



Dommmages aux biens des établissements de soins

Dix ans de sinistralité (2016-2025)



Vous dirigez un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure d'hébergement ? Vous êtes en charge du patrimoine immobilier, de la sécurité, de la gestion des risques ou de la politique assurantielle de votre structure ?

Ce panorama a été conçu pour vous.

Sur la période 2016-2025, soit dix années de sinistralité, Relyens a analysé près de 30 000 sinistres en dommages aux biens au sein d'une partie de son portefeuille en ciblant les établissements de soins. Au total, plus de 3 000 établissements ont été sinistrés, pour un montant cumulé de près de 180 millions d'euros.

Ces chiffres documentent des arrêts d'activité, des transferts de patients, des équipes déstabilisées. Un sinistre grave perturbe des soins, expose des personnes vulnérables et mobilise des ressources humaines et financières pendant des mois.

Ce panorama met à disposition les données et les enseignements nécessaires pour comprendre l'exposition réelle de votre établissement, identifier les risques prioritaires et engager des actions de prévention adaptées.



Situer et comprendre le panorama

- 04 Édito**
par Benoît d'Aligny, Chief Operating Officer, Relyens
- 06 Méthodologie**
Comment ce panorama a été construit, comment le lire et l'exploiter
- 08 Baromètre**
Dix ans de sinistres lisibles en un coup d'œil

Explorer les risques bâtimentaires

- 10 Incendies**
Un risque aux conséquences majeures
- 12 Dégâts des eaux**
Le sinistre le plus fréquent
- 14 Vols et actes de vandalisme**
Une exposition structurelle pour les grands établissements
- 16 Dommages électriques, infiltrations, effondrements**
Un impact opérationnel immédiat

Explorer les risques climatiques

- 18 Inondations et coulées de boue**
Le premier risque climatique en gravité
- 20 Action du vent et action de la grêle**
Des aléas fréquents mettant à mal les bâtiments
- 21 Foudre et sécheresse**
Des risques croissants trop souvent ignorés

Tirer les enseignements

- 22 Récits de terrain**
avec Philippe LACOSTE (Stelliant) et François RENOUL (Relyens)

Mesurer le coût caché

- 24 Au-delà de la réparation**
Activité interrompue, soins reportés, surcoûts durables

Agir concrètement

- 26 Les recommandations Relyens**
Les actions de prévention, prolongés par trois récits de terrain
- 28 Focus**
de Christophe Van Der Linde et Michaël Bourdais
- 30 Lexique**

**Votre
parcours
de lecture**

La résilience d'un établissement de soins se construit bien avant le sinistre

Édito par **Benoit D'ALIGNY**,
Chief Operating Officer, Relyens

Ce que dix ans de sinistralité révèlent est, pour partie, encourageant : **une proportion significative de ces sinistres est évitable**. Les mêmes causes reviennent, les mêmes défauts de maintenance, les mêmes comportements à risque, les mêmes enchaînements. La donnée ne juge pas, elle situe. Elle donne à chaque direction d'établissement les moyens de comparer son degré de vulnérabilité à celle de ses pairs, d'identifier ses risques prioritaires et d'engager des actions dont l'efficacité est documentée.

Plusieurs dynamiques se dessinent pour les années à venir et leur convergence mérite attention. **Le coût du mètre carré bâtementaire augmente**, porté par la **complexité technique croissante des infrastructures de soins**. Les équipements biomédicaux sont de plus en plus sophistiqués et de plus en plus coûteux à remplacer. **Le facteur humain, première cause des incendies graves** documentés dans ce panorama, ne se résout pas par la seule mise en conformité technique. Simultanément, à périmètre assuré constant, **le nombre de sinistres climatiques progresse** : les aléas se multiplient et s'intensifient au sein d'infrastructures qui n'ont pas été conçues pour les absorber. Pour une partie des établissements, la question de l'assurabilité pourra se poser dans les dix à quinze prochaines années. La réponse dépendra directement des décisions de prévention et d'investissement engagées d'ici là.

Relyens ne se résume pas à « l'assureur qui intervient après le sinistre ». **Notre rôle est d'accompagner les établissements en amont : par l'analyse de leur sinistralité, les visites de risques et les bilans sécurité**. Chaque sinistre évité est une activité de soin qui perdure et un bénéfice partagé entre tous nos clients sociétaires. C'est la définition même de notre modèle mutualiste et la raison pour laquelle ce panorama a été construit. Non comme un constat, mais comme un **outil de sensibilisation et d'aide à la décision**.



**« Chaque sinistre évité
est une activité de soin
qui perdure. »**

Comment ce panorama a été construit

CE PANORAMA REPOSE SUR L'ANALYSE DES DONNÉES DE SINISTRALITÉ DE RELYENS SUR UNE PÉRIODE DE DIX ANS.

Il ne s'agit pas d'une projection ni d'une extrapolation sectorielle : chaque donnée correspond à des sinistres réels survenus dans des établissements assurés par Relyens. La sécurité des soins est une culture partagée chez Relyens.



Nombre de sinistres
près de 30 000



Établissements concernés
plus de 3 000



Montant total des dommages
près de 180 millions d'euros

« Pour rendre les données comparables et opérationnelles, le portefeuille Relyens a été structuré en trois segments, définis selon la taille et la nature des établissements. »



Les grands ensembles sanitaires

regroupant les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers (CH) et les autres établissements, qu'ils relèvent de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), des soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou des centres de lutte contre le cancer (CLCC).



Les établissements de santé mentale

regroupent les structures dédiées à la prise en charge des troubles psychiques. Sites principalement pavillonnaires avec structures déportées en ville (CMP/CAT-TP et HDJ)



Les petits ensembles médico-sociaux

rassemblant les structures du grand âge, du handicap et les autres établissements du secteur.

Cette segmentation est structurante. Les risques dominants, leur fréquence et leur gravité varient significativement d'un segment à l'autre.

Lire les données avec méthode

Deux distinctions sont nécessaires pour interpréter correctement les données de ce panorama : celle entre fréquence et gravité et celle entre sinistralité dite bâtimementaire et sinistralité climatique. Ces deux grilles de lecture produisent des enseignements différents selon le type d'établissement.

FRÉQUENCE ET GRAVITÉ : LES DEUX LOGIQUES EXPLIQUÉES

Fréquence

Les dégâts des eaux représentent le premier poste du portefeuille en nombre de sinistres. Ces sinistres du quotidien sont nombreux, souvent limités dans leurs conséquences immédiates. Leur effet cumulé sur les budgets de maintenance et la disponibilité du bâti est néanmoins significatif.

Gravité

L'incendie concentre plus de 50 % des coûts totaux, avec une fréquence faible. Ces événements, bien que peu fréquents, peuvent avoir des conséquences majeures, tant sur le plan humain que sur la continuité des soins et la situation financière de l'établissement. La prévention de ces risques reste une priorité évidente.

SINISTRALITÉ BÂTIMENTAIRE ET SINISTRALITÉ CLIMATIQUE : DEUX PROFILS D'EXPOSITION DISTINCTS

Sinistralité bâtimementaire

Un sinistre est dit bâtimementaire lorsqu'il trouve son origine dans l'état ou le fonctionnement du bâti et de ses installations. Incendie, dégâts des eaux, dommages électriques, infiltrations, vol et vandalisme en relèvent.

Établissements les plus exposés : grands ensembles sanitaires (CHU, CH, cliniques), en raison de la complexité technique de leurs installations et de la densité de leurs équipements.

Sinistralité climatique

Un sinistre est dit climatique lorsqu'il est provoqué par un aléa météorologique. Inondations, coulées de boue, vent, grêle, foudre et sécheresse en relèvent.

Établissements les plus exposés : structures médico-sociales (grand âge, handicap), dont la fragilité tient souvent à l'ancienneté du bâti, à la qualité de conception et/ou à une implantation géographique défavorable.

L'OEIL DE L'EXPERT

« La résilience des établissements conditionne la continuité des soins »



Alexis JEANNOT
Directeur Delivery IARD,
Relyens

Relyens est un partenaire historique, et de proximité, des établissements de soins en France. C'est ce qui rend possible une telle analyse. Elle met en lumière des causes qui se répètent de façon systématique selon les types d'établissements. Surtout, elle permet d'identifier des sinistres évitables, ouvrant la voie à une meilleure maîtrise des risques et à une continuité des soins renforcée.

