bleu ou selon les consignes qui auront été données le moment venu.

Pour exemple : rôle des membres (liste non exhaustive)

Rôle des membres de la cellule de crise	Membre de la cellule de crise
<ul style="list-style-type: none"> - responsabilité générale du plan Bleu, de son déclenchement du suivi des évènements et de la synthèse en fin d'évènement - relations avec les autorités - relations avec les médias - mise en place du secrétariat de la cellule de crise - relations avec les associations de bénévoles - transmission des données fournies par les indicateurs - <i>autres à définir...</i> 	<p>Le directeur ou son représentant</p>
<ul style="list-style-type: none"> - coordination médicale en lien éventuellement avec le SAMU, <i>l'établissement de santé X (dans le cadre de la convention).</i> - rappel des personnels médicaux et paramédicaux (I) - recensement des transferts et des décès (M) - délivrance et/ou adaptation de conseils médicaux, selon le type de risque (ex : canicule) (M) (I) - recensement des personnes âgées fragiles (I) - bilan des lits disponibles (I) - bilan des possibilités d'accueils séquentiels en fonction de la nature de l'évènement (I) - veille de l'adéquation des besoins en produit de santé par rapport aux stocks disponibles - adaptation de l'activité des personnels soignants en fonction de la nature de l'évènement (I) - hébergement des personnes âgées venant de l'extérieur (domicile, autre établissement) (M) / (I) - <i>autres</i> 	<p>Le ou les responsables de santé : Médecin (M) / Infirmier (I). <i>En fonction du personnel de santé présent dans l'établissement, les tâches pourront être réparties.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - rappel des autres catégories de personnel - gestion des décès (lieu de dépôt des corps) - approvisionnement et équipements médico-techniques, logistiques (ventilateurs, lits ou fauteuils supplémentaires pour accueils de jour...) - approvisionnement (nourriture, boisson ...), autres intrants (gaz, carburant ..., produits d'entretien ...) - <i>autres</i> 	<p>Le responsable des services économiques et des services techniques</p>
<ul style="list-style-type: none"> - gestion secrétariat, main courante ... 	<p>Secrétaire, autres membres de la cellule</p>

4.3 - Plan de continuité des activités

Un plan de continuité d'activité (PCA) a pour objet de garantir à une organisation (publique ou privée) la reprise et la continuité de ses activités à la suite d'un sinistre ou d'un événement perturbant gravement son fonctionnement normal. Le PCA vise principalement à répondre aux crises à cinétique longue, s'étalant dans le temps. Pour cela, l'établissement doit imaginer son fonctionnement en mode dégradé (absentéisme important, rupture de l'approvisionnement électrique, etc.). Il a notamment comme objectifs :

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

La circulaire du 18 décembre 2007 recommande notamment de :

- préparer la liste des postes et fonctions indispensables : organiser la polyvalence des agents, les possibilités de travail à distance dont le télétravail ;
- déterminer les dispositions d'aménagement du temps de travail ;
- établir des modalités spécifiques d'accueil ;
- prévoir des modalités de collaboration entre établissements (EMS et ES) ;
- procéder à des exercices de simulation pour vérifier la pertinence du plan de continuité.

Le Secrétariat Général de la Défense et de la Sécurité Nationale (SGDSN) a publié un guide susceptible de vous aider dans l'élaboration du PCA (téléchargeable sur : www.sgdsn.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_PCA_SGDSN_120613_web.pdf).

4.4 - Évacuation, confinement, sécurisation

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

- **La sécurisation**

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

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

- **Le confinement**

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

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

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

- **L'évacuation**

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

Le point critique est l'organisation de cette évacuation, la situation d'urgence pouvant provoquer une désorganisation, du fait de la panique qui peut gagner les résidents et le personnel. L'évacuation peut de plus se révéler très complexe du fait des spécificités liées aux établissements médico-sociaux (présence de personnes âgées ou handicapées). Il est donc d'autant plus important d'élaborer une réponse opérationnelle efficace en amont de la crise en se posant les questions suivantes :

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

Vous trouverez en annexe de ce guide des fiches de procédures destinées à vous aider dans ces démarches.

4.5 - Communication et lien avec les autorités

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

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

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

4.6 - Levée du plan bleu et le retour d'expérience

De la même manière que pour le déclenchement, la levée du plan doit être réfléchi et notifiée au personnel, sans oublier les autorités. La sortie de crise est l'occasion d'effectuer un premier retour d'expérience à chaud et de remercier le personnel pour son implication.

Un second retour d'expérience, réalisé à froid et impliquant l'ensemble du personnel concerné, doit être organisé dans les semaines suivant l'évènement afin d'identifier les voies d'améliorations envisageables. Le retour d'expérience doit décrire les dispositions préventives et curatives (protocoles, améliorations techniques,...) mises en place suite aux dysfonctionnements constatés.

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

4.7 - Mise à jour du plan et formation du personnel

Le plan bleu est un document évolutif : une actualisation du document sera réalisée par le groupe de travail qui en a assuré l'écriture, au minimum annuellement et à chaque transformation ou modification de l'établissement.

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

Chaque nouvelle version sera envoyée à l'ARS NPDC, de préférence sous forme dématérialisée.

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

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

La réalisation d'exercices est un des moyens pour parfaire la connaissance du document et s'assurer de la bonne mise en œuvre de ses fiches actions. L'exercice plan bleu peut être l'occasion de tester un aspect particulier du plan (rappel du personnel, mobilisation de la cellule de crise, sécurisation de l'établissement) ou son opérationnalité globale.

ars

5 - ELABORER DES PROCEDURES

5.1 - Les fiches action des membres de la cellule de crise

PROTOCOLE DE MISE EN PLACE DE LA CELLULE DE CRISE

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

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

MISSIONS

Enregistrement des appels téléphoniques et orientation des demandes vers les personnes concernées de la cellule de crise.

Maintien d'une permanence standard, effective tout au long du plan bleu.

ACTIONS

1. Appeler, sur décision du directeur ou de son représentant, les membres de la cellule de crise, pour les informer de la mise en place de cette dernière.

2. Dès confirmation au standard de leur arrivée dans l'établissement, lister les membres de la cellule de crise présents et en informer le directeur.

Pendant les heures de services

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

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

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

FICHES ACTIONS DE LA CELLULE DE CRISE

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

Chaque « FICHE ACTION » doit comporter à *minima* :

les consignes générales face à l'évènement quelle que soit sa nature, en identifiant les missions et les actions prioritaires ;

les actions particulières à mettre en œuvre selon la nature de l'évènement, ex. : actions spécifiques en cas de canicule ...

