

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER
ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES,
DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de la sécurité civile

Direction générale de l'action sociale

Direction générale de la santé

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Circulaire interministérielle DSC/DGS/DUS/DGAS/DHOS n° 2008-320 du 23 octobre 2008 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale

NOR : SJSP0831117C

Date d'application : immédiate.

Résumé : recommandations pour prévenir et maîtriser les conséquences sanitaires des pathologies hivernales et infectieuses, ainsi que l'impact sanitaire d'une vague de froid, et faire face à d'éventuels pics d'activité, en optimisant l'organisation de l'offre de soins, notamment en périodes de congés.

Mots clés : épidémies saisonnières – vaccination des personnels – vague de froid – permanence des soins – capacités d'hospitalisation – congés – réseaux des urgences – cellules de veille.

Références :

Code de l'action sociale et des familles : articles L. 116-3, L. 121-6-1, R. 121-2 à R. 121-12 et D. 312-155-4-1 ;

Code général des collectivités territoriales : articles L. 2212-2 (5°) et L. 2215-1 ;

Code de la sécurité sociale : article L. 161-36-2-1 ;

Code de la santé publique : articles L. 1413-15, L. 3131-7, L. 6112-5, L. 6314-1, R. 3131-4 à R. 3131-7, R. 6123-26 à R. 6123-32 et R. 6315-1 à R. 6315-7 ;

Circulaire INTE0300129C du 22 décembre 2003 relative à la veille, la gestion des crises, l'information et l'alerte des autorités gouvernementales dans le domaine de la protection civile ;

Circulaire DHOS/01 n° 2005-214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des capacités d'hospitalisation dans les établissements de santé publics et privés ;

Circulaire DHOS/CGR n° 2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis ;

Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2 n° 2006-489 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées ;

Circulaire DHOS/E4 n° 2006-525 du 8 décembre 2006 relative à la prévention des risques électriques dans des conditions climatiques de grands froids ;

Circulaire DHOS/01 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

Lettre-circulaire DGS/DUS n° 2007-354 du 21 septembre 2007 relative au dispositif centralisé de réception et de gestion des alertes par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) ;

Circulaire interministérielle INTE0700102C du 15 octobre 2007 relative à la procédure de vigilance et d'alerte météorologiques ;

Note DGAS du 14 juin 2007 aux DDASS-DRASS relative à la mise en place de « plans bleus » dans les établissements pour personnes handicapées ;

Note DGS/DHOS/DGAS du 3 octobre 2008 aux directeurs d'établissement de santé et d'établissements médico-sociaux relative à la vaccination contre la grippe des professionnels de santé et des professionnels en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque.

Texte abrogé : circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DUS n° 2007-419 du 23 novembre 2007.

Annexes : néant.

La ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative à Messieurs les préfets de zone de défense, Madame et Messieurs les préfets de région, Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution).

La présente circulaire a pour objet de rappeler les conséquences sanitaires de la période hivernale, présenter les supports et campagnes de communication préventive sur ces problématiques, formuler les recommandations pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires des pathologies hivernales et infectieuses, voire à l'impact sanitaire d'une vague de froid, en particulier en optimisant l'organisation de l'offre de soins face à d'éventuels pics d'activité, notamment en période de congés.

Elle s'adresse aux préfets, chargés de s'assurer de la continuité et de la permanence des soins et de la prise en charge médico-sociale, ainsi qu'aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation chargés d'ajuster l'offre de soins dans des situations de tension liées à la période hivernale.

Le surcroît d'activité conjoncturel lié aux pathologies hivernales ou à un autre phénomène sanitaire, associé ponctuellement aux périodes de congés, doit faire l'objet d'une démarche opérationnelle et maîtrisée permettant d'activer un ensemble de mesures préventives et de gestion.

Une attention particulière sera portée au dispositif de remontée d'informations vers le niveau central, la mission d'information du gouvernement relevant des préfets pour les événements perturbant la vie collective.