Dix ans de données de sinistralité donnent aux lecteurs ce qu'aucun bilan interne d'une structure ne peut produire seul : une lecture comparative qui permet à chaque établissement de dépasser sa propre expérience pour se situer face à une réalité collective.

Publier ces données relève d'une responsabilité d'entreprise : les établissements de soins remplissent une mission d'intérêt général et leur résilience face aux sinistres conditionne directement la continuité des soins. Comprendre son exposition et sa vulnérabilité est la première condition pour orienter les investissements.

Ce que l'analyse de dix ans de sinistres dans les établissements de santé et médico-sociaux révèle

Que recouvrent les risques bâtimentaires et climatiques ? Un incendie qui ravage un service, une inondation qui noie les locaux techniques, une fuite d'eau qui ferme un bloc, une surtension qui met hors service des équipements indispensables, un vol d'équipement biomédical. Ces événements ont un coût direct. Ils ont aussi des conséquences opérationnelles immédiates : des soins interrompus, des patients transférés, des équipes déstabilisées.

Près de
30 000
sinistres
analysés

Plus de
3 000
établissements
concernés

Près de
180
millions d'euros
de dommages
au total

10 ans
de dommages
au total
2016-2025

RISQUES BÂTIMENTAIRES

Incendies, dégâts des eaux, infiltrations, dommages électriques, vols, actes de vandalisme. Ces sinistres trouvent leur origine dans l'état du bâti, de ses installations ou dans le comportement humain. Les causes sont techniques autant qu'humaines : la plupart sont identifiables et maîtrisables.

64 %

64 % du coût bâtimentaire total sur dix ans est imputable aux incendies.

Top 5 en fréquence

 **31 %** > Dégâts des eaux
(fuite / rupture / débordement)

 **22 %** > Bris de glaces

 **18 %** > Infiltrations

 **13 %** > Vol et vandalisme

 **5 %** > Dommages électriques,
surtension d'origine canalisée
ou court-circuit

Top 5 en gravité

 **64 %** > Incendies

 **13 %** > Dégâts des eaux
(fuite / rupture / débordement)

 **8 %** > Vols et vandalismes

 **6 %** > Infiltrations

 **4 %** > Dommages électriques,
surtension d'origine canalisée
ou court-circuit

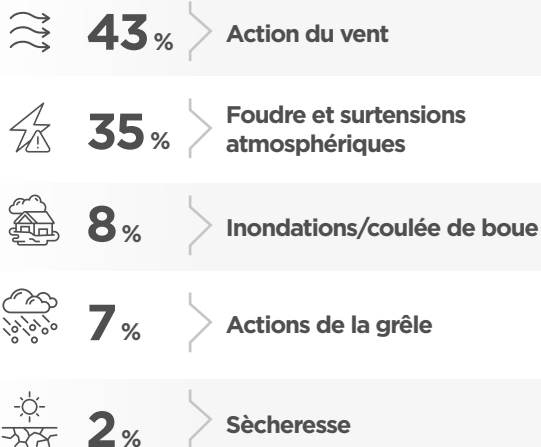
RISQUES CLIMATIQUES

Action du vent, inondations, coulées de boue, vent, grêle, foudre, sécheresse. Ces sinistres sont provoqués par un aléa météorologique. Leur fréquence et leur intensité progressent.

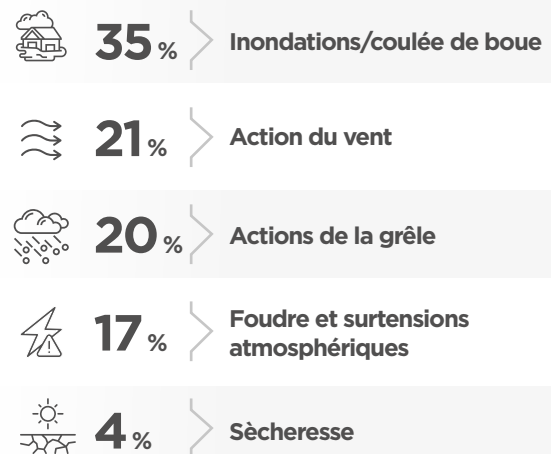
69 %

Les petits ensembles du Grand âge et du Handicap concentrent 69 % des coûts climatiques du portefeuille.

Top 5 en fréquence



Top 5 en gravité



Ce que les chiffres ne montrent pas

Les soins interrompus

Fermeture de services, report d'interventions, transferts de patients en urgence, parfois de nuit.

Les patients exposés

Personnes âgées, patients psychiatriques, résidents dépendants : les plus vulnérables sont les premiers à subir les conséquences d'un sinistre.

Les équipements hors service

Coupures d'électricité, défaillance des équipements biomédicaux, locaux techniques inondés, systèmes informatiques arrêtés.

Les équipes sous pression

Surcharge d'activité, conditions de travail dégradées, stress lié à la continuité des soins en situation dégradée.

Pourtant, certains sinistres sont évitables

Connaître son niveau d'exposition

Chaque établissement a un profil de risque qui lui est propre, selon sa nature, sa taille et sa localisation géographique. L'identifier est le premier acte de prévention.

Agir avant le sinistre

La prévention suit deux logiques selon le risque. Face aux sinistres bâtimentaires : maintenance préventive, contrôle des installations électriques, protection des locaux techniques, formation des équipes. Face aux aléas climatiques : protections passives intégrées au bâti, protections actives déployables en situation de crise, stocks tactiques pré-positionnés.

Anticiper la continuité

Un sinistre désorganise. Les établissements qui s'en remettent le plus vite sont ceux qui ont formalisé et testé un plan de continuité d'activité avant d'en avoir besoin.

Incendies : un risque aux conséquences majeures

64 %

du coût bâtiminaire
total **sur dix ans**

4 %

des sinistres bâtiminaires,
soit **1 346** sinistres

CARTOGRAPHIE DES CAUSES

	Fréquence	Coûts
Patient désorienté, troubles cognitifs ou comportements à risque	29 %	14 %
Acte malveillant ou incendie volontaire	22 %	9 %
Défaut électrique sur appareil mobile (chauffe-plat, chargeur, séchoir, batteries lithium, ventilateurs, chargeurs, chariots de remise entempérature)	20 %	14 %
Défaut électrique sur installation fixe (tableau, armoire, câblage)	17 %	5 %
Fumeur en chambre ou dans l'établissement (patients, visiteurs, consultants, professionnels), y compris sous oxygène médical	8 %	44 %
Travaux par point chaud mal sécurisés (travaux d'étanchéité de toiture, soudure, meulage)	4 %	14 %

Note de lecture : les pourcentages indiquent la part de chaque cause dans le nombre de sinistres du top 100 (fréquence) et dans le coût total de ce même top 100 (coût). Ce top 100 couvre environ 75 % des sinistres incendie recensés sur dix ans.

Six zones concentrent les départs de feu :



CHAMBRES

29 % des sinistres
9 % des coûts



LOCAUX TECHNIQUES

tableaux électriques, armoires, chaufferies, locaux informatiques : 17 % des sinistres / 37 % des coûts



CUISINE ET BLANCHISSERIE :

24 % des sinistres / 15 % des coûts



ESPACES DÉSAFFECTÉS OU EN ATTENTE DE RÉHABILITATION :

6 % des sinistres / 4 % des coûts



FEUX DE TOITURE :

3 % en fréquence
14 % des coûts



ZONES FUMEURS :

1 % en fréquence
9 % des coûts

Note de lecture : les pourcentages sont calculés sur le top 100 des sinistres incendies les plus graves

LES BONNES PRATIQUES À ADOPTER POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS

L'analyse des causes éclaire l'origine des départs de feu. Celle-ci est majoritairement humaine. Le facteur humain n'interdit pas la prévention : de nombreuses dispositions améliorent le niveau de maîtrise. Leur efficacité dépend de leur adaptation au type d'établissement.