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

Exemple de fiches actions à réaliser :

Fiche action : directeur ;

Fiche action : personnels de santé ;

Fiche action : secrétariat de la cellule de crise ;

Fiche action : techniques ou logistiques ;

Fiche action : standard de l'établissement...

5.2 - Procédures et protocoles d'urgence

Dans cette partie, sont présentées 16 fiches de procédures et 2 annexes. Les ESMS disposent déjà de la majorité de ces fiches. Dans ce cas, il convient de les intégrer dans le plan bleu en les complétant au besoin.

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

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

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

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

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

Le plan Canicule 2013 s'articule autour de 4 niveaux, correspondant aux codes couleurs « vigilance météo ».

Niveau 1 / vert : Veille saisonnière, du 1^{er} juin au 31 août. Diffusion d'éléments de communication préventive.

Niveau 2 / jaune : Avertissement chaleur. Mise en œuvre de mesures graduées et préparation d'éventuelles mesures de gestion ARS.

Niveau 3 / orange : Alerte Canicule. Déclenché par les Préfets.

Niveau 4 / rouge : Mobilisation maximale. **Déclenché par le Premier Ministre.**

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

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

ACTIONS DE PREVENTION AVANT L'ÉVÈNEMENT

veille saisonnière, niveau VERT

- ▷ Mise en place des mesures préventives ;
- ▷ Information des personnels et organisation du suivi renforcé des patients au regard des effectifs présents ;
- ▷ Suivi des boîtes mails de l'établissement et des conditions météorologiques.

Consignes :

1/ Architecture et matériel

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

- disposer d'un nombre suffisant de ventilateurs, de brumisateurs, de serviettes légères ou de lingettes à humecter d'eau,
- vérifier le fonctionnement des réfrigérateurs et des congélateurs,
- disposer de thermomètres pour l'air ambiant.

2/ Organisation et fonctionnement

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

ACTIONS A REALISER EN NIVEAU JAUNE

- ▷ Mobilisation des personnels ;
- ▷ Suivi quotidien des patients ;
- ▷ Mise en place des mesures canicules.

Consignes :

1/ Organisation, fonctionnement et matériel

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

2/ Conseils individuels

Se protéger :

- vêtir les personnes le plus légèrement possible (vêtements amples et légers),
- les amener dans la pièce rafraîchie tous les résidents pendant au moins 3h par jour
- surveiller la température corporelle et le poids des résidents.

Se rafraîchir :

- pulvériser de l'eau sur le visage et les autres parties découvertes du corps, avec un brumisateuse (respecter condition d'hygiène et d'entretien de ce type de matériel) ou avec des bombes aérosols d'eau,
- humidifier la bouche : rinçages de bouche, pulvérisation d'eau,
- faire prendre des douches et des bains frais le plus souvent possible.

Boire et manger :

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

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

ACTIONS A REALISER EN NIVEAU ORANGE

Renforcement des mesures déjà activée au niveau MIGA
Remontée quotidienne des statistiques.

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

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

PERSONNES A CONTACTER

En interne :

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

En externe :

- préfecture ;
- conseil général ;
- ARS ;
- Météo France ;

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

- circulaire et plan national canicule ;
- recommandations nationales canicule ;
- plan départemental canicule ;
- site internet INPES ;
- site internet ARS NPDC.

Elaboré par :

Date de mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

Ce qui doit vous alerter :

Apparition au même moment de troubles digestifs ou neurologiques similaires chez au moins deux personnes ayant consommé un repas en commun.

Tout incident pouvant évoquer une suspicion de toxi-infection alimentaire collective doit immédiatement être signalé (maladie à déclaration obligatoire), quel que soit le nombre de malades apparemment concernés.

Cette déclaration permet à la cellule de veille sanitaire de l'ARS (CRVAGS) et aux services vétérinaires de la DDPP de réaliser une investigation destinée à identifier les aliments responsables et les facteurs favorisants et prendre ainsi des mesures spécifiques pour prévenir les récurrences.

La distinction entre une GEA et une TIAC est difficile. Globalement, seule l'identification de la cause permet de faire la distinction entre les deux. En conséquence, à défaut, on parlera de suspicion de TIAC.

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

- dénutrition et déshydratation de certains patients et hospitalisation des cas graves ;
- possibilité de forte contagion
- impact important sur le fonctionnement de l'établissement

ACTIONS EN PREVENTION

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

Ces mesures sont de différentes natures :

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

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

▷ **En cas de troubles digestifs collectifs ne jamais écarter l'origine alimentaire.**

▷ Prévenir le directeur de l'établissement

▷ Informer les médecins traitants des résidents concernés afin d'obtenir une orientation diagnostic (coprocultures)

▷ Informer l'ARS via le Point Focal Régional

▷ Informer les services vétérinaires (DDPP) **directement** ou via l'ARS

▷ Conserver des repas témoins au réfrigérateur jusqu'aux prélèvements effectués par la DDPP

▷ Appliquer les recommandations préconisées par l'ARS qui seront à minima :

- nettoyer et désinfecter les locaux et surfaces (attendre la réalisation des prélèvements de surface par la DDPP en cuisine)
- isoler les patients malades
- prévenir la médecine du travail concernant le personnel de l'établissement
- adapter les menus
- surveiller l'état général des patients
- renforcer les mesures d'hygiène (lavage des mains, gestion des excréta...)

▷ Parallèlement, les services vétérinaires font réaliser des analyses dans les cuisines et sur le personnel de façon à déceler un éventuel porteur sain à l'origine de la TIAC. Seules l'ARS et la DDPP sont habilitées à faire les prélèvements et à les communiquer à des laboratoires agréés.

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENTEMENT

- Bilan de l'évènement (RETEX).

PERSONNES A CONTACTER

▷ En interne

- médecin coordonnateur ;
- personnels soignants ;
- personnel de cuisine et d'entretien des bâtiments.

▷ En externe

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

TEXTES REGLEMENTAIRES

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

Elaboré par :

Date de mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

La légionellose est une maladie respiratoire provoquée par une bactérie du genre *Legionella* qui se développe dans les milieux aquatiques naturels ou artificiels, à des températures variant de 25 à 42 degrés. La légionellose est transmise par inhalation de microgouttelettes d'eau contaminée diffusées en aérosols (notamment lors de la prise de douches). La durée d'incubation de la légionellose (et donc la période d'exposition) varie de 2 à 10 jours.

