

ENTETE GESTIONNAIRE

CENTRE DE SANTE DE

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Le contenu du présent règlement intérieur (mentionné à l'article L. 6323-1-10 du code de la santé publique) du Centre de Santé de est fixé par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé :

- 1° Hygiène et sécurité de soins
- 2° Informations relatives au droit des patients

Ce règlement s'impose à tous les personnels employés par la Commune, quel que soit leur statut. Il concerne le lieu de travail du centre de santé et s'applique également dans le cadre de ses actions extérieures à ses locaux. Les personnes extérieures à la collectivité, mais travaillant ou effectuant un stage dans les locaux, doivent se conformer aux dispositions de ce règlement et particulièrement celles relatives à l'hygiène et à la sécurité. Le règlement intérieur vient en complément des différents règlements internes de la collectivité, des notes générales de services établies par la collectivité et plus particulièrement la direction des ressources humaines qui sont opposables à l'ensemble des personnels, titulaires et non titulaires (permanents et occasionnels).

Dès son entrée en vigueur, sa diffusion sera assurée auprès de chaque service en lien avec le Centre de Santé. Il sera affiché à une place convenable et accessible à tous au sein du centre, et chaque nouvel agent recruté en sera destinataire et devra en prendre connaissance. Les fiches de procédures jointes en annexe au règlement de fonctionnement sont consultables dans les locaux concernés.

La hiérarchie est chargée de veiller à l'application du présent règlement.

FICHE 1

L'HYGIENE ET LA SECURITE DES SOINS

Les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, notamment au regard des tenues des professionnels et de l'hygiène des mains

Les professionnels de santé au contact des patients doivent respecter les recommandations standards d'hygiène préconisées conjointement par le Haut Conseil de la Santé Publique et par le Centre de coordination des actions de lutte contre les infections nosocomiales pour les établissements de santé (Cf. annexe 1)

Les procédures détaillées de préparation et de stérilisation des dispositifs médicaux stérilisables ;

En matière de lutte contre les infections nosocomiales, le personnel est tenu au respect des procédures de désinfection définies et affichées, en particulier pour la désinfection et la stérilisation des dispositifs médicaux (DM). Ces dispositifs rentrent dans 3 catégories selon la classification du Centre Technique National des Infections Nosocomiales, approuvé par la Direction Générale de la Santé (circulaire n°672).

<i>Catégorie</i>	<i>Utilisation</i>	<i>Exemples</i>	<i>Traitement recommandé</i>
DM à haut risque infectieux	Contact avec les tissus stériles et/ou le système vasculaire	Instruments de Chirurgie, pincés à biopsie, etc...	Stérilisation
DM à risque infectieux	Contact avec la peau lésée et les muqueuses	Canules d'aspiration, endoscopes, instrumentation de bouche	Désinfection de niveau médian intermédiaire : bactéricide virucide
DM à faible risque infectieux	Contact avec la peau saine	Stéthoscopes, bassins, mobilier	Désinfection de bas niveau : bactéricide, fongicide, + ou - virucide

Dans certains cas, le traitement recommandé doit tenir compte des circonstances d'utilisation. D'autre part tous les DM de faible risque infectieux, souillés par des liquides biologiques, doivent être soumis à une désinfection de niveau intermédiaire.

Les modalités de conservation et de gestion des médicaments

Les médicaments nécessitant une conservation au frais sont entreposés dans un réfrigérateur avec les produits d'allergologie. Les autres types de médicaments sont entreposés dans une armoire fermant à clé.

Les vaccins sont répertoriés et conservés à température constante dans des réfrigérateurs spécifiques équipés de sonde avec système d'alarme en cas de modification de la température.

Les modalités de gestion et de maintenance des autres dispositifs médicaux, y compris, le cas échéant, des qualifications de ces dispositifs

Les dispositifs médicaux au sens de la loi n° 94-73 du 18 janvier 1994 constituent une grande famille parmi laquelle on compte des dispositifs variés allant de l'aiguille à l'appareil d'imagerie médicale.