DIFFÉRENCIATION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Préconisations en fonction de la taille, des moyens, et des spécificités des établissements

	Grands ensembles sanitaires	Établissements de santé mentale	Petits ensembles ESMS, grand âge, handicap
Technique	Contrôle annuel des armoires électriques par thermographie infrarouge. Vérification et maintien du bon fonctionnement des dispositifs de compartimentage (portes coupe-feu, clapets coupe-feu) et de désenfumage. Aménager à l'extérieur des espaces fumeurs dédiés et sécurisés.	Installation de briquets de sécurité muraux sans flamme. Restriction des appareils électriques personnels.	Installer des ventouses asservies sur les portes des locaux à risque afin qu'elles ne soient pas calées ouvertes. Supprimer les triplètes et gérer les équipements électriques personnels des résidents.
Organisationnel	Plan de prévention systématique pour les entreprises extérieures. Permis feu pour tout travail par point chaud. Protocole de gestion du risque lié aux batteries lithium. Surveillance renforcée des bâtiments désaffectés.	Protocole de gestion des objets à risque (briquets). Rondes nocturnes. Nommer un référent sécurité qualifié.	Nommer un référent sécurité qualifié, (SSIAP) niveau 1. Rédiger des consignes sur la conduite à tenir en cas d'incendie.
Humain	Sensibilisation intégrée à l'accueil des arrivants (intérimaires, internes, prestataires) et exercices simulés. Interdiction de fumer en dehors des zones dédiées et sécurisées.	Identification et suivi des patients à risque (troubles cognitifs, addictions, comportements impulsifs, etc.).	Identification des résidents à risque. Sensibilisation aux comportements dangereux (plaques allumées*, multiprises, briquets, batteries). *foyers logements

Dégâts des eaux : le risque le plus fréquent

12 %

du coût bâtiminaire
total sur dix ans

28 %

des sinistres bâtiminaires,
soit 8 277 sinistres

CARTOGRAPHIE DES CAUSES

	Fréquence	Coûts
Rupture ou déboîtement de canalisation (vétusté, défaut de pose, choc mécanique)	78 %	85 %
Erreur ou dommage induit par une entreprise intervenante	9 %	5 %
Défaillance d'équipement technique (lave-vaisselle, ventilo-convecteur, ballon ECS)	7 %	4 %
Défaut d'étanchéité ou infiltration (toiture, terrasse, façade)	4 %	5 %
Robinet ouvert	2 %	1 %

Note de lecture : les pourcentages indiquent la part de chaque cause dans le nombre de sinistres du top 50 (fréquence) et dans le coût total de ce même top 50 (coût). Ce top 50 réunit 71 % du coût total des dégâts des eaux sur dix ans.

**« Ce n'est pas la fuite qui crée le sinistre,
mais le délai avant sa prise en charge »**

L'OEIL DE L'EXPERT

Les dégâts des eaux progressent sans jamais déclencher d'alerte. Dans les structures d'hébergement, leur accumulation érode les budgets de maintenance et la disponibilité du bâti. Dans les établissements sanitaires, un sinistre mal placé, comme une rupture de canalisation au-dessus d'un bloc, génère une fermeture immédiate et des reports d'activité dont le coût dépasse largement celui du dommage initial. Nos analyses de sinistralité désignent particulièrement la toiture-terrasse comme une vulnérabilité négligée : étanchéité dégradée, évacuations obstruées, mousses accumulées. Intégrer les dégâts des eaux dans une démarche de prévention active revient à protéger les conditions dans lesquelles les équipes soignent et les patients sont pris en charge, avant même de protéger le budget.



François RENOUL

Responsable ingénierie
risques bâtiminaires,
Relyens

LES BONNES PRATIQUES À ADOPTER

Connaître la cause d'un sinistre ne suffit pas. Une même rupture de canalisation n'a pas le même effet au-dessus d'un bloc opératoire qu'au-dessus d'une lingerie. Les mesures de prévention doivent tenir compte de la criticité des zones exposées.



DIFFÉRENCIATION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Préconisations en fonction de la taille, des moyens, et des spécificités des établissements

	Grands ensembles sanitaires	Établissements santé mentale	Petits ensembles ESMS, grand âge, handicap
Technique	Maintenance préventive renforcée des réseaux, ciblée sur les zones critiques (blocs, imagerie, locaux techniques). Contrôle de l'étanchéité des toitures-terrasses. Renouvellement des réseaux vétustes.	Contrôle des équipements sanitaires accessibles aux patients. Vérification des raccords sur les installations collectives.	Remplacement progressif des canalisations vétustes. Entretien régulier des toitures et des chéneaux
Organisationnel	Protocole de coupure d'eau rapide en cas de fuite. Plan de continuité pour les zones sensibles. Astreinte technique 24/7. Encadrement des prestataires. Formation des soignants.	Procédure de signalement rapide aux services techniques. Surveillance des équipements accessibles aux patients. Liste des prestataires à jour.	Liste des prestataires plomberie à jour. Procédure de signalement simple, connue du personnel. Passage dans les chambres le soir pour vérifier que les robinets sont bien fermés. Astreinte technique adaptée.
Humain	Formation des équipes à la détection précoce et au signalement immédiat. Sensibilisation des nouveaux personnels.	Sensibilisation du personnel aux comportements à risque (robinets laissés ouverts, équipements dégradés). Vigilance renforcée selon les profils de patients.	Sensibilisation du personnel au signalement immédiat.

Vol et vandalisme : un risque structurel pour les grands établissements

8 %

du coût bâtiminaire
total sur dix ans

13 %

des sinistres bâtiminaires,
soit 4 107 sinistres

CARTOGRAPHIE DES CAUSES

	Fréquence	Coûts
Objets de valeur, petits matériels (tablettes, ordinateurs..)	43 %	11 %
Câbles, cuivre, équipements techniques (vols à forte valeur de revente)	25 %	63 %
Dégradations volontaires, sabotage, vandalisme	18 %	10 %
Équipements biomédicaux (sondes d'échographes, endoscopes)	14 %	16 %

Note de lecture : les pourcentages indiquent la part de chaque cause dans le nombre de sinistres du top 50 (fréquence) et dans le coût total de ce même top 50 (coût). Ce top 50 réunit 71 % du coût total des dégâts des eaux sur dix ans.

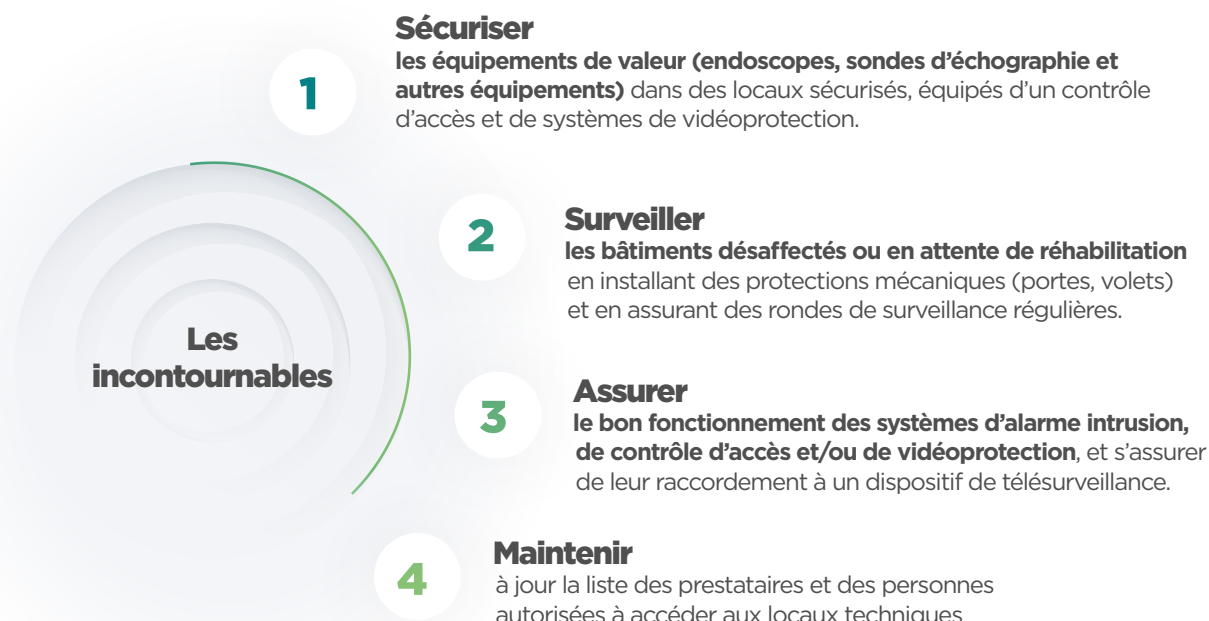
L'OEIL DE L'EXPERT



François RENOUL
Responsable ingénierie
risques bâtiminaires, Relyens

Le risque de vol et de vandalisme repose largement sur une logique d'opportunité : accès facilité, absence de surveillance, défaut d'organisation. Ces sinistres surviennent le plus souvent dans des contextes identifiés : bâtiments peu occupés, périodes de travaux, zones techniques ou faiblement contrôlées. Réduire ce risque consiste avant tout à limiter les opportunités et renforcer la maîtrise des accès.