▷ Prélèvements positifs de légionelles dans le réseau d'eau de l'établissement :

- Un établissement peut détecter des légionelles dans son réseau d'eau sans pour autant avoir des résidents atteints de légionellose.
- Les seuils qui doivent déclencher des actions : ...

▷ Survenue d'un ou plusieurs cas de légionellose parmi les résidents et/ou les personnels :

- La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire, qui doit être signalée à l'ARS dans les meilleurs délais par tout médecin ou biologiste qui en fait le diagnostic.
- Critères de signalement : cf. annexe ... fiche de notification

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

Risques majeurs pour la santé des résidents et/ou des personnels.

Alourdissement de la charge de travail dans la structure par la limitation de l'utilisation des douches et mise en place de la toilette au gant ou la prise de bain sans utilisation de la douchette dans l'attente de l'obtention de résultats d'analyses satisfaisants.

ACTIONS EN PREVENTION

convention avec le CLIN d'un établissement de santé
connaissance du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement
entretien des équipements
contrôle périodique de la température de l'eau sur le réseau
mise en place de soutirage sur les points peu ou pas utilisés
contrôle obligatoire tous les 12 mois pour les légionelles
consignation du suivi sanitaire eau dans le carnet sanitaire

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

Prévenir la direction de l'établissement.

Interdire provisoirement les douches (pose de filtres ou toilette au gant) et mettre en place une opération curative (choc thermique ou chloré) des réseaux.

Prévenir l'ARS :

- En cas de dépassement de seuil :
- En cas de légionellose : la déclaration obligatoire auprès de l'ARS est réalisée par le médecin ou le biologiste qui a effectué le diagnostic ; en l'absence de prise de contact de l'ARS avec l'établissement dans les 24h : contacter le PFR pour vérifier que le signalement a été effectué.

Faire effectuer des prélèvements d'eau sur le réseau par un laboratoire accrédité (48h après l'opération choc, et 2 à 8 semaines après).

Attendre l'obtention de résultats d'analyses conformes à la réglementation avant d'utiliser à nouveau les douches.

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

RETEX : bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

▷ En interne

- médecin coordonnateur et personnel soignant
- personnels techniques

▷ En externe

- établissement de référence CLIN :
- laboratoire (s) d'analyse de l'eau accrédité :
- plombiers
- Conseil Général

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

- fiche DO légionellose
https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12202.do ;
- Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021795143&fastPos=27&fastReqId=14070841&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.
- Le risque lié aux légionelles - Guide d'investigation et d'aide à la gestion (juillet 2005)
Guide élaboré par la Direction générale de la santé, diffusé par circulaire n° DGS/SD5C/SD7A/DESUS/2005/323 du 11 juillet 2005.
- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air soumises à autorisation au titre de la rubrique n° 2921. JO du 31 décembre 2004. <http://aida.ineris.fr/textes/arretes/text3667.htm>
- Arrêté du 13 décembre 2004 relatif aux prescriptions générales applicables aux installations classées pour la protection de l'environnement soumises à déclaration sous la rubrique n° 2921 Installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air. JO du 31 décembre 2004 et BOMEDD n° 3 du 15 février 2005.
<http://aida.ineris.fr/textes/nomenclature/at2921.htm>
- Circulaire du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risques et celles des bâtiments recevant du public.
- Circulaire du 25 avril 1997 relative à la surveillance et à la prévention de la légionellose.

Elaboré par :

Date de mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

Survenue d'un évènement de nature infectieuse, à potentiel épidémique, notamment :

- Gastroentérites aiguës (GEA) : survenue de plusieurs cas de symptomatologie digestive, penser à évoquer l'origine alimentaire et à écarter la TIAC (cf. fiche *ad hoc*) ;
- Infections respiratoires aiguës (IRA) : grippe, pneumopathie bactérienne, coqueluche, légionellose (cf. fiche *ad hoc*) ;
- Infections à *Clostridium difficile* : contexte de retour d'hospitalisation, ou antibiothérapie récente
- Survenue de gale : risque de gale norvégienne accru dans les EHPAD compte tenu des antécédents et thérapeutiques à ces âges favorisant l'immunosuppression ;
- Infections à BMR : contexte de retour d'hospitalisation le plus souvent, mais les BMR d'origine nosocomiales sont probablement moins détectées.

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

- Impact sanitaire : morbidité, mortalité des résidents
- Impact fonctionnel : surcharge de travail en cas de gestion d'une épidémie, absentéisme du personnel en cas d'extension de l'épidémie au personnel
- Impact en termes d'image de la structure (gale notamment)

ACTIONS EN PREVENTION

- Application des règles de bonnes pratiques en matière d'hygiène standard, et de gestion des excréta.
- Application des recommandations du classeur « *Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord Pas de Calais* », élaboré conjointement par la CIRE Nord, le CCLIN Paris Nord et l'ARS Nord-Pas de Calais.

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- **Signalement en interne** par toute personne qui constate un évènement infectieux à risque épidémique vers:
 - le correspondant hygiène défini par l'établissement
 - et/ou au médecin coordonnateur
 - et/ou à l'infirmier coordonnateur
 - et/ou au directeur de la structure
- **Signalement en externe** par le référent informé (cf. ci-dessus) de toute infection à potentiel épidémique correspondant aux critères de signalement indiqués dans le classeur, et de toute maladie à déclaration obligatoire, au PFR de l'ARS Nord-Pas de Calais ; en cas de convention avec un ES, information de l'EOH.
- **Application des recommandations du classeur** « *Dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion du risque infectieux épidémique dans les EHPAD du Nord Pas de Calais.*

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

- RETEX

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne :
 - le correspondant hygiène défini par l'établissement
 - et/ou au médecin coordonnateur
 - et/ou à l'infirmier coordonnateur
 - et/ou au directeur de la structure
- ▷ En externe :
 - ARS
 - CG
 - EOH

Elaboré par :

Date de mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

- **Une infection est dite associée aux soins** si elle survient au minimum 48 h après le début d'une prise en charge d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de cette même prise en charge.
- **Les infections de site opératoire** sont des infections survenant dans les 30 jours suivant l'intervention ou si il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, ou d'un matériel prothétique dans l'année qui suit l'intervention.
- **Au sens général**, une infection associée aux soins est constituée par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (à visée diagnostique, thérapeutique, de dépistage ou de prévention primaire) par un professionnel de santé ou le patient ou son entourage.