L'alerte des autorités sanitaires nationales s'accompagnera simultanément, et à tous les niveaux territoriaux, d'une information de la chaîne de veille et de gestion de crise du ministère de l'intérieur. Les préfets de département et de zone veilleront, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1413-15 du code de la santé publique, à ce que tout événement sanitaire susceptible d'impacter le fonctionnement normal de la collectivité leur soit signalé pour en référer immédiatement au COGIC chargé d'informer en temps réel le gouvernement.

1. Impacts sanitaires de la période hivernale et du froid

La période hivernale est particulièrement propice aux épidémies infectieuses, notamment les infections respiratoires ou digestives. Chaque épidémie, en particulier les syndromes grippaux, les bronchiolites, les gastro-entérites, mais plus encore leur survenue simultanée, contribue à augmenter la demande de soins. La période hivernale est également propice à l'aggravation de pathologies chroniques, notamment cardiaques et respiratoires.

Le froid agit directement en provoquant ou déclenchant hypothermies, asthmes, syndromes de Raynaud, engelures ou, avec un décalage de quelques jours, insuffisance coronarienne aiguë (angor) ou embolies pulmonaires. Il agit rapidement sur le système cardio-vasculaire. Ses effets sur le système respiratoire sont plus indirects : il contribue à fragiliser l'épithélium pulmonaire, favorisant ainsi le développement d'infections broncho-pulmonaires. Toutefois et contrairement aux vagues de chaleur, les effets sanitaires sont le plus souvent différés d'une à deux semaines (accidents vasculaires cérébraux ischémiques, puis pathologies cardiovasculaires et enfin pathologies respiratoires).

Certaines populations sont plus vulnérables vis-à-vis du froid. Il s'agit en premier lieu des personnes ne pouvant s'abriter du froid (sans-abri, personnes demeurant dans des logements mal chauffés ou mal isolés notamment) et des personnes présentant une défense physiologique vis-à-vis du froid moins efficace : les enfants (rapport surface/masse corporelle plus élevé favorisant les

dépense thermiques), les personnes âgées (diminution du métabolisme de base et mauvaise perception de la température) et les personnes présentant certaines pathologies chroniques préexistantes cardio-vasculaires, respiratoires ou endocriniennes (diabète, hypothyroïdie, insuffisance surrénalienne) (InVS, « Froid et santé, éléments de synthèse bibliographique et perspectives ». Saint-Maurice, 2004-48 pages ; http://www.invs.sante.fr/publications/2004_froid_et_sante/rapport_froid_et_sante.pdf)

La mortalité associée au froid dépasse le cadre des décès par hypothermie des sans-abri. Des variations saisonnières avec un pic hivernal sont observées dans plusieurs pathologies, entre autres les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies respiratoires. Les vagues de froid intense peuvent engendrer plus ou moins directement une surmortalité importante.

Pour mémoire, la dernière grande vague de froid éprouvée en France est survenue en janvier 1985. Les températures ressenties minimales sont restées inférieures à -10°C pendant quinze jours et un excès d'un millier de décès lui a été attribué en île-de-France (surmortalité de 13 % en France).

Enfin, une des conséquences indirectes du froid est l'intoxication par le monoxyde de carbone, première cause de mortalité par toxique en France, impliquant chaque année plusieurs milliers de personnes, près d'une centaine de décès et plusieurs centaines d'hospitalisations. Ces intoxications surviennent essentiellement entre octobre et mars.

2. Dispositif préventif et réactif

2.1. Communication préventive et information

Dispositifs de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Période hivernale

Le dispositif de communication de l'INPES pour la période hivernale porte à la fois sur la prévention des pathologies hivernales (épidémie de gastro-entérite, bronchiolite) et la prévention des risques liés aux périodes de froid intense. Concernant les pathologies hivernales, pour la saison 2008-2009, la communication en supports dépliant a été axée sur :

- la diarrhée chez le jeune enfant et le risque de déshydratation : dépliant diffusé chez les généralistes et les pédiatres à l'attention de la patientèle et la presse parentale ;
- la bronchiolite : dépliant diffusé chez les généralistes et les pédiatres à l'attention des parents ;
- « Virus respiratoires, grippe, bronchite, rhume, bronchiolite, limitons les risques d'infection » : dépliants grand public.