LES BONNES PRATIQUES À ADOPTER



DIFFÉRENCIATION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Préconisations en fonction de la taille, des moyens, et des spécificités des établissements

	Grands ensembles sanitaires	Établissements santé mentale	Petits ensembles ESMS, grand âge, handicap
Technique	Vidéoprotection périphérique, périmétrique et au niveau des zones sensibles Contrôle d'accès des entrées de services et des locaux techniques. Surveillance accrue du matériel médical mobile. Dispositifs antivol pour les équipements de valeur.	Vidéoprotection périphérique et périmétriques sur les accès et zones sensibles. Entrées contrôlées dans les unités de soins. Protection des locaux techniques et de stockage. Verrouillage des accès contre les intrusions.	Fermeture et surveillance des bâtiments vides ou isolés. Alarme anti-intrusion avec vérification visuelle à distance.
Organisationnel	Procédure de signalement immédiat de toute intrusion ou dégradation. Réalisation d'un audit sûreté avec les référents sûreté départementaux. Rédaction d'un Plan de Sécurité d'Etablissement (PSE). Présence permanente d'agents de sécurité qualifiés et d'un poste central de surveillance.	Audit de sécurité régulier avec les forces de l'ordre. Rédiger une fiche de sécurité pour chaque bâtiment. Surveillance nocturne renforcée des déplacements.	Fiche de sécurité formalisant les mesures clés. Rondes sur les sites les moins fréquentés. Lien avec les forces de l'ordre pour les sites les plus exposés.
Humain	Sensibilisation du personnel aux risques du quotidien (accès non verrouillés, matériel laissé sans surveillance la nuit).	Formation du personnel à une vigilance collective adaptée aux patients accueillis.	Attention particulière aux va-et-vient inhabituels. Rappels réguliers sur le verrouillage des accès et les signalements.

Dommmages électriques, infiltrations, effondrements

Ces risques sont peu visibles dans les chiffres, pourtant leur impact opérationnel est immédiat dès qu'ils surviennent. François Renoul, Responsable ingénierie risques bâtimentaires chez Relyens, en décrypte les mécanismes et présente quelques actions de prévention.

DOMMAGES ÉLECTRIQUES

4 %

du coût bâtimentaire
total **sur dix ans**

5 %

des sinistres bâtimentaires,
soit **1 419** sinistres

Ce que les données révèlent

Plus de la moitié des sinistres graves (52 %) proviennent du réseau public extérieur (surtensions, coupures).

Le reste est souvent provoqué par des mauvaises manipulations d'entreprises extérieures lors de travaux (20 %) et par un vrai paradoxe : 11 % des incidents surviennent durant le test mensuel du groupe électrogène, à cause d'un manque d'entretien du système de secours.

Les bonnes pratiques à adopter

1

Assurer

la maintenance préventive des armoires électriques et faire réaliser des campagnes de thermographie infrarouge par un technicien compétent.

2

Encadrer

rigoureusement toute intervention d'entreprise extérieure.

3

Formaliser

une procédure dédiée à chaque essai de groupe électrogène.

INFILTRATIONS

6 %

du coût bâtiminaire
total **sur dix ans**

18 %

des sinistres bâtiminaires,
soit **4 654 sinistres**

Ce que les données révèlent

Les infiltrations résultent d'une dégradation progressive de l'enveloppe du bâtiment : étanchéité de toiture détériorée, chéneaux obstrués, façades fissurées.

Très peu d'établissements programment une inspection annuelle de leur toiture-terrasse. La dégradation est souvent avancée au moment où elle est détectée.

Les bonnes pratiques à adopter

1

Programmer

une inspection annuelle des toitures-terrasses : état de l'étanchéité, évacuations, végétation parasite.

2

Contrôler

régulièrement l'état des façades et des joints.

3

Former

le personnel à signaler toute trace d'humidité ou d'infiltration.

EFFONDREMENTS ET EXPLOSION

0.1 %

du coût bâtiminaire
total **sur dix ans**

8 cas

sur **sur dix ans**

Ce que les données révèlent

Effondrements et explosions sont rares. Leur gravité est sans commune mesure avec leur fréquence : chaque cas entraîne une évacuation totale, des travaux structurels lourds et une interruption d'activité prolongée.

Ces sinistres font suite à des signaux ignorés : fissures évolutives, réseaux de gaz vétustes, stockage de produits dangereux mal maîtrisé.

Les bonnes pratiques à adopter

1

Surveiller

les signes structurels préoccupants : fissures évolutives, affaissements, déformations.

2

Mettre en conformité

les réseaux de gaz et les locaux de stockage de produits dangereux.

3

S'assurer

que les consignes de mise en sécurité sont connues de tous et régulièrement testées.

Inondations et coulées de boue : le premier risque climatique en gravité

35 %

du coût climatique
total sur dix ans

8 %

des sinistres climatiques,
soit 279 sinistres

CARTOGRAPHIE DES CAUSES

	Fréquence	Coûts
Pluies intenses / intempéries exceptionnelles	56 %	42 %
Crues de cours d'eau	19 %	27 %
Coulées de boue	9 %	26 %
Ruissellement exceptionnel	8 %	3 %
Autres (remontée de nappes, défaillances techniques, glissements de terrain)	8 %	3 %

Note de lecture : les pourcentages indiquent la part de chaque cause dans le nombre de sinistres du top 50 (fréquence) et dans le coût total de ce même top 50 (coût). Ce top 50 réunit 94,4 % du montant total des inondations / coulées de boue sur dix ans.

L'Oeil de l'Expert



François RENOUL

Responsable ingénierie
risques bâtimentaires,
Relyens

La question que chaque établissement devrait se poser n'est pas « serai-je inondé un jour » mais « si l'eau monte, qu'est-ce que je perds en premier ». Dans la plupart des sites que nous analysons, la réponse est identique : les sous-sols. Tableaux généraux basse tension, chaufferies, groupes électrogènes, réseaux d'eau et de télécommunications. Tout ce qui fait fonctionner le bâtiment est installé là où l'eau arrive en premier.

Les inondations recouvrent des phénomènes distincts : les crues des grands fleuves (Seine, Loire, Rhône), les crues rapides et le ruissellement en milieu urbain. Près d'une commune sur trois est exposée, avec des enjeux humains, économiques et assurantiels majeurs. Les zones densément urbanisées, souvent implantées en plaine inondable, figurent parmi les plus vulnérables. L'artificialisation des sols et l'imperméabilisation des surfaces accentuent par ailleurs les phénomènes de ruissellement. Aucune région ne peut considérer ce risque comme théorique.

LES BONNES PRATIQUES À ADOPTER

L'analyse des causes dessine une tendance, mais elle ne reflète pas la réalité de chaque bâtiment. Les chiffres ne disent pas par où l'eau va s'infiltrer, ni quel matériel sera hors service en premier. Les recommandations suivantes proposent des actions de prévention concrètes.

Les incontournables

Avant toute action, la priorité est de connaître l'exposition climatique de son établissement et d'évaluer précisément les enjeux exposés. Ce diagnostic préalable constitue le point de départ. Viennent ensuite :

1

Cartographie

des zones basses du site et recensement des équipements critiques exposés (tableaux électriques principaux, groupes électrogènes, chaufferie, poste de haute tension) en sous-sol ou en rez-de-chaussée.