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

- augmentation de la morbidité et mortalité.
- surcôt financier dû à la pathologie engendrée.
- image dégradée de l'établissement

ACTIONS EN PREVENTION

- lavage des mains
- utilisation de matériel à usage unique.
- nettoyage fréquents des surfaces (protocoles)
- nettoyage et désinfection de la peau en cas de gestes invasifs.
- contrôles de la qualité bactériologique de l'eau.
- convention CLIN et contrôles préventifs fréquents.

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- ↪ Prévenir le CLIN et la personne référente ;
- ↪ Prévenir l'ARS le plus rapidement possible ;
- ↪ Réaliser les actions demandées

ACTIONS A REALISER APRES L'ÉVENEMENT

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

PERSONNES A CONTACTER

Personnes à contacter

↳ En interne

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

Nom :

Qualification :

↳ En externe :

- CLIN de l'établissement de santé avec qui une convention a été signée
- ARS

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATION

- [Circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012](#) relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013
- [Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011](#) relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013
- [Arrêté du 17 mai 2006](#) relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales
- [Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006](#) relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)
- [La circulaire du 22 janvier 2004](#)
précise les recommandations aux établissements de santé et aux DDASS sur les critères de signalement, l'organisation interne des établissements de santé et le rôle des intervenants extérieurs dans le dispositif de signalement.
- [Lettre circulaire du 27 novembre 2003](#) diffusant la résolution du 2 juillet 2003 CTIN sur la surveillance des infections nosocomiales et plus particulièrement celle des ISO
- [Avis du 5 décembre 2001](#) : Avis du comité technique national des infections nosocomiales sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins (format Word pour Windows - 24 Ko)
- [Le décret du 26 Juillet 2001](#); décrit la nature des infections nosocomiales soumises à signalement, les conditions de recueil des informations et les modalités de leur signalement
- [Circulaire N° DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001](#) relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles
- [Arrêté du 3 août 1992](#) relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales modifié par l'arrêté du 19 octobre 1995 - (format PDF)

Procédure n° 6

CONFINEMENT de
l'ETABLISSEMENT

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

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

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- bien identifier la source de la pollution (interne ou externe) ;
- diffuser l'information au personnel de l'établissement ;
- faire rentrer les personnes qui sont à l'extérieur de l'établissement ;
- fermer toutes les portes extérieures, les fenêtres, les portes des chambres ainsi que les portes coupe-feu ;
- arrêter le système de ventilation de l'établissement et bloquer les entrées d'air statique ;
- selon le type de chauffage/climatisation, arrêter les systèmes de chauffage par combustion et de climatisation ;
- arrêter les systèmes d'aspiration dans les cuisines (hottes) et limiter toutes cuissons ;
- selon le type de pollution, il peut être judicieux de déplacer les personnes soit dans les étages les plus hauts soit à l'inverse au rez-de-chaussée...
- Prendre contact avec la mairie afin de connaître la durée probable de l'évènement ;
- Se préparer à une évacuation du bâtiment selon les consignes des autorités.
- Informer immédiatement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion.

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

- RETEX : bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

▷ En interne

- noms des personnels techniques :

▷ En externe

- mairie ;
- SDIS ;
- ARS ;
- conseil général.

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

Il convient de prévoir deux types de situation :

- une évacuation immédiate en cas de péril imminent (incendie, effondrement du bâtiment, fuite de gaz, séisme...);
- une évacuation différée et/ou progressive (inondation, coupure électrique, difficultés d'approvisionnement...).

Ces évacuations peuvent être partielles ou totales

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

- prise en charge médicale des personnes selon la nature de l'évènement (par exemple intoxication due aux fumées);
- rapidité d'évacuation et qualité de prise en charge des personnes, voir de transfert dans une autre structure;
- qualité et continuité des traitements médicaux (DLU) et accompagnement des résidents par les équipes soignantes;
- qualité d'informations et soutien psychologique des patients et information des familles.

ACTIONS EN PREVENTION

- sécurité incendie : passage de la commission incendie, référent incendie, contrôle annuel des extincteurs, alarme et détecteurs de fumée, formations et exercices incendie du personnel;
- liste à jour des résidents et personnels;
- fiche de présentation de l'établissement à jour pour permettre une aide des autorités de tutelle;
- mise en place du DLU;
- définir un plan d'évacuation par bâtiment ou par étage;
- définition et connaissance des lieux de rassemblement interne et communal;
- identification des personnes autonomes et dépendantes;
- protocole d'activation de la cellule de crise de l'établissement;

- coordonnées des familles sous différent support (papiers/disques durs).

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- identification de 3 zones différentes : zone impactée, zone immédiatement voisine, autres secteurs ;
- adapter le plan d'évacuation à l'évènement en cours;
- prévoir points de rassemblement des personnes en attente d'être évacuées ;
- prévoir les circuits d'accès aux véhicules d'évacuation ;
- prévoir la traçabilité des sorties (retours à domicile, transferts...) ;
- informer rapidement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion.

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

- RETEX : bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

▷ En interne

- médecin coordonnateur
- personnel soignant
- personnel technique

▷ En externe

- mairie ;
- SDIS ;
- ARS ;
- conseil général.

Procédure n° 8

PLAN de CIRCULATION et de
STATIONNEMENT en cas
d'évènement exceptionnel

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

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

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

= assurer l'accessibilité de l'établissement (entrée et sortie) et la sécurité des résidents et personnels.

- prévenir les autorités administratives (mairie) d'une demande de concours si besoin
- installer immédiatement les dispositifs de circulation et de stationnement
- un personnel (de l'établissement ou de la commune) doit contrôler les accès, la circulation des véhicules et assurer la communication au public
- informer immédiatement les autorités de tutelle sur la nature de la crise et les mesures prises pour sa gestion

ACTIONS A REALISER APRES LA CRISE

- RETEX: bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne
 - personnel technique
- ▷ En externe
 - mairie
 - police/gendarmerie
 - SDIS
 - SAMU
 - ARS ;
 - Conseil Général.

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'EVENEMENT

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

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- **journalistes > cf. fiche communication fiche 10**
- dès le déclenchement de l'alerte ou en présence d'une situation à risque, fermeture des accès extérieurs et portes et fenêtres des bâtiments ;
- déclenchement du plan bleu et ouverture de la cellule de crise ; prévenir l'ARS et les organismes de tutelles ;
- prendre connaissance des consignes de sécurité communiquées par la mairie ;
- demander intervention des forces de l'ordre si nécessaire ;
- information des résidents et du personnel sur la nature de l'évènement et des premières mesures de sécurisation prises ;
- information des familles des résidents et des médecins traitants ;
- mise en sécurité des documents importants et des dossiers résidents ;
- attendre les directives de la mairie et des autorités pour la levée des mesures de sécurisation.