Les dispositifs médicaux stériles ou DMS appartiennent à cette famille.

Un DMS a été soumis à une stérilisation validée.

Le centre de santé ne dispose pas de dispositif de stérilisation de matériel. Les professionnels de santé du centre n'utiliseront donc que du matériel stérile à usage unique et jetable qui ne sera en aucun cas réutilisé.

Les DMS utilisés dans le CSM sont des dispositifs à usage unique et jetables : ils ne devront donc pas être réutilisés.

Le stockage des DMS se fait dans les armoires des bureaux médicaux, à l'abri de la lumière et de la poussière.

Les professionnels de santé du centre mettront tout en œuvre pour conserver l'intégrité des DMS : ils ne seront pas déconditionnés, leurs emballages ne seront pas pliés et il n'y sera pas non plus porté d'inscription.

Les DMS seront rangés en fonction de leur date de péremption.

Tout DMS périmé, utilisés ou dont l'état de l'emballage est tel que sa stérilité n'est plus garantie, sera éliminé par la filière des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Les modalités de conservation et de gestion des dispositifs médicaux non stériles

En ce qui concerne les dispositifs médicaux réutilisables et non immergeables comme les brassards tensionnels, les stéthoscopes et les sondes ultrasoniques par exemple, ils feront l'objet d'un nettoyage quotidien avec un support non tissé imprégné d'un détergent-désinfectant. Ce nettoyage sera assuré par les professionnels de santé du centre en fin d'activité ou avant si nécessaire.

Les modalités de gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux et, le cas échéant, des déchets spécifiques

Les centres de santé produisent des déchets de type médical nécessitant une élimination selon des procédures réglementées (Cf. annexe 2). L'élimination est organisée par une société spécialisée retenue dans le cadre d'une procédure régulière de marché.

Les modalités de gestion du risque d'accident d'exposition du sang, comprenant en annexe la fiche de procédure spécifique au centre, qui précise notamment les coordonnées de l'hôpital de référence

Tout incident ou accident survenu à un patient ou un membre du personnel doit être signalé immédiatement à la direction, le personnel devra se référer en cas de blessure ou de piqûre accidentelle avec du matériel souillé, à la procédure de conduite à tenir, affichée dans le centre ou rassemblée dans le classeur de procédures, établie par la médecine professionnelle (Cf. annexe 3).

Les modalités de gestion, de déclaration, d'analyse et de prévention des événements indésirables graves et des infections associés aux soins

La prévention est notamment assurée par le respect des règles d'hygiène (annexe 1).

EIGS - Tout patient ou résident est dans une attente de qualité et de sécurité des soins lors de sa prise en charge. Cette exigence légitime est en phase avec les motivations profondes des professionnels. Or les risques inhérents à l'activité de soins peuvent conduire à la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), c'est-à-dire entraînant un déficit fonctionnel permanent pour le patient, la mise en jeu de son pronostic vital ou son décès.

L'article L.1413-14 du code de la santé publique rend obligatoire la déclaration des événements indésirables graves aux agences régionales de santé. La déclaration par les professionnels de ces EIGS est essentielle : analyser les causes, comprendre l'enchaînement de ce qui a conduit à la situation, permet de rechercher et de mettre en œuvre des actions concrètes pour éviter au maximum que cela ne se reproduise.

Cette déclaration, obligatoire pour tout professionnel, s'effectue depuis mars 2017 sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables (signalement-sante.gouv.fr).

La déclaration s'effectue en deux temps : immédiatement après l'EIGS, le professionnel (ou le Directeur administratif d'établissement) complète la première partie de la déclaration qui est transmise à l'ARS. Puis le déclarant dispose de trois mois pour réaliser, avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient, une analyse approfondie de l'événement, identifier un plan d'actions correctrices et adresser dans une deuxième partie de déclaration ces résultats à l'ARS. Après l'examen des déclarations par l'ARS, les données sont anonymisées et transmises à la HAS.

Les déclarations complètes sont anonymisées et transmises par les agences régionales de santé (ARS) à la HAS qui a pour mission de publier un rapport annuel assorti de recommandations.

IAS - Une infection est dite associée aux soins si elle survient au début ou à la fin de la prise en charge d'un patient par un professionnel de santé.

Prévu par la loi de modernisation de notre système de santé, signalement-sante.gouv.fr permet aux professionnels et aux usagers de signaler en quelques clics aux autorités sanitaires tout événement indésirable ou tout effet inhabituel ayant un impact négatif sur la santé.

Le médecin ou le Directeur administratif du Centre procédera au signalement et alertera les autorités sanitaires (ARS) et le réseau CPias.

Les modalités de prise en charge des urgences vitales

Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.

Il conviendra d'appeler le SAMU – 15.

FICHE 2

LES INFORMATIONS RELATIVES AUX DROITS DES PATIENTS

Le centre de santé applique les Droits des personnes malades aux patients fréquentant son service (Cf. annexe 4).

Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives et médicales/paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli.

Chaque patient possède un **dossier unique informatique partagé** par tous les intervenants santé du CSM.

Le dossier est créé à l'occasion du premier contact avec le patient et il s'enrichit par la suite de la trace des interventions des différents professionnels de santé rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement.

Il contribue à la prise en charge optimale du patient et notamment à la continuité, l'efficacité et la sécurité des soins.

Le dossier du patient comprend des informations administratives et des informations des professionnels de santé.

Chaque patient du centre dispose donc d'un dossier médical informatique unique.

Ce dossier médical reprend les éléments administratifs relatifs au patient et comporte un document médical de synthèse tel que défini dans l'accord de 2003.

Un **système d'information partagé** entre les différents professionnels de santé internes et externes présents dans le Centre de santé sera mis en place. Le gestionnaire du Centre de santé procédera à l'acquisition d'un logiciel labellisé V2 qui sera mis à la disposition des autres professionnels de santé pour la partie « dossier médical partagé » seulement puisqu'ils conserveront leur logiciel métier propre. *En amont de la consultation des éditeurs de logiciels, il n'est pas possible de communiquer le nom du logiciel*

Il est enrichi au fur et à mesure des consultations et visites.

Le dossier du patient contient :

· les informations administratives : nom, nom de jeune fille, prénom, sexe, date de naissance, éventuellement lieu de naissance, adresse complète, téléphone du domicile, régime d'affiliation, statut ALD, complémentaire santé, numéro de sécurité sociale, date du premier rendez-vous dans le centre, tuteur, curateur, tiers payeur, professionnel de santé correspondant.

L'authenticité des informations administratives est vérifiée par le secrétariat. L'identification du patient doit être fiable et recueillie avec la plus grande précision possible, à partir des documents officiels présentés par le patient ou son représentant légal, carte d'identité, passeport ou carte de séjour, la carte d'assuré social n'attestant que la couverture sociale de celui-ci.

Le dossier médical contient :

- la date d'entrée dans l'option et le nom du médecin coordonnateur si besoin ;
- les antécédents personnels et familiaux ;
- les facteurs de risque, allergies ;
- l'historique des consultations, actes et traitements réalisés ;
- les affections donnant lieu au suivi en cours ;
- les traitements en cours.

Le dossier peut aussi comporter :

- le statut vaccinal ;
- la situation vis-à-vis du dépistage des « maladies aux conséquences mortelles évitables » ;
- le plan de traitement pour les patients ayant une affection de longue durée ;
- le plan personnalisé de prévention.

D'autre part, le dossier médical de chaque patient comportera un document appelé document médical de synthèse ou DMS. La tenue de ce document est de la responsabilité du médecin choisi comme coordinateur des soins par le patient. Cependant, le DMS sera enrichi au fur et à mesure des éléments jugés pertinents par les autres professionnels de santé du centre médical.

Les secrétaires se chargent de la mise à jour de ces dossiers (modifications des données administratives, archivage des données d'examen et des courriers dans les dossiers patients correspondant, etc...).

Les secrétaires se chargent de la mise à jour de ces dossiers (modifications des données administratives, archivage des données d'examen et des courriers dans les dossiers patients correspondant, etc...).

Conservation des dossiers

Le dossier papier des patients sera conservé sous clefs au secrétariat du centre médical, dans des armoires d'archivage.

En dehors des heures ouvrables et en cas d'absence de personnel du centre médical dans le secrétariat, le local secrétariat sera fermé à clé.

Les dossiers informatisés sont sauvegardés ; les sauvegarde informatiques sont stockées dans un endroit différent du serveur et sécurisé. Lors des changements ou de l'actualisation

de logiciels, le Centre s'assure de leur compatibilité avec les anciens systèmes, garantissant ainsi l'accès aux anciens dossiers.

Le temps de conservation des dossiers médicaux sera conforme à la législation en vigueur, soit 20 ans actuellement.

Éléments administratifs d'identification : en application de la circulaire AD 94-2 du 18 janvier 1994, relative au tri et à la conservation des archives des établissements publics de santé (documents produits après 1968 par les services administratifs chargés de la gestion des hospitalisations et consultations) les éléments d'identification du patient (prise en charge sécurité sociale, aide médicale, organisme complémentaire) sont à conserver pendant une durée dite d'utilité administrative de 5 ans.

Communication du dossier médical

Le dossier du patient constitué d'éléments relatifs au patient est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient.

Le dossier et les informations médicales qui y sont contenues sont confidentiels et relèvent du secret professionnel.

Le personnel de toutes catégories est tenu au **secret professionnel** conformément au Code de Déontologie, au Code de Santé Publique (en particulier l'article L.1110-4 alinéa 1er) et à l'article 226-13 du Code Pénal.

Indépendamment des règles de secret professionnel, les salariés sont liés par l'obligation de discrétion pour tout ce qui concerne les faits dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions y compris après cessation de leur activité dans les centres municipaux de santé.

La transmission du dossier médical peut être demandée soit par le patient ou son représentant légal ou les ayants droit du patient en cas de décès en application de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, des articles L.1111-7 et L.1112-1 du code de santé publique, et du décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé.

La demande doit être adressée au médecin par écrit avec justification de l'identité du demandeur (document légal d'identité), et la réponse adressée dans les délais légaux, soit 8 jours à la date de réception de la demande ou 2 mois, si les informations contenues datent de plus de 5 ans.

La copie du dossier sera remise au demandeur. Les frais de copie du dossier seront facturés au patient.

Une copie du dossier médical peut être demandée par le médecin traitant à la demande du patient ou de son représentant légal. Il incombera alors à l'établissement de s'assurer de la qualité du praticien désigné.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les médecins prendront toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au Médecin Conseil de la Sécurité Sociale les documents médicaux nécessaires au dit contrôle.

Les tarifs des consultations et des divers actes médicaux sont établis conventionnellement avec l'Assurance Maladie. Conformément à la réglementation, les principaux tarifs sont affichés aux secrétariats d'accueil.

Le dispositif d'information du patient sur l'organisation mise en place au sein du centre pour répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des heures de permanence de soins

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir comme "une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi.

En dehors des horaires d'ouverture du centre de santé, la permanence des soins sera assurée par le service de garde régulé par le SAMU (15).

Une affiche d'information sera apposée de façon visible à l'intérieur et à l'extérieur des locaux, mentionnant l'appel au SAMU (15). Le répondeur téléphonique du centre de santé invitera également à contacter le SAMU (15). L'espace dédié au Centre de santé sur le site internet le précisera également.

Le Centre de santé procédera à **une évaluation annuelle** sous forme de questionnaire en direction des usages.

Toutes les fiches de procédure jointes en annexe au règlement de fonctionnement sont consultables dans les locaux concernés.