2

Identification

des pertes prioritaires de l'établissement en cas d'inondation.

3

Vérification et maintenance

des dispositifs de protection active et passive (digues, batardeaux, clapets anti-retour, pompes de relevage).

DIFFÉRENCIATION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT

Préconisations en fonction de la taille, des moyens, et des spécificités des établissements

	Grands ensembles sanitaires	Établissements psychiatriques	Petits ensembles ESMS, grand âge, handicap
Technique	Protection des accès aux sous-sols techniques (barrières amovibles ou protection passive). Sécurisation des locaux sensibles en zone basse (tableaux électriques, imagerie, laboratoires). Intégration du risque inondation dès la conception ou la rénovation.	Évaluation de l'exposition des pavillons de plain-pied. Protection des accès aux locaux techniques dispersés sur le site.	Surélévation ou déplacement des équipements techniques exposés. Entretien renforcé des toitures, gouttières et canalisations enterrées.
Organisationnel	Intégration au plan ORSAN CLIM d'un plan de sauvegarde des zones exposées (urgences, blocs en sous-sol ou rez-de-chaussée). Solutions de repli pour les soins en cas de crise prolongée. Surélévation ou déplacement des équipements techniques menacés.	Intégration de la perte des locaux techniques au plan de continuité d'activité. Sélection en amont de partenaires pour le pompage et la réparation des réseaux.	Procédure d'alerte simple, connue de l'ensemble du personnel. Liste de contacts à jour pour les prestataires d'urgence dépannage.
Humain	Formation des équipes techniques au déploiement des équipements de protection active et de l'utilisation des stocks tactiques (lampes torches, bâches, frontales, etc.). Réalisation d'exercices de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) prévus au volet climatique du dispositif ORSAN (Organisation de la Réponse du SANitaire aux situations exceptionnelles).	Sensibilisation des soignants à l'évacuation des patients vulnérables. Adaptation des consignes de sécurité aux profils des publics accueillis.	Sensibilisation de tout le personnel, technique ou non, aux réflexes immédiats à adopter dès le déclenchement d'une alerte météo.

Action du vent : le risque climatique le plus fréquent

Découvrez les enjeux et les mesures de prévention à mettre en œuvre pour réduire l'impact des principaux risques climatiques sur vos établissements (vent, grêle, foudre...).

1

Inspecter

annuellement les toitures, fixations et bardages, en particulier sur les bâtiments à toiture légère (bac acier, plaques translucides).

2

Vérifier

l'état des vitrages, volets et exutoires de désenfumage avant la saison hivernale.

3

Intégrer

dans tout chantier de réfection de toiture des critères de résistance au vent adaptés à la localisation de l'établissement.

4

Élaguer

régulièrement les arbres proches des bâtiments et des parkings.

21 %

du coût climatique total sur dix ans

43 %

des sinistres climatiques, soit 1 467 sinistres

Action de la grêle : peu fréquente, mais coûteuse

1

Protéger ou relocaliser

les équipements techniques extérieurs exposés (pompes à chaleur, groupes froids, panneaux solaires, exutoires de fumées, coffrets de relaying).

2

S'assurer

que les toitures des bâtiments anciens disposent d'une étanchéité capable de résister sans infiltration immédiate.

3

Identifier

en amont les prestataires capables d'intervenir en urgence sur les toitures après un sinistre.

20 %

du coût climatique total sur dix ans

7 %

des sinistres climatiques, soit 254 sinistres

Foudre et surtensions atmosphériques : le deuxième risque climatique en fréquence

1

Installer ou vérifier

les dispositifs de protection foudre (paratonnerre, parafoudres, prises de terre) sur les tableaux électriques et les équipements sensibles. Si besoin réaliser une Analyse Risque Foudre (ARF) par un technicien compétent

2

Tester

régulièrement la continuité électrique après un épisode orageux.

3

S'assurer

que les équipements biomédicaux et les serveurs informatiques sont protégés par des dispositifs de filtrage des surtensions.

17 %

du coût climatique total sur dix ans

35 %

des sinistres climatiques, soit 1 205 sinistres

Sécheresse : un risque structurel, lent et sous-estimé

1

Identifier

si le bâtiment est construit sur un sol argileux et consulter les cartographies d'aléa retrait-gonflement des argiles disponibles auprès des services de l'État.

2

Surveiller

l'apparition de fissures évolutives sur les façades, les murs porteurs et les dallages.

3

Maintenir

une humidité stable des sols en périphérie du bâtiment (arrosage raisonné des espaces verts, gestion des eaux pluviales).

4 %

du coût climatique total sur dix ans

2 %

des sinistres climatiques, soit 76 sinistres

Du terrain aux données : deux regards pour anticiper les sinistres

Philippe Lacoste intervient dans les établissements de santé après les sinistres depuis plus de trente ans. François Renoul les analyse en amont pour le compte de Relyens. L'un voit ce que le feu, l'eau ou la tempête laissent derrière eux. L'autre lit ce que dix ans de données révèlent sur les causes, qu'elles naissent à l'intérieur du bâtiment ou qu'elles s'imposent de l'extérieur. Deux positions, un même terrain.

« Ce sont rarement les grandes défaillances qui font les grands sinistres. Ce sont les petits gestes du quotidien, les erreurs humaines. »



Philippe LACOSTE,
Directeur Technique
National Bâtiment,
Stelliant

Qu'est-ce qui fait, selon vous, qu'un sinistre qui aurait pu être maîtrisé finit par paralyser un établissement pendant des semaines ?

La chaîne des défaillances. Un incendie, par exemple, ne devient pas majeur par hasard. Il le devient parce que plusieurs maillons ont cédé en même temps. Le système de détection n'était pas maintenu. Les portes coupe-feu étaient bloquées par un brancard. Les calfeutrements d'une gaine technique n'avaient pas été refermés après des travaux. Chaque défaut pris isolément semble anodin, mais ensemble, ils permettent aux flammes et aux fumées de migrer bien au-delà du foyer initial. Dans un établissement hospitalier, les fumées, corrosives, grasses, envahissantes, génèrent des coûts lourds, tout autant que les flammes elles-mêmes.

Les établissements de santé sont très réglementés en matière de sécurité incendie. Pourquoi des sinistres aussi graves continuent-ils de se produire ?

Parce que la technique ne suffit pas. On peut avoir les meilleures normes, un bureau de contrôle, une commission de sécurité : il subsistera toujours des failles. Ce que j'observe depuis plus de trente ans, c'est que le maillon faible est presque toujours humain. Pas nécessairement par malveillance, mais par manque de formation, de temps ou d'attention. Un infirmier branche trois bouilloires sur une multiprise premier prix sans en mesurer le risque ; un patient fume dans sa chambre sous oxygène médical, des poubelles combustibles sont stockées tout contre la façade... Ce sont des gestes du quotidien, pas toujours des négligences grossières. Dans le monde industriel, la culture de la sécurité est structurelle, elle précède tout le reste. Dans les établissements de soins, la priorité va aux soins, ce qui est légitime, mais cela crée parfois un angle mort réel sur la gestion du risque.

Le dérèglement climatique a-t-il changé la nature de vos interventions ?

Les événements climatiques sont plus nombreux et plus intenses, les expertises le confirment : tempêtes, grêle, inondations, fortes pluies. L'effet sur les établissements dépend toutefois du type d'aléa. Les inondations gagnent du terrain : des établissements implantés dans des zones qui n'étaient pas considérées comme inondables se retrouvent aujourd'hui les pieds dans l'eau. Davantage de bâtiments sont donc touchés. Face au vent, en revanche, tous les sites sont exposés mais les constructions de qualité résistent bien. Quant à la grêle, elle, n'épargne plus aucun bâtiment sur l'ensemble du territoire, alors qu'avant les zones à risque, étaient limitées. La différence se joue moins dans l'intensité de l'aléa que dans l'état du bâti qui le reçoit.

Concrètement, qu'est-ce qu'un directeur d'établissement peut faire pour réduire significativement son exposition aux risques, quels qu'ils soient ?