ACTIONS A REALISER APRES LA CRISE

- RETEX : bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ en interne
 - membres de cellule de crise
 - ensemble du personnel
- ▷ en externe
 - mairie
 - ARS
 - conseil général
 - forces de l'ordre

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

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

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

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

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

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

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

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

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne
 - direction de l'établissement

- ▷ En externe :
 - ARS
 - préfecture
 - mairie
 - conseil Général

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

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

Procédure n° 11

**INTERRUPTION
ALIMENTATION ELECTRIQUE
(voir chapitre 2.3)**

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES : ORIGINES DE L'INTERRUPTION

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'EVENEMENT

- présence ou non d'un groupe électrogène de secours (taux de couverture des besoins et autonomie).
- perturbations variables selon origine et durée de la panne.
- principales utilisations de l'électricité :
 - lumières, portes ou portails d'accès, matériels informatiques, téléphonies ;
 - cuisines et frigos ;
 - matériels médicaux (oxygène...) ;
 - système de chauffage, climatisation ;
 - ascenseurs...

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- vérifier le compteur électrique : disjoncteur, fusibles si panne localisée ;
- si confirmation panne interne, faire appel immédiatement au service technique de l'établissement ou à l'électricien ;

- si panne exogène : contacter de suite ERDF pour connaître les causes et les délais avant remise en état du réseau ;
- le directeur doit évaluer les conséquences de cette interruption électrique pour prendre les mesures adaptées afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement.

Principaux éléments à prendre en compte :

- durée probable de l'interruption ;
- conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
- période de grandes chaleurs ou de grands froids.
- le directeur peut faire appel selon les besoins à une aide de la mairie, du SDIS, des services ERDF pour bénéficier d'un secours électrique (groupe électrogène) ;
- dans ce cas, le directeur doit prévenir les autorités de tutelle dont l'ARS ;
- une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise majeure, peut-être envisagée après visa du directeur général de l'ARS (voir procédure n°7).

ACTIONS LORS DU RETOUR A LA NORMALE

- vérifier le bon fonctionnement des appareils électriques ;
- prévenir les autorités de tutelle si elles ont été préalablement sollicitées ;
- faire le plein en carburant du réservoir d'alimentation du groupe électrogène ;
- évaluer la qualité des produits (médicaments et produits alimentaires) devant être conservés au froid ;
- RETEX : bilan de l'évènement

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne
 - service technique
- ▷ En externe
 - EDF/ERDF
 - électriciens
 - mairie
 - ARS
 - préfecture
 - Conseil Général

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

circulaire n° DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 DARDE

- article R.313-31 CASF précise les obligations des gestionnaires des établissements médico-sociaux (DARDE) ;
- circulaire de la DGAS N° 170 du 18 juin 2009 est venue préciser les obligations réglementaires en cas de défaillance en énergie ;
- arrêté du 5/07/90 fixe les consignes générales de délestage sur les réseaux électriques.

Procédure n° 12

RUPTURE
D'APROVISIONNEMENT EN EAU
DESTINEE A LA CONSOMMATION
HUMAINE

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

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

Eléments d'alerte

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

- absence d'eau dans les canalisations ou présence d'eau non conforme pour l'alimentation humaine;
- principales utilisations de l'eau :
 - boissons ;
 - douches, lavabos... ;
 - cuisines ;
 - WC et nettoyage des bâtiments ou du linge, arrosage ;
 - système de chauffage et de climatisation.

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

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

ACTIONS LORS DE LA REMISE EN FONCTIONNEMENT DU RESEAU

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

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne : service technique

- ▷ En externe :
Plombier, mairie, ARS, préfecture, conseil général.

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

- code de la santé publique R1321 et L1321.

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

- défaillance interne : système d'alimentation en gaz (fuite, mise en sécurité du système, absence d'approvisionnement : cuve de gaz...);
- défaillance externe : rupture d'approvisionnement en gaz de ville.

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

- impact limité en été mais impact grave en période froide pouvant nécessiter l'évacuation totale ou partielle de l'établissement ;
- absence d'eau chaude et/ou de dispositif de cuisson dans les cuisines => repas froids.
- interruption du système de chauffage de l'établissement : baisse de la température dans l'établissement. Cette conséquence est également envisageable quelque soit le type de chauffage présent dans l'établissement dont le chauffage central au fioul.

ACTIONS EN PREVENTION

- contrat d'entretien et de maintenance ;
- achat de couvertures ;
- achat de dispositifs électrique de chauffage d'appoint (radiateur sur roulette, micro-onde...);
- exercices et formation des personnels.

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- vérifier l'origine de l'arrêt d'approvisionnement : interne ou externe ;
→ si défaillance interne : faire appel au service technique ou au chauffagiste.
→ si défaillance externe : contacter de suite GDF Suez, et la mairie pour connaître les causes
- et les délais avant retour à la normale ;
- le directeur doit évaluer les conséquences de cette panne et prendre les mesures adaptées
- afin d'assurer la continuité d'activité de son établissement ; principaux éléments à prendre en
- compte :

- durée probable de l'interruption ;
- conséquences sur les soins, hygiène, alimentation ;
- période de grands froids si chauffage au gaz.
- le directeur doit pouvoir apporter aux résidents des moyens de substitution suite à l'arrêt du
- chauffage : radiateur électrique et/ou couvertures ;
- une évacuation des résidents (totale ou partielle) de l'établissement, en cas de crise
- majeure, peut-être envisagée après visa du directeur général de l'ARS (voir procédure n°7).

ACTIONS LORS DE LA REMISE EN FONCTIONNEMENT DU RESEAU

- tester les différents points d'arrivée du gaz ;
- relancer centrale chauffage gaz ;
- réapprovisionner cuve gaz ;
- RETEX : bilan de l'évènement.