Annexe 1 : Précautions standards (Haut Conseil de la Santé Publique et CPIAS)

Hygiène des mains

Il est recommandé d'effectuer une hygiène des mains :

- immédiatement avant tout contact direct avec un patient, avant tout soin propre ou tout acte invasif,
- entre un soin contaminant et un soin propre ou un acte invasif chez un même patient, après le dernier contact direct ou soin auprès d'un patient,
- après tout contact avec des liquides biologiques, avant de mettre des gants pour un soin, immédiatement après avoir retiré des gants.

Il est recommandé de pratiquer une hygiène des mains par friction hydro-alcoolique en remplacement du lavage simple, du lavage hygiénique et du lavage chirurgical.

Si les mains sont visiblement souillées, il est impératif de procéder à un lavage simple des mains.

Port des gants

Des gants sont toujours portés s'il y a un risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque (hémoculture, prélèvement sanguin, pose et dépose de voie veineuse, chambre implantable...). Ils doivent être portés également lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, de linge et matériel souillés. Ils sont mis systématiquement lors de tout soin lorsque les mains du soignant comportent des lésions (coupure, blessure, excoriation ou dermatose).

Il n'est pas recommandé de porter des gants lors des contacts avec la peau saine. Cette recommandation ne concerne pas la problématique de la prise en charge de certains micro-organismes (*Clostridium difficile* toxigène, entérocoques résistants aux glycopeptides) pour lesquels il existe des recommandations spécifiques.

Les gants sont changés entre deux patients ou deux activités (y compris pour le même patient). Ils sont mis juste avant le contact, le soin ou le traitement. Ils sont retirés dès la fin du soin pour être jetés avant de toucher l'environnement.

Masques

Les soignants doivent systématiquement porter un masque chirurgical anti-projection (norme EN 14683) avec lunettes de sécurité ou un masque-visière lors de soins avec risque de projection de sang, de liquide biologique.

Ces consignes s'appliquent également aux accompagnants lorsqu'ils sont impliqués dans les soins. Le patient doit porter un masque chirurgical (norme EN 14683) lorsqu'il présente une toux supposée d'origine infectieuse.

Les soignants et les visiteurs doivent porter un APR de type FFP (FFP1 ou FFP2) à usage unique répondant aux critères de la norme EN 149 en cas de risque d'exposition à des micro-organismes transmissibles par voie aérosol. Lors de manœuvre invasive, en cas de risque d'exposition à certains micro-organismes transmissibles par gouttelettes ou air, les soignants portent un APR de type FFP (FF P1 ou FFP2) à usage unique répondant aux critères de la norme EN 149.

Le masque doit toujours être porté en couvrant le nez, le menton et la bouche et doit être appliqué hermétiquement sur le visage. Il ne doit pas être repositionné ou porté en collier.

Tenue professionnelle

La tenue professionnelle est adaptée à l'activité pratiquée. Elle est changée régulièrement et chaque fois qu'elle est souillée. Les cheveux sont propres et attachés.

Une surblouse ou un tablier plastique à usage unique, protège systématiquement la tenue chaque fois qu'il existe un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de liquide biologique. Cette protection est revêtue également lors d'un soin direct auprès d'un patient requérant des précautions complémentaires de type contact.

Annexe 2 : Déchets

CONDUITE A TENIR EN MATIERE D'HYGIENE ET DE PROTECTION POUR LA COLLECTE DES DECHETS

Le Centre de Santé génère trois types de déchets :

Catégorie 1 - déchets non coupants, non tranchants et non contaminés :

Il s'agit par exemple des essuie-mains papier, de toute forme de papeterie, d'emballage, etc...

Catégorie 2 – déchets non coupants, non tranchants mais contaminés :

Il s'agit par exemple de compresses souillées, de gobelets dentaires, pansements, cotons, gants, masques, et plus généralement de tout dispositif et objet ayant été en contact avec un liquide biologique humain.

Catégorie 3 – déchets coupants ou tranchants et contaminés ou non :

Il s'agit par exemple des seringues, aiguilles, lames de bistouris, etc.

Chaque catégorie de déchets doit être traitée selon la procédure suivante :

Catégorie 1 :

Pour la collecte, le personnel doit porter des gants non stériles.

La collecte de ces déchets se fait dans des poubelles portant des sacs de couleur noire. Ces sacs doivent être fermés avant d'être transportés. Les sachets fermés sont déposés dans la poubelle de collecte générale (poubelle pour déchets ménagers).

Catégorie 2 :

Pour la collecte, le personnel doit porter des gants non stériles.

La collecte de ces déchets se fait dans des poubelles contenant des sacs de couleur jaune impérativement (sacs renforcés). Ces sacs doivent être fermés avant d'être transportés.

Les conteneurs sont déposés ensuite dans le local de stockage réservé à cet usage. Ils sont ensuite relevés et transportés pour incinération, conformément aux exigences ADR. Un bordereau de destruction doit être fourni.

Catégorie 3 :

Ces déchets sont, au fur et à mesure de leur production, déposés par le praticien qui en a l'usage, dans les conteneurs jaunes hermétiques type Sanibox, mis à disposition dans chaque cabinet.

Pour la collecte, le personnel doit porter des gants non stériles. Au cas où un matériel n'aurait pas été introduit dans la boîte de sécurité, il devra être saisi par l'intermédiaire d'un instrument de préhension (type pince ou pince), et déposés dans la boîte jaune.

Une fois remplie, cette boîte doit être fermée hermétiquement, transportée dans le local à déchets et déposée sans compactage dans les conteneurs à sac jaune.

En cas de piqûre ou d'exposition accidentelle à un déchet contaminé, le personnel devra se référer à la procédure de conduite à tenir validé par la médecine professionnelle mis à la disposition du service (Cf. annexe 3).

Annexe 3 : Accident d'Exposition au Sang - AES

CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES)

1. Avant tout la victime

- Ne pas faire saigner.
- Nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon. Rincer abondamment.
- Mettre du DAKIN ou de la BETADINE en solution dermique ou de l'EAU de JAVEL à 12° chlorométriques diluée à 1/10.

!! Temps de contact : 5 min minimum.

Si projection dans l'œil : rincer abondamment à l'eau courante ou au sérum. Pas d'antiseptique en cas de contact avec les muqueuses conjonctives.

2. Consultation au CMS

Le traitement prophylactique doit être institué dans les 4 heures qui suivent l'AES. Ainsi la victime a un délai maximum de 4 h pour consulter un médecin référent du CMS et un médecin aux Urgences du Centre Hospitalier de Girac (05 45 42 42 38), dans le cadre d'un **protocole élaboré par des médecins** référents du Centre Hospitalier et du CMS.

Consultation médicale obligatoire.

3. Démarches administratives

Pour les démarches administratives : 48 heures de délai.

1- Le médecin référent du CMS doit remplir :

- Le certificat médical initial d'accident de travail (doc1) d'AES. La fiche médicale de liaison et d'enregistrement AES (doc2) :

- Statut sérologique du patient source recueilli par le médecin du CMS si le patient source accepte.

Si patient non prélevé, faire prélèvement sanguin. Préciser si source est inconnue.

- Le médecin fera une copie de cette fiche (doc2) qu'il faxera au médecin en charge de la médecine professionnelle et préventive avant de l'archiver dans le dossier médical.

L'original de la fiche AES sera remis à la victime sous enveloppe fermée et confidentielle destinée au médecin urgentiste du Centre Hospitalier GIRAC, qui devra la compléter et la restituer à la victime.

Merci de prévenir les Urgences du Centre Hospitalier du passage de la victime.

2- Le directeur médical ou administratif doit faxer au Service Congés Maladies la déclaration d'accident (se référer à la note de la DRH sur les accidents de travail figurant dans le guide du personnel).