Trois choses. D'abord, faire simple : un plan de gestion de crise lisible, connu de tous, avec des rôles clairement définis associé à une maintenance technique de l'ensemble des systèmes de sécurité. Un document de cent pages que personne ne lit ne protège pas un établissement. Ensuite, réaliser régulièrement des exercices d'alerte : pas un grand exercice annuel qui épuise tout le monde et qui sera rapidement oublié, mais des exercices courts et fréquents qui ancrent les bons réflexes. Et ce de jour, comme de nuit, pour que toutes les équipes soient sensibilisées.

Enfin, identifier en amont les prestataires auxquels on fera appel en cas de sinistre. Quand l'eau monte ou que le feu prend, il est trop tard pour chercher un plombier ou un électricien de confiance.

« Nous travaillons avec les établissements en amont pour les aider à identifier leurs points de vulnérabilité, y compris les comportements à risque que les audits techniques ne détectent pas. »

Vous analysez dix ans de sinistralité dans les établissements de soins. Qu'est-ce que cette lecture consolidée révèle que chaque établissement, pris isolément, ne peut pas voir ?

Elle révèle des constantes que personne ne perçoit depuis sa propre sinistralité. Un établissement qui a subi deux incendies en dix ans pense avoir un problème particulier. Nos données montrent que ce niveau d'exposition est en réalité courant sur certains segments. À l'inverse, un établissement qui n'a jamais eu de sinistre grave peut se croire protégé, alors que son profil de risque est identique à celui de ses voisins qui, eux, ont subi des dommages majeurs. La vision consolidée casse ces illusions. Elle permet aussi d'identifier les causes qui reviennent systématiquement, indépendamment des établissements : les mêmes défauts de maintenance, les mêmes comportements à risque, les mêmes enchaînements. C'est sur cette base que nous construisons notre approche de prévention.

Le facteur humain est à l'origine de 51 % des incendies graves. Qu'est-ce que cela change dans l'approche de risk manager que porte Relyens ?

Cela change profondément notre façon d'accompagner les établissements. Un risque d'origine technique se traite avec de la maintenance et de la conformité réglementaire. Un risque d'origine humaine demande autre chose : de la formation, de l'organisation, une culture partagée à tous les niveaux de l'établissement. Notre rôle ne se limite pas réaliser des recommandations techniques.

Le risque climatique échappe, par définition, à la maîtrise des établissements. Quelle marge de manœuvre leur reste-t-il ?

Personne ne déplacera un hôpital pour le soustraire à son territoire : l'aléa ne se maîtrise pas, il faut vivre avec. La marge de manœuvre se situe ailleurs. La bonne question n'est plus de savoir si un événement surviendra, mais quand. L'objectif n'est pas d'être parfaitement protégé, il est d'être préparé. Cela commence par connaître son exposition, au-delà du seul historique, puisque les événements gagnent en fréquence et en gravité. Cela suppose ensuite d'identifier les enjeux réellement menacés sur le site : locaux techniques, logistique, activité de soins. Cela exige enfin de structurer la réponse, des équipements de protection aux liens avec les services de secours. Le triptyque technique, organisation, humain vaut pour le climat comme pour le bâti.

À quoi ressemblera la sinistralité bâtiminaire dans dix ans ?

Plus concentrée et plus coûteuse. Les bâtiments vieillissent plus vite que les budgets de réhabilitation ne progressent. Les équipements biomédicaux sont de plus en plus sophistiqués et de plus en plus coûteux à remplacer. Et la frontière entre risque bâtiminaire et risque climatique devient de plus en plus poreuse : une inondation qui noie un local technique, une sécheresse qui fragilise les fondations, ce sont des sinistres déclenchés par des aléas climatiques. Les établissements qui auront anticipé cette convergence seront ceux qui s'en sortiront le mieux.



François RENOUL
Responsable ingénierie
risques bâtiminaires,
Relyens

« Le triptyque technique, organisation, humain vaut pour le climat comme pour le bâti. »

Le coût d'un sinistre ne se résume pas à ce que l'assureur indemnise

Derrière chaque dommage bâtimentaire ou climatique, il y a des soins interrompus, des patients déplacés, des équipes mobilisées sur deux fronts, des systèmes qui tombent en cascade. Ces conséquences indirectes sont rarement anticipées. Elles sont pourtant souvent plus lourdes que le dommage initial.

Schéma des impacts opérationnels

01

IMPACT IMMÉDIAT (premières heures)

- Zone sinistrée mise hors service.
- Patients déplacés ou évacués, parfois de nuit.
- Interventions reportées ou annulées.
- Personnel technique mobilisé en urgence.

« Ce qui surprend toujours, c'est la vitesse à laquelle une décision prise dans les premières minutes engage tout le reste. Évacue-t-on ce service ou pas ? Transfère-t-on ces patients maintenant ou attend-on ? Chaque heure gagnée ou perdue dans ces arbitrages se paie ensuite en semaines de remise en état. Les établissements qui s'en sortent vite sont ceux qui avaient déjà répondu à ces questions avant que le sinistre survienne. »

Philippe LACOSTE,
Directeur Technique National
Bâtiment, Stellant

02

IMPACT À COURT TERME (premiers jours)

- Fermeture de services (bloc opératoire, stérilisation, imagerie, urgences).
- Surcharge des services non touchés.
- Conditions de travail dégradées pour les équipes soignantes.
- Dossiers patients inaccessibles si le système informatique est atteint.

« Un bloc opératoire fermé, ce ne sont pas seulement des travaux à financer. Ce sont des interventions reportées, des patients qui attendent. Cette attente a un coût médical. Et pendant ce temps, les équipes continuent à fonctionner dans un établissement dégradé, avec des ressources humaines et techniques qui s'épuisent. Le sinistre, lui, est localisé. Ses effets sur l'activité de soins ne le sont pas. »

Alexis JEANNOT
Directeur Centre
d'Activité IARD, Relyens

03

IMPACT MOYEN TERME

(semaine à mois)

- Perte d'exploitation et coûts de maintien d'activité en site dégradé.
- Recours à des prestataires extérieurs d'urgence.
- Travaux de remise en état mobilisant les équipes techniques.
- Pression budgétaire accrue sur l'ensemble de l'établissement.

« Dans un établissement qui tourne en mode dégradé, les équipes techniques ne font plus de maintenance : elles font de la gestion de crise permanente. Pendant ce temps, les prestataires extérieurs facturent au tarif d'urgence, les délais s'allongent, et personne ne pilote vraiment la remise en état parce que tout le monde gère l'immédiat. »

Philippe LACOSTE,
Directeur Technique National
Bâtiment, Stelliant

04

IMPACT À LONG TERME

(mois à années)

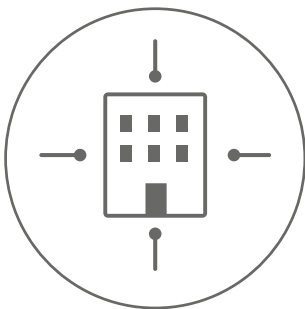
- Reconstruction partielle ou totale de certaines zones.
- Renouvellement des équipements biomédicaux détruits.
- Procédures d'indemnisation s'étalant sur plusieurs années.
- Réorganisation durable de l'offre de soins sur le territoire.

« Ce que l'indemnisation couvre, c'est la remise en état du bâtiment et des équipements. Ce qu'elle ne couvre pas, c'est le temps que met un établissement à retrouver son rythme et à replacer ses équipes dans leurs conditions habituelles de travail. Les établissements qui raccourcissent ce délai sont ceux qui ont travaillé leur résilience avant le sinistre. »

Alexis JEANNOT
Directeur Centre
d'Activité IARD, Relyens

De l'exposition à l'action : ce que les données permettent d'engager

Connaître son niveau d'exposition réel, agir sur les risques maîtrisables avant qu'ils ne surviennent, inscrire la prévention dans les décisions d'investissement et de gouvernance : ce sont les axes qui distinguent les établissements qui subissent de ceux qui anticipent.



CONNAÎTRE SON EXPOSITION RÉELLE

- **Cartographier** les risques de son site constitue le premier acte de prévention : nature du bâti, état des réseaux, localisation des équipements critiques, exposition aux aléas climatiques. Dans les grands établissements, les cadres techniques et sécurité conduisent généralement cette démarche en interne. Les structures qui ne disposent pas de ces ressources peuvent s'appuyer sur un accompagnement extérieur. Relyens propose trois prestations dédiées : le Bilan Sécurité pour les risques bâtimentaires, l'Analyse de vulnérabilité climatique et le Document d'Analyse des Risques de Défaillance Électrique (DARDE).
- **Analyser** sa sinistralité des cinq dernières années et la confronter aux données sectorielles permet d'objectiver les priorités d'action.

AGIR SUR LES RISQUES MAÎTRISABLES

- **Maintenir** les installations critiques à intervalles définis : thermographie annuelle des armoires électriques, contrat de maintenance avec visite annuelle pour les toitures-terrasses comme pour les canalisations.
- **Encadrer** systématiquement les interventions d'entreprises extérieures avec un permis feu et un plan de prévention.
- **Former** les équipes aux comportements à risque identifiés dans ce panorama : gestion des fumeurs, essais de groupes électrogènes, surveillance des zones sensibles la nuit et les week-ends. Relyens met à disposition un module de e-learning dédié.
- **Conduire** des exercices de crise courts et fréquents plutôt qu'un grand exercice annuel.

INSCRIRE LA PRÉVENTION DANS LA GOUVERNANCE

- **Désigner** un référent risques avec une légitimité transversale, pas uniquement technique.
- **Intégrer** un volet prévention dans chaque décision de réhabilitation ou d'investissement.
- **Mettre à jour** les plans de gestion de crise et vérifier que les contacts, procédures et prestataires sont toujours opérationnels.

Focus sur l'intervention incendie

Florent Brun, ancien chef de garde de sapeur-pompier professionnel, a déroulé l'ensemble de sa carrière en Île-de-France. Il livre ici le regard des secours sur les interventions en établissements de soins, depuis l'arrivée sur les lieux jusqu'aux mesures de prévention qui en facilitent le déroulement.

« Le premier geste qui sauve n'est pas celui des pompiers, c'est celui du personnel. »



Florent BRUN
Manager des risques liés aux services d'incendie et de secours (SIS), Relyens

Ce que les secours voient à l'arrivée

« Lors d'une intervention, le premier élément à évaluer est le risque pour les personnes, patients comme personnels. Cette priorité conditionne la suite. Dans la majorité des cas, les équipes découvrent un feu encore confiné, circonscrit à son local d'origine derrière des portes fermées. Tout l'enjeu consiste à préserver cette situation le temps de mettre les personnes à l'abri. Un grand nombre de patients non autonomes, un départ de feu difficile à localiser ou un compartimentage défaillant font en revanche perdre des minutes précieuses. »

Ce qui fait la différence

« La différence se joue avant l'arrivée des secours, car pendant les premières minutes, tout repose sur le personnel. S'il est formé à fermer les portes et à garder les circulations dégagées, il protège les patients et change complètement la physionomie de l'intervention. Les secours, eux, poursuivent un double objectif. Limiter la propagation et contenir l'incendie pour sauver les personnes d'abord, puis limiter les dommages au bâtiment. Sur ces deux fronts, le même adversaire concentre l'attention des équipes : les fumées. Elles tuent davantage que les flammes, voyagent bien au-delà du local d'origine, sont potentiellement inflammables, et dégradent tout ce qu'elles traversent. Les contenir constitue donc le premier réflexe. Une telle stratégie suppose toutefois trois

conditions : un feu contenu, une extinction précoce et une ventilation engagée seulement une fois le sinistre sous contrôle. »

Ce que les établissements pourraient faire autrement

« Trois mesures ne coûtent presque rien et changent tout. La première relève du geste quotidien : maintenir les portes coupe-feu des locaux fermées et veiller à ce que rien n'entrave le désenfumage. La deuxième en est le prolongement naturel : garder les circulations dégagées, parce qu'un couloir encombré ralentit autant l'évacuation ou la sectorisation des patients que la progression des secours. La troisième s'inscrit dans la durée : former régulièrement le personnel aux réflexes incendie et l'associer à des exercices avec les pompiers locaux. À ces gestes s'ajoute l'information des patients et de leurs proches : pas de corps gras au contact de l'oxygène, pas de cigarette dans les chambres. Cette vigilance de tous appelle un dernier maillon : les pompiers eux-mêmes. Les établissements qui connaissent leur centre de secours avant le sinistre, grâce à des visites, des exercices communs ou des échanges en commission de sécurité, sont toujours ceux où l'intervention se déroule le mieux. Le jour venu, les équipes arrivent en terrain connu et chacun sait ce que l'autre attend de lui. »

Focus sur la préparation à la crise

Christophe Van Der Linde est professeur à l'EHESP, où il co-dirige le master de management et de pilotage des situations sanitaires exceptionnelles. Il participe à la formation des directeurs d'établissements, cadres hospitaliers et décideurs institutionnels à la gestion de crise depuis plus de vingt ans.

« Trente minutes sur un scénario précis, plusieurs fois par an, valent davantage qu'une simulation annuelle exhaustive que personne ne retient. »

Former les dirigeants

À leur prise de fonction, les directeurs d'établissement disposaient de quatre heures de formation pour la gestion de crise. Depuis 2018, une semaine leur est consacrée en formation initiale, ce qui est suffisant pour une sensibilisation en début de formation. Pour ceux en poste depuis plus longtemps, la formation sur ces sujets est souvent inexistante et relève des expériences vécues par chacun. L'EHESP propose dans ce cadre une formation continue de 4 semaines échelonnée sur une année. Le résultat sur le terrain est donc mitigé : des plans de gestion méconnus, des procédures jamais testées dans leur ensemble, des chaînes de décision qui se cherchent au moment précis où elles devraient fonctionner. La réponse de la sensibilisation à la gestion de crise pour l'ensemble des agents hospitaliers ne passe pas nécessairement par une formation longue. L'EHESP propose une plateforme gratuite en ligne « Formation. SSE », avec des capsules courtes accessibles à l'ensemble des professionnels d'un établissement. C'est un point d'entrée immédiat, sans budget, sans délai.

Porter le sujet au bon niveau

La gestion de crise est presque toujours portée par la direction de la qualité et des risques. C'est elle qui construit les plans, cartographie les risques, connaît les dispositifs. Mais cette légitimité technique ne lui confère pas l'autorité pour arbitrer avec le directeur financier, la logistique ou le biomédical. Lorsque c'est le directeur général adjoint qui prend la main sur

ce sujet, l'organisation entière comprend qu'il s'agit d'une priorité de direction. C'est ce repositionnement qui précède tous les autres progrès. La gestion de crise n'est pas un sujet technique. C'est un sujet politique de gouvernance. A charge pour la DQR d'assembler le PGTHSSE

Exercer régulièrement

« Un plan de gestion de crise ne se déroule jamais selon le scénario prévu. Ce n'est pas un défaut de conception : c'est la nature même de la crise. Ce qui distingue les établissements qui tiennent de ceux qui se trouvent dépassés, c'est la capacité de leurs équipes à s'adapter quand la réalité s'écarte du cadre anticipé. Cette capacité ne s'acquiert pas par la lecture d'un document. Elle se construit par la répétition d'exercices courts, ciblés, suivis d'un retour d'expérience structuré. Trente minutes sur un scénario précis, plusieurs fois par an, valent davantage qu'une simulation annuelle exhaustive que personne ne retient. C'est accessible à tous les établissements, quelle que soit leur taille. »



Christophe Van Der Linde,
Professeur à l'EHESP

« La gestion de crise n'est pas un sujet technique. C'est un sujet de gouvernance. »

Focus sur la culture de sécurité

Mickaël Bourdais préside l'Association des Chargés de Sécurité en Établissement de Soins (ACSES), qui réunit les chargés de sécurité d'établissements publics et privés, de toutes tailles, du sanitaire comme du médico-social. Officier sapeur-pompier volontaire, il défend une sécurité fondée sur la prévention quotidienne et la responsabilité partagée.