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne
 - service technique

- ▷ En externe
 - GDF Suez ou autres prestataires ;
 - plombier ou chauffagiste ;
 - mairie
 - ARS
 - préfecture
 - Conseil Général

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

3 situations peuvent se présenter pour l'établissement :

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

- Suivant les cas ci-dessus, un incendie peut nécessiter :
- le confinement de l'établissement : voir procédure n°6 ;
- l'évacuation partielle ou totale en urgence ou en différée : voir procédure n°7

ACTIONS EN PREVENTION

- confinement de l'établissement : voir procédure n°6
- évacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différée : voir procédure n°7

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- connaître la nature de l'incendie et avoir connaissance de l'évolution du sinistre (en particulier feux de forêt) ;
- être à l'écoute des services de secours (CODIS), des consignes données par la mairie et des autorités de tutelle ;
- selon la nature de l'incendie prendre des mesures de confinement de l'établissement (procédure n°6) ou d'évacuation (procédure n°7) ;
- il peut être envisagé en premier lieu confinement puis ensuite évacuation ;
- pendant toute la durée de la crise, le directeur est en relation permanente avec les autorités de tutelle.

ACTIONS LORS DU RETOUR A LA NORMALE

- inventaire des dégâts matériels et des équipements pour envisager soit ;
→ la continuité des activités soit sur un mode normal soit sur un mode dégradé ;
→ l'interruption des activités ;
- tenir informé la mairie et les autorités de tutelle sur la situation de l'établissement, des mesures correctives prises pour la remise en état des biens et de la poursuite ou non des activités ;
- prendre en compte les consignes des autorités de tutelle.
- RETEX : bilan de l'évènement.

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne :
 - direction et responsables incendie ;
 - service technique.

- ▷ En externe :
 - SDIS ;
 - mairie ;
 - ARS ;
 - préfecture ;
 - Conseil Général.

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

3 situations peuvent se présenter pour l'établissement :

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

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

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

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

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

Une inondation peut nécessiter l'évacuation partielle ou totale de l'établissement en urgence ou en différée (voir procédure n°7), la mise en sécurité des personnes des parties « hautes » de l'établissement (par exemple les étages de l'établissement) avec éventuellement un confinement (voir procédure n°6).

ACTIONS EN PREVENTION

▷ s'assurer que l'établissement n'est pas dans un secteur susceptible d'être **inondé**. Se rapprocher des services de la préfecture (plan particulier des risques inondation : PPRI) et de la mairie (plan local d'urbanisme : PLU et du plan communal de sauvegarde : PCS) ;

▷ en cas de risque d'inondation exceptionnelle :

- établir un protocole d'alerte, d'information et de suivi avec la mairie et les services de la DDT compétent ;
- établir la fiche réflexe d'évacuation de l'établissement ;
- avoir la liste des résidents à jour accompagnée des DLU à jour.
- inventaire actualisé des équipements et des consommables ;
- en cas d'isolement total ou partiel de l'établissement, consulter le plan de continuité des activités de l'établissement(PCA).

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

- connaître l'origine de l'évènement et avoir connaissance de l'évolution de l'aléa.
- être à l'écoute des services de secours (CODIS), des consignes données par la mairie et des autorités de tutelle.
- selon la nature de l'évènement et son intensité, prendre des mesures de confinement de l'établissement (procédure n°6) ou d'évacuation (procédure n°7)
- il peut être envisagé en premier lieu confinement puis évacuation
- pendant toute la durée de la crise, le directeur est en relation permanente avec les autorités de tutelle

ACTIONS LORS DU RETOUR A LA NORMALE

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

PERSONNES A CONTACTER

▷ En interne : Service technique.

▷ En externe

- SDIS ;
- mairie ;
- ARS ;
- préfecture ;
- Conseil Général.

Elaboré par :

Date mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

Tout évènement survenant en institution, menaçant ou compromettant la santé et/ou la sécurité des personnes prises en charge en établissement médico-social :

- concernant les résidents ou personnes prises en charge : situations de violence, de maltraitance, disparitions ou fugues, coups et blessures, meurtres ou décès suspects, suicides ou tentatives de suicide, grèves de la faim ...
- concernant le personnel de l'établissement : mouvements sociaux, absentéisme, faute professionnelle et sanction administration, personnel en nombre insuffisant...
- concernant les conditions de fonctionnement de la structure : sanction administrative suite à une inspection contrôle, conséquence des aléas naturels, climatiques, technologiques voir procédures précédentes.

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÈNEMENT

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

ACTIONS EN PREVENTION

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

ACTIONS A REALISER

Le signalement

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

La centralisation du traitement des signalements pour l'ARS dont les coordonnées sont :
Tél : 03.62.72.77.77 et ars-npdc-signal@ars.sante.fr

Le circuit de l'information dans le cadre des astreintes

En dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, le responsable de la structure, conformément aux modalités d'astreinte en vigueur au sein de l'établissement, informe l'ARS des situations exceptionnelles et dramatiques en téléphonant à l'agent de permanence, dont le numéro est :

03.62.72.77.77

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

La forme et le contenu du signalement

Après avoir été informée de l'évènement ou de la situation, l'ARS doit disposer dans les meilleurs délais (sous 48 heures) d'une information écrite précise portant notamment sur les éléments suivants :

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

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

ACTIONS A REALISER APRES L'EVENEMENT

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

PERSONNES A CONTACTER

- ▷ En interne
 - directeur de l'établissement.
- ▷ En externe
 - ARS ;
 - Conseil Général.

TEXTES REGLEMENTAIRES OU DOCUMENTATIONS

Circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.

**Annexe1 : Protocole de signalement à l'ARS des évènements indésirables
et des situations exceptionnelles et dramatiques
dans les établissements médico-sociaux**

L'efficacité de la politique de lutte contre la maltraitance dans les établissements et services médico-sociaux dépend non seulement de la détection précoce des situations à risque mais aussi du traitement immédiat des situations les plus graves pour lesquelles la santé ou la sécurité des personnes a été compromise.

La réalisation d'un tel objectif nécessite que les autorités administratives compétentes (l'ARS et, pour les établissements conjointement autorisés, les services du Conseil général) soient informées, dans les meilleurs délais, par les responsables des structures concernées, non seulement des évènements indésirables survenus dans leurs structures, mais aussi des évènements exceptionnels et dramatiques (qui doivent être retransmis au niveau central dans le cadre de la mission d'alerte des cabinets ministériels).

Le présent protocole a pour objet de préciser la nature des éléments à signaler à l'ARS ainsi que les modalités de signalement.

Il ne se substitue pas à l'information du Procureur de la République ou des services du Conseil Général.

I - Nature des éléments à signaler

Entrent dans le champ du protocole les informations relatives aux évènements indésirables et aux situations menaçant ou compromettant la santé ou la sécurité des personnes prises en charge.