4. Procédures médicales

1) Examens Biologiques à J-0 :

Prélèvement :

- Sérologie VHB complète,
- Sérologie VHC + ALAT,
- Sérologie VIH.

2) Consultation au Centre Hospitalier obligatoire :

Consulter très rapidement aux urgences du Centre Hospitalier. Un médecin urgentiste décidera ou pas du traitement prophylactique qui doit être institué dans les 4 heures qui suivent l'AES. Remettre la fiche médicale de liaison (doc2) que le médecin complétera et rendra à la victime. Ne pas laisser la victime se rendre seule à l'hôpital.

3) Consultation en médecine professionnelle et préventive :

Au retour dans le service, consulter le médecin en charge de la médecine professionnelle et préventive, dans les plus brefs délais.

!! La suite de la prise en charge doit être faite par le médecin traitant.

4) Surveillance Biologique Ulérieure :

Une surveillance biologique doit être mise en place sur prescription du médecin traitant : (M1 = 1 mois / M3 = 3 mois / M6 = 6 mois)

	VIH	VHB	VHC
J0	Ac AntiVIH	AghHBs AcAntiHBc AcAntiHBs	AcAntiVHC ALAT
M1	Idem + AgP24 ou ARN VIH	Idem	Idem
M3	Ac Anti VIH	Idem	Idem
M6	Idem	Idem	Idem

Annexe 4 : Charte du Patient

CHARTRE DU PATIENT ACCUEILLI AU SEIN DU CENTRE DE SANTÉ

I. Principes généraux :

Le centre de santé est ouvert à toute personne le souhaitant, sans distinction physique, de nationalité, de religion ou de statut social.

Toute personne accueillie au sein du centre de santé bénéficie du libre choix des médecins qui assureront sa prise en charge.

Le centre de santé garantit le droit au respect de la dignité et au respect de la vie privée, au secret des informations, à la non-discrimination dans l'accès aux soins, (*Le secret professionnel et médical s'applique à tout professionnel de santé et tout personnel de l'établissement de santé*).

L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient a un droit d'accès à son dossier et aux informations qui y sont contenues, sous certaines conditions, il bénéficie du droit de corrections des informations le concernant (*Loi informatique et liberté*).

Le patient doit produire les justificatifs lui permettant de bénéficier du tiers-payant et être en état d'assurer son identité.

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient (*article L1111 – 4 du code de Santé Publique*). Celui-ci doit bénéficier d'une information claire sur :

- les investigations pratiquées dans le cadre de sa prise en charge médicale,
- les actes de préventions qui peuvent lui être utiles,
- le diagnostic établi, le pronostic,
- la nature du traitement proposé par le praticien, les risques fréquents ou graves qui peuvent être prévisibles.

II. **Liberté des professionnels de la santé** :

Les professionnels de santé ont le droit de refuser de donner une suite favorable à une demande de soins pour des raisons professionnelles. Dans ce cas, ils doivent diriger le patient vers un autre professionnel de santé.

Toute personne accueillie au sein du centre de santé doit assumer les contraintes liées aux soins.

L'acte médical n'est concevable que dans une relation de confiance. Un échange d'informations est nécessaire pour décider en commun une action de soin et sa prise en charge médicale.

III. **Respect des règles de vie des centres municipaux de santé :**

- **Tabac** : il est strictement interdit de fumer dans le centres de santé.

- **Téléphone portable** : en raison des perturbations pouvant intervenir sur certains équipements médicaux, l'utilisation du téléphone portable est interdite à l'intérieur du centre.

- **Nuisances sonores** : Le silence constitue l'un des éléments de confort. Il est demandé de le respecter.

- **Respect des locaux, des personnels et des patients.**

- Conformément à la loi **du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public**, la dissimulation du visage fait obstacle à la délivrance des prestations du service public.

IV. **Le respect des règles d'hygiène et de sécurité :**

En cas d'incendie, il est demandé de suivre les consignes de sécurité qui seront données par le personnel du centre de santé.