En complément de ces supports de prévention, une campagne télévisuelle grand public « Contre les rhumes, les grippe et les bronchites il y a des gestes simples pour limiter les risques d'infection » sera rediffusée et relayée par des encarts dans la presse. Des affichettes, des autocollants adaptés aux adultes et d'autres adaptés aux enfants, disponibles sur simple demande auprès de l'INPES, viennent compléter ce dispositif média.

Intoxications oxycarbonées

Une campagne nationale de prévention des intoxications au monoxyde de carbone est menée depuis l'hiver 2006-2007 par l'INPES et reconduite cette année. Elle repose sur deux types de supports :

- la diffusion de dépliants « Risque d'intoxication au monoxyde de carbone » décrivant notamment les types d'appareils concernés, les situations à risques, les précautions à prendre pour éviter les intoxications et la conduite à tenir en cas de suspicion d'une intoxication ;
- la diffusion de deux spots radios spécifiques rappelant que les systèmes d'aération de la maison ne doivent jamais être obstrués et que les installations de chauffage doivent être régulièrement entretenues par un professionnel.

La diffusion des dépliants et affiches est assurée notamment *via* les services départementaux d'incendie et de secours, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux et les associations impliqués.

Froid intense

Concernant les conséquences sanitaires liées aux périodes de froid intense, des messages adaptés aux personnes les plus vulnérables sont téléchargeables en ligne sur le site de l'INPES (<http://www.inpes.sante.fr/>) en vue de leur impression et de leur diffusion au niveau local.

De plus des tracts et plaquettes ainsi qu'une campagne radio expliquant les conduites adaptées pour la population soumise à un froid extrêmement intense, et destinée à être diffusée localement par les services déconcentrés, dans le cadre des partenariats préfetures-Radio France bleue, ou via une réquisition de l'espace publicitaire géré par le ministère de la santé, ont été élaborés. Ces supports sont téléchargeables sur le site de l'INPES.

Vigilance météorologique « grand froid »

Météo-France publie quotidiennement la carte de vigilance météorologique à 6 heures et 16 heures. Cette carte indique pour les vingt-quatre heures à venir le niveau de vigilance requis face au risque « grand froid ». Les départements concernés apparaissent en vigilance jaune, orange ou rouge « grand froid » selon l'intensité du phénomène prévu. A partir du niveau orange, le pictogramme « grand froid » apparaît sur la carte et des bulletins de suivi précisent la situation locale et son évolution.

Dispositif et supports du ministère chargé de la santé

La délégation à l'information et à la communication (DICOM) du ministère de la santé assure pour sa part les fonctions suivantes :

- rappel et diffusion de l'information des outils de communication INPES d'une part au réseau des chargés de communication des DDASS et DRASS et d'autre part aux chargés de communication des préfectures (réunis par le Service d'information du gouvernement) ;
- mise à disposition des supports de l'INPES sur l'intranet du ministère de la santé ;
- création d'une rubrique internet activable en cas de besoin en page d'accueil du site internet du ministère de la santé, comprenant un dossier informatif avec une « foire aux questions » (FAQ), les textes réglementaires, les supports de communication de l'INPES, les communiqués de presse éventuels et des liens vers les autres sites internet concernés ;
- mise à disposition de la FAQ pour la plate-forme téléphonique « Infoministère » (0 820 03 33 33 ; 0,12 euros la minute ; du lundi au samedi, de 9 heures à 19 heures) afin de répondre aux appels du grand public sur ce sujet.