Pour l'essentiel, ces informations relèvent d'un traitement au niveau régional. Néanmoins, compte tenu des objectifs fixés dans le cadre de la circulaire relative à la lutte contre le maltraitance du 23 juillet 2010, il est apparu nécessaire de reprendre, dans le cadre de ce protocole, les éléments qui relèvent de la mission d'alerte en les complétant afin que les services de l'ARS disposent d'éléments d'information leur permettant d'exercer une mission de veille.

➤ **Concernant la santé des personnes accueillies, sont visés notamment :**

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

➤ **Concernant la sécurité, sont visés notamment :**

- Les fugues et les disparitions de personnes accueillies
- Les vols récurrents d'objets de valeur ou d'argent à l'encontre des résidents

- Les actes de malveillance au sein de l'établissement
- Les sinistres tels qu'incendies, inondations, accidents corporels impliquant des résidents...
- **Sont par ailleurs visés les événements relatifs au fonctionnement de l'établissement :**
 - La vacance des postes d'encadrement (direction et cadres)
 - Les sanctions disciplinaires de personnels intervenant auprès des personnes accueillies et les procédures judiciaires à l'encontre des personnels
 - Les conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux
 - Les défaillances techniques pouvant entraîner un risque pour la santé et la sécurité des personnes (telles que pannes électriques ou autres)
 - Les problèmes récurrents avec une famille (menaces, demandes inadaptées, défiance à l'encontre du personnel ...) ...
- **Dans tous les cas, les situations susceptibles d'être médiatisées.**

II - Le circuit de l'information

Les informations relatives aux événements, incidents ou accidents mentionnés ci-dessus doivent être adressées par le directeur de l'établissement - immédiatement pour les situations les plus graves, dans les meilleurs délais (sous 48 heures) pour les autres événements – selon les modalités suivantes, valables pour tous les signaux médico-sociaux et sanitaires de l'ARS :

- adresse électronique : ars-npdc-signal@ars.sante.fr
- numéro de téléphone : 03.62.72.77.77
- télécopie : 03.62.72.88.75

Parallèlement à cette démarche d'information, il vous incombe de prendre l'attache de vos interlocuteurs habituels au sein des services de l'ARS.

III Le circuit de l'information dans le cadre des astreintes

En dehors des heures ouvrables et en cas d'urgence, le responsable de la structure, conformément aux modalités d'astreinte en vigueur au sein de l'établissement, informe l'ARS des situations exceptionnelles et dramatiques en appelant :

Du lundi au vendredi, de 18H à 8H30, le : 06 82 63 85 81

Du vendredi au lundi, de 17H30 à 8H30, le : 03 20 30 59 59 (pour le Nord)

03 21 21 20 00 (pour le Pas-de-Calais)

Ce signalement devra être confirmé et précisé par mail. Cette transmission devra comporter les éléments d'information mentionnés ci-dessous (IV).

IV La forme et le contenu du signalement

Après avoir été informée de l'événement ou de la situation, l'ARS doit disposer dans les meilleurs délais (sous 48 heures) d'une information écrite précise (et régulière en cas de nouveaux développements) portant notamment sur les éléments suivants :

- la nature des faits
- les circonstances dans lesquelles ils sont survenus
- les dispositions prises pour remédier aux carences ou abus éventuels et, le cas échéant, faire cesser le danger
- les dispositions prises à l'égard de la victime et, le cas échéant, de l'auteur présumé en cas de maltraitance
- l'information des familles et/ou des représentants légaux
- les démarches engagées auprès des autorités judiciaires.

Le conseil de la vie sociale des établissements concernés devrait être avisé des événements qui relèvent du champ du présent protocole. Pour tout signalement d'évènement indésirable, vous pouvez utiliser le formulaire suivant :

**Formulaire de remontée des informations relatives aux
évènements menaçant la santé, la sécurité ou le bien-être
des personnes accueillies.**

*Réf : protocole de signalement entre l'ARS et les établissements médico-sociaux (instruction N°
DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 et circulaire n° DGCS/2 /2010/254 du 23 juillet 2010)*

Le présent formulaire est destiné à faciliter les échanges d'information entre l'ARS et chaque établissement de la région. Il reprend en les formalisant les termes du protocole.

Il doit être transmis à l'adresse suivante : ars-npdc-signal@ars.sante.fr

I/ Etablissement ou service :

Nom de l'organisme gestionnaire :

Nom de l'établissement ou du service :

Adresse de l'établissement ou du service :

N° téléphone :

Adresse mail :

Nom et qualité des personnels présents lors des événements :

II Nature et déroulement des faits :

Date, heure et circonstances :

Description précise des faits :

Conséquences pour la santé ou la sécurité de la (ou des) victime(s) présumée(s)

--

III Auteur (le cas échéant) :

Type (personnel, résident, famille...) :

Dispositions prises :

IV Victimes :

Type (personnel, résident, famille...) :

Dispositions prises :

Information des familles et/ou des représentants légaux :

--

VI/ Information aux autorités judiciaires

--

ANNEXE 2 : Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

ÉLÉMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Établissement d'hébergement :

Adresse :

Tél :

Médecin coordonnateur :

Infirmière coordinatrice :

Personne de confiance désignée par écrit :

Nom :

Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage : Lien (de parenté) :

Nom :

Tél :

Médecin traitant :

Nom :

Tél :

Adresse :

Protection juridique : NON

EN COURS

OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

EVALUATION MEDICALE

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Allergie : OUI préciser laquelle : NON

Régime :

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

Poids :

Taille :

Traitement actuel détaillé :

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

EVALUATION DES SOINS

EVALUATION DES BESOINS FONDAMENTAUX :

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

**Cotation AGGIR
NE RIEN COCHER**

1 -- COHERENCE :

(converser et /ou
se comporter de façon
sensée, adaptée)

<input type="checkbox"/>	NORMALE	A
<input type="checkbox"/>	PARTIELLEMENT PERTURBEE	B
<input type="checkbox"/>	TOTALEMENT PERTURBEE	C
<input type="checkbox"/>	DEMENCE DIAGNOSTIQUEE	

2 -- ORIENTATION

DANS LE TEMPS
ET L'ESPACE :

<input type="checkbox"/>	NORMALE	A
<input type="checkbox"/>	ORIENTE AVEC AIDE	B
<input type="checkbox"/>	DESORIENTATION EPISODIQUE	B
<input type="checkbox"/>	DESORIENTATION TOTALE	C

