



PLAN BLEU

INSTITUT MEDICO EDUCATIF MARIE-AIMEE MERAVILLE

S.E.S.S.A.D. DU PAYS DE SAINT-FLOUR

1, LA COMBE DE VOLZAC

15100 SAINT -FLOUR

Janvier 2025

FICHE DE SYNTHÈSE

Date de mise à jour de cette fiche : 15/01/2025

Date du Plan Bleu : 04/07/2022

Identification	<p>Institut Médico-Educatif (IME) Marie Aimée Méraville et SESSAD du pays de St-Flour Statut : Public (Fonction Publique Hospitalière) Nom du Directeur : PULLES Maryline Adresse : 1, La Combe de Volzac – 15100 SAINT-FLOUR N°finess : 150000230 N° finess établissement : 150780591 (IME) N° finess établissement : 150784007 (SESSAD) Tél. standard : 04 71 60 59 10 Tél. direction : 04 71 60 59.13 Tél. infirmerie : 04 71 60 59.18 Tél. Alerte 24H/24H : 07 89 94 67 60 Fax : 04 71 60 59.29 E-mail : direction@ime-saintflour.fr E-mail : accueil@ime-sainflour.fr E-mail : infirmerie@ime-saintflour.fr</p>
Classification	<p>Etablissement pour personnes handicapées Enfants IME et SESSAD Internat et Externat</p>
Capacité d'accueil autorisée	<p>50 Places IME (30 internes et 20 externes) 17 places externes SESSAD</p>
Typologie de la population accueillie	<p>Personnes mobiles (évacuation en groupe)</p>
Personnel de l'établissement	<p>Effectif total des membres de l'établissement en ETP : 46.6 Dont administratifs : 4.8 Dont médicaux : 0.11 Dont paramédicaux : 4.3</p>
Convention avec un établissement de Santé	<p>Centre hospitalier de Saint-Flour</p>
DLU	<p>Mise en place d'un dossier médical d'urgence</p>
Autonomie Energétique	<p>Pas de groupe électrogène Etablissement ne faisant pas partie de l'obligation d'équipement autonome</p>
Autonomie alimentaire	<p>5 jours d'autonomie alimentaire</p>
Equipement et fiches actions globales	<p>Pas de pièce rafraîchie Fiches actions opérationnelle relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au confinement OUI • A l'évacuation OUI • A la maîtrise d'une épidémie OUI
Coopération/partenariat	<p>ADAPEI : mise à disposition d'un ETP de médecin pédopsychiatre EDUCATION NATIONALE mise à disposition de 3 enseignants IME – convention d'intervention pour le SESSAD AIDE SOCIALE à l'ENFANCE : assistante familiale ORTHOPHONISTES libérales convention</p>

SOMMAIRE

Partie 1 : Principes généraux

1.1 Cadre réglementaire.....	p.4/5
1.2 Principes de fonctionnement en cas de crise	p.6
1.3 Mise à jour du document et formation.....	p.10
1.4 Maîtrise du risque infectieux	p.10
1.5 Gestion du risque de défaillances énergétiques	p.11
1.6 Signalement des alertes sanitaires-Gestion des événements indésirables.....	p.12

Partie 2 : Description de l'établissement

2.1 Identification des locaux.....	p.13
2.2 Exposition aux aléas et facteurs de vulnérabilité.....	p.18
2.3. Convention avec un établissement de santé	p.19
2.4 Inventaire des équipements et matériels	p.20
2.5. Autres descriptions de l'établissement	p.21
2.6. Exercices /RETEX/Événements ou incidents importants	p.21
2.7. Plan de continuité des activités.....	p.22

Partie 3 : Cellule de crise

3.1 Organisation de la cellule de crise	p.24
3.2 Annuaire des numéros utiles	p.26
3.3 Protocole de mise en place de la cellule de crise	p.28

Procédures et Annexes

Communication externe en cas de crise.....	p.31
Procédure en cas d'urgence vitale	p.33
Fiche de liaison	p.35
Plan de circulation en cas d'événement exceptionnel	p.36
Rupture d'approvisionnement en gaz.....	p.38
Procédure interruption alimentation électrique	p.40
Rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine	p.42
Procédure en cas de feux de forêt	p.45
Procédure sécurité informatique	p.48
Protocole maîtrise du risque infectieux épidémique	p.54
Procédure Précautions standard maîtrise du risque infectieux	p.57
Confinement dans l'établissement suite à pollution extérieure	p.61
Procédure en cas d'évaluation de l'établissement	p.64
Procédure vagues de chaleur-canicule.....	p.67
Procédure suspicion Toxi infection alimentaire collective	p.73
Protocole nettoyage et désinfection en période épidémique infectieuse	p.77
Gestion de la sécurité en cas d'intrusion ou d'attaque terroriste.....	p.81
Procédure en cas de contamination du réseau d'eau par légionelle/ Légionellose avérée	p.83

Procédure signalement et gestion des événements indésirables et événements indésirables graves	p.86
Procédure en cas d'incendie.....	p.93
Annexe 1 Coordonnées ARS AURA DT 15.....	p.97
Annexe 2 TIM sur les risques majeurs Ville de Saint-Flour.....	p.98
Annexe 3 Formulaire Evacuation des usagers -Recensement des besoins en transport et lieux d'accueil	p.99
Annexe 4 PCA Plan de Continuité de l'activité.....	p100

Partie 1 : Principes généraux

La pandémie COVID a malheureusement démontré que les établissements médico-sociaux au même titre que les établissements de santé peuvent être confrontés à des événements inhabituels aux conséquences potentiellement graves.

La mise en place d'un plan de « gestion de crise » doit permettre à l'établissement de s'inscrire dans une démarche qualité opérationnelle en réalisant un bilan exhaustif de ses capacités de fonctionnement usuelles et en évaluant sa réactivité face à une situation exceptionnelle

Il importe à l'établissement de garantir alors la continuité et la qualité des prises en charge par la mobilisation au plus juste de ses ressources. Ceci de manière adaptée aux besoins des populations qu'il accueille et à l'ampleur de la situation vécue.

Depuis l'épisode de canicule de 2003, les établissements médico-sociaux accueillant des personnes porteuses de handicaps ont l'obligation de rédiger un **plan bleu** depuis 2007.

Le plan bleu d'un établissement médico-social doit lui permettre la mise en œuvre **rapide et cohérente** de moyens indispensables **pour faire face efficacement à la gestion d'un évènement exceptionnel** quel que soit sa nature. Au-delà d'être une réponse à une obligation réglementaire il se doit d'être un outil opérationnel et dynamique.

Le plan bleu est mis en œuvre par le Directeur de l'établissement en cas de crise interne à l'établissement ou à la demande du Préfet du département lors du déclenchement de dispositifs d'alerte et d'urgence.

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

- 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.

Le plan bleu est rédigé sous la responsabilité du directeur de l'ESMS :

- Cette personne est le référent de l'établissement en cas d'évènement exceptionnel. Il peut nommer un suppléant ;
- Travail collégial, le plan bleu doit préciser la composition du groupe de travail qui a participé à son élaboration, la participation médicale est indispensable ;
- Il peut être à la disposition du Conseil Départemental et de l'ARS.

1.1 Cadre réglementaire

Les principaux textes sont les suivants :

☞ 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 sanitaires 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 handicapées.

Dans le cadre de la préparation à la survenue d'une éventuelle canicule, 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 a réaffirmé la nécessité de la mise en place de « plans bleus » dans les établissements pour personne handicapée 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.

Le cahier des charges d'un plan bleu pour les ESMS

Le plan bleu doit comporter notamment :

- La désignation d'un référent (directeur ou médecin), 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.
- D'autres directives ou réglementations sont venues compléter ce dispositif :
- Mettre en place un Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) accessible 24H/24 à tout médecin intervenant en urgence dans l'établissement
 - La 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 – G7 du Plan National de prévention et de lutte pandémie grippale,
 - Dans le cadre de l'article R313-32 du CASF (sécurité des personnes hébergées dans des EMS en cas de défaillance d'énergie), réaliser une démarche d'analyse de risque énergétique formalisée dans un Document d'Analyse du risque lié à a Défaillance en Energie (DARDE) permettant de mettre en place les obligations prescrites, selon la catégorisation de l'EMS ?

- La 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,
- La circulaire 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.

Cas de mise en application :

Le plan bleu concerne :

- ✚ La gestion d'une crise interne ou externe à l'établissement
- ✚ L'accueil de personnes venant de leur domicile
- ✚ L'accueil de personnes venant d'autres établissements, l'accueil de personnes venant d'un établissement de santé dans le cadre du déclenchement, par cet établissement de son plan blanc et selon les directives du plan blanc élargi.

1.2 Principes de fonctionnement en cas de crise

Le système mis au point permet une mise en alerte du personnel de la structure, quelles que soient la nature et l'intensité de la crise.

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

- ✚ 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 a pour interlocuteur les responsables de tous les services. De même chaque service/secteur dispose de fiches de consignes.

La mise en place de la cellule de crise (voir partie 3).

Le directeur ou son représentant :

- ✚ Active et met en place la cellule de crise,
- ✚ S'informe des éléments constitutifs de la crise,
- ✚ Déclenche par le standard le rappel des membres désignés dans la cellule de crise,
- ✚ Informe systématiquement :
 - L'ARS : plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires au :

Contacte selon la nature de la crise :

- Le SAMU (15)
- La Mairie (tél)
- La Gendarmerie (17)
- Les pompiers (18)

Composition de la cellule de crise

Directeur	Maryline PULLES
Responsable Ressources Humaines	Virginie VESCHAMBRE
Cadre Socio-Educatif	Géraldine CHALIER
Responsable qualité	Audrey BUCHON
Service Infirmier	Marlène MAGAUD
Médecin	Dr ACETTA ou Dr DONNADIEU
Responsable des cuisines	Myriam MEDARD
Responsable services Techniques	Joel ROCHETTE
Responsable gestion des Risques	Audrey BUCHON
Représentants CSE	Léa ROCHETTE, Christel MANDIRAC, Marguerite PISSAVY

Notions de risques et définition d'une situation sanitaire exceptionnelle.

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

Des risques d'origine externe :

- Risques naturels : intempéries (canicule, grand froid, inondation, tempête), avalanche, séisme etc.
- Risques technologiques : industriel, nucléaire, transport de matière dangereuse, trafic aérien, rupture de barrage,
- Risques sanitaires : risques infectieux (affection virale, bactérienne ou parasitaire), TIAC (toxi infection alimentaire collective), Covid 19, gastro-entérite virale, affection respiratoire, tuberculose, gale, méningite, légionellose, etc.

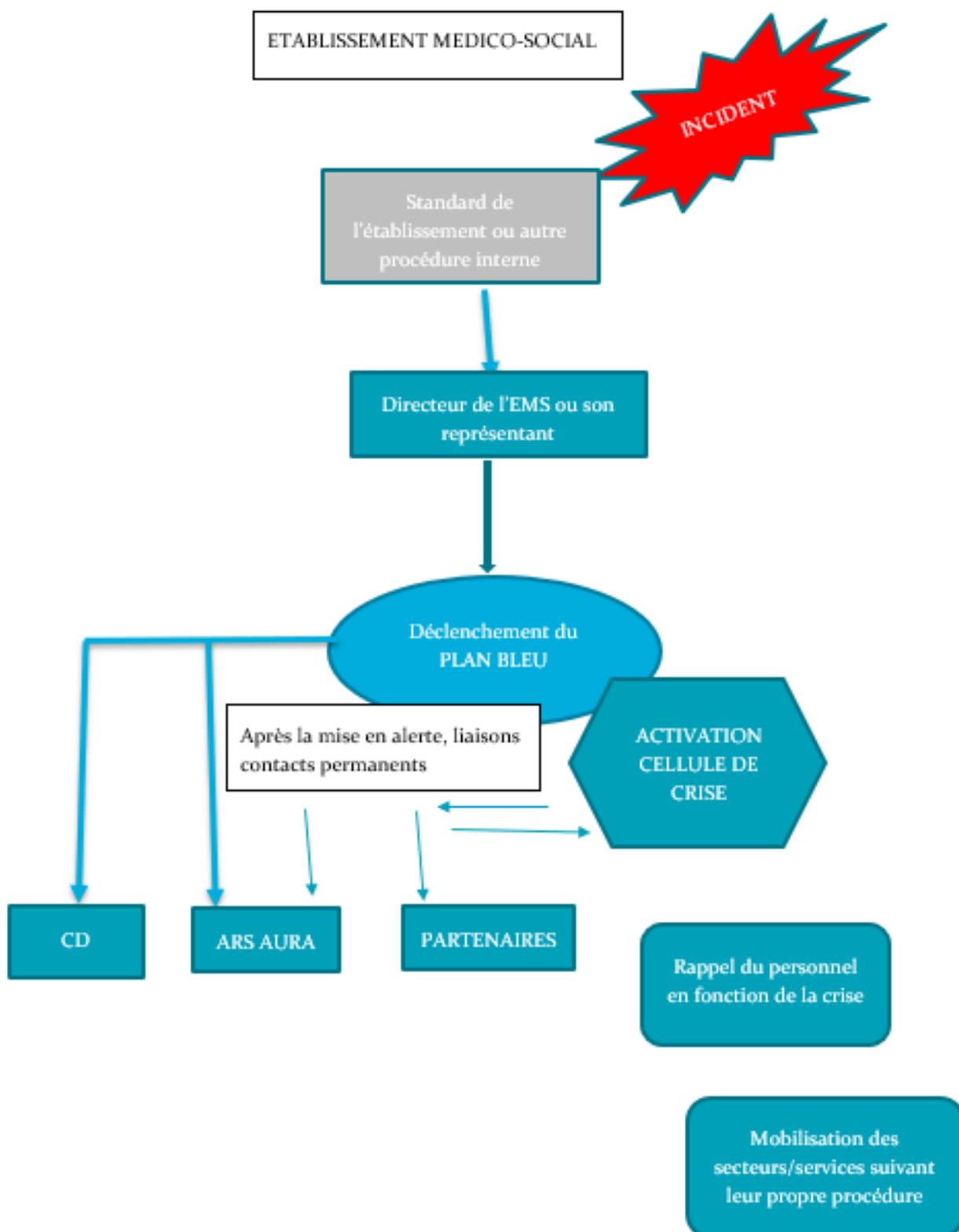
Des risques d'origine interne :

- Risques logistiques et notamment les ruptures en approvisionnements extérieurs : eau, ressources énergétiques (électricité, fioul, gaz), produits médicaux et pharmaceutiques,
- Risques de ruptures de service : restauration, lingerie, ordures ménagères, déchets de soins...
- Risques de pannes : chaudière, ascenseur...

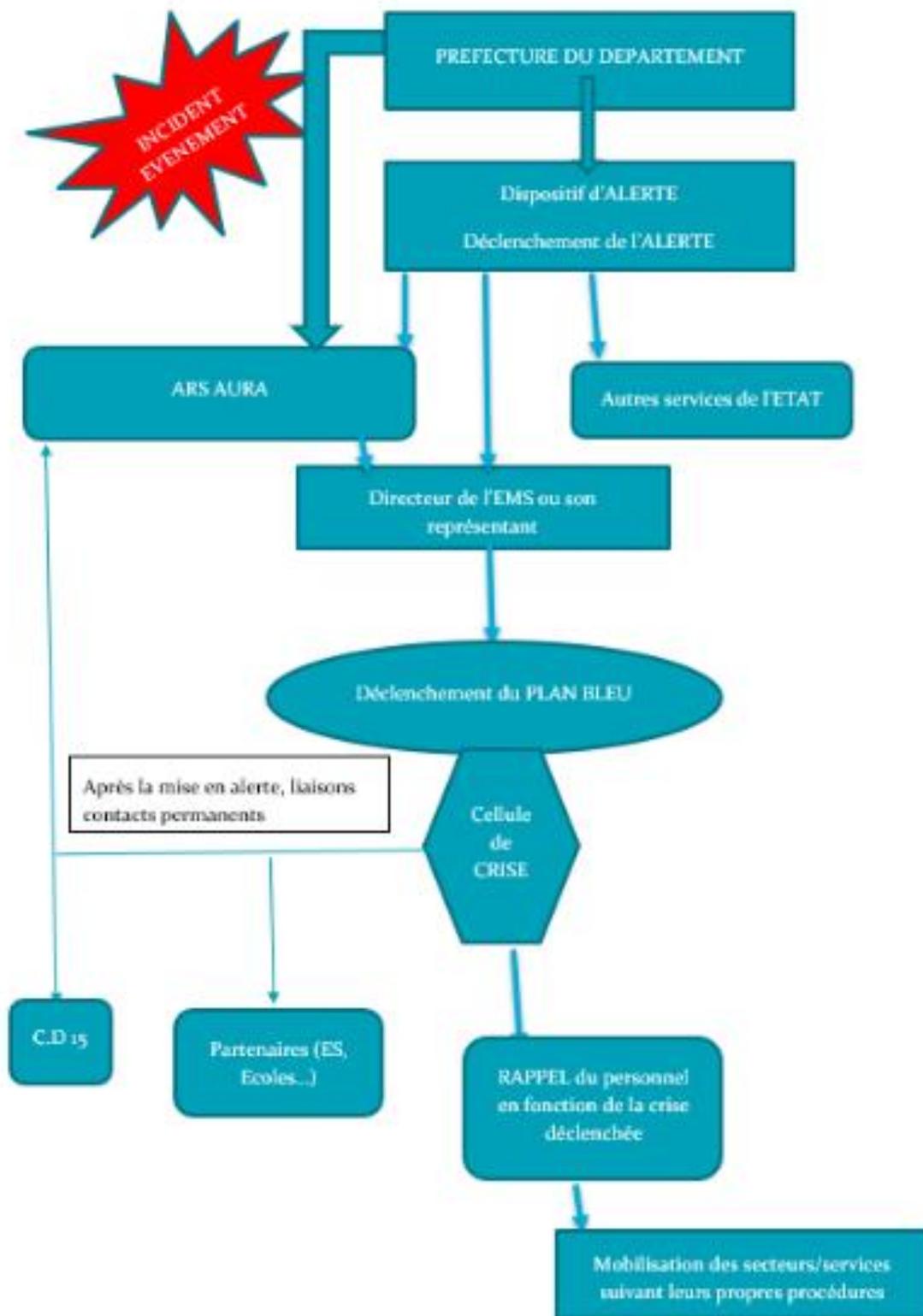
Les conséquences d'un évènement identifié parmi ces risques peuvent être défavorables au fonctionnement de la structure, dommageables pour le bien-être des usagers, voire compromettre leur état de santé.

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

PROCEDURE DE MOBILISATION DE L'ETABLISSEMENT EN CAS D'INCIDENT AU SEIN DE LA STRUCTURE



PROCEDURE DE MOBILISATION DE L'ETABLISSEMENT EN CAS D'INCIDENT OU D'EVENEMENT CLIMATIQUE DANS LE DEPARTEMENT



1.3 Mise à jour du document et formation

Une actualisation du document est réalisée 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 la Délégation Territoriale du cantal de l'ARS AURA.

Le responsable de l'établissement doit s'assurer de la bonne connaissance du plan bleu par l'ensemble des personnels de la structure.

1.4 Maîtrise du risque infectieux

La maîtrise du risque infectieux associé aux soins dans les établissements de santé ou médico-sociaux est une priorité, compte-tenu de la prévalence et du caractère potentiellement évitable d'un certain nombre d'affections associées aux soins. Les établissements médico-sociaux doivent établir et mettre en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à leurs activités et en cohérence avec les objectifs nationaux. La société française d'Hygiène Hospitalière a publié en juin 2009 un guide sur la prévention des infections en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le site du CCLIN Sud Est recense les recommandations générales et thématiques relatives aux risques infectieux concernant les EHPAD et par extension les autres établissements médico-sociaux : http://cclin-sudest.chu.lyon.fr/EHPAD/EHPAD_recommandations/EHPAD_recommandations.html

Des fiches techniques et pratiques concernant la maîtrise du risque infectieux en EHPAD sont consultables sur <http://www.cclin-france.fr/>

Les protocoles de soins de l'établissement doivent être élaborés et signés.

Les affiches concernant le lavage des mains doivent être accrochées au-dessus de chaque point d'eau (idem pour les affiches portant sur les solutions hydroalcooliques).

a) L'hygiène des mains

Il est important de rappeler que l'hygiène des mains est le GESTE PRIMORDIAL à respecter dans la lutte contre les infectieux liées aux soins ou non.

L'hygiène des mains est la mesure de prévention la plus simple et la plus efficace pour réduire la transmission croisée d'agents infectieux lors des soins. C'est une composante essentielle des précautions standards qui sont à la base des recommandations nationales et internationales visant à limiter cette transmission.

La HAS (Haute Autorité de Santé) recommande l'utilisation des gants à usage unique en cas de gestes invasifs ou en cas de contact avec les muqueuses, le sang, les plaies, des lésions cutanées de l'utilisateur ou des mains du professionnel.

Selon la HAS il est nécessaire de :

- Se laver les mains avec un savon doux liquide,
- Réaliser une friction des mains avec un produit hydroalcoolique entre chaque patient, avant ou après le port de gants médicaux. Les produits hydroalcooliques s'appliquent sur des mains propres et sèches par friction jusqu'à séchage à l'air libre.

b) La gestion des excréta

La gestion des excréta ne fait pas partie de l'activité quotidienne de nos structures, elle reste exceptionnelle. Cela demande néanmoins une certaine vigilance en cas d'épidémie de gastro-entérite aigue dans l'établissement.

c) Plan local de maîtrise d'une épidémie

L'établissement et les services médico-sociaux sont des lieux de vie différents d'un établissement de santé. L'environnement de la chambre est plus proche de celui du domicile que d'une structure hospitalière.

L'établissement doit se préparer à la gestion d'une situation de crise liée à un risque infectieux.

Cela passe par l'information de l'ensemble des personnels sur le risque infectieux et l'hygiène, et d'autre part, par la mise en place d'un plan de prévention et de gestion d'un événement infectieux, plan qui doit être décliné en situation de crise.

Ce plan local de maîtrise d'une épidémie (annexé au plan bleu) se traduit en plusieurs fiches opérationnelles (exemple procédures d'information réciproque en cas de transfert d'un usager d'un établissement à un autre...).

Des informations sur les risques infectieux sont disponibles sur les sites de l'ARS AURA et celui du Ministère de la santé et de la Solidarité.

1.5 Gestion du risque de défaillances énergétiques

L'article R.313-31 du CASF précise les obligations des gestionnaires des établissements médico-sociaux en matière de sécurité en cas de défaillance en énergie. Une circulaire de la DGAS N°170 du 18 juin 2009 est venue préciser les obligations réglementaires dans ce domaine.

La démarche d'analyse du risque comporte 3 étapes :

- ✓ Evaluer le risque
- ✓ Gérer le risque
- ✓ Communiquer sur le risque.

Bien que l'établissement relève de la catégorie des établissements devant disposer de moyens énergétiques autonomes, les personnes accueillies ou hébergées ne présentant pas de pathologie qui nécessite du matériel médical indispensable à leur sécurité, l'établissement peut s'exonérer de pouvoir disposer de moyens d'alimentations autonomes en énergie (groupe électrogène en poste fixe).

En cas de défaillances des réseaux d'énergie, l'établissement a la possibilité d'avoir recours à la location d'un groupe électrogène auprès de son prestataire désigné.

Le service prioritaire énergétique

L'arrêté du 05/07/1990 fixe les consignes générales de délestage sur les réseaux électriques. Il institue un service prioritaire énergétique. Les structures bénéficiant de ce service doivent être inscrites sur une liste arrêtée par le Préfet, sur proposition de la DREAL (l'ARS proposant la liste pour les établissements sanitaires et médico-sociaux).

Les établissements médico-sociaux ne sont pas considérés comme prioritaires au sens des dispositions contenues dans la circulaire du 18 juin 2009. En cas de délestage sur les réseaux électriques, les EMS (sauf exception) ne bénéficient pas du service prioritaire du fournisseur EDF.

1.6 Signalement des Alertes Sanitaires – gestion des événements indésirables

L'entrée en vigueur du dispositif de déclaration des événements indésirables en ESMS a été fixée au 1er janvier 2017 par décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016 (Journal officiel de la République française du 23 décembre 2016 – cf. Code de l'action sociale et des familles, R331-8 à 10 nouv.). RENFORCER LA PROTECTION DE L'USAGER VULNÉRABLE

Au regard du lien particulier qui s'établit entre l'utilisateur et la structure qui l'accueille mais aussi de la notion « d'accompagnement tout au long de la vie » qui prévaut dans le médico-social, le témoignage d'un événement indésirable a beaucoup d'importance dans ce secteur.