2.2. Vaccination des personnels de santé, mesures barrières et d'hygiène

Chaque hiver, la circulation du virus de la grippe a un impact négatif dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux auprès :

- d'une part, des personnes hospitalisées ou hébergées (personnes âgées de 65 ans et plus et personnes atteintes de pathologies cardiaques, broncho-pulmonaires, métaboliques, rénales ou immunologiques), qui sont particulièrement fragiles et chez lesquelles l'infection grippale peut être la cause de complications, voire de décès ;
- d'autre part, des professionnels de santé qui sont au contact régulier des personnes à risque car, outre le fait qu'ils peuvent être eux-mêmes malades, ils peuvent contribuer à l'introduction et à la diffusion de la grippe dans l'établissement.

Depuis 2000, le comité technique des vaccinations (CTV) et le conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) ont introduit dans le calendrier vaccinal une recommandation de vaccination annuelle contre la grippe des professionnels de santé et de tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque ou s'occupant de personnes à risque. Cette vaccination a pour objectifs de :

- protéger les personnels ;
- protéger les patients ;
- limiter la transmission nosocomiale.

Bien qu'en progression, la couverture vaccinale des professionnels de santé, quel que soit le secteur d'activité, demeure très insuffisante.

La note conjointe DGS/DGAS/DHOS du 3 octobre 2008 rappelle ces recommandations aux directeurs d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux. Elle recommande de prévoir dans chaque établissement, les mesures actives et nécessaires à la protection du personnel et de veiller notamment à mettre en place des campagnes de promotion de la vaccination et des séances de vaccination. En effet, la couverture vaccinale contre la grippe est nettement meilleure dans les établissements qui offrent cette vaccination à leur personnel et si, de surcroît, cette vaccination est réalisée au sein et avec une implication importante des services.

Mesures barrières et d'hygiène

Les mesures barrières et d'hygiène reposent en particulier sur :

- l'hygiène des mains (lavage avec un savon antiseptique ou friction avec une solution hydro-alcoolique), qui doit être réalisée après chaque contact avec un malade, son matériel ou ses effets ;
- le port d'un masque antiprojection par tout malade porteur d'une infection respiratoire, en particulier en cas de toux ;
- l'utilisation de mouchoirs à usage unique, la désinfection du matériel en contact avec le malade avec des lingettes alcoolisées, etc.

Les mesures barrières et d'hygiène doivent être scrupuleusement mises en œuvre. Il s'agit de gestes simples pouvant limiter au quotidien la diffusion des agents infectieux.

2.3. Permanence des soins ambulatoires et hospitaliers

Permanence des soins en médecine ambulatoire

Une attention accrue est portée par le préfet pour assurer, en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, l'organisation de la permanence des soins pendant les périodes de fêtes et de vacances scolaires.

Le préfet s'appuie sur les CODAMUPS pour que la sectorisation soit adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins, en prenant en compte les congés des médecins libéraux et la fermeture de cabinets médicaux.

Enfin, les CODAMUPS doivent veiller à renforcer la permanence des soins en cas d'épidémie d'intensité particulière qui aurait un impact sur le système de soins dans son ensemble.

Programmation des capacités d'hospitalisation et de la disponibilité des personnels en période de congés

Il est rappelé aux directeurs des ARH que la programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières fait l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. La vigilance doit être renforcée pour que la coordination des établissements, notamment pendant les périodes de congés, soit assurée sous l'égide de l'ARH, afin de garantir un équilibre dans les disponibilités en lits et les besoins, conformément aux dispositions définies par la circulaire DHOS/O1 n° 2005-214 du 29 avril 2005.

2.4. Renforcement du réseau des urgences et outils de réponse hospitaliers

La formalisation des relations entre les services des urgences et les autres services, au sein du territoire de santé (par le réseau des urgences lorsqu'il est en place) et de l'établissement de santé (par la commission des admissions et des soins non programmés en particulier) est un facteur déterminant pour une bonne gestion en flux de la prise en charge des patients. La commission dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité, analyse l'activité de l'établissement et ajuste les mesures à mettre en œuvre, en articulation avec la cellule de veille de l'établissement.