3 -- HUMEUR,
COMPORTEMENT :

<input type="checkbox"/>	NORMALE	
<input type="checkbox"/>	APATHIE, DEPRESSION	
<input type="checkbox"/>	AGITATION, AGRESSIVITE	
<input type="checkbox"/>	CRIS	
<input type="checkbox"/>	FUGUE	
<input type="checkbox"/>	<i>Commentaires :</i>	

4 -- TOILETTE, HYGIENE :

<input type="checkbox"/>	SEUL (haut et/ou bas)	A
<input type="checkbox"/>	AIDE (haut et/ou bas)	B
<input type="checkbox"/>	DEPENDANCE TOTALE	C

5 -- HABILLAGE :

<input type="checkbox"/>	SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	A
<input type="checkbox"/>	AIDE (haut, bas, ceinture, lacets, boutons)	B
<input type="checkbox"/>	DEPENDANCE TOTALE	C

6 -- ALIMENTATION

HYDRATATION :

<input type="checkbox"/>	SEUL	A
<input type="checkbox"/>	AIDE	B

	<input type="checkbox"/>	ASSISTANCE TOTALE	<input type="checkbox"/>	C
	<input type="checkbox"/>	TROUBLE DE LA DEGLUTITION		
7 -- <u>ELIMINATION</u> :	<input type="checkbox"/>	CONTINENCE URINAIRE ET FECALE	<input type="checkbox"/>	A
	<input type="checkbox"/>	INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT)	<input type="checkbox"/>	B
	<input type="checkbox"/>	INCONTINENCE TOTALE	<input type="checkbox"/>	C
8 -- <u>LOCOMOTION</u> :	<input type="checkbox"/>	ADAPTEE		
	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATION INADAPTEE		
	<input type="checkbox"/>	CHUTES FREQUENTES		
9 -- <u>TRANSFERT</u> : (lit/fauteuil)	<input type="checkbox"/>	AUTONOME	<input type="checkbox"/>	A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE	<input type="checkbox"/>	B
	<input type="checkbox"/>	DEPENDANT	<input type="checkbox"/>	C
10 -- <u>DEPLACEMENT</u> <u>A L'INTERIEUR</u> :	<input type="checkbox"/>	AUTONOME	<input type="checkbox"/>	A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE D'UNE PERSONNE	<input type="checkbox"/>	B
	<input type="checkbox"/>	AVEC CANNE OU DEAMBULATEUR		
	<input type="checkbox"/>	EN FAUTEUIL ROULANT		
	<input type="checkbox"/>	GRABATAIRE	<input type="checkbox"/>	C
11 -- <u>DEPLACEMENT</u> <u>A L'EXTERIEUR</u> : (à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, c.à.d. à pieds)	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL	<input type="checkbox"/>	A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE	<input type="checkbox"/>	B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS	<input type="checkbox"/>	C
12 -- <u>COMMUNICATION</u> <u>A DISTANCE</u> : (téléphone, sonnette, alarme)	<input type="checkbox"/>	FAIT SEUL	<input type="checkbox"/>	A
	<input type="checkbox"/>	AVEC AIDE	<input type="checkbox"/>	B
	<input type="checkbox"/>	NE FAIT PAS	<input type="checkbox"/>	C
13 -- <u>DOULEUR</u> :		<u>PHYSIQUE</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
		localisation :		
		<u>MORALE</u> (anxiété, pleurs, dépression)		

OUI NON

EVALUATION DES SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS :

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	COMMENTAIRES
↓	↓

Pansements : → préciser leur nombre et leur localisation

- Soins d'ulcère
- Soins d'escarre
- Pansements divers

Sondes :

- Sonde à oxygène
- Sonde nasogastrique
- Sonde de trachéotomie
- Sonde urinaire

Stomies :

- Urétérostomie
- Colostomie
- Gastrostomie

Appareillage divers :

- Pace-maker
- Chambre implantable
- Prothèse
- Orthèse
- Appareillage ventilatoire
- (VNI, CPAP, etc....)

Aucun Soin Technique :

Soins Palliatifs :

Prothèses mobiles :

- Prothèses dentaires
- Prothèses auditives
- Lunettes
- Autres (préciser)

PROJET DE PRISE EN CHARGE

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

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

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Date :

Signature :

Modèle type de DLU (à titre d'exemple)

Procédure n°

Elaboré par :

Date de mise à jour :

SITUATIONS POSSIBLES

--

ENJEUX ET IMPACTS DE L'ÉVÉNEMENT

--

ACTIONS EN PREVENTION

--

ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE

--

ACTIONS A REALISER APRES L'ÉVÉNEMENT

--

PERSONNES A CONTACTER

--

Pour signaler le déclenchement du Plan Bleu, contactez le **Point Focal Régional (PFR)** de l'ARS Nord-Pas de Calais

POINT FOCAL RÉGIONAL



SIGNALER, ALERTER

Point unique de signalement
des événements à conséquences sanitaires
dans le Nord - Pas-de-Calais

Comment signaler ?

En s'adressant au **POINT FOCAL** de l'ARS Nord - Pas-de-Calais 24h/24

par téléphone 03 62 72 77 77
par fax 03 62 72 88 75 + par mail ars-npdc-signal@ars.sante.fr

Que signaler ?

- Les maladies à déclaration obligatoire**
rougeole, tuberculose, toxi-infection alimentaire collective (TIAC), infection invasive à méningocoque, etc.
Retrouvez la liste des maladies à déclaration obligatoire sur le site de l'ARS www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr
rubrique Votre santé, veille et sécurité sanitaire
- Tout événement sanitaire ou environnemental susceptible de constituer une menace pour la santé publique**
exemples : les intoxications aiguës, un nombre de cas anormalement élevé ou une sévérité inhabituelle d'une pathologie, une pathologie inhabituelle à potentiel épidémique, une suspicion d'exposition environnementale à risque pour la population, etc.
- Les infections associées aux soins**
- Les événements indésirables graves**
survenant dans les établissements de santé et médico-sociaux
- Toute situation du domaine de la santé susceptible d'être médiatisée**

Pourquoi signaler ?

L'analyse des risques est faite par l'ARS, en partenariat avec l'institut de veille sanitaire, pour mettre en oeuvre toutes les actions utiles à la prévention et à la maîtrise des risques

Pour tout renseignement concernant l'élaboration du Plan Bleu, vous pouvez contacter le Département Régional et Zonal de Défense et de Sécurité de l'ARS NPDC au 03.62.72.87.83