Afin de renforcer la protection des personnes âgées et/ou en situation de handicap accueillies dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), l'article 161 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 offre pour la première fois une base législative et réglementaire au signalement d'événements indésirables dans ce secteur.

Obligation de déclarer sans délai tout événement indésirable

Il existe désormais un cadre légal imposant aux ESMS d'informer sans délai les autorités administratives compétentes (agence régionale de santé, conseil départemental), en cas :

- ☞ De dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits;
- ☞ D'événement, quel qu'il soit, ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.

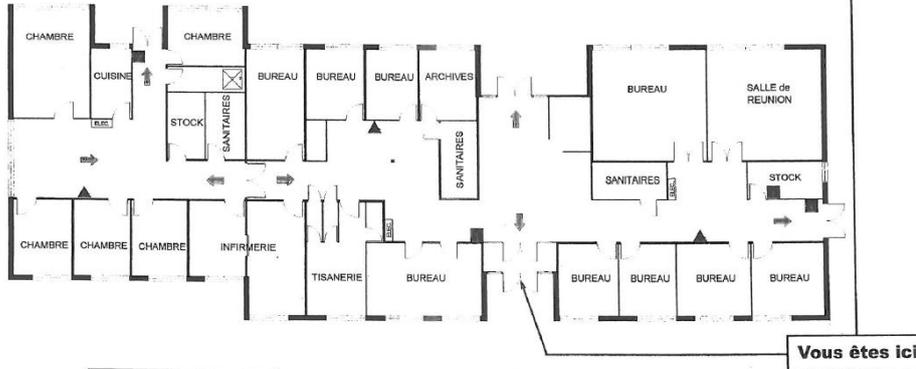
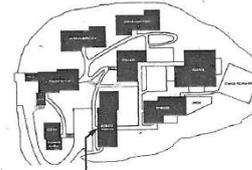
Le signalement s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité fondée sur la prévention et la gestion des risques. Fondée sur une obligation de vigilance, le signalement d'un événement indésirable fait ainsi partie intégrante de la démarche de protection de l'utilisateur. Une fiche "Repères" destinée aux ESMS est téléchargeable sur le site de l'ARS comme les formulaires de signalement à l'adresse suivante : [Signaler ou déclarer à l'ARS | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes](#). Conformément à l'arrêté du 28 décembre 2016, ces formulaires précisent la typologie des événements à signaler.

Le site de l'ARS guide le signalant vers les différents types d'événements et les formulaires correspondants. Une fois complété, le formulaire est à transmettre au point focal régional (PFR). La télédéclaration par le portail national des signalements des événements indésirables est à utiliser pour les vigilances (routage vers les agences nationales spécialisées) et les événements indésirables graves associés aux soins (retransmis vers l'ARS).

La gestion des événements indésirables s'intègre dans la problématique de la gestion des risques. Les retours d'expérience (RETEX) suite à la gestion de tels événements constituent une des sources principales d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des usagers. Il peut s'agir d'événements indésirables observés et rapportés par les professionnels

PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
Marie Aimée Méraville
La Combe de Volzac
15100 SAINT-FLOUR



Vous êtes ici

LEGENDE

	évacuation		armoire électrique
	alarme incendie		extincteur

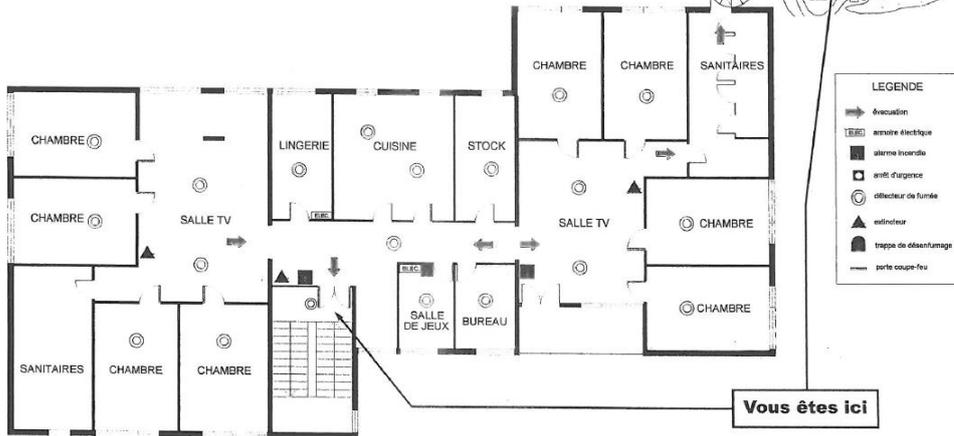
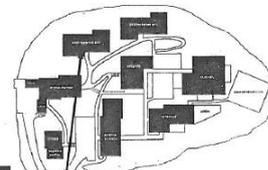
BATIMENT ADMINISTRATION

Point de rassemblement :
parking de l'administration

réalisation : MARECOPA mars 2008

PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
Marie Aimée Méraville
La Combe de Volzac
15100 SAINT-FLOUR



Vous êtes ici

LEGENDE

	évacuation		armoire électrique
	alarme incendie		sortie d'urgence
	détecteur de fumée		extincteur
	trappe de désentassement		sortie coupe-feu

HEBERGEMENT GRAND PAVILLON - 1er ETAGE

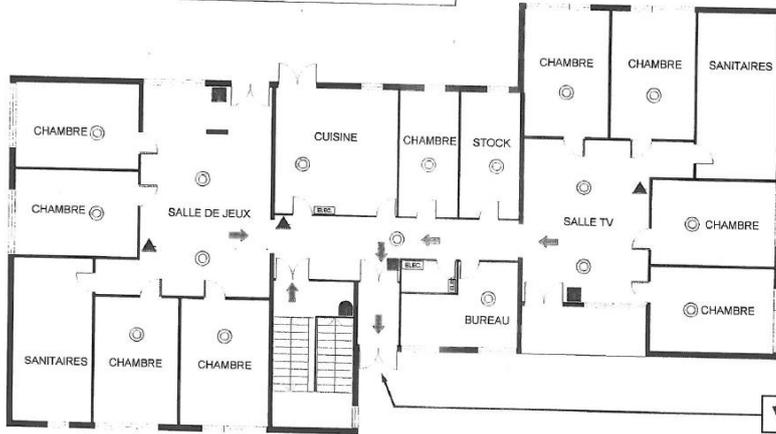
Point de rassemblement :
parking de l'administration

réalisation : MARECOPA mars 08

PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
Marie Aimée MÉRAVILLE
La Combe de Volzac
15100 SAINT-FLOUR

LEGENDE					
	évacuation		abri d'urgence		détecteur de fumée
	armoire électrique		extracteur		zone coupe feu
	alarme incendie		trappe de désenfumage		



HEBERGEMENT GRAND PAVILLON - REZ DE CHAUSSEE

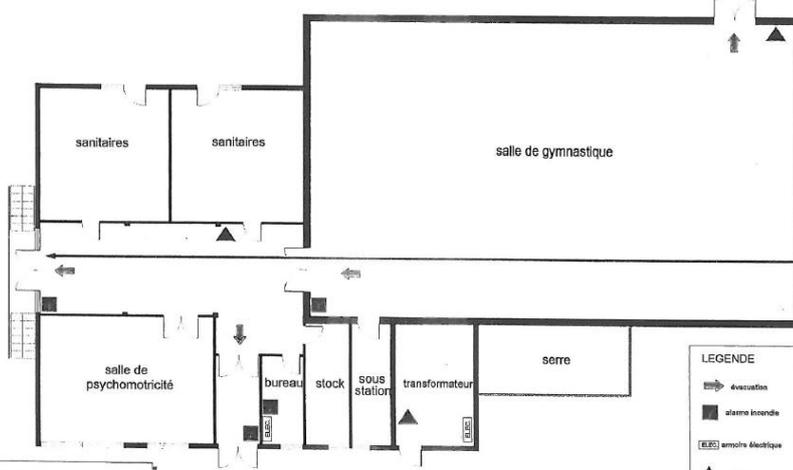
Point de rassemblement :
parking de l'administration

réalisation : MIESECPA mars 2008

PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
Marie Aimée MÉRAVILLE
La Combe de Volzac
15100 SAINT-FLOUR

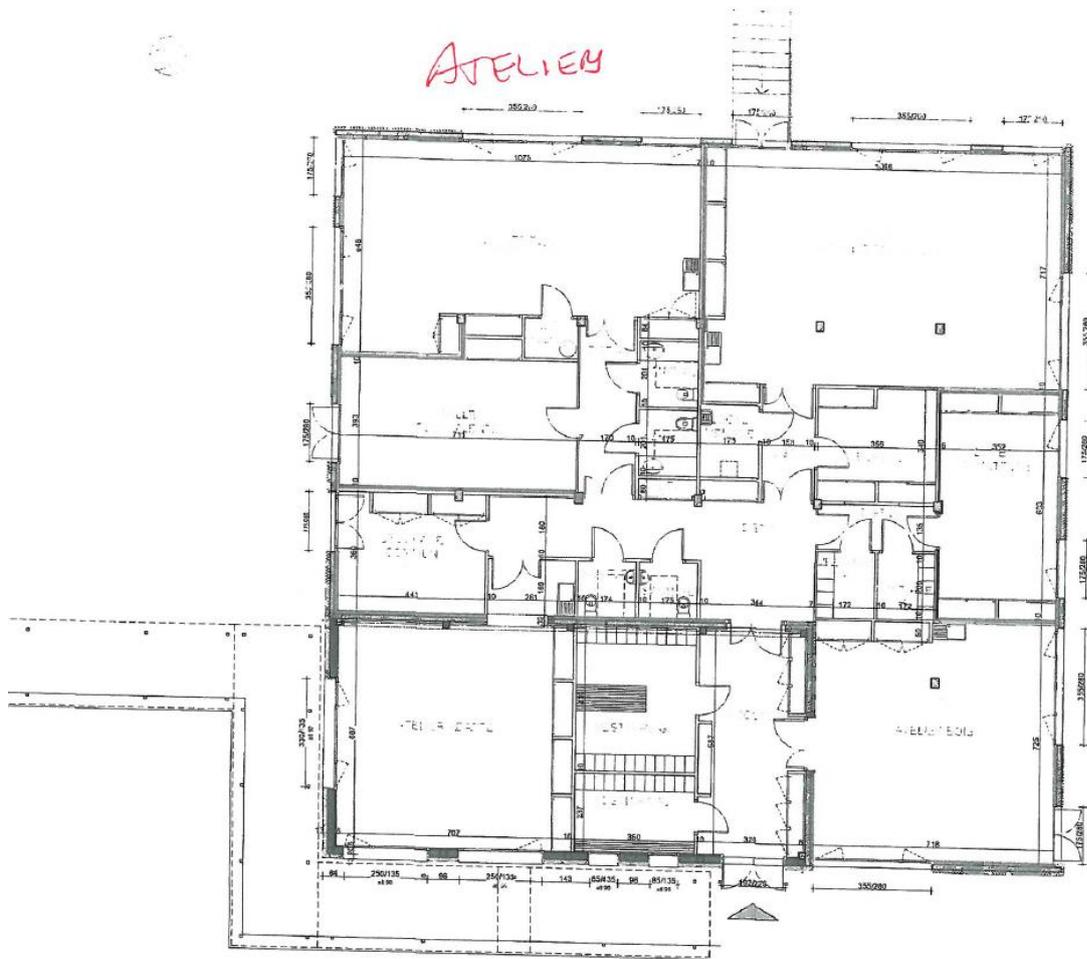
BATIMENT GYMNASE



Point de rassemblement :
parking de l'administration

LEGENDE	
	évacuation
	alarme incendie
	armoire électrique
	extracteur

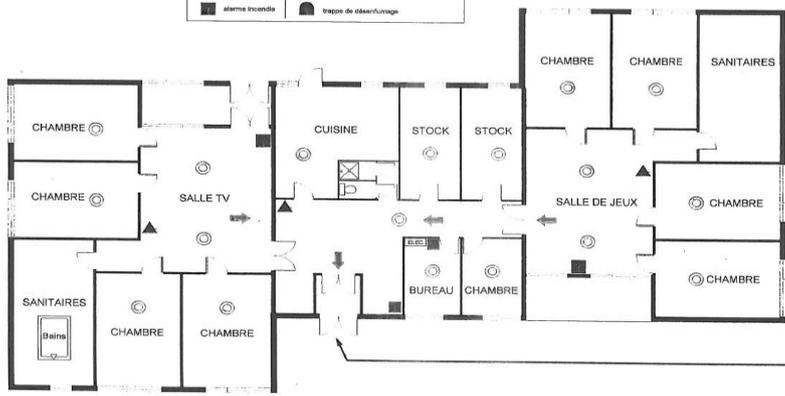
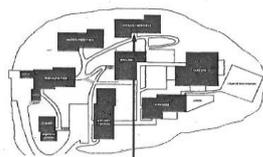
réalisation : MIESECPA mars 2008



PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
 Marie Aimée Méraville
 La Combe de Volzac
 15100 SAINT-FLOUR

LEGENDE			
	Evacuation		airét d'urgence
	alarme électrique		reflecteur
	alarme incendie		détecteur de fumée
			porte coupe-feu
			traces de désamplage

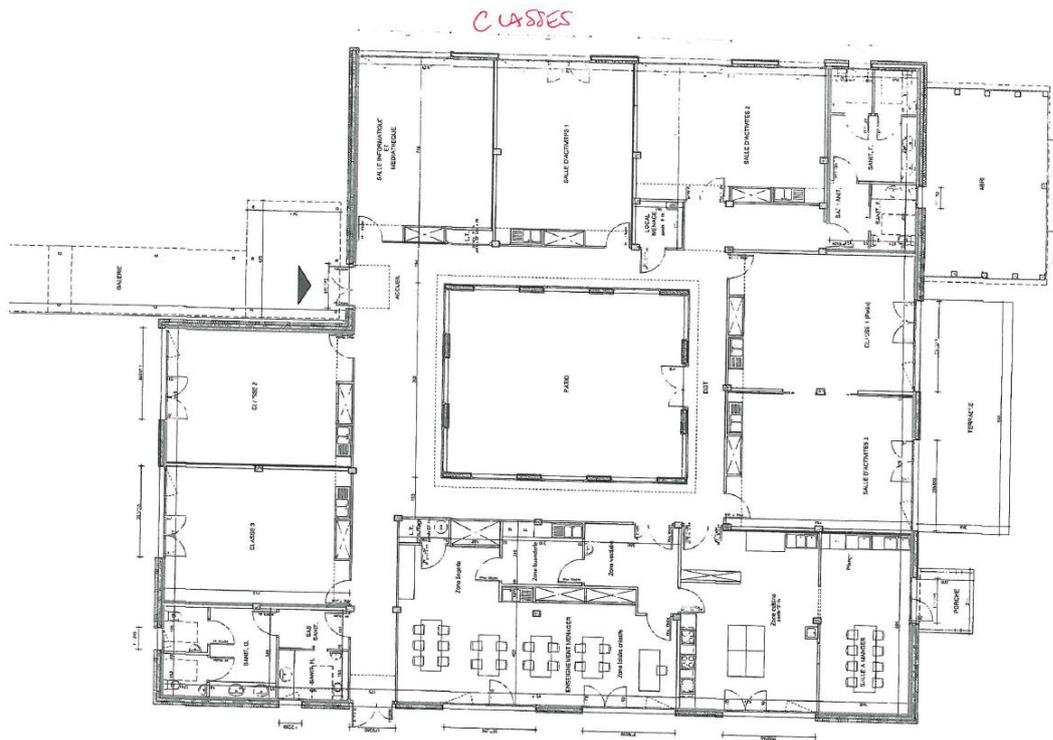


Vous êtes ici

HEBERGEMENT PETIT PAVILLON

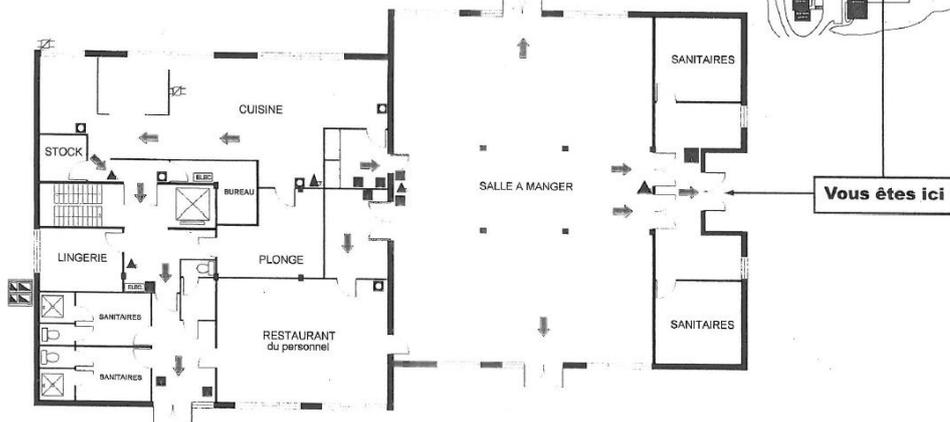
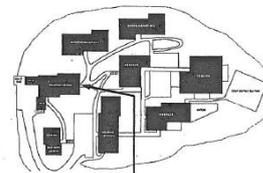
**Point de rassemblement :
 parking de l'administration**

réalisation : HEGESOPA mars 2006



PLAN D'EVACUATION

Institut Médico-Educatif
 Marie Aimée Méraville
 La Combe de Volzac
 15100 SAINT-FLOUR



Point de rassemblement :
parking de l'administration

BATIMENT RESTAURATION

LEGENDE	
	évacuation
	arrêt d'urgence
	armoire électrique
	alarme incendie
	marque charge
	chauffière
	porte coupe-feu
	vanne gaz

réalisation : MUSSESPA, mars 2008

2.2 Exposition aux aléas et facteurs de vulnérabilité

L'établissement identifie les principaux aléas auxquels l'établissement est susceptible d'être confronté compte tenu de :

- Son architecture,
- De sa localisation
- De sa population accueillie.

Exposition aux aléas :

Informations obtenues à partir du Plan de prévention des risques (PPR) et du Plan communal de sauvegarde (PCS) de la commune de St-Flour et le schéma départemental des risques majeurs.

Aléas	Exposition des bâtiments	Exposition des routes d'accès
Inondation/crués	Faible	Faible
Feux de forêt	Modéré	Faible
Séisme	Faible	Faible
Avalanche	Nul	Nul
Glissement de terrain/chutes de pierres	Faible	Faible
Rupture de barrage, de digue	Nul	Nul
Risque industriel	Faible	Faible
Transport de matière dangereuse	Faible	Modéré
Risque nucléaire	Nul	Nul
Radon	Modéré	Modéré
Autres		

Vulnérabilité des approvisionnements :

	Exposition des approvisionnements	Utilisations
Rupture en eau potable	Modéré	
Rupture en électricité	Modéré	Cuisine/eau chaude/machines IMPRO
Rupture en gaz	Faible	Cuve pour cuisine
Rupture en hydrocarbure	Faible	Véhicules/matériel jardinage

L'établissement dispose du réseau Bois intercommunal pour ses systèmes de chauffage.

L'établissement dispose d'une unité de production de repas, aussi on estime à une semaine l'autonomie alimentaire et la possibilité de distribuer des collations.

Pour l'alimentation en gaz, l'établissement a souscrit un contrat d'approvisionnement avec un fournisseur.

2.3 Conventonnement avec un établissement de santé

a) Convention avec un établissement de santé

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 CASF 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* ». Une convention a été mise en place avec le Centre Hospitalier de St-Flour en juin 2015 visant à faciliter l'accès des usagers au service des urgences, le but étant de permettre aux usagers de bénéficier de meilleures conditions d'accès à la filière de soins la plus adaptée à leur situation.

b) Dossier de liaison d'urgence

La circulaire DGS/DHOAS/DGAS/DDSC/DGT/DUS/UAR/2008/156 du 13 mai 2008, précise les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une canicule demande aux ESMS de mettre en place un dossier de liaison d'urgence (DLU) accessible 24H/24 à tout médecin intervenant en urgence dans l'établissement.

Les médecins intervenant au sein de l'établissement veilleront à la mise à jour régulière de cette fiche de liaison.

Lieu de stockage des DLU ou les modalités d'accès si les DLU sont informatisés.

Etage et bureau	Bureau des éducateurs – bât. Administratif Bureau infirmerie
Armoire et classeur	Bureau infirmerie et bannette bureau des éducateurs
Liste des personnes qui ont accès aux DLU	Les personnels éducatifs, la direction et l'encadrement, l'infirmière

2.4. Inventaire des équipements et matériels

Véhicules

	Gasoil	Essence
Véhicules particuliers (administration générale...)	Renault Kangoo 5 places CN 264 CH Renault Clio 5 places 3133 HY 15 Citroën C3 5 places BE 369 PM Dacia Jogger GE 262 XC	Renault Clio 5 places FH 715 TP
Véhicules équipés (ambulance ou VSL)	0	0
Véhicules aménagés pour le transport des personnes en fauteuil roulant	Renault Kangoo CB 393 PG	0
Véhicules de transport de personnes	Renault Kangoo 7 places DT 983 AX Renault Trafic 9 places ER 904 AB Renault Trafic 9 places ER 910 AB Renault Trafic 9 places 8131 HT 15 Renault Master 9 places 7939 HZ 15	0
Grands véhicules de transport (>à 9 personnes)	0	0
Véhicules de transport de marchandises	0	0
TOTAL	10	1

Véhicules SESSAD

Matériels médicaux

Chariot d'urgence	NON
Stérilisateur	NON
Pharmacie	NON
Défibrillateur	OUI
Respirateurs de transport	NON
Respirateur mixte	NON

Logistiques hébergement

	Quantités
Couvertures/Couettes	49
Couvertures/Couettes M1	140
Lits d'appoints	15

Logistiques cuisine

Cellule de refroidissement	1
Four électrique	1
Chambre froide	1
Armoires réfrigérées	4
Piano gaz	1

Equipement thermique

Chauffage : énergie : chaufferie réseau de chaleur (bois)

Eau chaude : ballon électrique

Climatisation : Non

2.5 Autres descriptions de l'établissement

Personnel

Présence d'une IDE H24 : Non

Médecin généraliste : 2 heures/semaine

Médecin Pédiopsychiatre : 1 demie journée/semaine

Gestion des Décès

Pas de capacité de conservation des corps du fait de la nature de l'activité de l'établissement.

Autres conventions :

Déchets d'activité de soins à risque infectieux

Autres déchets

Pharmacie – approvisionnement auprès des officines de la Ville Haute

Laboratoire - OXYLAB

Equipe mobile : EQUIPE MOBILE AUTISME

Sociétés de prestations diverses

2.6 Exercices/RETEX/Evenements ou incidents importants

Exercices.

Organisation d'une mise en situation et d'un exercice collectif de mise en œuvre du plan particulier de mise en sécurité dans le cadre de l'alerte qui sera donnée à l'ensemble des établissements scolaires du département du Cantal le 24 janvier 2019.

Retex

Cet exercice a permis d'analyser les vulnérabilités du site, d'en déduire les mesures correctives adéquates, d'élaborer les procédures de sécurité et d'adapter les bons réflexes dans le cadre des préconisations de la vigilance attentat.

Evènements ou incidents importants

De façon pluriannuelle, l'établissement rend compte auprès du CSE et du CVS des évènements indésirables ou incidents ayant eu lieu.

2.7 Plan de continuité des activités – PCA

Les ESMS doivent finaliser un PCA ; En effet, en période de situation exceptionnelle, les structures doivent continuer à fonctionner malgré les nombreuses difficultés auxquelles elles sont susceptibles d'avoir à faire face :

- Augmentation du nombre de personnes malades chez les usagers et les membres du personnel,
- Diminution des effectifs,
- Difficultés d'approvisionnement...

Le renforcement des effectifs à partir d'une réserve de personnes ressources, en interne ou en externe doit faire l'objet d'une réflexion.

Le PCA s'inscrit naturellement dans le cadre du PLAN BLEU détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique par l'établissement (Courrier DGAS aux préfets du 14 juin 2007).

Ce plan doit prévoir à la fois des modes d'organisation spécifiques en situation dégradée et la protection des personnels.

Architecture du PCA (voir Annexe)

L'ESMS examine les conséquences d'une crise sur son activité habituelle, en se basant sur les taux d'absentéisme du personnel administratif, éducatif, soignant, technique.