Le réseau des urgences (convention constitutive, répertoire des ressources, fiche de dysfonctionnement) étant appelé à devenir un élément clé de l'organisation territoriale des urgences, les directeurs d'ARH veilleront notamment à la mise en place des fiches de dysfonctionnement.

Dispositif « hôpital en tension »

Conformément aux dispositions du guide « Plan blanc et hôpital en tension » (cahier spécifique « L'établissement de santé en tension », pp. 123 et suivantes, guide « Plan blanc et gestion de crise », édition 2006, annexe à la circulaire DHOS/CGR n° 2006-401 du 14 septembre 2006, disponible sur le site internet du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr, accès par thèmes « établissements de santé »), l'établissement de santé dispose d'une cellule de veille, émanation de la commission des admissions et des soins non programmés, qui analyse la situation dans le territoire de santé, les indicateurs de tension dans l'établissement et croise les informations avec les indicateurs d'activité disponibles sur les serveurs régionaux de veille et d'alerte.

Si une situation de tension est confirmée, la cellule de veille se transforme, sous l'autorité du directeur de l'établissement, en une cellule de crise restreinte.

Cette cellule prend connaissance de l'activité programmée, vérifie la disponibilité effective en lits, incite à organiser des sorties anticipées. Elle communique la situation au sein de l'établissement et informe quotidiennement la DDASS et l'ARH de l'évolution de la conjoncture jusqu'au retour à la normale. Si la situation se prolonge, elle adapte la capacité en lits, organise les sorties anticipées et la déprogrammation dans un ordre qualitatif et quantitatif établi, assure la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires mobilisés de façon graduée et adaptée à la situation, ainsi que la communication de la situation auprès des médecins libéraux pour contrôler les flux de patients adressés aux urgences, en lien avec le SAMU – centre 15.

Lorsque les différents éléments préconisés mis en œuvre ne suffisent pas à adapter l'offre de soins hospitalière à la demande, le directeur d'établissement peut déclencher le plan blanc d'établissement, en informant le préfet de département et l'ARH.

Préservation de l'alimentation électrique

La prévention des risques électriques dans des conditions météorologiques de froid intense est rappelée dans la circulaire DHOS/E4 n° 2006-525 du 8 décembre 2006. Les établissements de santé vérifient leur inscription au service prioritaire, la fiabilité des installations de secours, les délais de réalimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, les conditions de maintenance. Ils procèdent également à des tests périodiques de leur source de remplacement.

2.5. Veille sanitaire, alerte et remontées d'informations

Veille sanitaire et épidémiologique

L'Institut de veille sanitaire (InVS) et les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) :

- analysent les données épidémiologiques des systèmes de surveillance sanitaire spécifiques et non spécifiques ;
- alertent les autorités sanitaires régionales et nationales chaque fois que la situation le nécessite.

L'InVS coordonne la surveillance de la grippe en France et assure le suivi épidémiologique, pour assurer la détection précoce et le suivi des épidémies grippales saisonnières, la surveillance des souches grippales en circulation et l'estimation de l'impact en termes de morbidité sévère et de

mortalité. Il réalise également le suivi des foyers d'infections respiratoires aiguës survenant en collectivité de personnes âgées en vue de réduire la morbidité et la mortalité dans ces établissements.

Prévisions météorologiques et dispositifs départementaux « grand froid »

Météo-France adresse quotidiennement aux services préfectoraux et aux DDASS (ainsi qu'à l'InVS et à la DGS) les prévisions météorologiques (température, vitesse du vent et « température ressentie » traduisant la sensation de froid résultant de l'action conjuguée de la température et du vent) de J à J + 3.

Les tableaux et cartes de France permettant de visualiser ces informations sont de plus disponibles sur le site : <http://www.meteo.fr/meteonet/ddass>.

Les départements remontent le niveau de déclenchement de leurs dispositifs « grand froid » aux zones de défense et au Centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC), *via* SYNERGI. Le COGIC est chargé, comme les années précédentes, d'intégrer la synthèse nationale quotidienne dans le bulletin quotidien de protection civile (BQPC) qu'il transmet aux autorités gouvernementales, et notamment au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS). De plus, si les départements connaissent un impact sanitaire particulier, les préfets en informent le COGIC *via* SYNERGI, et les DDASS et ARH informent le CORRUSS, les deux structures centrales se tenant mutuellement informées.