« La sécurité ne se résume pas à une fonction, un poste. Elle se partage à tous les niveaux, bien au-delà des murs de l'établissement. »

La culture sécurité au quotidien, l'affaire de tous

« La responsabilité juridique de la sécurité revient au directeur. Beaucoup s'en remettent alors à lui, ou à un autre service, comme si le sujet ne les concernait pas. La pratique quotidienne dit l'inverse. Elle appartient à chacun. Le chargé de sécurité porte une mission, jamais la responsabilité à lui seul. Plus les personnels formés sont nombreux, plus une anomalie remonte tôt, avant le sinistre. La France accuse pourtant un retard. Trop d'adultes ignorent encore le numéro des secours, le maniement d'un extincteur ou les gestes de premiers secours, là où les pays nordiques forment dès le plus jeune âge. Ce déficit de culture nourrit l'évitement. Détourner le regard d'un branchement douteux ou d'une porte calée coûte toujours moins d'effort sur le moment. La facture arrive plus tard. Une défaillance technique renvoie presque toujours à un geste humain, une maintenance différée, un signalement négligé. Diffuser largement les bons réflexes devient alors le premier levier de prévention, à tous les niveaux de l'établissement. L'ACSES insiste sur le fait que « partager pour mieux protéger » est son principe fondamental. »

La prévention ne s'arrête pas aux murs de l'établissement

« Les partenaires extérieurs se rencontrent bien avant le jour du sinistre. Avec les pompiers, le dialogue s'ouvre dès la conception du bâtiment, autour de l'analyse de risque, sans attendre le contrôle réglementaire. La police et la gendar-

merie disposent de référents sûreté, formés pour préconiser des mesures techniques, organisationnelles et humaines adaptées à chaque site. La préfecture prépare avec l'établissement les situations exceptionnelles, en amont de leur survenue. L'ACSES forme à son tour ces partenaires aux particularités des établissements de soins, gage de préconisations justes le moment venu. Chaque établissement gagne à solliciter ces interlocuteurs en amont, sans attendre l'incident pour les rencontrer. Le lien noué quand tout va bien rend l'intervention plus simple le jour où tout va mal. »

Réconcilier la règle et le terrain

« Une consigne imposée sans explication se heurte vite au quotidien des équipes. Mieux vaut expliquer la contrainte, puis proposer la solution technique qui permet de continuer à travailler. Une ventouse maintient une porte coupe-feu ouverte au quotidien puis la referme automatiquement en cas de sinistre. La sécurité et le soin cessent alors de s'opposer. En psychiatrie, les extincteurs et les commandes d'ouverture restent accessibles au seul personnel, par adaptation au public accueilli. Pour faire passer ces mesures, le chargé de sécurité ajuste son discours au médecin, à l'infirmier, à l'agent technique, et comprend leurs contraintes avant d'exposer les siennes. Refuser un usage dangereux fait partie du métier, à condition d'en exposer la raison. Opposer les services revient à perdre du temps et de la sécurité pour tous. La prévention progresse par l'adhésion, jamais par la seule règle. »



Mickaël BOURDAIS
Président de l'Association des Chargés de Sécurité en Établissement de Soins (ACSES)

Le lexique des dommages aux biens

PGHTSSE

Plan général des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles

Le document stratégique central de l'établissement face à toute situation exceptionnelle. Il se décline en deux niveaux : le plan blanc ou bleu, déclenché lorsque l'ensemble de l'établissement est mobilisé, et le plan de mobilisation interne (PMI), activé lorsqu'un seul secteur est concerné. Le plan blanc s'applique aux établissements de santé ; le plan bleu est son équivalent pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées.

PCA

Plan de continuité d'activité

Le document qui garantit la capacité de l'établissement à fonctionner en situation dégradée. Obligatoire, il recense les quatre grandes familles de risques auxquels un établissement est exposé : risques naturels, risques industriels, risques sanitaires et risques liés aux réseaux (électricité, eau, internet). Un établissement doté d'un PCA identifié par la préfecture bénéficie en situation de crise d'un accès prioritaire aux ressources essentielles (hydrocarbures pour les groupes électrogènes, approvisionnements logistiques).

PRA

Plan de reprise d'activité

Le complément du PCA, centré sur le retour à un fonctionnement normal après un sinistre. Là où le PCA vise à maintenir les activités essentielles pendant la crise, le PRA définit les étapes et les priorités de la reconstruction opérationnelle. Il est souvent le parent pauvre de la planification : les établissements formalisent davantage la gestion de la crise que la sortie de crise, alors que c'est précisément dans cette phase que les délais s'allongent et que les coûts s'accumulent.

PSE

Plan de sécurité de l'établissement

Le dispositif couvrant les menaces intentionnelles, en lien avec le plan Vigipirate. Il organise la réponse de l'établissement face aux actes de malveillance, aux intrusions et aux menaces terroristes. Il s'articule avec le PSSI (plan de sécurité des systèmes d'information), qui couvre les cyberattaques et les ruptures de réseau numérique. Ensemble, ces trois plans (PSE, PSSI et PCA) forment ce que certains spécialistes appellent le triangle de résilience globale de l'établissement.

DARDE

Document d'Analyse des Risques de Défaillance Électrique

Il doit permettre d'identifier les risques de panne électrique, d'analyser les conséquences sur la sécurité dans l'établissement et de définir des solutions à mettre en œuvre pour assurer la continuité de l'alimentation électrique en cas de panne.

ORSAN

Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

Le dispositif national de coordination entre l'établissement, l'ARS et la préfecture en cas de crise. Il se décline en plusieurs volets selon la nature de la situation : ORSAN AMAVI pour un afflux massif de victimes, ORSAN CLIM pour les événements climatiques extrêmes. Son activation suppose que l'établissement soit en mesure de s'articuler rapidement avec les acteurs institutionnels extérieurs — ce qui nécessite d'avoir travaillé ces interfaces avant la crise.

SSE

Situation sanitaire exceptionnelle

Le terme générique désignant tout événement susceptible de dépasser les capacités de réponse habituelles d'un établissement. Elle peut être d'origine sanitaire (épidémie, afflux massif de victimes), climatique (inondation, canicule), technique (incendie, coupure de réseau) ou sécuritaire. L'ensemble des plans de gestion de crise d'un établissement s'inscrit dans ce cadre.

TGBT

Tableau général basse tension

Le cœur du système électrique d'un bâtiment. Il distribue l'électricité à l'ensemble des installations. Sa défaillance peut mettre hors service simultanément les équipements biomédicaux, les systèmes de sécurité incendie, les ascenseurs et les réseaux informatiques. Il est fréquemment installé en sous-sol, ce qui le rend particulièrement vulnérable en cas d'inondation.

SSI

Système de sécurité incendie

L'ensemble des équipements assurant la détection, l'alarme et la mise en sécurité d'un bâtiment en cas d'incendie. Il comprend la détection automatique, les déclencheurs manuels, les portes coupe-feu, le désenfumage et les dispositifs d'évacuation. Sa maintenance régulière et sa mise à jour lors de travaux ou d'évolutions du bâtiment sont des obligations réglementaires.

PLAN BLEU

Le plan bleu, intégré dans le projet d'établissement, constitue le plan global de gestion des risques des établissements médico-sociaux pour faire face à tout type de crises et de situations sanitaires exceptionnelles susceptibles de les impacter (épidémies, rupture de flux, incendie, infections nosocomiales, actes de malveillance et de terrorisme, catastrophes naturelles et technologiques, etc.).

Notre série Panorama

Une lecture claire des grandes tendances,
mêlant données, expertises et réalités du terrain,
pour éclairer les évolutions du secteur et accompagner l'action.

Anticiper aujourd'hui pour protéger demain.

Chez Relyens, nous sommes bien plus qu'Assureur, nous sommes Risk Manager.
Piloter, prévenir les risques et les assurer, c'est notre engagement pour protéger plus
efficacement les acteurs du soin et des territoires, en Europe. A leurs côtés, nous agissons
et innovons en faveur d'un service d'intérêt général toujours plus sûr, pour tous.

relyens.eu

Relyens Mutual Insurance

Siège social : 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - www.relyens.eu

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes- Entreprise régie par le code des assurances
779 860 881 RCS Lyon - Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 82690051369
auprès du Préfet de région. N°TVA Intracommunautaire : FR 79779860881



**GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES**



S2946-26A - 07-2026

Document conçu et réalisé par le service communication de Relyens - Crédits photos : ©alexandr - stockadobe.com