L'établissement identifie et hiérarchise ses missions :

- Celles qui devront être assurées en toutes circonstances
- Celles qui pourront être interrompues pendant 1 à 2 semaines
- Celles qui pourront être interrompues au-delà.

Une part du PCA est consacrée aux mesures de protection de la santé et de la sécurité des personnels (exemple : stocks de masques, les moyens nécessaires au lavage de mains, consommables pour les DASRI...).

Les Services de l'ESMS qui assurent des activités essentielles à la vie quotidienne de donnent les moyens de poursuivre leur activité auprès des usagers tout en protégeant les personnels. Il s'agit des activités suivantes : hygiène, préparation des repas, etc.

Les procédures de rappel des personnels applicables dans le cadre du PCA

Le directeur de l'établissement, la gestion des ressources humaines et le cadre de service évaluent le besoin en renfort de personnel (qualification, nombre) nécessaire à la continuité de la vie des services.

Trois modalités de rappel s'appliquent :

☞ Le rappel par voie simple

Le rappel s'appuie sur le listing et annuaire des personnels et intervenants extérieurs éventuels (obligation pour les agents de transmettre leurs coordonnées personnelles).

Le message passé au personnel est succinct et doit préciser le déclenchement du Plan Bleu, la nature de l'évènement et les conséquences, le lieu de rendez-vous (service habituel à priori), l'affectation au poste habituel ou sur les tâches identifiées comme prioritaires.

Il est impératif de prévoir l'accueil du personnel, en l'informant des conditions d'accès du site (exemple : routes potentiellement bloquées ou locaux fermés etc...), organiser les repas à servir au personnel, organiser leur hébergement, etc...

☞ Le rappel par voie d'assignation

Ce rappel émane de l'autorité administrative et relève de l'unique pouvoir du Directeur. Ce type de rappel a pour but d'assurer la permanence des soins. Cette assignation est faite sous forme d'une lettre individuelle adressée aux agents concernés.

Il convient que les modalités de rappel du personnel soient négociées avec l'ensemble du personnel au travers des représentants du personnel afin d'éviter toutes difficultés au moment de l'évènement.

☞ Le rappel par voie de réquisition

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

Le préfet informe l'ARS, le SAQMU, les services d'urgence et les représentants des collectivités territoriales.

Des indemnités des personnes requise sont prévues conformément à l'ordonnance du 6 janvier 1959.

PARTIE 3 : CELLULE DE CRISE

3.1 Organisation de la cellule de crise

a) Composition de la cellule de crise

Directeur	Maryline PULLES
Responsable Ressources Humaines	Virginie VESCHAMBRE
Cadre Socio-Educatif	Géraldine CHALIER
Service Infirmier	Marlène MAGAUD
Médecin	Dr ACETTA ou Dr DONNADIEU
Responsable Services économiques/ Gestion des Risques/Démarche qualité	Audrey BUCHON
Responsable services Techniques	Joel ROCHETTE
Responsable des cuisines	Myriam MEDARD
Représentants CSE	Marguerite PISSAVY, Léa Rochette, Christel MANDIRAC

Les coordonnées téléphoniques personnelles des membres de la cellule de crise sont dans une enveloppe cachetée et mise à disposition au niveau du bureau de la responsable des ressources humaines.

La direction s'engage à n'utiliser cette liste qu'en cas de situation exceptionnelle.

b) Localisation de la cellule de crise

La cellule de crise prend place dans le bureau de la direction – bâtiment administratif.

c) Tâches prioritaires de la cellule de crise

- Diffusion à tous les services de l'établissement de la mise en alerte de l'établissement par le secrétariat par téléphone, par messagerie interne, et par note de service, le message simple à adresser et le suivant : » *le PLAN BLEU est activé dans l'établissement* » en précisant la nature de l'évènement,
- Recensement des personnels,
- Recensement des possibilités en lits daté,
- Recensement des possibilités d'accueils séquentiels en fonction de la nature de la crise (exemple : canicule), accueil de quelques heures/jours, hébergement temporaire,
- Confronter le bilan des effectifs présents et l'ampleur ou la nature de l'évènement (exemple : nombre d'utilisateurs nécessitant une surveillance pour un apport hydrique, nombre d'utilisateurs d'un établissement de santé à accueillir...),
- Lancer la procédure de renforcement des personnels
- Activer la préparation des locaux d'accueil avec désignation de ou des salles dédiées de l'établissement,
- Organiser le suivi de l'évolution de la situation des usagers 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 usagers que pour le personnel,
- Rendre compte de la situation à l'autorité (ARS) selon les modalités figurant dans le Plan Bleu ou selon les consignes qui auront été données le moment venu.

Rôle des membres de la cellule de crise

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 ☞ Responsable de la communication et de sa gestion ☞ Relation avec les autorités ☞ Relation avec les médias ☞ Mise en place du secrétariat de la cellule de crise ☞ Transmission des données fournies par des indicateurs 	Le directeur ou son représentant désigné
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Coordination médicale en lien éventuellement avec le SAMU, l'établissement de santé dans le cadre de la convention en vigueur, ☞ Rappel des personnels paramédicaux ou médicaux, ☞ Recensement des transferts et des décès, ☞ Délivrance et/ou adaptation de conseils médicaux, selon le type de risque ☞ Recensement des usagers fragiles ou présentant une pathologie fragilisante par rapport à la nature du risque ☞ Bilan des possibilités d'accueils séquentiels ou non, ☞ Veille de l'adéquation des besoins en produits de santé par rapport aux stocks disponibles, ☞ Adaptation de l'activité des personnels soignants en fonction de la nature de l'évènement, ☞ Hébergement des personnes extérieures 	Le ou la responsable de santé (Médecin /infirmier)
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Rappel des autres catégories de personnel ☞ Responsable du PCA en lien avec la direction ☞ Gestion du secrétariat de la cellule de crise 	Le responsable des ressources humaines Le Cadre Socio-Educatif
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Approvisionnement et équipements médico-techniques, logistiques etc... ☞ Approvisionnement (nourriture, boissons, gaz, carburant...) 	Le responsable des services économiques et des services techniques
<ul style="list-style-type: none"> ☞ S'assure de la mise en place des procédures liées à la survenue du risque ☞ Responsable de l'actualisation du Plan Bleu en lien avec la Direction 	Le gestionnaire des Risques

3.2 Annuaire des numéros utiles

Le Plan Bleu comporte trois annuaires :

- Les numéros internes à l'établissement
- Les numéros des partenaires utiles : institutions, ARS AURA et Délégation Territoriale du cantal, préfecture, C.H conventionné avec le numéro du bureau des entrées, des urgences, secrétariat de direction, le CLIN), le Conseil Départemental, La mairie de Saint-Flour, les fournisseurs d'énergie, les professionnels de santé partenaires, les pharmacies, transports sanitaires, etc...
- Les numéros de téléphones des personnels salariés de l'établissement sous pli cacheté cf.3.1

Fonction	Nom	☎	Mail
Direction	Maryline PULLES	13	direction@ime-saintflour.fr
Ressources humaines	Virginie VESCHAMBRE	15	administration@ime-saintflour.fr
Relation fournisseurs, Gestions des risques et de la Qualité	Audrey BUCHON	33	accueil@ime-saintflour.fr
Comptabilité	Simone GREZE	16	comptabilite@ime-saintflour.fr
Accueil ; Gestion des usagers	Audrey DECHANET	10	secretariat@ime-saintflour.fr
Cadre socio-éducatif	Géraldine CHALIER	20	cadresocioeduc@ime-saintflour.fr
Directeur pédagogique	Maxime BELHOMME	21	cadrepedago@ime-saintflour.fr
Bureau éducateurs Bâtiment administration		34	
Infirmière	Marlène MAGAUD	18	infirmierie@ime-saintflour.fr
Psychologue	Laurie LE BARS	19	psycho@ime-saintflour.fr
Psychomotricienne IME	Marie-France ZEROLO	31	psychomot@ime-saintflour.fr
Cuisine	Aline BOYER Marguerite PISSAVY Myriam BONNET	23	cuisine@ime-saintflour.fr
Salle à manger du personnel		22	
Lingerie	Sabine MEDARD	25	
Salle de couture		24	
Groupe Garçons		26	educrdc@ime-saintflour.fr
Groupe Filles		27	educ1er@ime-saintflour.fr
Groupe des Petits		28	educpp@ime-saintflour.fr
Unité TSA		14	
Educateur sportif	Marjorie RIGALDIES	31	sport@ime-saintflour.fr

Chauffeur	Frédéric NOIZET		06 70 95 82 66
Chauffeur	Pascale VEYRES		06 02 19 49 26
Classe n°1	Pierre GLENAT	53	
Classe n°2	Maxime BELHOMME	55	cadrepedago@ime-saintflour.fr
Classe n°3	Virginie GUEUDRE	56	
Enseignement ménager	Florence MALLET	54	
Salle informatique		50	
Salle activités 1		51	
Salle activités 2		52	
Secrétariat SESSAD	Audrey DECHANET	12	sessadsecretariat@ime-saintflour.fr
Psychologue SESSAD	Auréli BOISSINOT	12	sessadpsycho@ime-saintflour.fr
Equipe éducative SESSAD		17	sessadeducs@ime-saintflour.fr
Assistant de service social	Christel MANDIRAC		sessadas@ime-saintflour.fr
Psychomotricienne SESSAD	Elodie LECONTE		sessadpsychomot@ime-saintflour.fr
Cuisine SESSAD		37	
Bureau Ateliers		40	bureauateliers@ime-saintflour.fr
Atelier bois	André MALLET	41	
Atelier technique	Joël ROCHETTE	42	
Atelier polyvalent	Emmanuel MAS	43	
Salle polyvalente		44	
Atelier adapté	Patrice MOULIN	45	

3.2 Annuaire des numéros utiles			
			N° téléphone
Electricité	EDF Collectivités	TSA 10020 69461 LYON Cedex 05	04 26 70 17 22
Problème électrique	Entreprise MOURGUES	3 rue de la Planèze 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 05 91/07 78 20 30 51
Plomberie	Entreprise MOURGUES	4 rue de la Planèze 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 05 91/07 78 20 30 51
Urgence Dépannage Electricité	ENEDIS		08 11 01 02 11
Gaz (cuisine)	PRIMAGAZ	Tour Opus 12 77 Esplanade du Général de Gaulle CS 20031 92914 Paris La Défense Cedex	09 70 80 87 08
Téléphonie /Internet	ORANGE Business Services	AE Rhône Alpes Auvergne Orange Business Services TSA 40004 82008 MONTAUBAN Cedex	3901
Installation téléphonique	RESINTEL	5, Avenue des Pupilles 15000 AURILLAC	04 71 48 62 00
Informatique	MICRO 15 -XEFI	Centre Commercial Montplain 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 77 77
Chauffage	Saint-Flour Communauté	Village d'entreprises ZA le ROZIER Coren 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 56 89
Maintenance réseau Chauffage	Engie Coffely	Code identification : 1849 772 00 / Code installation : 702 000 0000	0 8111 20 2043
Eau	Services Techniques	28 avenue de Besserette 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 45 73
chaudière appartement d'insertion	Entreprise TARDIEU	27 rue Henri Rassemusse 15100 SAINT-FLOUR	04 71 60 00 17
Analyses alimentaires	TERANA CANTAL	100 rue de l'Egalité 15013 AURILLAC Cedex	04 71 45 58 80
Analyses d'eau	TERANA CANTAL	100 rue de l'Egalité 15013 AURILLAC Cedex	04 71 45 58 80

3.3 Protocole de mise en place de la cellule de crise

La procédure de gestion de la communication

Le directeur ou son représentant assure la communication interne au nom de l'établissement.

L'information des usagers, des personnels et des familles ou ayants-droits des usagers.

Les attentes de la communication :

- ✚ Information de base et transparence de la situation,
- ✚ Mesures prévues et mises en œuvre
- ✚ Les risques pour les usagers et leur famille,
- ✚ Conséquences pour les usagers et leurs familles,
- ✚ Ecoute de la part des professionnels,
- ✚ Réponses claires et précises aux questions posées ;

La forme et le support de communication :

- ✚ Il est pratiqué une première communication orale directe répondant aux attentes du personnel et des usagers,
- ✚ Préparation d'une information aux familles ou ayants-droits des usagers (le secrétariat et le personnel doivent apporter une réponse préparée par la Direction),
- ✚ Une communication complémentaire par courrier et voie d'affichage est pratiquée,
- ✚ Des supports d'information sont disponibles et peuvent être remis directement (préconisations de l'OMS par exemple).

Le contenu et la stratégie de la communication :

- ✚ Les messages doivent être simples, concis et facilement compréhensibles,
- ✚ Il faut rester positif et rassurant,
- ✚ Également être factuel et transparent sur les évènements,
- ✚ Livrer l'information de façon régulière sur l'évolution de la situation,
- ✚ Porter l'information sur la fin de l'alerte et organiser un retour d'expérience avec le personnel et les usagers.

L'information des autorités.

Les attentes :

- ✚ Être averti rapidement de la situation (la nature de l'évènement, le nombre d'utilisateurs et personnels concernés),
- ✚ Être averti des mesures prises (déclenchement du Plan Bleu, les procédures activées)
- ✚ Être averti des besoins de l'établissement,
- ✚ Être averti des actions de communication interne et externe,
- ✚ Respecter le circuit des déclarations,
- ✚ Faire le point régulièrement avec l'ESMS.

Les délais et les supports :

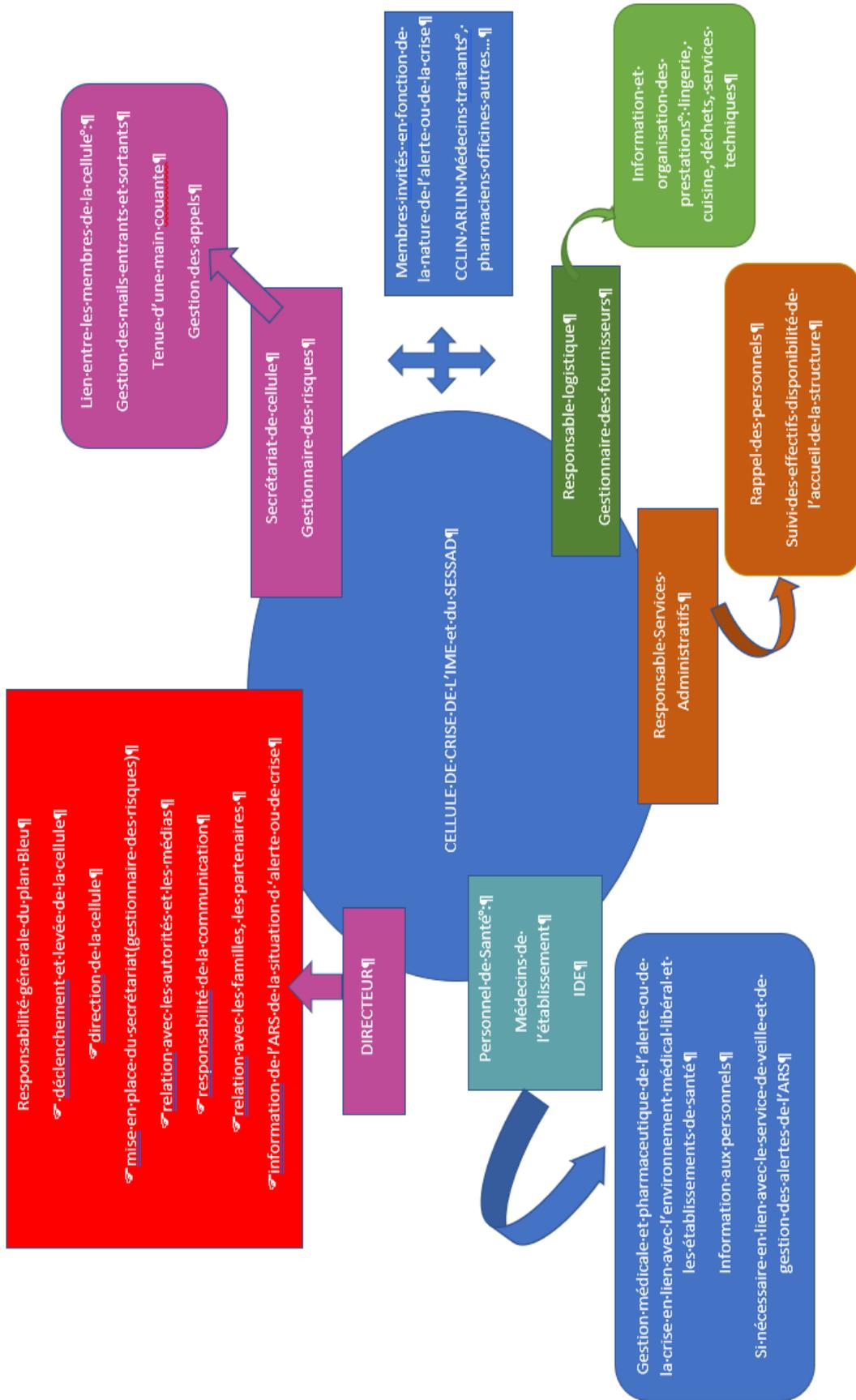
- ✚ Contacter le plus tôt possible l'ARS/DT15, ou le numéro unique confié pour l'évènement (exemple : numéro unique),
- ✚ A posteriori : adresser les supports officiels et rédiger une note de synthèse précise de la situation,
- ✚ Le contenu et la stratégie
- ✚ Tenir une main courante permettant la traçabilité des évènements,
- ✚ Respecter la réglementation,
- ✚ Informer les tutelles si risque de médiatisation.

La gestion de la communication auprès des médias.

Le Directeur ou son représentant assure la communication externe au nom de l'établissement de façon exclusive (le personnel n'est pas autorisé à communiquer avec les médias).

Si l'évènement concerne l'établissement sans impact sur l'environnement extérieur, le directeur assure la communication au nom de l'établissement. Il informe l'ARS de la communication de l'évènement.

Si l'évènement dépasse le cadre de l'établissement la communication est assurée par la Préfecture et/ou l'ARS ; Le Directeur prend attache auprès de l'ARS afin de s'accorder sur qui communique et sur quoi.



PROCEDURES ET ANNEXES

I.M.E Marie- Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. COMMUNICATION EXTERNE EN CAS DE CRISE	PR	G1.5.1	01	0
		Date de création : 23/03/2020			
		Dernière modification :			
		Page 1 sur 2			

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir pour communiquer en cas de crise, dans le cas où l'établissement doit être amené à informer les autorités ou à être sollicité par les médias.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

⇒ Procédure interne en cas de crise

DEFINITION

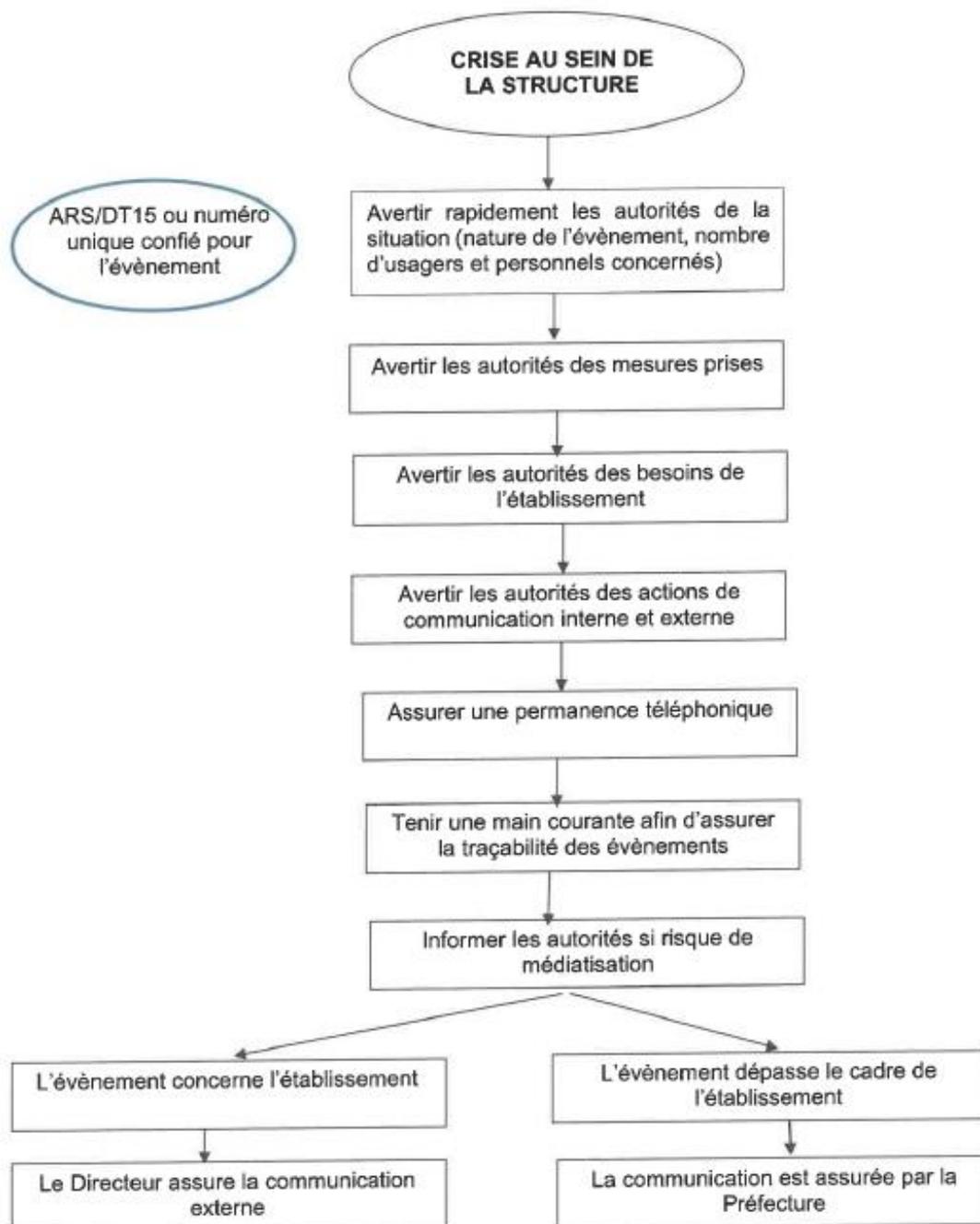
- ⇒ Toute situation exceptionnelle, tout événement indésirable conduisant à une situation de crise doit être connue sans délai par les autorités de tutelle.
- ⇒ La diffusion d'information aux médias doit être coordonnée et réalisée par l'équipe de direction ou par une personne mandatée par la direction.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	23/03/2020		23/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	23/03/2020	Création

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. COMMUNICATION EXTERNE EN CAS DE CRISE	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 23/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 2				

LOGIGRAMME



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE EN CAS D'URGENCE VITALE	PR	G1.5.1	01	0
		Date de création : 14/03/2019			
		Dernière modification :			
		Page 1 sur 4			

OBJET

- ⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas d'urgence vitale.
- ⇒ Les différentes mesures doivent être prises dans l'ordre établi.

DOMAINE D'APPLICATION

- ⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure en cas d'incendie.
- ⇒ Fiche de liaison centre hospitalier
- ⇒ Liste des usagers inscrits dans l'établissement.

REFERENCE

- ⇒ INRS (Institut National de recherche et de sécurité)
- ⇒ Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

DEFINITIONS

- ⇒ **Définition généraliste Urgence vitale** : Situation dans laquelle la vie d'un individu est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés.

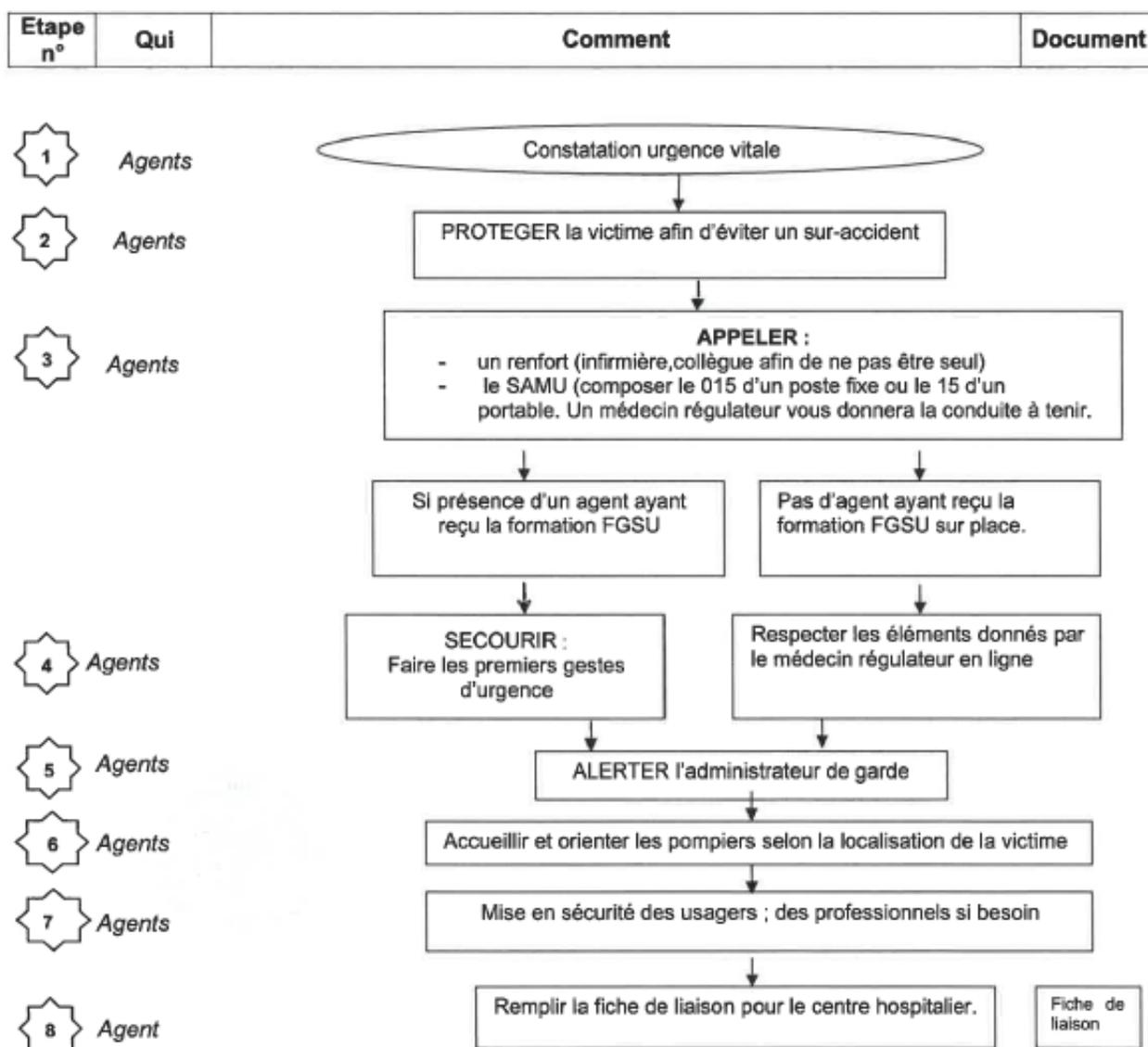
	Rédaction	Approbation	Validation
Date	14/03/2019		
Nom Fonction	Audrey BUCHON Référente Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions

N° Version	Date	Nature des modifications
1	14/03/2019	Création
2		
3		

I.M.E Marie-Aimée Méréville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE EN CAS D'URGENCE VITALE	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 14/03/2019				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 4				

LOGIGRAMME



I.M.E Marie-Agnès Mégevillie SESSAD du Pays de St-Flour Le Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PLAN DE CIRCULATION EN CAS D'EVENEMENT EXCEPTIONNEL			
	PR	G1.5.1	01	0
Date de création : 26/03/2020				
Dernière modification :				
Page 1 sur 2				

OBJET

⇨ Cette procédure décrit le plan de circulation à respecter en cas d'évènement exceptionnel.

DOMAINE D'APPLICATION

⇨ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇨ Procédure incendie
- ⇨ Procédure évacuation de l'établissement

DEFINITION

⇨ Un plan de circulation permet d'assurer l'accessibilité de l'établissement (entrées et sorties) et la sécurité des usagers et agents

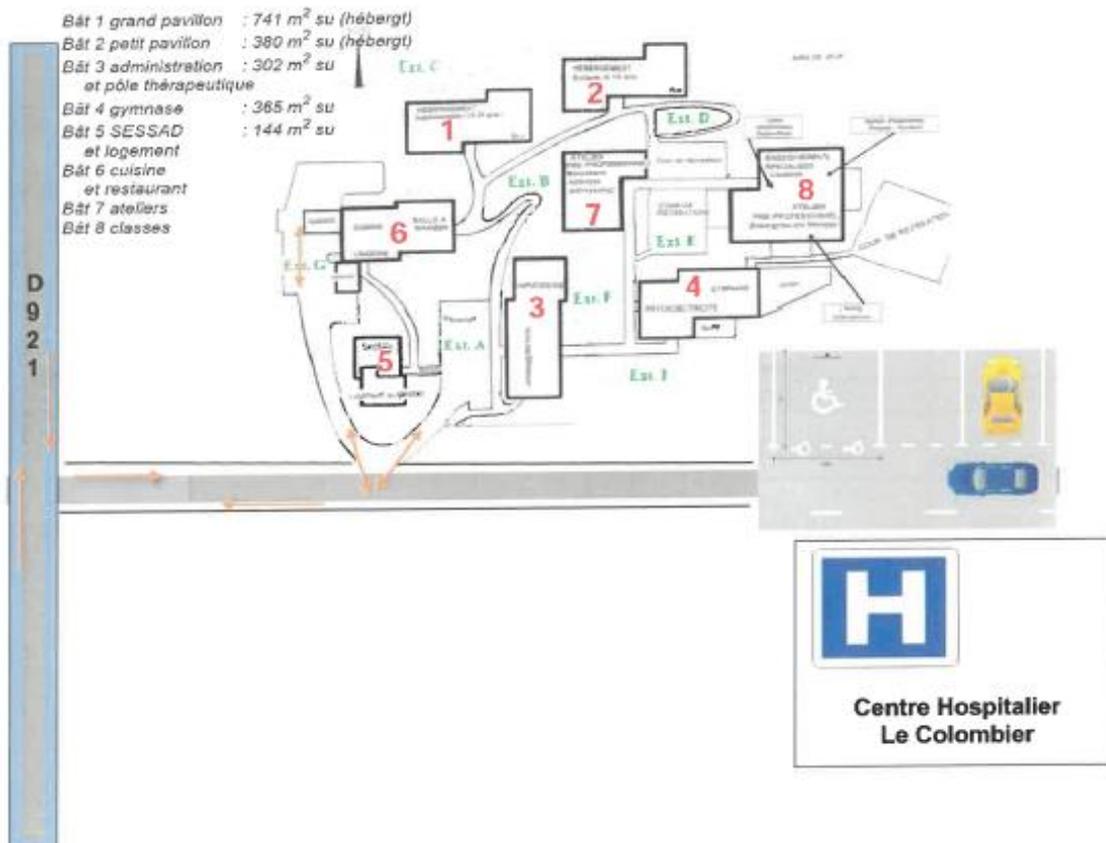
	Rédaction	Approbation	Validation
Date	26/03/2020		26/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	26/03/2020	Création

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PLAN DE CIRCULATION EN CAS D'ÉVÉNEMENT EXCEPTIONNEL	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 26/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 2				

PLAN DE CIRCULATION et de STATIONNEMENT

Plan général



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN GAZ	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 26/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 1 sur 2				

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de rupture d'approvisionnement en gaz. Au sein de l'établissement, cette rupture impacterait uniquement les cuisines, l'établissement étant raccordé au réseau chaleur bois de Saint-Flour Communauté.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel de cuisine de l'établissement.

DOCUMENT ASSOCIE

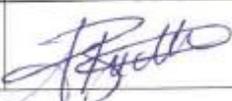
⇒ Attestation de maintenance Citerne Gaz

REFERENCE

⇒ Code de la Santé Publique R1321 et L1321

DEFINITION

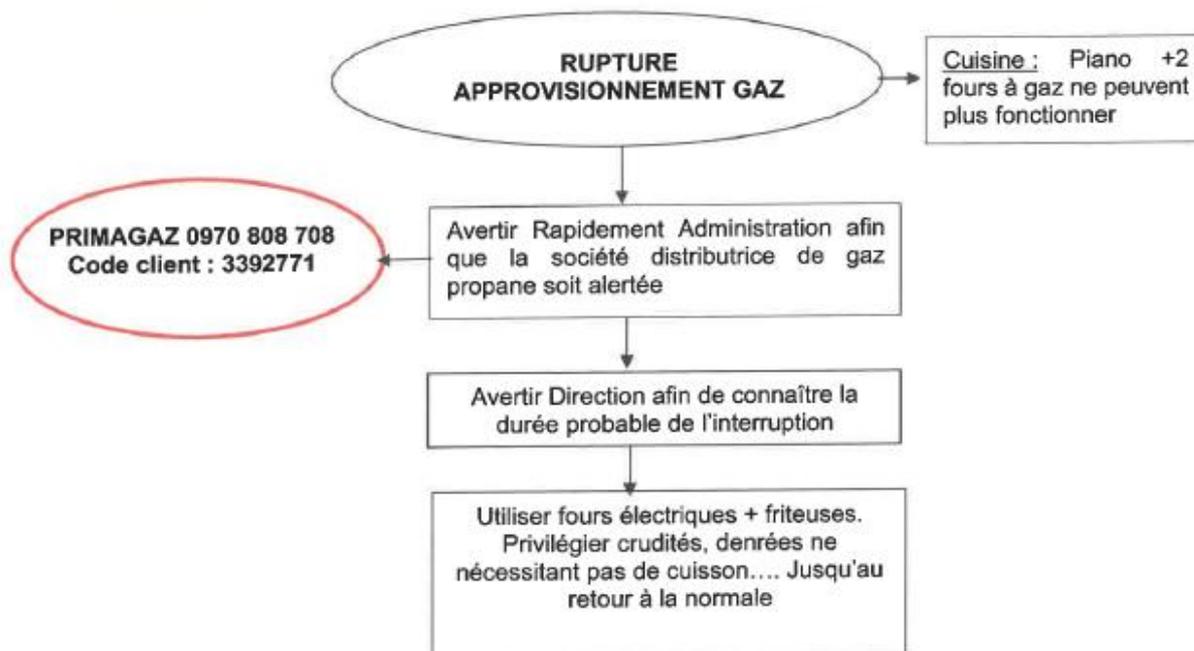
⇒ Fait de s'interrompre brusquement, sans prévenir.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	26/03/2020		26/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON, Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	26/03/2020	Création

I.M.E Marie-Aimée Mersville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN GAZ	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 26/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 2				

LOGIGRAMME



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE INTERRUPTION ALIMENTATION ELECTRIQUE	PR	G1.5.1	01	0
		Date de création : 01/04/2020			
		Dernière modification :			
		Page 1 sur 3			

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas d'interruption d'alimentation électrique au sein de l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

REFERENCE

⇒ Circulaire DGAS/2009/170 du 18 juin 2009 :

« Le 26 mai 2009 est paru le décret n°2009-597 qui clarifie l'article 7 de la loi sur la modernisation de la sécurité civile (loi n°2004-811 du 13 Août 2004). Il détermine les obligations des gestionnaires d'établissements médico-sociaux en matière de sécurité en cas de défaillance en énergie. Une circulaire de la DGAS (1) du 18 juin 2009 vient préciser ce décret. Deux cas sont donc exposés :

1/ Les établissements qui hébergent en permanence et de manière collective des personnes dont la pathologie nécessite du matériel médical nécessaire à leur sécurité, doivent disposer de moyens d'alimentations autonomes en énergie (groupes électrogènes en poste fixe ou nouveau moyen technologique). Cependant, 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. Ces obligations doivent être remplies au plus tard le 14 septembre 2012.

2/ 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 »

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	01/04/2020		01/04/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	01/04/2020	Création
2		
3		

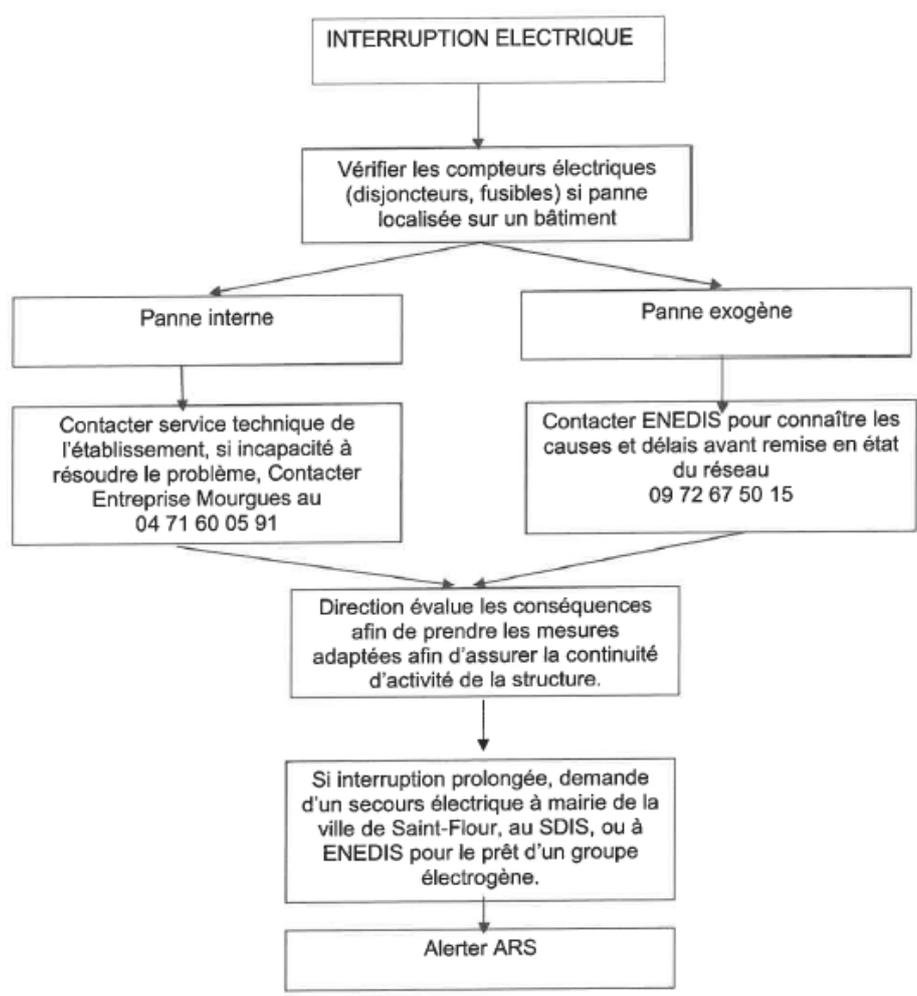
DEFINITIONS

⇒ L'établissement (n'étant pas équipé d'ascenseurs ou de matériel médical nécessitant une alimentation électrique) ne possède pas de groupe électrogène. En cas d'interruption électrique, la Direction aura recours à un prestataire extérieur pour la location d'un groupe électrogène en cas de nécessité majeure.

ACTIONS EN PREVENTION

- Information du personnel sur l'emplacement des compteurs électriques
- Contrat de maintenance électrique
- Contrat de vérifications électriques

LOGIGRAMME



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DESTINEE A LA CONSOMMATION HUMAINE	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 01/04/2020				
		Dernière modification :				
		Page 1 sur 3				

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de rupture d'approvisionnement en eau au sein de l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure légiionnelle
- ⇒ Procédure suspicion TIAC
- ⇒ Résultats d'analyses

REFERENCES

⇒ Recommandations de la Sécurité Civile et de la Direction Générale de la Santé (DGS) : Les recommandations en matière de stock d'eau en cas de crise sont souvent issues des principes définis par la Sécurité civile et la DGS, dans le cadre de la gestion des situations de crise. Dans le cadre de la gestion des situations de crise, il est recommandé de prévoir une quantité d'eau par personne d'environ 3 litres par jour, pendant une période de 3 à 7 jours. Cela se traduit donc par un total de 21 litres par personne pour 7 jours.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	01/04/2020		01/04/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	01/04/2020	Création
2		
3		

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DESTINEE A LA CONSOMMATION HUMAINE	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 01/04/2020				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 3				

DEFINITIONS

Une rupture d'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine peut être liée à :

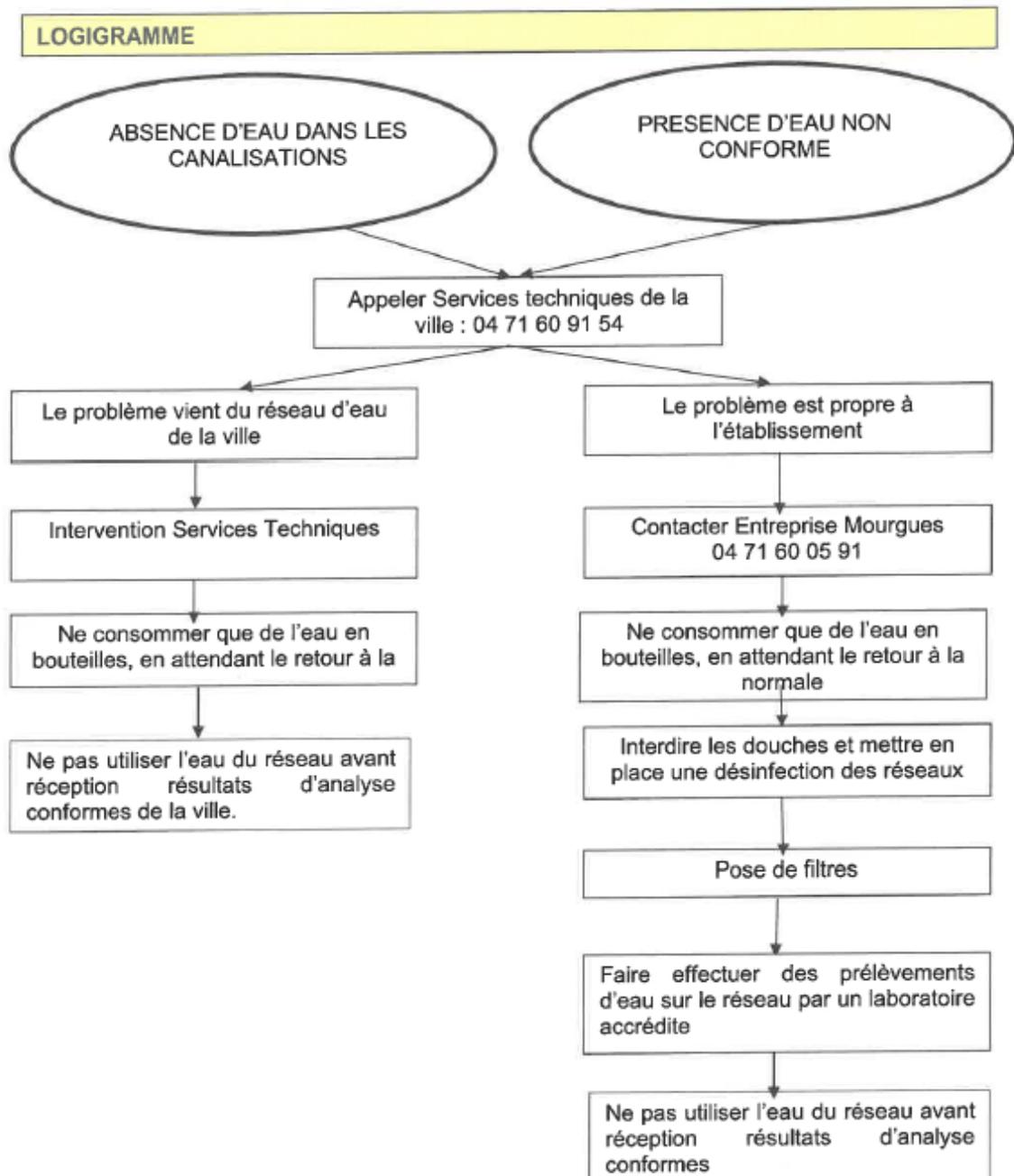
- Une coupure d'eau
- Des résultats analytiques du contrôle sanitaire des eaux de la commune non conformes
- Une suspicion de TIAC d'origine hydrique
- Une suspicion de légionnelle
- Un aspect macroscopique de l'eau du réseau anormale (odeur, couleur, turbidité...)

Cette défaillance peut être interne (partielle ou totale) ou externe (coupure réseau d'alimentation en amont du compteur).

ACTIONS EN PREVENTION

- Connaître son réseau d'eau intérieur (compteurs, canalisations, vannes, matériaux...)
- Contrôle obligatoire tous les 12 mois pour les légionnelles
- Connaître les différentes sources d'alimentation en eau de l'établissement, pour l'établissement il s'agit du réseau d'eau de la ville de Saint-Flour.
- Evitement des eaux stagnantes (purger l'eau 1 fois par semaine des robinets inutilisés).
- Faire couler l'eau des robinets (douches, lavabos, évier, etc.) peu utilisés ou après une absence prolongée pendant 1 minutes avant utilisation
- Constitution d'une réserve d'eau embouteillée
- Détartrer et désinfecter régulièrement les embouts de robinetterie

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU DESTINEE A LA CONSOMMATION HUMAINE	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 01/04/2020				
		Dernière modification :				
		Page 3 sur 3				



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE EN CAS de FEUX DE FORET	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 23/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 1 sur 3				

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas d'un feu de forêt à proximité de l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

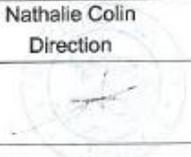
⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure Incendie
- ⇒ Procédure Confinement suite à pollution extérieure

REFERENCE

⇒ INRS (Institut National de recherche et de sécurité)

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	23/03/2020		23/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	23/03/2020	Création
2		
3		

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE EN CAS DE FEUX DE FORET	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 23/03/2020				
		Dernière modification :				
		Page 2 sur 3				

DEFINITIONS

⇒ **Définition Incendie :**

Feu violent et destructeur. Réaction de combustion non maîtrisée dans le temps et l'espace.

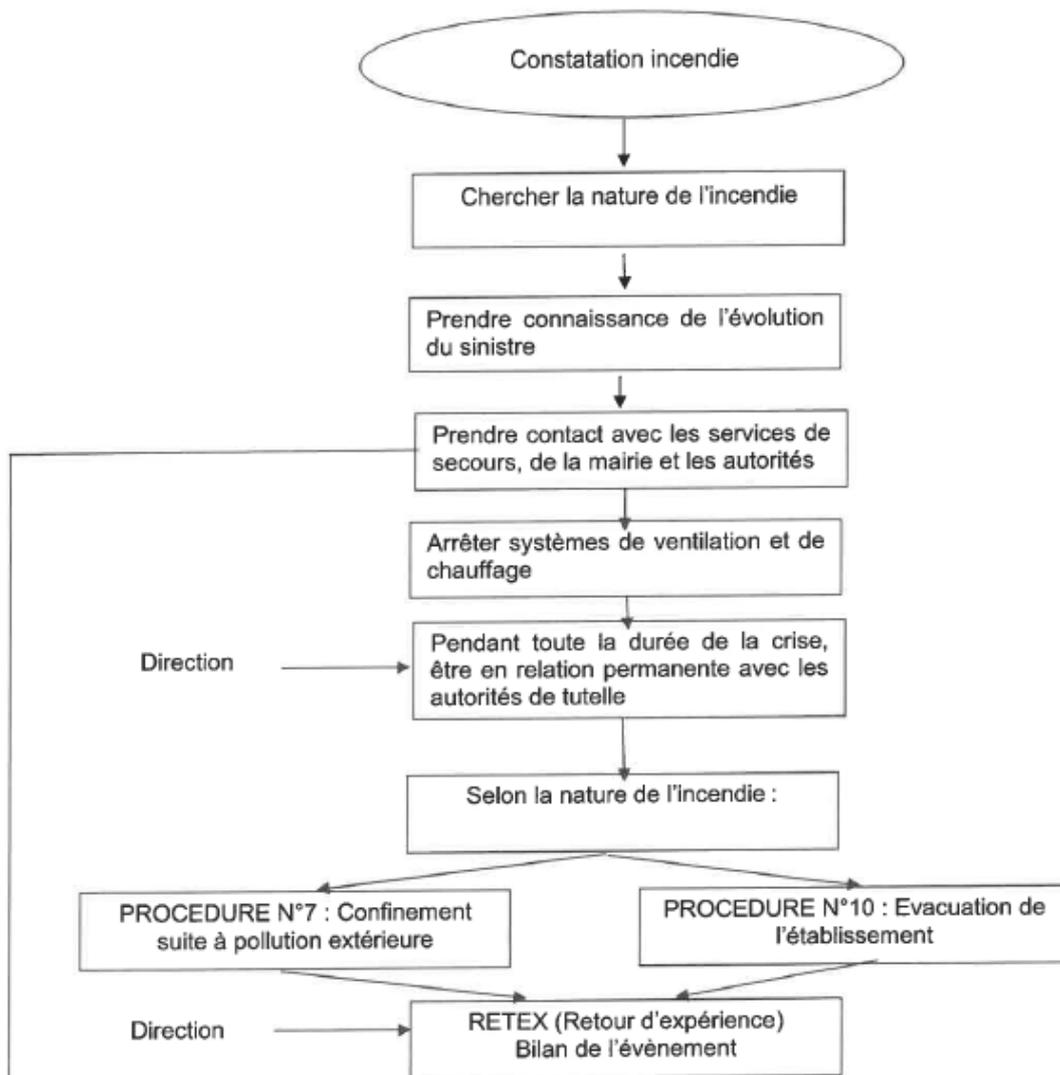
1 – ACTIONS EN PREVENTION

→ Confinement de l'établissement (Se reporter à Procédure N°7 : **Confinement en cas de pollution extérieure**)

→ Evacuation de l'établissement (Se reporter à procédure N°10 : **Evacuation de l'établissement**)

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROCEDURE EN CAS DE FEUX DE FORET			
	PR	G1.5.1	01	0
	Date de création : 23/03/2019			
	Dernière modification :			
	Page 3 sur 3			

LOGIGRAMME DES ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE



→ **Contacts** Centre de secours des sapeurs-pompiers : 18
 Mairie de Saint-Flour : 04 71 60 61 20
 Sous-Préfecture : 04 71 60 02 03 – Préfecture : 04 71 46 23 00
 ARS : 04 72 34 72 00
 Conseil Général : 04 71 46 20 20

	GOVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01
		Date de création : 06/06/2023			
		Dernière modification : 23/06/2023			

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir dans un contexte de cybercriminalité. Le contexte politique et international exposant notre pays.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La sécurité informatique n'est pas seulement l'affaire du responsable SI et de la Direction. La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

REFERENCE

⇒ Guide de bonnes pratiques de l'ANSSI

⇒ <https://www.cybermalveillance.gouv.fr>

⇒ Décret du 27 avril 2022 relatif au traitement des incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information.

⇒ Instruction N°SHFDS/FSSI/2023/78 du 23 mai 2023 relative au traitement des incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information.

DOCUMENT ASSOCIE

⇒ Aide à la déclaration incidents sécurité des systèmes d'information.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	07/03/2022		07/03/2022
Nom Fonction	Audrey DECHANET Audrey BUCHON		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	07/03/2022	Création
2	26/06/2023	Modification suite à instruction N°SHFDS/FSSI/2023/78 du 23 mai 2023
3		

	GOUVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01
		Date de création : 06/06/2023			
		Dernière modification : 23/06/2023			

DEFINITIONS

⇒ **L'ANSSI ou CERT Santé** est l'autorité nationale en matière de sécurité et de défense des systèmes d'information.

⇒ Une **cyberattaque** est un acte malveillant envers un dispositif informatique.

⇒ Le **phishing ou hameçonnage** est une pratique malveillante qui consiste à récupérer des informations. Les tentatives de phishing prennent principalement la forme d'un mail frauduleux. Celui-ci imite l'aspect et le contenu d'un courriel officiel et invite le destinataire à renseigner des renseignements d'ordre privé en suivant un lien hypertexte.

Pour se protéger, il convient de toujours vérifier scrupuleusement l'adresse d'expédition du courriel, l'URL du lien hypertexte, et de repérer les fréquentes fautes d'orthographe ou de syntaxe que contiennent ces e-mails.

Il ne faut pas hésiter à signaler le phishing sur le site : www.phishing-initiative.com.

⇒ Un **rançongiciel** ou ransomware est un logiciel malveillant ou virus qui bloque l'accès à l'ordinateur ou à ses fichiers et qui réclame à la victime le paiement d'une rançon pour en obtenir de nouveau l'accès

⇒ Un **malware** est un logiciel malveillant aussi dénommé logiciel nuisible ou programme malveillant est un programme développé dans le but de nuire à un système informatique, sans le consentement de l'utilisateur dont l'ordinateur est infecté.

1 - MESURES A APPLIQUER

1) Le mot de passe

Quelle longueur pour un mot de passe ?

En France, l'ANSSI recommande une longueur minimale de 12 caractères comprenant des majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux.

Vos mots de passe et identifiants de connexion ne doivent être communiqués qu'au responsable SI (Audrey BUCHON.) de l'établissement.

Ces mots de passe ne seront pas stockés par le responsable SI sur le réseau, mais conservés en lieu sûr sous format papier.

Ne pas faire d'enregistrement automatique des mots de passe

	GOUVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01
		Date de création : 06/06/2023			
		Dernière modification : 23/06/2023			

2) Messagerie professionnelle /personnelle

Il est interdit de consulter sa messagerie professionnelle sur du matériel informatique personnel (sauf en cas de télétravail validé par la direction de l'établissement).
Il en va de même pour la consultation de sa messagerie personnelle sur le matériel professionnel.

3) Sites avec mots de passe

Il est interdit de consulter des sites avec mots de passe : commerce en ligne, réseaux sociaux...

4) Connection matériel privé sur matériel professionnel

Il est interdit de connecter son téléphone portable pour le charger ou pour transférer des photos/dossiers (bien que professionnels). Effectuer un envoi par mail.

5) Clés USB

Celles-ci peuvent et doivent être vérifiées régulièrement. A chaque insertion, valider la demande d'analyse.

6) Mail douteux

Certaines escroqueries par e-mail peuvent être très convaincantes, avec des logos et un langage officiel. N'oubliez pas de prendre le temps de réfléchir chaque fois qu'un e-mail vous demande de prendre des mesures immédiates qui pourraient révéler des informations confidentielles. Vérifiez la présence de ces éléments indiquant généralement une escroquerie :

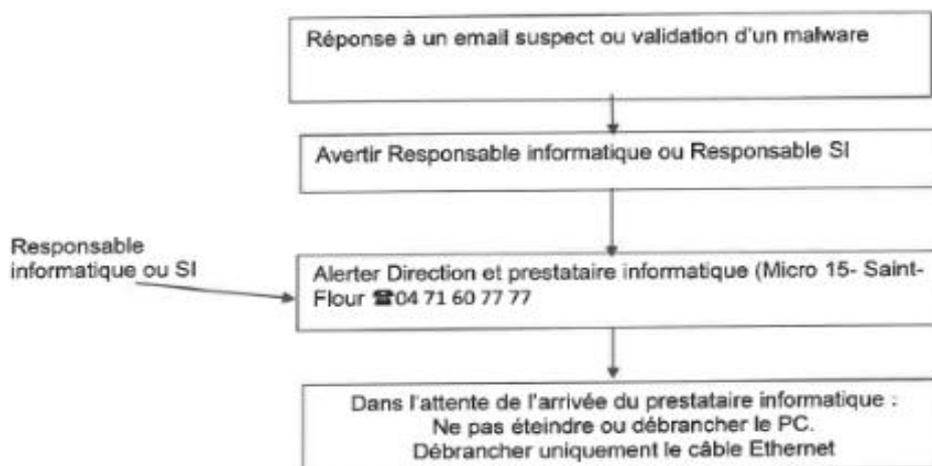
- Le nom de l'expéditeur est imprécis et l'adresse électronique de l'expéditeur est longue ou complexe.
- L'objet de l'e-mail est attrayant ou alarmiste.
- L'e-mail appelle à une action immédiate.
- L'e-mail fait miroiter une offre alléchante.
- L'e-mail utilise un prétexte pour obtenir vos informations personnelles, y compris vos informations de connexion à un site Web.
- L'e-mail vous invite à cliquer sur un lien hypertexte sans préciser clairement la destination de ce lien.
- L'e-mail contient généralement de nombreuses fautes d'orthographe.

Une fois identifié l'e-mail comme une tentative d'escroquerie :

- Ne cliquer sur aucune pièce jointe qui pourrait installer des malwares nuisibles.
- Ne cliquer sur aucun lien, en particulier si l'e-mail vous invite à consulter un site Web et à fournir des informations.
- Ne répondez pas à l'e-mail suspect et n'utilisez pas de numéro de téléphone ni d'autres informations de contact.

	GOUVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01
		Date de création : 06/06/2023			
		Dernière modification : 23/06/2023			

- Contacter l'équipe informatique (Responsable Informatique : Audrey D ou Responsable Sécurité Informatique : Audrey B) qui signaleront l'e-mail de phishing au ministère de l'intérieur. (Cf. Paragraphe 7)
- Si vous avez déjà répondu à l'e-mail suspect ou cliqué sur une pièce jointe ou sur un lien, ou fourni des informations personnelles, informez sans délai la direction ou les référentes informatiques ; n'éteignez et ne débranchez surtout pas l'appareil.



	GOVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01
		Date de création : 06/06/2023			
		Dernière modification : 23/06/2023			

7) Signalement des incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information

Le signalement est obligatoire :

Articles D. 1111-16-3 et D.1111-16-4 du Code de la santé publique :

« Les établissements médico-sociaux sont dorénavant soumis à l'obligation de déclarer la survenue d'incidents significatifs ou graves de sécurité de leurs systèmes d'information »

La déclaration doit être effectuée sans délai auprès du CERT Santé.

Le formulaire de déclaration doit être renseigné sur le portail des signalements :

<https://signalement.social-sante.gouv.fr/>



Signaler un risque pour la santé publique
 Agir pour sa santé et celle des autres

Signaler un événement indésirable

EN CAS D'URGENCE Appeler le 15

EN CAS D'URGENCE Contacter le centre antipoison à 01 40 00 00 00

Vous souhaitez porter une réclamation sur la qualité d'un service ou d'une prestation ? Cliquez ici pour plus d'informations.

Signaler un événement sanitaire indésirable
 Merci de prendre le temps d'effectuer un signalement. Vous recevrez un email de confirmation à la fin.

Je suis un particulier Vous êtes le parent d'un enfant, un proche, un représentant d'une institution (école, directeur d'école, etc., associations d'usagers), ...

Je suis un professionnel de santé Vous êtes un professionnel de santé ou si travail dans un établissement sanitaire ou médico-social (établissement de soins, directeur d'école), ...

Je suis un autre professionnel Vous êtes une entreprise ou un organisme agréé (hôpital, université, laboratoire, association), ...

	GOVERNANCE 1.5 Gestion des risques, des crises et des E. I. PROCEDURE SECURITE INFORMATIQUE	PR	G1.5.1	02	01	
		Date de création : 06/06/2023				
		Dernière modification : 23/06/2023				



8) Cas des incidents survenant hors des heures et jours ouvrés

L'établissement devra déclarer son incident au CERT Santé en appelant l'astreinte au 09 72 43 91 25.

 	PROTOCOLE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EPIDEMIQUE	PR	G.1.5.1	01	02
		Date de création : 12/03/2020			
		Dernière modification : 23/09/2024			

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de risque infectieux épidémique.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

⇒ Protocoles médicaux

REFERENCE

- ⇒ Recommandations pour l'hygiène des mains de la société française d'hygiène hospitalière.
- ⇒ Rapport du HCSP du 8 septembre 2008 relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.
- ⇒ Rapport du CTV et du CSHPF du 14 janvier 2005 relatif à la conduite à tenir devant des cas groupés d'infections invasives à pneumocoques dans une collectivité
- ⇒ Arrêté du 9 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19
- ⇒ Décret n° 2020-226 du 9 mars 2020 relatif à l'entrée en vigueur immédiate d'un arrêté portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid 19

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	12/03/2020		13/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie COLIN Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	12/03/2020	Création
2	23/09/2024	Covid 19 supprimé, englobé dans maladies infectieuses
3		

 	PROTOCOLE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EPIDEMIQUE	PR	G.1.5.1	01	02
		Date de création : 12/03/2020			
		Dernière modification : 23/09/2024			

DEFINITIONS

⇒ **Définition Risque Infectieux épidémique :**

Causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses.

⇒ **Définition Maladie infectieuse :**

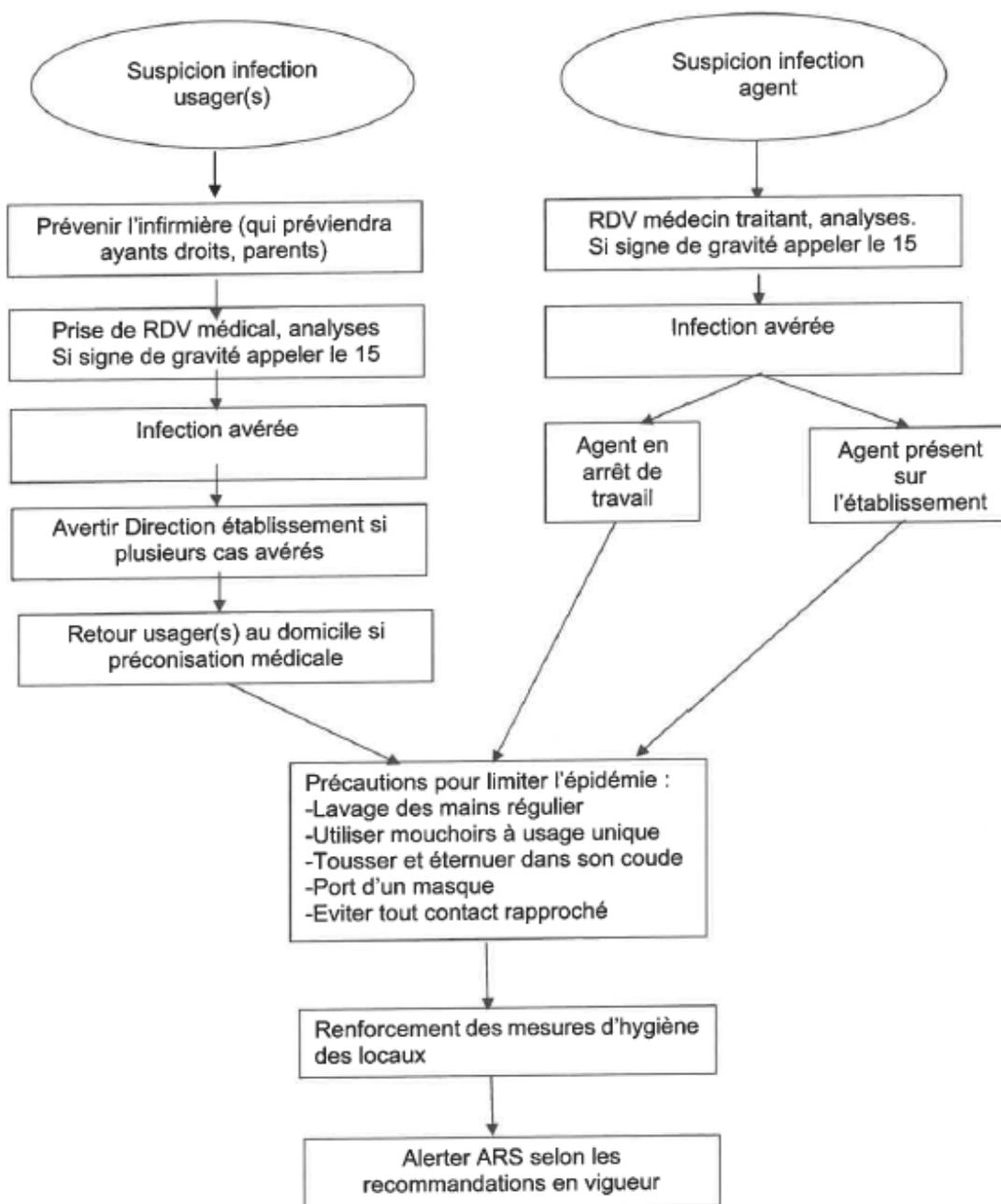
Une maladie infectieuse est une maladie causée par des micro-organismes, tels que des bactéries, des virus, des champignons ou des parasites, qui envahissent le corps. Ces agents pathogènes peuvent se propager d'une personne à l'autre ou par des vecteurs, comme les insectes.

ACTIONS EN PREVENTION

- Hygiène des mains
- Port de gants, de masques
- Vaccination si elle existe

PROTOCOLE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EPIDEMIQUE

LOGIGRAMME DES ACTIONS A REALISER EN CAS DE MALADIE INFECTIEUSE



 	PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX PROCEDURE PRECAUTIONS STANDARD	PR	G 1.5.1	01	01
		Date de création : 16/12/2024			
		Dernière modification :			

OBJET

Cette procédure décrit les précautions standard pour prévenir et maîtriser le risque infectieux au sein de l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'adresse à tous les professionnels pour tout soin, pour tout usager.

REFERENCE

- REPIAS (preventioninfection.fr/base-documentaire/documentation.repias)
- Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS/SD6 n° 2003-165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

DOCUMENTS ASSOCIES

- Protocole Accident par Exposition au Sang (AES).
- Protocole nettoyage et la désinfection en période épidémique infectieuse
- Protocole technique de bionettoyage des locaux
- Protocole entretien linge de lit
- Protocole entretien et gestion des vêtements
- Protocole lavage simple des mains

OBJECTIF

Les précautions standard sont un ensemble de mesures visant à réduire le risque de transmission croisée des agents infectieux entre agent, usager et environnement, ou par exposition à un produit biologique d'origine humaine (sang, sécrétions, excreta, ...)

La vaccination associée aux précautions standard contribue à la prévention de la transmission croisée des micro-organismes.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	16/12/2024		16/12/2024
Nom Fonction	Marlène MAGAUD, IDE Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Maryline PULLES ; Directrice
Visa	 		 

 	PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX PROCEDURE PRECAUTIONS STANDARD	PR	G 1.5.1	01	01
		Date de création : 16/12/2024			
		Dernière modification :			

CONDUITE A TENIR

Les précautions standard sont à appliquer par tous, pour tout soin, tout milieu, pour tout usager quel que soit son statut infectieux.

Les précautions standard constituent la base de la prévention de la transmission croisée des micro-organismes. Elles ont montré leur efficacité et représentent les premières mesures barrières à respecter.

Précautions standard	Objectifs	Informations complémentaires Bonnes pratiques
Hygiène des mains	Stopper la chaîne de transmission en évitant la transmission croisée via les mains.	Je me lave les mains à l'eau et au savon doux et/ou je me frictionne les mains avec un produit hydro-alcoolique, technique de référence, sur mes mains sèches non souillées, et sans lésions.
Equipements de protection individuelle (EPI) : Gants Lunettes/masque Tablier	Protection du professionnel : – Gants : protection contre les produits biologiques – Masque/lunettes : Protection des voies respiratoires et du visage, des portes d'entrées (œil, nez, bouche) – Tablier à usage unique : Protection de la tenue contre les produits biologiques lors des actes souillants et mouillants (ex : la toilette)	Je change de gants entre chaque geste, pour chaque usager. Je retire mes gants immédiatement après le geste. Je réalise une friction avant et après toute manipulation et retrait de masque, de gants ou de tablier. Je ne mets pas les gants ou du matériel dans mes poches, hormis le flacon de SHA.

Hygiène respiratoire	Prévention de la transmission des infections respiratoires.	Je porte ou je fais porter un masque par toute personne présentant des symptômes respiratoires.
Gestion des Accidents avec Exposition au Sang (AES)	Prévenir le risque de transmission de virus hématogène par coupure, piqûre ou projection de sang, de produits biologiques d'origine humaine comportant du sang.	En cas d'AES, je consulte la procédure interne de l'établissement. (Docs communs/ESPACE COMMUN/QUALITE-GESTION DES RISQUES/Barre de recherche : Accident Exposition au Sang (AES)) NB : Toute coupure après rasage est potentiellement un AES (donc suivre la CAT). J'élimine les rasoirs dans les containers à aiguilles/objets piquants, coupants et

 	PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX PROCEDURE PRECAUTIONS STANDARD	PR	G 1.5.1	01	01
		Date de création : 16/12/2024			
		Dernière modification :			

		tranchants.
Gestion de l'environnement	<p>Stopper la chaîne de transmission en évitant la transmission croisée via l'environnement.</p>	<p>J'utilise un détergent-désinfectant pour l'entretien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du matériel ou dispositif médical réutilisable - des surfaces hautes de la chambre proches ou utilisées par le résident (chevet, sanitaires....) - des surfaces hautes des espaces communs. (Cf. protocoles listés en Références) <p>La désinfection est efficace avec un produit adapté en respectant le temps de contact du produit et doit être réalisée sans délai sur toute surface souillée.</p> <p>J'évacue le linge sale et les déchets au plus près du soin dans un sac fermé et selon la filière adaptée.</p>
Gestion des excréta	<p>Les excréta sont les urines, les selles et les vomissures.</p> <p>Protéger professionnels, usagers et leur environnement de la transmission croisée lors de la manipulation des excréta.</p>	<p>Je manipule les excréta avec les équipements de protection nécessaires.</p>

 	PREVENTION ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX		PR	G.1.5.1	01	01
	PROCEDURE PRECAUTIONS STANDARD		Date de création : 16/12/2024 Dernière modification :			

PRÉCAUTIONS STANDARD 2019 : QUI ? QUOI ? COMMENT ?

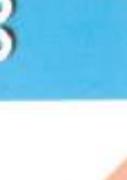
PROFESIONNELS



RÉSIDENTS



VISITEURS



• Si vous toussiez ou éternuez, utilisez un mouchoir à usage unique, en l'absence, toussiez au niveau du coude

• Si vous êtes enrhumé et/ou si vous toussiez, portez un masque

Friction hydro-alcoolique

- En entrant et en sortant de la chambre
- Avant et après l'accès à une pièce comment

Lavage à l'eau et au savon

- Si mains visiblement souillées

Gestion de l'environnement

- Matériel ou dispositif médical réutilisables
- Après utilisation, nettoyer et désinfecter le matériel avec une procédure appropriée
- Environnement du résident
- Nettoyer et désinfecter l'environnement proche (table, chaise, etc.), les surfaces fréquemment utilisées (poignées de porte, sanitaires, etc.)
- Linge sale et déchets
- Evacuer au plus près du soin dans un sac fermé et selon la filière adaptée

Gestion des excreta

- Porter des équipements de protection individuelle
- Éviter les procédures manuelles de vidange et d'entretien des urinoirs, toilettes et baignoires, etc., en privilégiant leur nettoyage avec douche et douche à pression

Hygiène des mains



Friction hydro-alcoolique

- Avant et après chaque soin
- Après avoir touché l'environnement
- Avant un geste aseptique

Equipements de protection individuelle



Barrière

- Uniquement en cas de risque d'exposition à un liquide biologique, de contact avec une muqueuse et la peau, lida
- Les mettre juste avant le geste et les retirer juste après

Protection du visage

- Lunettes et masque en cas de risque d'exposition par projection ou aérosolisation de produit biologique d'origine humaine

Tablier imperméable à usage unique

- Pour tout soin souillant ou mouillant ou à risque de projections de produit biologique

Gestion des Accidents avec Exposition au Sang



- Porter les protections individuelles pour les soins exposant à un risque de projections / aérosolisation.
- Pour les soins utilisant un objet perforant : porter des gants et utiliser les dispositifs médicaux sécurisés
- Connaître la conduite à tenir en cas d'AES

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. CONFINEMENT DANS L'ETABLISSEMENT (suite à pollution extérieure)	PR G1.5.1 U1 U
		Date de création : 12/03/2020
		Dernière modification :
		Page 1 sur 3

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de confinement de l'établissement.
Attention : Il convient de bien établir la source de pollution : interne ou externe ?
En effet, si la source des émanations des produits toxiques est interne, un confinement serait très dangereux. Il conviendrait alors d'évacuer l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure évacuation établissement
- ⇒ Procédure en cas d'attaque ou d'intrusion

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	12/03/2020		13/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie COLIN Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	12/03/2020	Création
2		
3		

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. CONFINEMENT DANS L'ETABLISSEMENT (suite à pollution extérieure)	PR	G1.5.1	01	0
		Date de création : 12/03/2020			
		Dernière modification :			
		Page 2 sur 3			

DEFINITIONS

⇒ **Définition Confinement :**

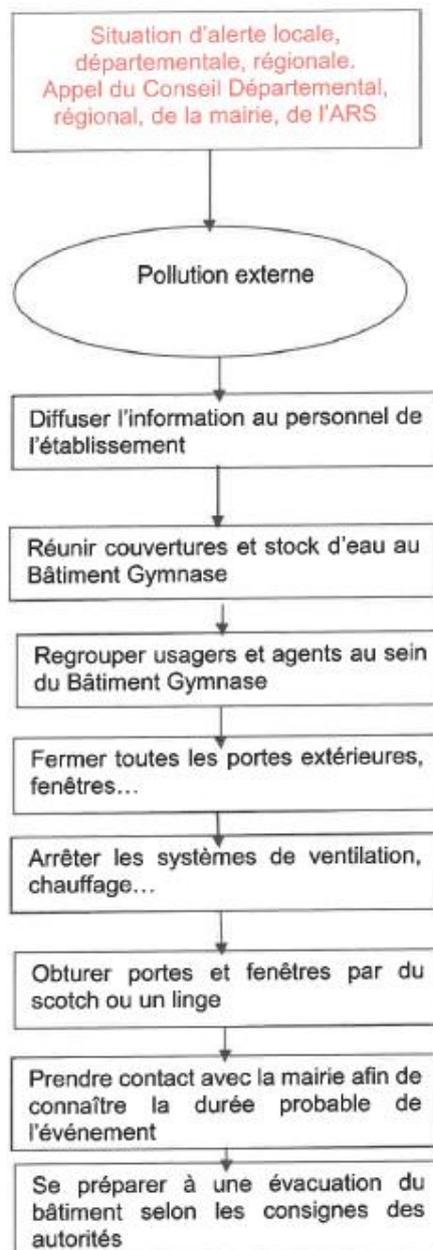
Action de maintenir dans un espace restreint.

ACTIONS EN PREVENTION

- Etablir la procédure pour arrêter les systèmes de ventilation, pour prévenir la communauté de communes pour le réseau chaleur bois fournissant l'établissement
- Identifier les ventilations statiques (entrées d'air)
- Etablir la procédure de fermeture de toutes les portes et fenêtres
- Etablir une procédure d'information des usagers et des agents
- Faire savoir au personnel et aux usagers que le Bâtiment de confinement désigné par la Direction de l'établissement est le **Bâtiment Gymnase**.

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 St-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I.	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 12/03/2020				
		Dernière modification :				
CONFINEMENT DANS L'ETABLISSEMENT (suite à pollution extérieure)		Page 3 sur 3				

LOGIGRAMME DES ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE



I.M.E Marie- Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROCEDURE EN CAS D'EVACUATION DE L'ETABLISSEMENT			
	PR	G1.5.1	01	0
Date de création : 23/03/2020				
Dernière modification :				
Page 1 sur 3				

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de nécessité d'évacuation de l'établissement. Il convient de prévoir 2 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...)

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure Incendie
- ⇒ Procédure Feu de forêt

REFERENCE

- ⇒ INRS (Institut National de recherche et de sécurité)

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	23/03/2020		23/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	23/03/2020	Création
2		
3		

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE EN CAS D'EVACUATION DE L'ETABLISSEMENT				PR	G1.5.1	01	0
	Date de création : 23/03/2020							
	Dernière modification :							
Page 2 sur 3								

DEFINITIONS

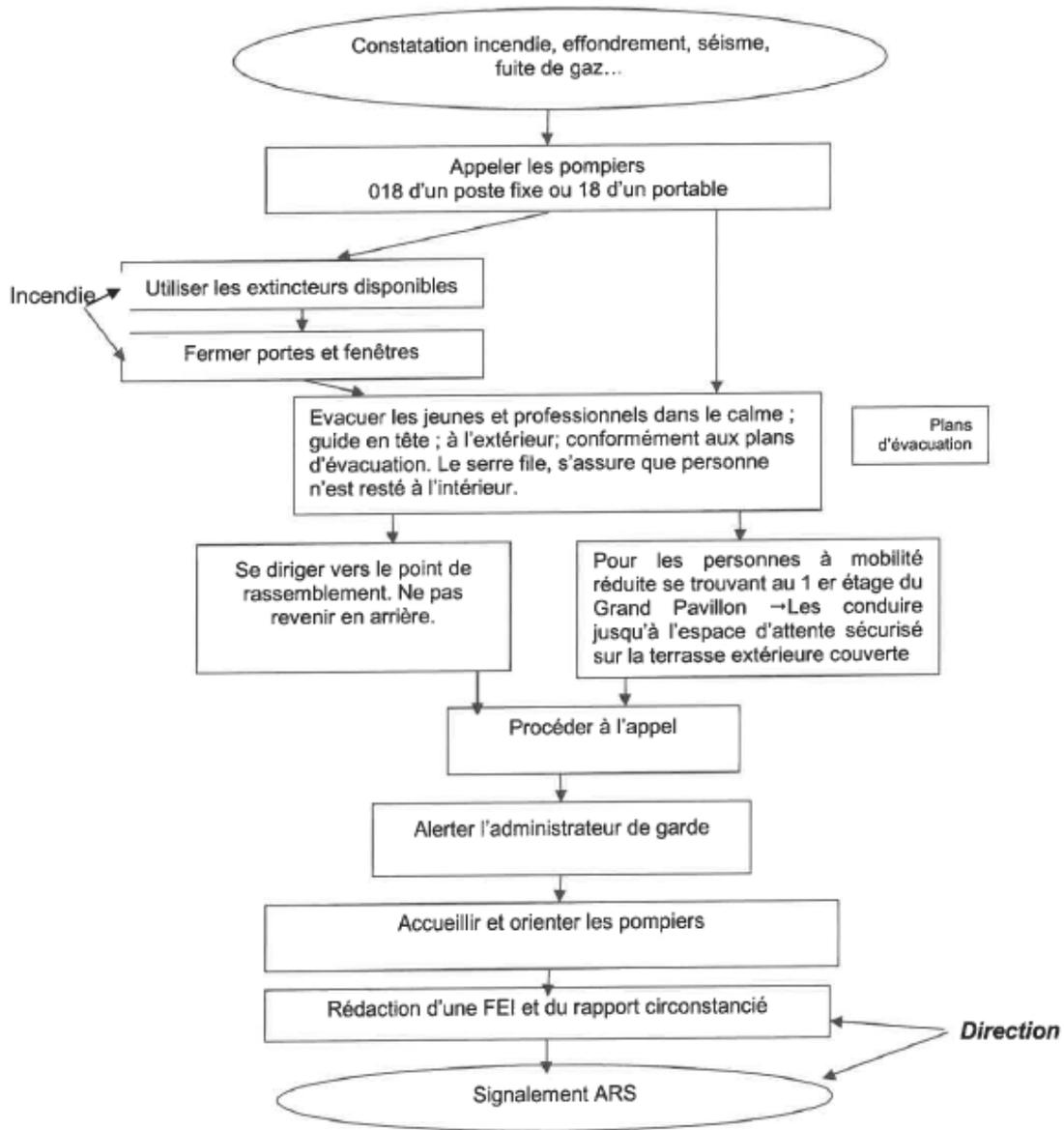
⇒ Définition généraliste évacuation :

Action de faire sortir, lorsque les circonstances l'imposent, toutes les personnes se trouvant dans un même lieu.

ACTIONS EN PREVENTION

- Listing à jour des usagers et du personnel + Identification des usagers non valides s'il y a .
- Passage de la commission de sécurité incendie
- Contrôle annuel des extincteurs, alarmes et détecteurs de fumée
- Formation et exercice incendie du personnel
- Plan d'évacuation des bâtiments
- Connaissance du lieu de rassemblement
- Protocole d'activation de la cellule de crise de l'établissement
- Coordonnées des familles sous différents supports

LOGIGRAMME



I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE	PR	G1.5.1	01	02
		Date de création : 19/06/2019			
		Dernière modification : 10/06/2022			
		Page 1 sur 6			

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de vagues de chaleur ou canicule.

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

⇒ Campagne d'affichage réflexes en période de canicule

REFERENCE

- ⇒ Plan national canicule 2017 (PNC)
- ⇒ Guide ORSEC départemental – Disposition spécifique « gestion sanitaire des vagues de chaleur »
- ⇒ Guide ORSEC départemental – Disposition spécifique « gestion sanitaire des vagues de chaleur »
- ⇒ Recommandations relatives à la prise en charge des patients en cas de forte chaleur dans le contexte de l'épidémie COVID 19 du 25 mai 2020.
- ⇒ HCSP : Avis relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur en date du 6 mai 2020

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	10/06/2022		10/06/2022
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	19/06/2019	Création
2	10/06/2022	Modification
3		

I.M.E Marie- Aimée Méraville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE			
	PR	G1.5.1	01	02
Date de création : 19/06/2019				
Dernière modification : 10/06/2022				
Page 2 sur 6				

Le plan comprend 4 niveaux :

- Niveau 1 - veille saisonnière (carte de vigilance verte)
- Niveau 2 - avertissement chaleur (carte de vigilance jaune)
- Niveau 3 - alerte canicule (carte de vigilance orange)

Niveau 4 - mobilisation maximale (carte de vigilance rouge)

et s'organise autour de quatre grands axes :

- Axe 1 : prévenir les effets d'une canicule
- Axe 2 : protéger les populations par la mise en place de mesures de gestion adaptées aux niveaux de vigilance météorologique
- Axe 3 : informer et communiquer
- Axe 4 : capitaliser les expériences

DEFINITIONS

Le terme « **vague de chaleur** » est un terme générique qui désigne une période au cours de laquelle les températures peuvent entraîner un risque sanitaire pour la population.

La possibilité de survenue d'une vague de chaleur est plus particulièrement renforcée au cours de la période de veille saisonnière, qui s'étend du **1er juin au 15 septembre** de chaque année. Le terme « vagues de chaleur » recouvre les situations suivantes :

- **Pic de chaleur** : Chaleur intense de courte durée (un ou deux jours) présentant un risque sanitaire, pour les populations fragiles ou surexposées ; il peut être associé au niveau de vigilance météorologique jaune.
- **Épisode persistant de chaleur** : Épisode persistant de chaleur : températures élevées (IBM1 proches ou en dessous des seuils départementaux) qui perdurent dans le temps (supérieur à trois jours) ; ces situations constituant un risque sanitaire pour les populations fragiles ou surexposées, il peut être associé au niveau de vigilance météorologique jaune.

I.M.E Marie- Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE			
	PR	G1.5.1	01	02
Date de création : 19/06/2019				
Dernière modification : 10/06/2022				
Page 3 sur 6				

- **Canicule** : période de chaleur intense pour laquelle les IBM atteignent ou dépassent les seuils départementaux pendant trois jours et trois nuits consécutifs et susceptible de constituer un risque sanitaire notamment pour les populations fragiles ou surexposées. Elle est associée au niveau de vigilance météorologique orange.
- **Canicule extrême** : canicule exceptionnelle par sa durée, son intensité, son étendue géographique, à forts impacts non seulement sanitaires mais aussi sociétaux. Elle est associée au niveau de vigilance météorologique rouge.

1 - MESURES A PRENDRE AVANT LA PERIODE DE CANICULE

- Vérifier le fonctionnement des stores, volets ...
- Disposer d'un thermomètre par bâtiment
- Voir si un aménagement spécifique dans une pièce plus fraîche est envisageable
- Etudier les possibilités de limiter les entrées de chaleur dans les salles
- S'assurer du bon fonctionnement des réfrigérateurs et congélateurs
- Sensibiliser les professionnels au contact des jeunes aux risques encourus lors d'un épisode de chaleur, au repérage des troubles pouvant survenir, aux mesures de prévention et signalement à mettre en œuvre
- Vérifier la possibilité de faire des courants d'air sans risque de nuisance pour les usagers
- Veiller aux conditions de stockage des aliments

2 - BONNES PRATIQUES EN PERIODE DE CANICULE

- Protéger les façades, fenêtres exposées au soleil : fermer les volets, stores, rendre les surfaces opaques ou réfléchissantes (coller éventuellement des couvertures de survie)
- Maintenir les fenêtres fermées si la température extérieure est supérieure çà la température intérieure.
- Vérifier la température des pièces et avoir une solution de repli dans un endroit plus frais.
- Durant la soirée, provoquer des courants d'air quand la température à l'extérieur est plus basse qu'à l'intérieur.
- Eviter de sortir à l'extérieur pendant les pics de chaleur.

I.M.E Marie- Aimée Méraville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE	PR	G1.5.1	01	02
		Date de création : 19/06/2019			
		Dernière modification : 10/06/2022			
		Page 4 sur 6			

- En cas de sortie, vêtir les jeunes légèrement en préférant des vêtements amples, légers, de couleur claire ; couvrant les parties exposées de la peau ; sans oublier des lunettes de soleil ; un chapeau ou casquette et l'utilisation de crème solaire.
Des brumisateurs sont à disposition dans le bureau des éducateurs.
- Ne jamais laisser un jeune dans un véhicule fermé.
- Privilégier les espaces rafraîchis (idéalement 5 °C en dessous de la température ambiante) ou en permanence ombragés et frais.
- Proposer aux usagers des douches fréquentes (avec une eau à 1 ou 2 °C en dessous de la température corporelle).
- Attention : les ventilateurs n'augmentent le rafraîchissement que si la peau est humidifiée.
- Faire boire de l'eau régulièrement aux jeunes, même en l'absence de demande.
- Veiller à ce que les jeunes mangent en quantité suffisante.
- Veiller à la qualité de l'alimentation (chaîne du froid)
- Eviter les efforts physiques

3 – SIGNES D'ALERTE

Les premiers signes du coup de chaleur associent :

- fièvre
- pâleur
- somnolence ou agitation inhabituelle
- soif intense
- nausées, vomissements
- crampes musculaires
- maux de tête

⇔ Que faire ?

Il faut gérer la situation comme tout problème médical et conduire le jeune immédiatement à l'infirmerie ou appeler les services d'urgence (15) si cela paraît nécessaire.

Vous devrez donner les premiers secours :

- Transporter la personne à l'ombre ou dans un endroit frais et prendre toutes les mesures nécessaires pour que ses vêtements ne constituent pas une entrave à la baisse de sa température corporelle.
- Asperger la personne d'eau fraîche
- Faire le plus possible de ventilation

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE	PR	G1.5.1	01	02
		Date de création : 19/06/2019			
		Dernière modification : 10/06/2022			
		Page 5 sur 6			

→ Donner de l'eau fraîche en petites quantités si la personne est consciente et peut boire.

L'infirmière jugera du recours éventuel aux services sanitaires : médecine de ville, hôpital de Saint-Flour ou services d'urgences (15).

En cas d'absence de l'infirmière, contacter la direction ou le CSE.

Informez la direction de toute mesure prise dans ce cadre.

4 - RISQUE D'HYPONATREMIE

⇒ Définition

L'**hyponatrémie** est une diminution de la concentration de sel dans le sang ; elle représente une complication grave souvent méconnue.

Elle peut être la conséquence d'un apport excessif d'eau par rapport au sodium ou d'un excès de perte de sel par rapport à l'élimination en eau et peut être favorisée par certains traitements médicamenteux.

Les diurétiques et les psychotropes peuvent favoriser ces complications :

les usagers de la structure sont concernés par les seconds (neuroleptiques, antidépresseurs...)

⇒ Symptômes d'alerte

La présence de symptômes (asthénie, nausées et vomissements) ou de signes cliniques suggestifs impose alors le dosage de la natrémie (sodium dans le sang).

Les symptômes neuropsychiatriques (léthargie, état confusionnel, convulsions et coma) apparaissent pour des hyponatrémies sévères et dominent alors le tableau clinique.

⇒ Recommandations pour les populations à risque

- Ne pas les hydrater par excès avec de l'eau seule (ceci est à la fois inutile et potentiellement dangereux) car d'autres aliments apportent aussi de l'eau.
- Accompagner absolument la prise de boissons d'une alimentation variée en fractionnant si besoin les repas, pour maintenir un apport en sel suffisant pour l'organisme (pain, soupes...)
- Leur apporter une « transpiration artificielle » (mouiller régulièrement la peau et la ventiler)
- Systématiquement faire réévaluer par le médecin les régimes et traitements en cours pour juger de la pertinence du maintien ou de l'ajustement des doses au moment des grandes chaleurs.

I.M.E Marie- Aimée Méryville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Voizac 15100 Saint-flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE VAGUES DE CHALEUR - CANICULE	PR	G1.5.1	01	02
		Date de création : 19/06/2019			
		Dernière modification : 10/06/2022			
		Page 6 sur 6			

5 - VAGUES DE CHALEUR ET COVID 19

Le paracétamol fréquemment utilisé à visée symptomatique dans l'infection par le Covid-19 est contre-indiqué en cas de coup de chaleur car inefficace et potentiellement délétère (aggravation de l'atteinte hépatique/des troubles de la coagulation).

À ce titre, il est recommandé de :

Proscrire toute automédication par paracétamol en cas de fièvre et de contexte de vague de chaleur. La prise de paracétamol doit être validée par un professionnel de santé.

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Voizac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE SUSPICION TIAC (Toxi infection alimentaire collective)	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 19/06/2019				
		Dernière modification :				
		Page 1 sur 4				

OBJET

⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas de suspicion de TIAC (Toxi infection alimentaire collective)

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point)
- ⇒ Guide de Bonnes pratiques d'Hygiène (GBPH)

⇒ REFERENCE

⇒ Article 3113-1 (D11-1) du code de la santé publique

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	11/03/2020		12/03/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	11/03/2020	Création
2		
3		

I.M.E Marie- Aimée Mèraville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE SUSPICION TIAC (Toxi infection alimentaire collective)	PR	G1.5.1	01	0
		Date de création : 19/06/2019			
		Dernière modification :			
		Page 2 sur 4			

DEFINITIONS

⇒ Définition TIAC:

Une toxi-infection alimentaire collective (**TIAC**) est définie comme l'apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

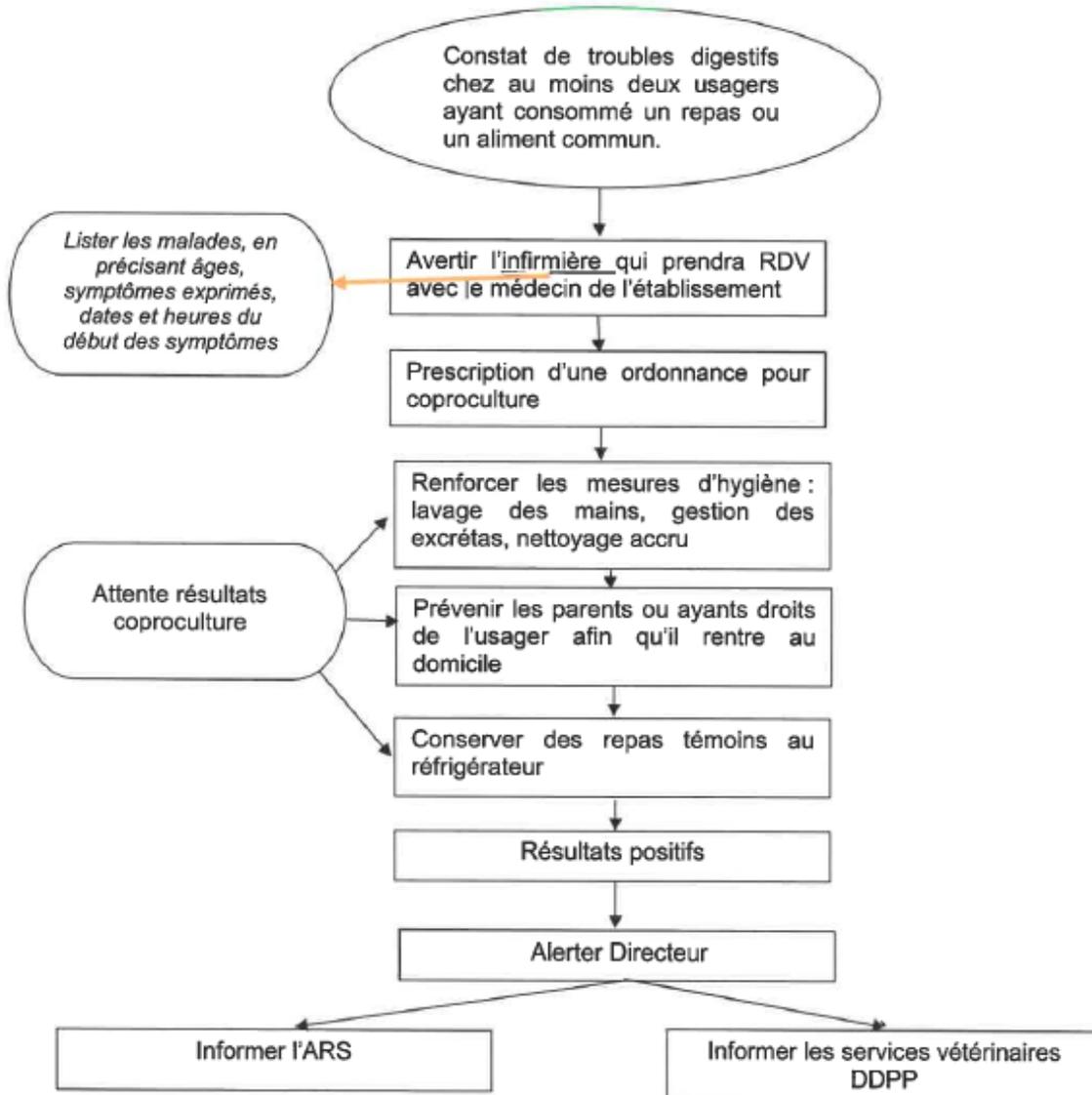
1 – ACTIONS EN PREVENTION

Les risques de contamination peuvent être évités en mettant en oeuvre des mesures de prévention au sein du service de restauration de l'établissement :

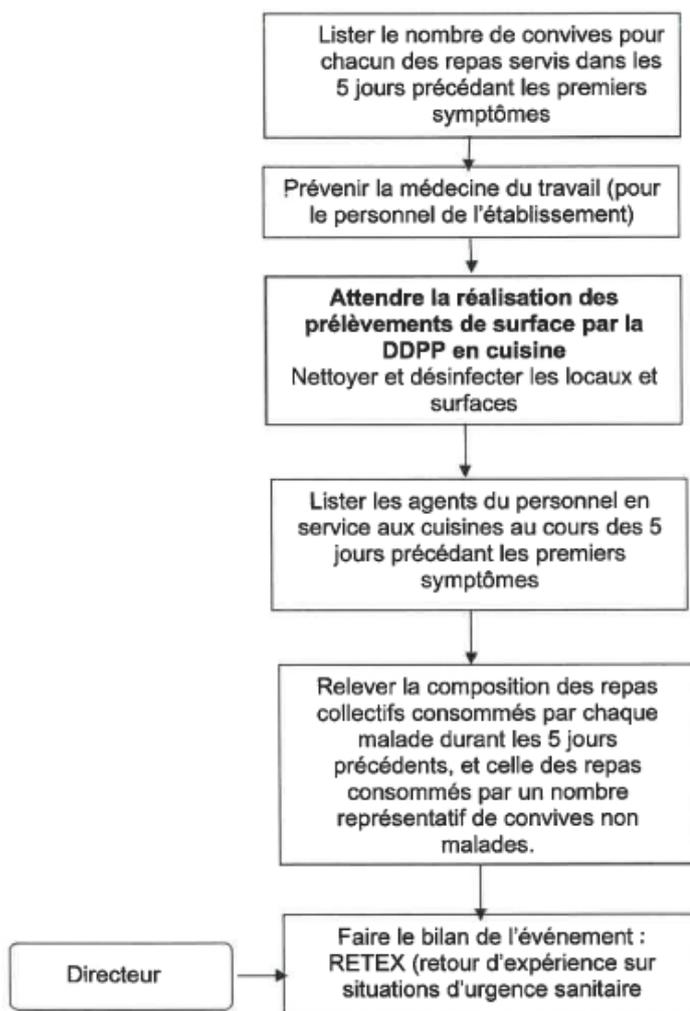
- Appliquer la méthode HACCP (procédure d'assurance qualité) et maîtriser les recommandations de guide de bonnes pratiques d'hygiène (GBPH)
- Maintenir les aliments non appertisés hors de la zone de température à risque, c'est-à-dire entre 10 et 60 °C.
- Ne jamais interrompre les chaînes du chaud et du froid
- Conserver des repas témoins au frais pendant 5 jours, comme imposé par la réglementation

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROCEDURE SUSPICION TIAC (Toxi infection alimentaire collective)	PR	G1.5.1	01	0	
		Date de création : 19/06/2019				
		Dernière modification :				
		Page 3 sur 4				

LOGIGRAMME DES ACTIONS A REALISER EN CAS DE CRISE



I.M.E Marie- Almée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROCEDURE SUSPICION TIAC (Toxi infection alimentaire collective)			
	PR	G1.5.1	01	0
	Date de création : 19/06/2019			
	Dernière modification :			
	Page 4 sur 4			



I.M.E Marie- Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I.	PR	G1.5.1	01	2
		Date de création : 11/05/2020			
		Dernière modification : 09/11/2020			
		Page 1 sur 4			
PROTOCOLE NETTOYAGE ET DESINFECTION EN PERIODE EPIDEMIQUE INFECTIEUSE					

OBJET

⇒ Ce protocole décrit la conduite à tenir pour le nettoyage et la désinfection en période épidémique infectieuse de tous les locaux de l'établissement (y compris les locaux de l'unité d'enseignement)

DOMAINE D'APPLICATION

⇒ La présente procédure s'applique au personnel d'entretien de l'établissement.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure Risque épidémique infectieux
- ⇒ Procédure Confinement Covid19
- ⇒ Protocole Lavage des Mains
- ⇒ Fiche technique Bactalim Select Chloré
- ⇒ Fiche technique Quattro Concentré
- ⇒ Fiche MEMO « Grands Principes du Nettoyage COVID 19 »
- ⇒ Protocole Technique de bionettoyage des locaux

REFERENCE

⇒ 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 médico-social 2011/2013

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	11/05/2020		11/05/2020
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	11/05/2020	Création
2	09/11/2020	Ajout aération minimum 3 fois / jour pendant 15 min.
3		

I.M.E Marie-Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I. PROTOCOLE NETTOYAGE ET DESINFECTION EN PERIODE EPIDEMIQUE INFECTIEUSE	PR	G1.5.1	01	2
		Date de création : 11/05/2020			
		Dernière modification : 09/11/2020			
		Page 2 sur 4			

⇒ Recommandations nationales et régionales en matière de protocole sanitaire dans le cadre de la pandémie liée au COVID-19

⇒ Consignes et recommandations applicables aux structures médico-sociales pour enfants et adultes en situation de handicap et dispositif de soutien sanitaire.

NETTOYAGE APPROFONDI EN 2 ETAPES

1^{ère} étape, le nettoyage :

- Nettoyer à l'aide d'un détergent usuel, puis rincer pour évacuer le produit détergent et évacuer la salissure.
- Réaliser le nettoyage en commençant par les zones les plus propres et en finissant par les zones les plus sales.
- Insister sur les points de contact (zones fréquemment touchées...)

2^{ème} étape, la désinfection

- **Utiliser un désinfectant virucide et conforme à la norme EN 14476.**

Utilisation à compter de la semaine 20 :

- *Bactalim Select Chloré* pour l'unité cuisine.
- *Quattro Concentré* pour toutes les autres surfaces.

→ Désinfecter les points de contact manuel en suivant les instructions fabricant (concentration, méthode d'application et temps de contact...). Se reporter aux fiches techniques ci-jointes.

Les références utilisées avant l'épisode épidémique infectieux peuvent être utilisées pour l'étape 1 de Nettoyage, mais en aucun cas pour l'étape 2.

En cas de pénurie d'un de ces 2 produits ; le Bactalim Select Chloré pourra être utilisé sur toutes les surfaces ; le Quattro Concentré (parfumé ++) pourra être utilisé pour la désinfection des tables du réfectoire, en revanche une solution à base d'eau de javel devra être utilisée pour les plans de travail.

En l'absence de désinfectant virucide conforme à la norme EN 14476, une solution désinfectante à base d'eau de Javel diluée à 0.5 % de chlore actif devra être utilisée.

I.M.E Marie- Aimée Mèraville SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Volzac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5.			
	Gestion des risques, des crises et des E.I.			
	PROTOCOLE NETTOYAGE ET DESINFECTION EN PERIODE EPIDEMIQUE INFECTIEUSE			
	PR	G1.5.1	01	2
Date de création : 11/05/2020				
Dernière modification : 09/11/2020				
Page 3 sur 4				

Penser au préalable à vérifier la comptabilité de l'eau de Javel avec la nature de la surface.

L'attention sera portée à ne pas mélanger de l'eau de Javel avec des produits autres que de l'eau, ce qui provoquerait des vapeurs irritantes et toxiques pour les yeux, la peau et les muqueuses respiratoires.

Rincer systématiquement après application de la solution à base d'eau de Javel.

- Une bande ou une lingette déjà utilisée ne doit jamais être replongée dans un produit propre.
- Des lingettes/bandeaux réutilisables ne peuvent être réemployés qu'après lavage à 60 °C.
- Les lingettes (gazes) à usage unique doivent être éliminés dans un sac en plastique étanche, via la filière des ordures ménagères.
- Eviter l'utilisation de vaporisateur ou pulvérisateur afin de limiter l'inhalation d'aérosol de produits désinfectants (irritant les voies respiratoires).
- Ne pas utiliser d'aspirateur.
- Ne pas utiliser ces opérations de nettoyage en présence des jeunes. Un temps d'attente conforme aux prescriptions des produits utilisés doit être respecté avant accès aux usagers.
- Comme d'habitude, les produits doivent être tenus hors de portée des jeunes.

FREQUENCE

- Réaliser le nettoyage et la désinfection des sols au **minimum une fois par jour** pour tous les espaces utilisés ou de passage.
- **Aérer les locaux au moins 3 fois par jour pendant 15 min.**
- **Nettoyer et désinfecter plusieurs fois par jour**, dans les espaces utilisés, les surfaces et objets fréquemment touchés (dans la journée, si les surfaces ne sont pas visiblement souillées, une désinfection directe sans nettoyage préalable est suffisante) :
 - Sanitaires : toilettes, lavabos, robinets, chasses d'eau, loquets, interrupteurs ...
 - Points de contact : poignées de portes et fenêtres, interrupteurs, boutons d'ascenseur, rampes d'escalier...

I.M.E Marie- Aimée MÉRAVILLE SESSAD du Pays de St-Flour La Combe de Voizac 15100 Saint-Flour	GOUVERNANCE 1.5. Gestion des risques, des crises et des E.I.				PR	G1.5.1	01	2
	PROTOCOLE NETTOYAGE ET DESINFECTION EN PERIODE EPIDEMIQUE INFECTIEUSE				Date de création : 11/05/2020			
					Dernière modification : 09/11/2020			
					Page 4 sur 4			

→ Les matériels pédagogiques et les objets manipulés par les élèves ou les personnels pourront être désinfectés après utilisation par le biais de lingettes désinfectantes conformes aux normes précitées ou avec le Spray nommé N°4 au sein de la structure et distribué sur chaque unité. (Ce spray contenant la solution virucide Quattro Concentré).

→ En complément du traitement quotidien, lorsque des groupes d'élèves différents se succèdent dans une salle, notamment pour les enseignements spécifiques, un nettoyage approfondi des tables, chaises, équipements et matériels en contact avec les élèves est réalisé entre chaque groupe.

ACTIONS COMPLEMENTAIRES

- Equiper les poubelles de sacs à ordures ménagères, les vider et les laver tous les jours.
- Eliminer les équipements de nettoyage à usage unique dans un sac poubelle fermé hermétiquement.
- Veiller à l'approvisionnement permanent des toilettes en savon liquide et en papier.

 	Gestion de la sécurité en cas d'intrusion de personnes malveillantes ou d'attaque terroriste	PL	G. 1.5.1	01	1
		Date de création : 17/01/2019			
		Dernière modification : 15/03/2019			
Plan particulier de mise en sécurité		Page 1 sur 2			

OBJET

Ce protocole décrit l'organisation interne à mettre en œuvre permettant d'assurer la sécurité des jeunes et des personnels face à **un risque d'attaque terroriste ou d'intrusion de personnes malveillantes**.

DOMAINE D'APPLICATION

Le présent protocole s'applique aux personnels de l'IME, personnel éducatif, pédagogique, infirmière, psychologue, psychomotricien, personnels logistiques et administratifs.

DOCUMENT ASSOCIE

Ensemble des documents inhérents à l'exercice de mise en œuvre des plans particuliers de mise en sécurité émanant de la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale et de la Préfecture du Cantal.

REFERENCE

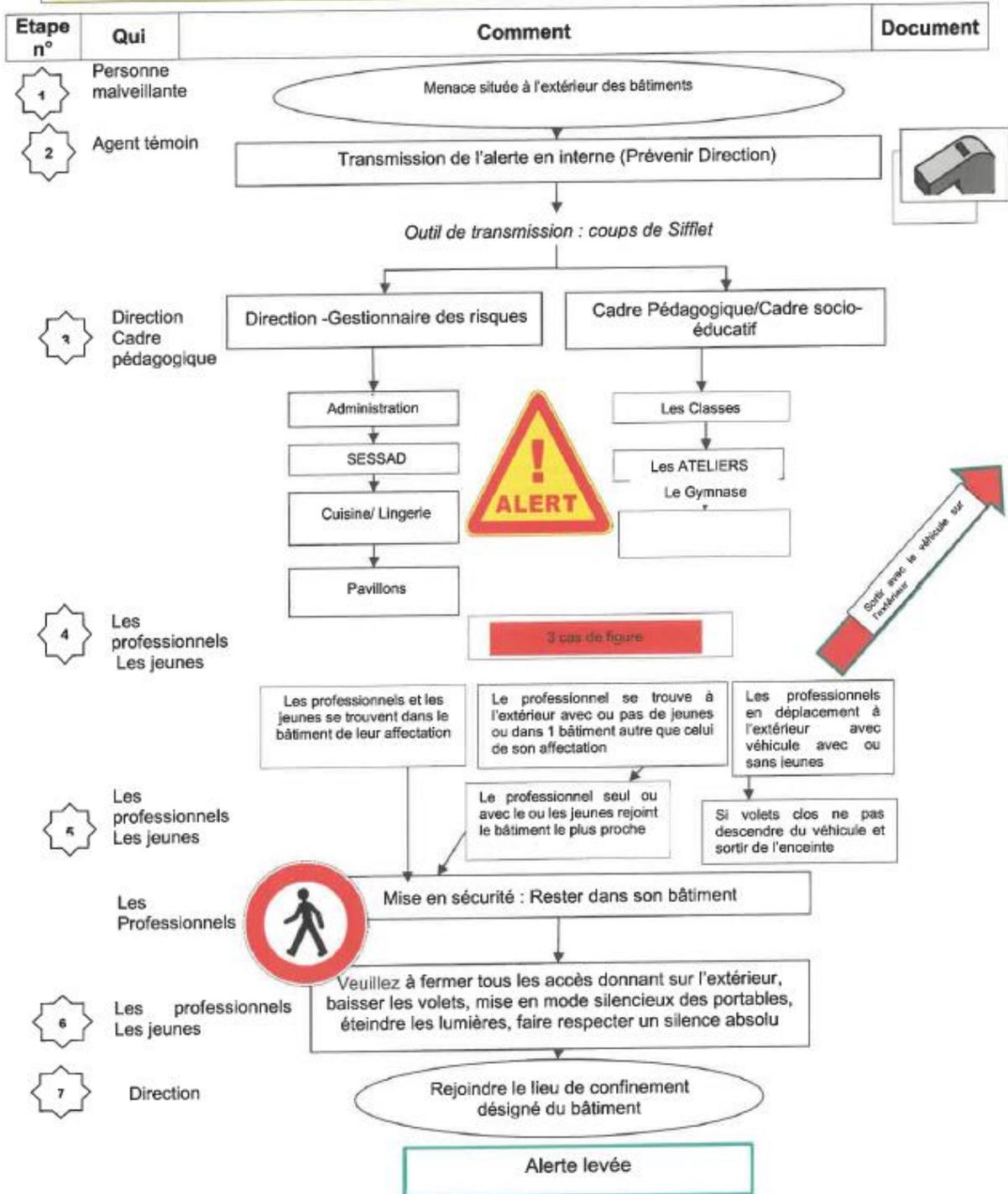
- Circulaire du 18 mai 2015 relative à la mise en place du PPMS : Cette circulaire a été diffusée après les attentats de janvier 2015 en France et impose aux établissements scolaires et aux établissements médico-sociaux d'établir un PPMS spécifique pour faire face aux risques d'attaque terroriste. Elle définit les consignes à suivre en cas d'attaque (repli, confinement, etc.).
- Instruction n°SG/HFDS/DGCS/2017/219 du 4 juillet 2017 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Instructions du ministère de l'Intérieur
- Instructions de l'éducation nationale

DEFINITION

PPMS : plan particulier de mise en sécurité

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	17/01/2019		17/01/2019
Nom Fonction	COLIN Nathalie Directeur		Nathalie Colin Direction
Visa			

LOGIGRAMME



 	PROCEDURE EN CAS DE CONTAMINATION DU RESEAU D'EAU PAR LEGIONELLE OU LEGIONELLOSE AVEREE	PR	G.1.5.1	01	01
		Date de création : 12/03/2020			
		Dernière modification : 09/02/2023			

OBJET

Ce protocole définit la conduite à tenir en cas de légionellose avérée au sein de l'établissement.

DOMAINE D'APPLICATION

Le présent protocole s'applique à l'ensemble du personnel de l'IME et du SESSAD.

DOCUMENT ASSOCIE

- Plan national de prévention de la légionellose (2017-2022)
- Guide d'investigation et d'aide à la gestion (Risques liés aux légionelles) du Haut Conseil de la Santé Publique.
- Fiches de contrôles périodiques des températures.
- Fiche de signalement ARS : Contamination du réseau ECS par Legionella Pneumophila.

REFERENCE

- Circulaire DGOS/R4/2017/278 du 3 octobre 2017
- 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
- 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
- Arrêté du 30 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 23 juin 1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public.
- Circulaire N°DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	09/02/2023		09/02/2023
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Nathalie COLIN ; Directrice
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	09/02/2023	
2		
3		

 	PROCEDURE EN CAS DE CONTAMINATION DU RESEAU D'EAU PAR LEGIONELLE OU LEGIONELLOSE AVEREE	PR	G.1.5.1	01	01
		Date de création : 12/03/2020			
		Dernière modification : 09/02/2023			

DEFINITION

La légionellose est une maladie potentiellement mortelle, causée par les bactéries *Legionella*. L'espèce *Legionella pneumophila* est la plus courante. Elle entraîne une infection grave des poumons.

CAUSES

La principale cause de la légionellose est la présence de la bactérie *Legionella* dans l'eau. *Legionella* se développe principalement dans des environnements où l'eau est chaude et stagnante, entre 20°C et 50°C, ce qui en fait un risque dans les systèmes d'eau chaude, les tours de refroidissement, les réseaux de climatisation, etc.

Les réseaux d'eau chaude sanitaire des bâtiments sont des lieux de reproduction de la bactérie *Legionella* lorsque ces systèmes sont mal entretenus. L'eau stagnante, les températures insuffisantes ou trop élevées, et les matériaux qui favorisent le biofilm (couches de bactéries) constituent des conditions idéales pour la prolifération de *Legionella*.

L'inhalation d'aérosols d'eau contaminée est le mode principal de transmission de la légionellose. Cela peut se produire lors de l'utilisation des douches

ACTIONS EN PREVENTION

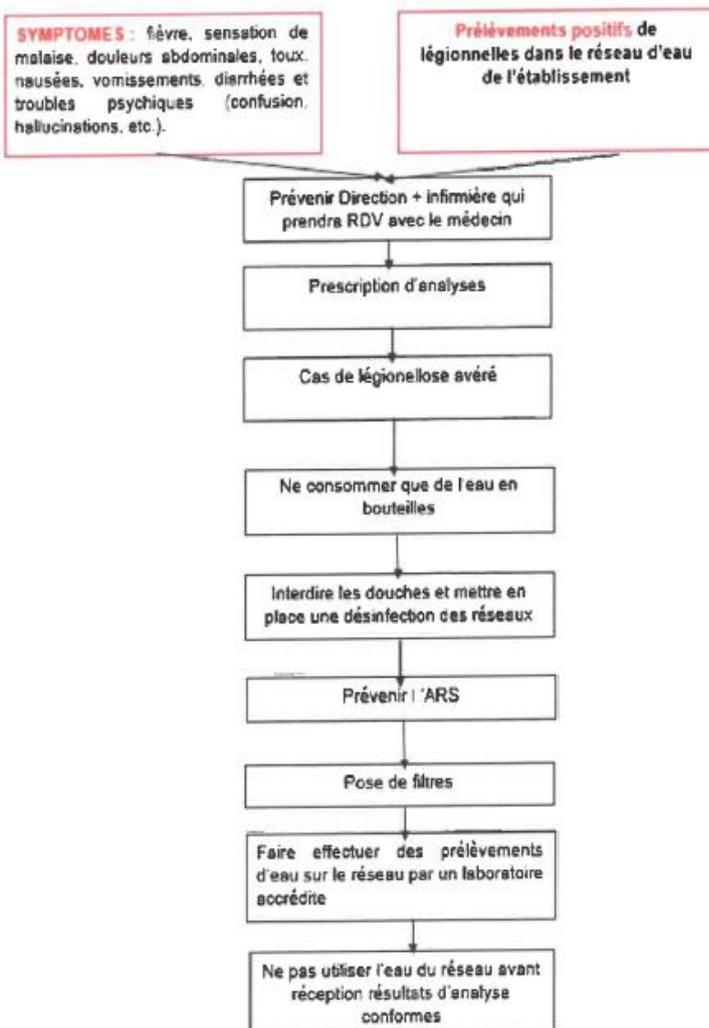
- Connaissance du réseau d'eau chaude sanitaire de l'établissement par l'agent technique en charge de la surveillance.
- Contrôle périodique par l'agent technique de la température d'eau sur le réseau.
- Contrôle annuel obligatoire par un laboratoire de sécurité sanitaire et environnemental.
- Maintien d'une concentration suffisante en biocide pour la balnéo du SESSAD (actuellement inutilisée) + évacuation complète de l'eau + nettoyage du système à minima une fois par semaine.
- Evitement des eaux stagnantes (Purge à minima hebdomadaire des robinets non utilisés).
- Faire couler l'eau des robinets (douches, lavabos, éviers...) peu utilisés ou après une absence prolongée pendant une minute avant utilisation.
- Surveiller la température de l'eau chaude (minimum 50°C, mais pas au-dessus de 60 °C).
- Détartrer et désinfecter régulièrement les embouts de robinets, pommeaux, flexibles de douches...



PROCEDURE EN CAS DE CONTAMINATION DU RESEAU D'EAU PAR LEGIONELLE OU LEGIONELLOSE AVEREE

PR	G.1.5.1	01	01
Date de création : 12/03/2020			
Dernière modification : 09/02/2023			

LOGIGRAMME



 IME <small>INFORMATIONS MÉDICOPHARMACIENNES</small> <small>SAINT-FLOUR</small> SESSAD <small>SERVICE D'ÉVALUATION PHARMACIENNE</small> <small>DES SOINS & DES MÉDICAMENTS</small>	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02
		Date de création : 30/01/2017			
		Dernière modification : 14/11/2024			

OBJET

Cette procédure décrit l'organisation à suivre suite à un signalement d'événements indésirables ; c'est-à-dire organiser le signalement, le recueil, l'analyse et le suivi des événements indésirables afin de mettre en œuvre des actions correctives ou préventives nécessaires à la maîtrise ou la diminution des incidents et dysfonctionnements de l'établissement.

Cette procédure s'intègre dans une démarche globale de gestion des risques et d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge.

DOMAINE D'APPLICATION

Le présent protocole s'applique à l'ensemble du personnel de l'IME et du SESSAD.

DOCUMENT ASSOCIE

- Fiche de déclaration d'événement indésirable.

REFERENCE

→ Code de la santé publique (CSP)

- Article L. 1413-13 : Cet article traite de la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins. Dans le cadre des ESSMS, il impose la notification de ces événements graves à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à la HAS, lorsque nécessaire.
- Article L. 312-4 : Cet article évoque la responsabilité de l'établissement ou du service dans la gestion des risques et des événements indésirables.

	Rédaction	Approbation	Validation
Date	14/11/2024		14/11/2024
Nom Fonction	Audrey BUCHON ; Responsable Qualité		Maryline PULLES, Directrice
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	14/11/2024	Ajout Méthode Alarm
2		
3		

	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES			
	Date de création : 30/01/2017			
Dernière modification : 14/11/2024				

→ Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales, vu les articles L. 331-8-1 et R. 331-8 et le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016, du Code de l'Action Sociale et des Familles dresse une liste des situations qui doivent faire l'objet de déclaration aux autorités administratives de la part des structures sociales et médico-sociales.

→ Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

→ L'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016.

→ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- Cette loi pose des principes fondamentaux concernant la qualité des soins et la gestion des risques dans les établissements sociaux et médico-sociaux, notamment en ce qui concerne la prise en charge des usagers et la gestion des événements indésirables.

→ Guide de gestion des risques en ESSMS (HAS) : Ce guide détaille la gestion des événements indésirables dans les ESSMS, en insistant sur la prévention, la déclaration et l'analyse des incidents. Il fournit aussi des outils pour la mise en place d'une culture de sécurité et de gestion des risques dans ces établissements.

→ Site de l'ARS Auvergne Rhône Alpes

DEFINITION

→ Un événement indésirable est un événement non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne, sa sécurité ou le bon fonctionnement au sein d'un établissement de santé ou médico-social.

Un événement indésirable est tout incident ou effet inattendu qui a une contribution négative à la qualité de la prise en charge d'un usager de l'établissement. Il peut survenir dans le cadre de la prise en charge, des soins, ou de tout autre acte lié à l'accompagnement des usagers.

Ces événements peuvent avoir diverses causes, allant de l'erreur humaine à des défaillances dans les procédures ou dans l'organisation des soins.

Dans le cadre des professionnels, un événement indésirable peut inclure des erreurs ou incidents liés à une organisation du travail défaillante, des problèmes d'environnement de travail compromettant la santé physique et morale ainsi que la sécurité des professionnels.

→ Méthode Alarm : Technique de recherche approfondie des facteurs contributifs d'une défaillance basée sur un protocole d'analyse formalisée, d'inspiration clinique, garantissant une enquête systématique, exhaustive et efficace, non culpabilisante, réduisant le risque d'explication simpliste et routinière.

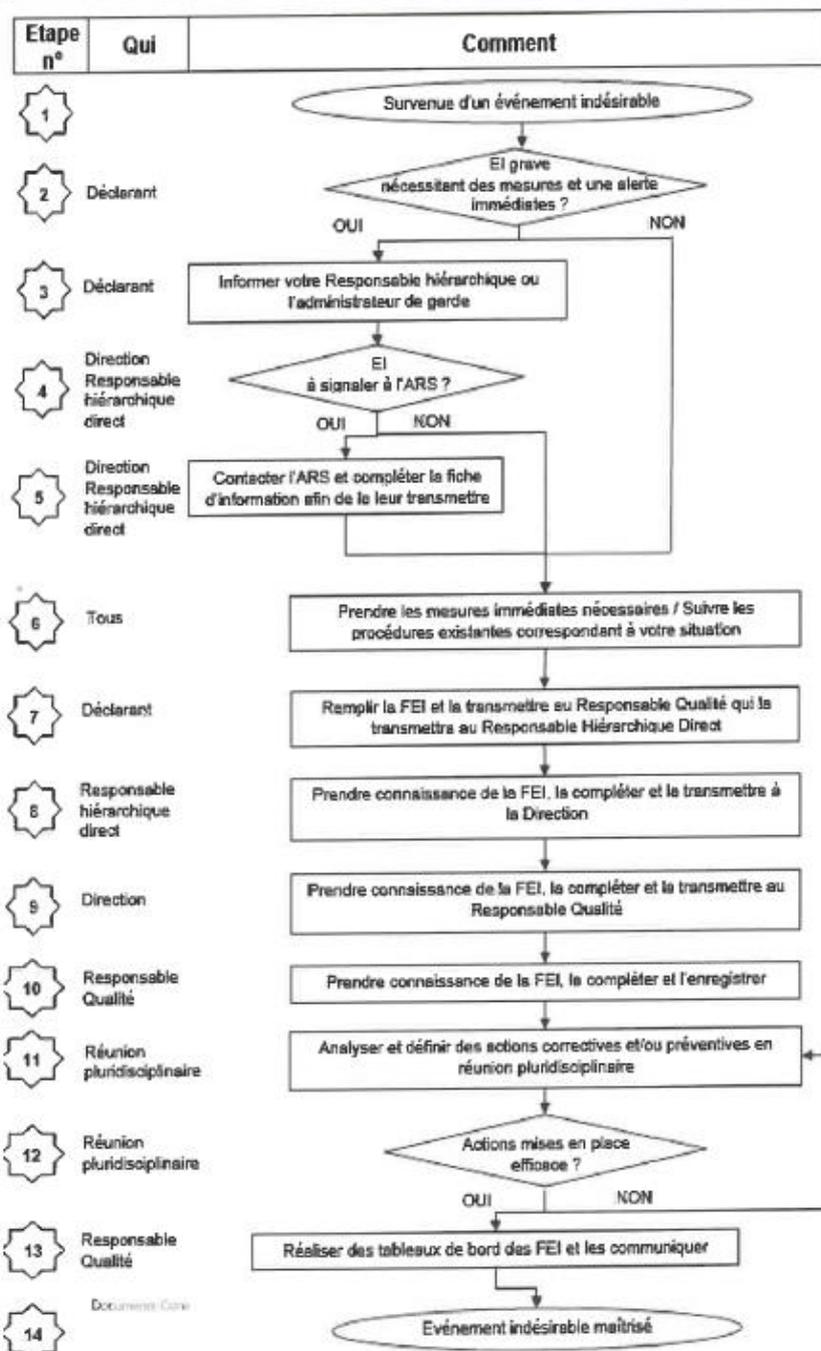
	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02	
		Date de création : 30/01/2017				
		Dernière modification : 14/11/2024				

CLASSIFICATION

Définition	Non grave	Grave
Non associé aux soins	<p>Événement indésirable (EI)</p> <p>Un événement non souhaité qui peut affecter la santé d'une personne.</p>	<p>Événement indésirable grave (EIG)</p> <p>Un dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées.</p>
Associés aux soins	<p>Événement indésirable associé aux soins (EIAS)</p> <p>Un événement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables.</p>	<p>Événement indésirable grave associé aux soins (EIGS)</p> <p>Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.</p>

 	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02	
		Date de création : 30/01/2017				
		Dernière modification : 14/11/2024				

LOGIGRAMME



 	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02
		Date de création : 30/01/2017			
		Dernière modification : 14/11/2024			

DETAIL DES ETAPES

Etape n°1 : Survenue d'un Evénement Indésirable (EI)

Existence d'une situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommage (situation pour lesquelles la santé ou la sécurité des personnes présentes dans l'établissement est compromise)

Toute personne ayant eu connaissance du non-respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité et de la santé des personnes présentes dans l'établissement doit le signaler administrativement.

Etape n°2 : EI grave nécessitant une alerte et des mesures immédiates ?

Dans certains cas, une alerte et/ou des mesures doivent être prises immédiatement car la situation est grave ou préoccupante.

Etape n°3 : Informer votre Responsable hiérarchique ou l'administrateur de garde

Heure de présence : du lundi au vendredi 8h -17h30

- Prévenir la **Direction** au 13 ou au 04 71 60 59 13.
- Ou, prévenir la **Cadre socio- éducatif** au 20 ou au 04 71 60 59 20.

En dehors des heures de présence, contacter directement l'administrateur de garde. (Direction, Cadre socio-éducatif).

Etape n°4 : EI à signaler à l'ARS ?

Dans certains cas, il faut signaler l'EI à l'ARS. Entre dans ce champ, les situations compromettant la santé ou la sécurité des personnes accueillies dans l'établissement.

La nature des éléments à signaler à l'ARS Auvergne sont les suivants :

- Concernant la santé des personnes accueillies sont visées notamment :
 - les suicides et tentatives de suicides.
 - les décès de personnes prise en charge consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge.
 - les situations de suspicion de maltraitance ayant une conséquence directe sur la santé et la sécurité de l'utilisateur : les violences, privations, mauvais traitements, atteintes sexuelles, atteintes à la vie ou à l'intégrité physique, psychique ou morale de la personne, à ses libertés, à sa dignité, à sa personnalité.
 - les infections nosocomiales.
 - les risques épidémiques communautaires ou nosocomiaux.
- Concernant la sécurité, sont visées 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'incendie, inondations...
- Sont par ailleurs visés les événements relatifs au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement :
 - La vacance prolongée de postes d'encadrement (direction et cadre)
 - Les accidents ou incidents majeurs touchant à l'intégrité du personnel

	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02
		Date de création : 30/01/2017			
		Dernière modification : 14/11/2024			

- Les sanctions disciplinaires de personnels intervenant auprès des personnes accueillies et les procédures judiciaires à l'encontre du personnel
- Les conflits sociaux ou menaces de conflits sociaux
- Les défaillances techniques pouvant entraîner un risque important pour la santé et la sécurité des personnes
- Les problèmes récurrents avec une famille

- Dans tous les cas, les situations susceptibles d'être médiatisées

Etape n°5 : Informer l'ARS si nécessaire

La Direction ou Responsable Qualité/Gestion des risques signale par voie dématérialisée à l'ARS : <https://demat.social.gouv.fr/commencer/signalerimedicosoc>

Etape n°6 : Prendre les mesures immédiates nécessaires / Suivre les procédures existantes correspondant à votre situation

Des procédures existent pour les événements indésirables (Accident à Exposition au Sang (AES), fugue, etc...) ; il faut alors les suivre.

Etape n°7 : Remplir la FEI et la transmettre au Responsable Qualité qui la transmettra au Responsable Hiérarchique Direct

Tout le personnel de l'I.M.E et du S.E.S.S.A.D. peut et doit signaler un événement indésirable. De même, les usagers et les visiteurs sur proposition d'un membre du personnel peuvent compléter une FEI. Ils seront, si besoins, aidés dans sa rédaction. La personne qui signale l'EI est le déclarant.

Le déclarant doit compléter les 2 premiers encadrés de la FEI :

- Date / Lieu / Heure de l'événement
- A remplir par le déclarant

Les informations relatives à des personnes sont indiquées de façons anonymes.

La FEI est transmise dans les plus brefs délais afin que les actions permettant de corriger l'événement décrit soient mises en œuvre le plus rapidement possible.

La FEI est transmise dans un premier temps transmise au Responsable Qualité/Gestion des risques qui dans un deuxième temps la transmet au Responsable hiérarchique direct concerné par cet EI.

Etape n°8 : Prendre connaissance de la FEI, la compléter et la transmettre à la Direction

Le Responsable hiérarchique direct concerné par cet EI complète l'encadré dédié de la FEI et transmet la FEI à la Direction.

Etape n°9 : Prendre connaissance de la FEI, la compléter et la transmettre au Responsable Qualité/Gestion des risques

Le Directeur prend connaissance de la FEI et la transmet au Responsable qualité/gestion des risques.

	PROCEDURE SIGNALEMENT ET GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES-EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES	PR	G.1.5.2	01	02
		Date de création : 30/01/2017			
		Dernière modification : 14/11/2024			

Etape n°10 : Prendre connaissance de la FEI, la compléter et l'enregistrer

Le Responsable Qualité/Gestion des risques enregistre la FEI ; et la renseigne dans le tableau de bord de suivi des FEI de l'année.

Initier les équipes à la Méthode Alarm pour analyser l'événement indésirable :

- Reconstitution de la chronologie des faits et actes précédant l'accident ou l'évènement
- Identification des écarts : « *tout acte ou situation survenu au cours du séjour dont la qualité est jugée insuffisante par rapport aux pratiques acceptables* »
- Analyse des erreurs systémiques de chaque écart.
- Elaboration de recommandations et/ou mise en place de mesures correctrices.

Etape n°11 : Analyser et définir des actions correctives et/ou préventives en réunion pluridisciplinaire

Chaque FEI sera discutée en réunion pluridisciplinaire qui aura lieu périodiquement. Suivant les cas des actions correctives et/ou préventives seront mis en œuvre afin de ne pas renouveler ou avoir un incident.

Etape n°12 : Actions mises en place efficace ?

En réunion pluridisciplinaire, il faudra évaluer l'efficacité des actions mises en place. Si ces dernières sont jugées non satisfaisantes alors des mesures nouvelles seront prises.

Etape n°13 : Réaliser des tableaux de bord des FEI et les communiquer

Les FEI sont analysées. Des indicateurs et données trimestriels sont communiqués à l'ensemble du personnel, lors des instances (CSE, CVS) et restent à la disposition de tous si besoin.

 	FONCTIONS SUPPORT 2.5. Sécurité incendie PROCEDURE EN CAS D'INCENDIE	PR	FS 2.5.1.	03	0
		Date de création : 12/03/2019			
		Dernière modification : 21/01/2024			

OBJET

- ⇒ Cette procédure décrit la conduite à tenir en cas d'incendie.
- ⇒ Les différentes mesures doivent être prises dans l'ordre établi.

DOMAINE D'APPLICATION

- ⇒ La présente procédure s'applique à l'ensemble du personnel des établissements.

DOCUMENT ASSOCIE

- ⇒ Procédure en cas d'urgence vitale
- ⇒ Emploi du temps usagers et professionnels
- ⇒ Attestation de formation des professionnels à la conduite en tenir en cas d'incendie et à la manipulation des extincteurs.

REFERENCE

- ⇒ INRS (Institut National de recherche et de sécurité)
- ⇒ Code de la construction et de l'habitation (ERP) – Arrêté du 25 juin 1980
- ⇒ Code du travail (articles R4227-28 à R4227-35)

DEFINITIONS

- ⇒ **Définition généraliste Incendie :** Feu violent et destructeur. Réaction de combustion non maîtrisée dans le temps et l'espace.

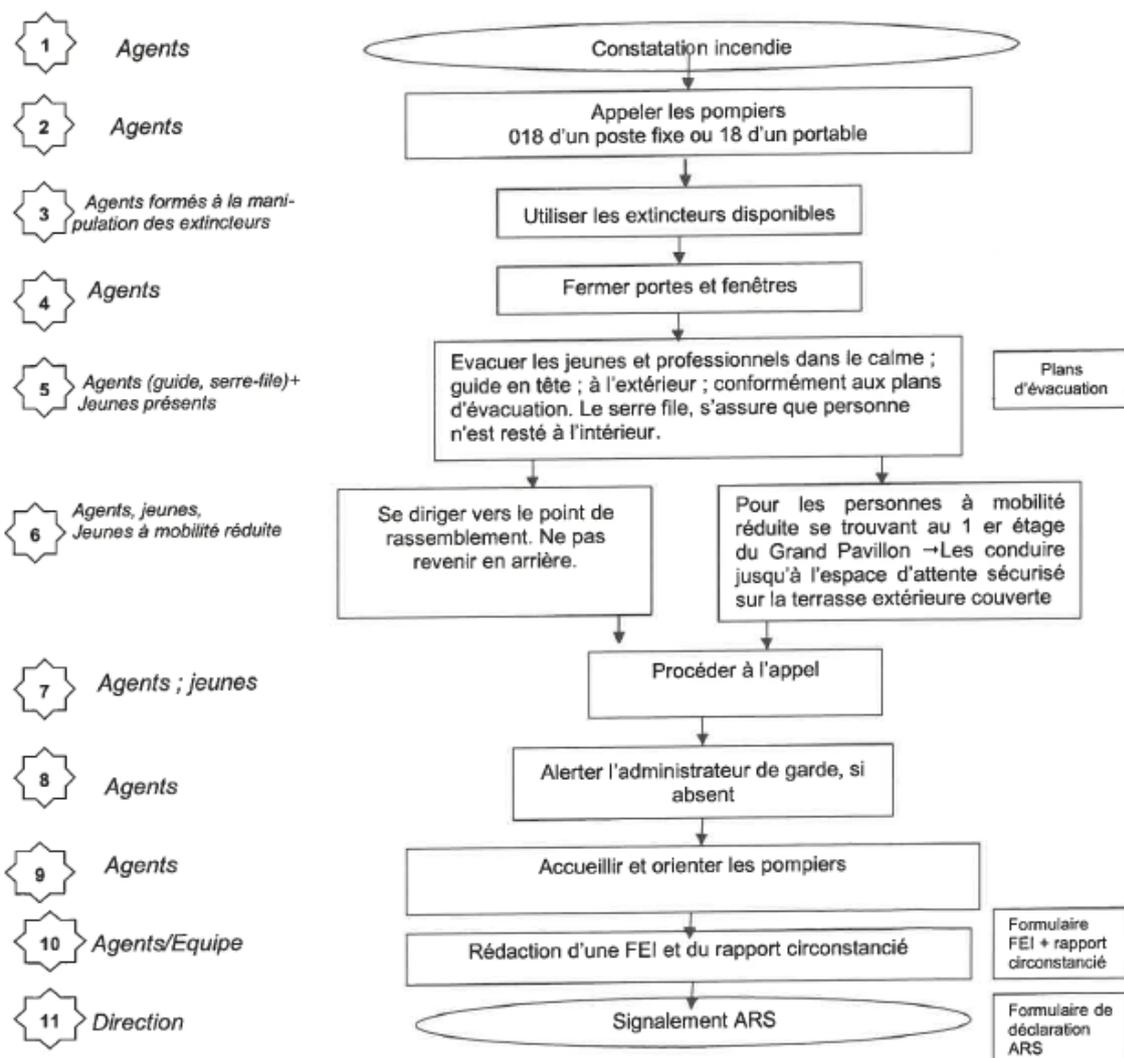
	Rédaction	Approbation	Validation
Date	12/03/2019		15/03/2019
Nom Fonction	Audrey BUCHON, Responsable Qualité		Nathalie Colin Direction
Visa			

Historique des versions		
N° Version	Date	Nature des modifications
1	12/03/2019	Création
2	29/09/2020	Modification
3	21/01/2024	Ajout : Indiquer le N° de rue lors de l'appel aux secours

 	FONCTIONS SUPPORT 2.5. Sécurité incendie PROCEDURE EN CAS D'INCENDIE	PR	FS 2.5.1.	03	0
		Date de création : 12/03/2019			
		Dernière modification : 21/01/2024			

LOGIGRAMME

Etape n°	Qui	Comment	Document
----------	-----	---------	----------



	FONCTIONS SUPPORT 2.5. Sécurité incendie PROCEDURE EN CAS D'INCENDIE	PR	FS 2.5.1.	03	0
		Date de création : 12/03/2019			
		Dernière modification : 21/01/2024			

DETAILS DES ETAPES

Etape n°1 : Un personnel et/ou équipe a constaté un début d'incendie (alarme incendie, odeur de fumée, flammes...)

Chaque agent doit être apte à réagir rapidement et à garder son calme.
Il doit reconnaître le signal d'alarme comme un ordre d'évacuation d'urgence.
Il doit connaître :

- Les dégagements ; issues de secours et chemins de repli alternatif.
- Le balisage et le point de rassemblement.

Etape n°2 : Donner l'alerte

En appelant les pompiers et en avertissant tous les occupants (si en dehors des horaires d'ouverture de l'administration).

En journée, avvertir l'administration qui se chargera d'alerter les pompiers ainsi que tous les occupants.

- 018 d'un poste fixe ou 18 d'un portable.
- Qui ? → S'annoncer.
- Quoi ? → Nature du sinistre (incendie, explosion...) et nombre de blessés s'il y a.
- Où ? → Indiquer le lieu du sinistre en étant le plus précis possible : Indiquer l'adresse exacte : 1, La Combe de Volzac ; 15100 SAINT-FLOUR

Etape n°3 : Utiliser les extincteurs dans la mesure du possible.

- Uniquement pour les agents ayant reçu la formation

Etape n°4 : Fermer portes et fenêtres derrière soi.

S'assurer que personne n'utilise le monte-charge

Etape n°5 : Evacuer les jeunes et les professionnels dans le calme

- Organisation humaine : Si possible désigner un guide et un serre-file
- Le guide, en tête se dirige vers l'extérieur conformément aux plans d'évacuation.
- Le serre-file, dernière personne à sortir, s'assure que personne n'est resté à l'intérieur.

Etape n°6 : Se diriger vers le point de rassemblement

- Ne jamais revenir sur ses pas
- Quitter les locaux enfumés en restant le plus près possible du sol, avec si possible un linge humide sur la bouche et en gardant une main en contact avec le mur.
- Les jeunes à mobilité réduite se trouvant au 1^{er} étage du grand pavillon doivent être conduits sur l'espace d'attente sécurisée sur la terrasse extérieure couverte.

 	FONCTIONS SUPPORT 2.5. Sécurité incendie PROCEDURE EN CAS D'INCENDIE	PR	FS 2.5.1.	03	0
		Date de création : 12/03/2019			
		Dernière modification : 21/01/2024			

Étape n°7 : Procéder à l'appel

- Comptabiliser les personnes présentes dans les espaces d'attentes sécurisés.

Étape n°8 : Alerter l'administrateur de garde si absent au moment des faits

Étape n°9 : Accueillir les secours

- Transmettre les informations (nature du sinistre, localisation et effectifs dans les espaces d'attente sécurisés, localisation des fluides et dangers potentiels...)
- Orienter les secours

Étape n°10 : Rédaction de la feuille d'évènement indésirable accompagnée d'un rapport circonstancié

- L'agent et/ou l'équipe présents sur les lieux renseignent la feuille d'évènement indésirable, outil institutionnel dédié à la gestion des risques.
- Le rapport circonstancié sera adressé à la direction.

Il doit permettre de comprendre ce qui s'est réellement passé qui a fait quoi, comment, en quel lieu, dans quelles circonstances et quelles conditions de travail, en présence de qui, les réactions et les conséquences apparentes de l'évènement.

Il doit indiquer aussi les mesures qui ont été prises, par qui et à quel moment, à la suite de l'accident. Ce rapport doit donc être clair, concis, précis, complet, objectif (des faits, rien que des faits) et doit être rédigé très rapidement après les faits pour éviter les déperditions d'informations.

Étape n°11 : La Direction signale l'évènement grave indésirable auprès de l'ARS

ANNEXE 1

Coordonnées ARS AURA DT 15

Agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes

Délégation départementale du Cantal

13, Place de la Paix – BP 40515 – 15 005 AURILLAC Cedex

04 72 34 74 00

Le Pôle Autonomie

Direction Départementale du Cantal

241 rue Garibaldi

CS 93383 - 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

ANNEXE 2

Risques majeurs commune de Saint-Flour (TIM)

<https://www.communes.com/risques-saint-flour-15>



ANNEXE 3

Evacuation des usagers – recensement des besoins en transport et lieux d'accueil

La prise en charge des usagers par les familles sera privilégiée en cinétique lente pour réduire les besoins en transport.

Le lieu d'accueil peut être une structure de même type et/ou un centre d'hébergement communal.

FORMAT A REMPLIR ET A RENVOYER A L'ARS

Mail : direction@ime-saintflour.fr accueil@ime-saintflour.fr administration@ime-saintflour.fr

Tél : 04 71 60 59 10

Date/heure :

N°finess établissement : 150780591

Nom de l'établissement : INSTITUT MEDICO-EDUCATIF MARIE-AIMEE MERAVILLE

Adresse : 1 La Combe de Volzac – 15100 SAINT-FLOUR

A EVACUER

Bâtiment à évacuer	Profil – état de santé des usagers	Nbre d'usagers à évacuer	Nbre de personnels accompagnants (évacués avec les usagers)

EVACUES PAR LES MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

Nbre d'usagers	Nbre de personnels accompagnants (évacués avec les usagers)

RESTANTS A EVACUER PAR DES MOYENS MOBILISES PAR L'ARS

Nbre d'usagers	Nbre de personnels accompagnants (évacués avec les usagers)

HEBERGEMENTS POSSIBLES

Structure identique ou centre d'hébergement communal

Nom de la structure	Coordonnées

ANNEXE 4: PCA -Plan de Continuité de l'activité

ACTIVITE	QUI	PCA-ACTIVE	OBJECTIFS	ACTIONS	PERIODETE	PROCEDES/MOYENS/OUTILS
Fonctionnement normal						
Gestion des professionnels	Cadre Socio-Educatif Responsable GRH	Tout personnel administratif ou autre professionnel présent		<ul style="list-style-type: none"> ☞ recenser les moyens humains disponibles au sein des services ☞ appeler en fonction des besoins les professionnels en congés, les personnels de remplacements, etc... ☞ réorganiser le temps de travail ☞ recenser selon le type d'affects les intervenants libéraux (médecins, paramédicaux) et autres intervenants 		<ul style="list-style-type: none"> liste des professionnels plannings liste des intervenants à jour
Facturation paie	Directeur agent comptable	Directeur agent comptable		<ul style="list-style-type: none"> ☞ facturation ☞ fiches de paie 		
Gestion des dépannages	Service technique Agent chargé des relations aux	Service technique tout personnel administratif présent		<ul style="list-style-type: none"> ☞ assurer les dépannages et maintenances indispensables 		<ul style="list-style-type: none"> ☞ liste des maintenances indispensables ☞ liste des intervenants à jour
Communication	Directeur	Directeur		<ul style="list-style-type: none"> ☞ assurer la communication (personnel, familles, usagers, médias, tuteurs le plus tôt possible ☞ répondre aux demandes des autorités sanitaires 		<ul style="list-style-type: none"> ☞ liste des familles, usagers, professionnels etc... ☞ courrier type, affiches ☞ mails, intranet, sms ☞ message vocal pré-enregistré
Approvisionnement commandes	Agent chargé des relations aux Responsable de la restauration	Tout professionnel désigné préalablement		<ul style="list-style-type: none"> ☞ assurer le suivi régulier des stocks selon organisation définie : cuisine, matériel médicaux et dispositifs, médicaments, consommables (produits entretien...) ☞ produits alimentaires etc... ☞ biens des énergies 		<ul style="list-style-type: none"> ☞ capture rectangulaire Procédures liées aux commandes
bio nettoyage et entretien des locaux/équipets	ASH OPQ IDE	ASH OPQ IDE Personnels administratifs	<ul style="list-style-type: none"> ☞ assurer une propreté des locaux ☞ limiter la transmission croisée des micro-organismes 	<ul style="list-style-type: none"> chambres : ☞ surfaces horizontales et environnement proche de l'usager (lit, chevet, commode...) ☞ sanitaires (WC, lavabos, douche...) Lieux collectifs : ☞ salons, ☞ WC collectifs ☞ salle de douches ☞ salle à manger cuisine ☞ couloirs ☞ locaux entreposage (linge sale, propre, stockage divers etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> Quotidien Quotidien hebdomadaire Quotidien Quotidien Quotidien hebdomadaire (à adapter en fonction de la salissure) hebdomadaire 	<ul style="list-style-type: none"> Procédures liées aux commandes Procédures bio nettoyage internes

ACTIVITE	QUI	POURQUOI	COMMENT	ECARTS	REPERES	REPERES
Relève	IDE Educatifs Médecin	IDE Educatifs médecin		<ul style="list-style-type: none"> ° support écrit au travers du DU/ ou cahier de transmission mis en place en cas de problème d'accessibilité au réseau ° lister les cas malades 	selon organisation	Dossier informatif/support papier
toilette usager	Lui-même Educatifs	Lui-même Educatifs		<ul style="list-style-type: none"> ° supervision par le personnel 	quotidienne	
toilette usager avec plaies	IDE Educatifs (en fonction	IDE Educatifs ASH) binôme IDE		<ul style="list-style-type: none"> ° usage: hygiène busso-dentaire ° toilette intime, charges si besoin ° soins des plaies 	quotidienne	protocole interne
change usager	Lui-même Educatifs	IDE Educatifs ASH		<ul style="list-style-type: none"> ° support écrit au travers du DU/ ou cahier de transmission mis en place en cas 	selon besoins	protection disponible pavillon ou local infirmerie
réfection du lit	ASH Educatifs	ASH Educatifs		<ul style="list-style-type: none"> quand souillures par des liquides biologiques et tâches alimentaires ou autres... 	De façon systématique en cas de souillure tous les 15 jours ordinairement	<ul style="list-style-type: none"> ° Containeur extensible
linge de lit	veilleur de nuit Personnel administratif	IDE Educatifs ASH				
circuit du linge tri	ASH	ASH				
acheminement traitement	Lingère educateur personnel administratif	Lingère educateur personnel administratif			quotidien	respect des précautions standard tenue de protection adaptée à la situation
lever/coucher de l'usager	Educateur veilleur de nuit IDE ASH personnel administratif	Educateur veilleur de nuit IDE ASH personnel administratif		<ul style="list-style-type: none"> si pénurie de personnel laisser le rythme personnel des usagers de levée lever pour les toilettes au rabot les couchers pour la nuit 	le matin	