Suivi de l'activité de soins

Les ARH disposent de serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA) permettant d'assurer un suivi quotidien notamment de l'activité des structures d'urgence, des disponibilités en lits hospitaliers d'aval (par discipline) et des décès survenus dans les établissements.

Afin d'anticiper les situations de tension et d'adapter l'offre de soins au sein du territoire de santé, une veille quotidienne est exercée par l'ARH pour ce qui est de l'activité dans les établissements de santé, auprès d'établissements sentinelles, ainsi que *via* les données adressées aux SRVA.

Les différentes structures des échelons régionaux et départementaux (ARH, DRASS, CIRE, DDASS) se coordonnent afin d'assurer le suivi quotidien et la qualité des données des serveurs régionaux de veille et d'alerte dans le but d'identifier les situations de tension.

Si la demande de soins dans les établissements de santé dépasse la capacité d'adaptation territoriale, malgré le déclenchement gradué de mesures conjuguées citées au paragraphe 2.4, l'ARH informe le CORRUSS de la situation et des mesures prises à l'adresse alerte@sante.gouv.fr.

2.6. Interfaces avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux

Comme pour la canicule, en cas de froid exceptionnel les préfets ont la responsabilité de mettre en œuvre le plan d'alerte et d'urgence prévu par l'article L. 116-3 du code de l'action sociale et de la famille (CASF).

Dans ce cadre, afin de guider l'action des services sanitaires et sociaux en faveur des personnes fragiles et isolées à domicile, les mairies disposent de registres nominatifs, conformément aux dispositions des articles L. 121-6-1 et R. 121-2 à R. 121-12 du même code.

Les préfets rappellent aux maires l'obligation d'ouverture et de publicité de ces registres communaux.

En cas de froid exceptionnel, les préfets invitent les maires à leur faire connaître les renforts dont ils ont besoin, au-delà de leurs moyens propres, pour mener à bien l'ensemble de ces actions avec toutes les garanties et l'efficacité nécessaires.

En cas de déclenchement du dispositif d'assistance aux personnes, les maires communiquent directement aux services opérationnels de proximité les données relatives aux personnes inscrites sur le registre, en veillant au respect de la confidentialité des données et de leur utilisation dans le seul cadre des actions de soutien et d'assistance telles que prévues par l'article L. 116-3 du CASF.

Il est rappelé que les établissements d'hébergement de personnes âgées ont l'obligation de réaliser un « plan bleu » détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou météorologique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-155-4-1 du CASF. L'un des éléments essentiels de ce plan est la convention conclue avec un établissement de santé à proximité. Les directeurs des ARH s'assurent de la coopération des établissements de santé et interviennent, en tant que de besoin, pour faciliter la signature des conventions non encore conclues entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé. Ils peuvent, à cet égard, prendre l'attache des directeurs de DDASS.

L'organisation des EHPAD doit favoriser l'accès des personnes habilitées aux dossiers médicaux et aux dossiers de soins, en particulier en cas d'intervention urgente d'un médecin. En dehors des situations d'urgence, le médecin coordonnateur a accès au dossier médical personnel d'une personne hébergée sous réserve de l'accord de celle-ci ou de son représentant légal (art. L. 161-36-2-1 du code de la sécurité sociale).

Enfin, la note DGAS du 14 juin 2007 a étendu aux établissements pour personnes handicapées la mise en place de « plans bleus » détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou météorologique.

Une circulaire à la signature de madame la ministre du logement et de la ville relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pour la période hivernale 2008-2009 précise par ailleurs les actions à conduire en faveur des personnes sans abri.

Le directeur de la sécurité civile,
A. PERRET

Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. TRÉGOAT

Le directeur général de la santé,
PR D. HOUSSIN

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR