



## Evaluation de l'organisation du cabinet libéral (infrastructure, hygiène, sécurité, accueil patient, information patient, amélioration de la qualité...)



## Auto-évaluation et amélioration de la qualité dans les cabinets libéraux

2006

Avec le soutien du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
de Bretagne et du Nord Pas de Calais

## PREFACE

La démarche qualité a été considérée comme une priorité de la section des spécialistes de l'Union Régionale des Médecins Libéraux qui s'est étendue à nos confrères spécialistes en médecine générale et aux chirurgiens dentistes, permettant une expérience nouvelle en dehors des structures syndicales.

Déjà en 1999, plus de 600 pneumologues libéraux se sont mobilisés pour une démarche entreprise par le syndicat de l'appareil respiratoire, ayant débouché sur un référentiel publié au Journal Officiel et obtenue le soutien du Conseil de l'Ordre.

Cependant, toutes les discussions pour négocier une revalorisation d'honoraires ou l'attribution d'une compensation forfaitaire pour la qualité n'ont pas abouti, bien que les organismes payeurs et/ou de tutelle (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de la Mutualité, de l'ANAES, etc) aient trouvé cette démarche intéressante et ont conscience de l'économie qu'ils réaliseraient sur le coût de la non qualité, estimée à 20%.

En l'absence de garanties financières, cette démarche a été mise en sommeil.

Depuis cette époque, d'autres spécialistes se sont engagés dans la démarche qualité comme nos confrères radiologues, au niveau national le Syndicat Français de Médecine Physique et de Réadaptation, l'association dentaire de France.

La démarche qualité paraît cependant indispensable de par

- l'exigence des patients
- le développement des normes d'hygiène et des textes réglementaires
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles en comparant nos pratiques à un référentiel, des organisations en adressant une enquête de satisfaction ou non aux patients

Une démarche qualité contribue à donner une meilleure image de marque au cabinet. Il s'agit bien sûr d'une démarche volontaire, cette démarche concerne l'environnement de l'acte médical, l'accueil des patients, la gestion, le temps d'attente.

Cette démarche volontaire est valorisante, en se dirigeant vers la qualité on se donne une mission, on se fixe des objectifs.

Passées les premières hésitations : les premières réflexions étaient "je n'ai pas le temps", "ça va coûter cher", "je travaille déjà bien", "je ne vois pas l'utilité de ce type de démarche", la démarche se révèle stimulante pour l'ensemble des membres du cabinet et source d'améliorations concrètes.

Nous estimons au niveau de la région que si les médecins ne veulent pas se voir imposer un référentiel, il leur appartient de l'anticiper et de créer un outil qui soit facilement accepté par la profession, valorisant, tout en proposant des pistes d'amélioration dans la prise en charge des patients et l'organisation des cabinets.

Le travail réalisé ici ouvre à des discussions multiples et à des souhaits dont le principal est celui de la labellisation qui est une marque de confiance attribuée par des organismes ou par des associations professionnelles, cette labellisation pourrait être attribuée par l'Ordre des Médecins, soit par l'ANAES, soit par l'Union Régionale des Médecins Libéraux.

Cette labellisation serait une reconnaissance minimale.

La démarche qualité a un coût non négligeable pour les médecins, préparation de la visite de l'audit, coût de la visite elle-même et surtout mise en conformité des installations et mise en œuvre des actions d'amélioration des pratiques qui demandent du temps, donc de l'argent, avec éventuellement des investissements matériels, or tout travail mérite salaire et tout investissement dans l'outil de travail un retour sur investissement : la labellisation serait une première reconnaissance, le principe d'une valorisation complémentaire reste à discuter et à définir.

**Dr J.P. MOREAU**

## REMERCIEMENTS

Merci aux personnes suivantes qui ont contribué à l'élaboration et à la validation du référentiel « évaluation de l'organisation du cabinet libéral »

### **Pour la région Bretagne**

---

#### **groupe de travail**

Dr BADOUL – médecin généraliste représentant le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
Dr BATAILLON – directeur URML Bretagne  
Dr BOUVET – rhumatologue  
Dr BUISSON – pédiatre  
Dr CARLOTTI – gynécologue  
Dr CHAPUIS – rhumatologue, correspondante régionale ANAES  
Dr DANTEC – ophtalmologue  
Dr DE HARGUES – ORL  
Dr DESCHAUX – chirurgien dentiste  
Dr HENRY – dermatologue  
Dr HUBERT – pneumologue  
Dr HONNORAT – Médecin généraliste  
Dr LEFRECHE – radiologue  
Dr MAHE – gastro-entérologue  
Dr MOREAU – pneumologue

Dr BRANGER, CCLIN Ouest, pour sa participation à l'élaboration du chapitre Hygiène du référentiel

#### **groupe de lecture**

Dr GOURIFF Yann - Rhumatologue	Dr MOUTON Pascal - Gastro-entérologue
Dr BAVENT Claudine - Rhumatologue	Dr HAEM Jacques - Gastro-entérologue
Dr POINSIGNON Jean-Pierre - Rhumatologue	Dr LE BIHAN Pierrick - Gastro-entérologue
Dr LAMER François - Rhumatologue	Dr REGNAULT Bernard -Pneumologue
Dr LOUER Véronique - Rhumatologue	Dr KERBOURC'H Jean-François - Pneumologue
Dr CHICAULT Philippe - Rhumatologue	Dr BARBRY Michel - Pneumologue
Dr CHAILLOU Patrick - Dermatologue	Dr LE COUSTER Jean-Claude - Pneumologue
Dr DESRUES Edith - Dermatologue	Dr FOURRURES François - Pneumologue
Dr LE GALL Marie-Josèphe - Dermatologue	Dr RIGAUT Yves - Pneumologue
Dr LE JEAN Sylvie - Dermatologue	Dr LE HOUEROU Pascal - Généraliste
Dr NOBLANC Marc - Dermatologue	Dr LIMEUL Jean-Yves - Généraliste
Dr HOLLIER-LAROUSSE Véronique – Chirurgien-Dentiste	Dr LEBRETON Pierre-Yves - Généraliste
Dr COLOMBEL Hugues – Chirurgien-Dentiste	Dr GALESNE Gwendal - Généraliste
Dr ROUILLAC Brigitte – Chirurgien-Dentiste	Dr BLANCHARD Marcel - Généraliste
Dr OTTMANN Daniel – Chirurgien-Dentiste	Dr RICONO Jean-François - Généraliste
Dr LE NORMAND Philippe - Chirurgien-Dentiste	
Dr ESTABLE Patrick - Gastro-entérologue	
Dr JOUANOLLE Hervé - Gastro-entérologue	
Dr GIBON Michel - Gastro-entérologue	
Dr LOUVAIN Véronique - Gastro-entérologue	

### **Groupe de travail**

Dr Bernard ACQUART – médecin généraliste  
Dr Philippe BOUCHE – médecin généraliste  
Dr Hervé CASTELIN –  
Dr Philippe CHAZELLE  
Dr Bernard DA LAGE – gynécologue  
Dr Jean Marie DEVIENNE – médecin généraliste  
Dr Jean Claude FARASSE – rhumatologue  
Dr Alain GELAUDE  
Dr Philippe HOUCKE – gastroentérologue  
Dr Michel LUFIACRE – médecin généraliste  
Dr Jean Luc MAYEUR – médecin généraliste  
Dr Joëlle PECQUEUR – médecin généraliste  
Dr Nicole PETITDEMANGE – Anesthésiste  
Dr Denis THUIN – médecin généraliste  
Dr Michel WISNIEWSKI - rhumatologue

### **Groupe de lecture**

*En attente*

## SOMMAIRE

Chapitre 1 – Infrastructure du cabinet .....	12
Thème 1 : L'accès du cabinet.....	12
Thème 2 : Les zones de circulation et d'activité du cabinet.....	12
Thème 3 : Les moyens de communication du cabinet.....	12
Thème 4 : Information sur la structure du cabinet .....	13
Thème 5 : La salle d'attente .....	14
Thème 6 : L'agencement du cabinet de consultation .....	14
Thème 7 : Les sanitaires .....	15
Thème 8 : L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées .....	15
Chapitre 2 - Hygiène au cabinet .....	16
Thème 1 : Les précautions « standard » .....	16
Thème 2 : La désinfection des mains .....	16
Thème 3 : Les dispositifs médicaux à usage unique et ré-utilisables .....	17
Thème 4 : L'entretien des locaux .....	18
Thème 5 : La gestion des déchets .....	19
Thème 6 : La protection du praticien et du personnel du cabinet .....	20
Chapitre 3 - Sécurité au cabinet .....	21
Thème 1 : Sécurité incendie.....	21
Thème 2 : Sécurité des locaux .....	21
Thème 3 : Situations d'urgence .....	21
Thème 4 : Maintenance des équipements.....	22
Thème 5 : Traçabilité et vigilances sanitaires.....	22
Chapitre 4 – Parcours du patient .....	23
Thème 1 : Accueil téléphonique du patient.....	23
Thème 2 : Prise des rendez-vous.....	23
Thème 3 : L'accueil du patient au cabinet .....	23
Thème 4 : Respect du secret professionnel .....	23
Thème 5 : Droits et dignité du patient.....	25
Thème 6 : Information et consentement du patient .....	25
Thème 7 : La permanence des soins .....	25
Thème 8 : La continuité des soins .....	26
Thème 9 : La coordination des soins.....	26
Thème 10 : Le dossier patient .....	26
Chapitre 5 - Qualité et Amélioration continue .....	28
Thème 1 : Satisfaction des patients, des correspondants et des collaborateurs .....	28
Thème 2 : Actualisation des connaissances et suivi des recommandations .....	29
Thème 3 : Gestion des ressources humaines .....	29
Thème 4 : Réunions de cabinet et communication interne.....	29
Bibliographie .....	30
Glossaire .....	31
Annexes .....	32

# 1 - LA PHILOSOPHIE DE LA DEMARCHE D'EVALUATION DE L'ORGANISATION DU CABINET LIBERAL

## 1.1 A qui s'adresse la démarche ?

La démarche s'adresse aux praticiens libéraux qui souhaitent s'engager dans une démarche d'amélioration organisationnelle du cabinet :

- Les médecins libéraux généralistes ou spécialistes
- Les chirurgiens dentistes libéraux
- Les cabinets libéraux qu'ils soient monopraticien ou pluripraticien ou multi-spécialité

## 1.2 Quel est le thème de l'évaluation ?

L'évaluation concerne l'organisation de votre cabinet c'est à dire tous les moyens que vous mettez en œuvre pour délivrer des soins de qualité. 5 grandes thématiques ont été identifiées :

- **L'infrastructure du cabinet** (accessibilité, agencement des locaux, ...)
- **L'hygiène** (respect des règles d'hygiène de base, désinfection et stérilisation du matériel ...)
- **La sécurité** (sécurité incendie, maintenance du matériel,...)
- **Le parcours du patient** (accueil, information, consentement,...)
- **La démarche qualité** (satisfaction des patients, gestion des plaintes,...)

## 1.3 Qui organise la démarche ?

La démarche est conçue, organisée et accompagnée d'un point de vue méthodologique par les Unions Régionales des Médecins exerçant à titre Libéral de Bretagne et du Nord Pas de Calais et le Syndicat des chirurgiens-dentistes d'Ille et Vilaine (affilié CNSD). Il s'agit d'une démarche organisée par la profession pour la profession.

## 1.4 En quoi consiste la démarche d'amélioration de l'organisation du cabinet libéral ?

Fondée sur le principe du **volontariat et sur l'auto-évaluation**, la démarche permet de :

- valoriser la démarche qualité des praticiens libéraux
- améliorer l'organisation du travail des praticiens libéraux en vue d'une qualité des soins et de conditions de travail optimisées.

La démarche qualité proposée est une démarche pragmatique qui consiste à :

1. **Observer** l'organisation de votre cabinet au regard d'un référentiel (ensemble de références)
2. **Identifier des potentiels** d'amélioration de votre cabinet en s'appuyant sur votre analyse et sur ce que font les autres cabinets.
3. **Mettre en place des actions** d'amélioration

### Les principes de la démarche :

- Un outil de valorisation de l'engagement des praticiens libéraux dans une démarche qualité
- **Un outil conçu par les professionnels pour les professionnels**
- Une démarche **volontaire** et non sanctionnante
- Une évaluation de l'organisation du cabinet et non une évaluation des pratiques professionnelles
- Une démarche fondée sur l'auto-évaluation
- Un accompagnement méthodologique par l'URML
- Une démarche à destination des médecins généralistes et spécialistes libéraux, et des chirurgiens dentistes

## 2- METHODOLOGIE : LES GRANDES LIGNES

### 2.1/ L'auto-évaluation

---

L'auto-évaluation est au cœur de la démarche.

Elle est réalisée par les praticiens volontaires à partir du référentiel (cf point 2.4 ci après). Cette auto-évaluation sera conduite de manière collective et concertée avec l'ensemble de leurs collaborateurs (associés, secrétaires, paramédicaux et techniciens et d'une manière globale tout intervenant dans le cabinet).

### 2.2/ L'accompagnement par l'URML

---

Tout au long de la démarche, l'URML est à votre écoute pour vous aider, vous accompagner dans votre démarche d'auto-évaluation de l'organisation du cabinet libéral.

### 2.3/ La confidentialité dans la démarche

---

Les données de l'auto-évaluation qui sont transmises à l'URML pour analyse sont strictement confidentielles. Aucune information nominative à l'issue de l'évaluation ne sera connue à l'extérieur.

### 2.4/ Le référentiel d'auto-évaluation

---

Pour pouvoir auto-évaluer l'organisation de son cabinet, il faut pouvoir comparer et par conséquent disposer d'un outil de référence : le référentiel.

Le référentiel d'auto-évaluation a été conçu par l'URML Bretagne, l'URMEL Nord Pas de Calais et le Syndicat des chirurgiens-dentistes d'Ille et Vilaine (affilié CNSD), il est constitué de **5 grands axes** :

- **L'infrastructure du cabinet** (accessibilité, agencement des locaux, ...)
- **L'hygiène** (respect des règles d'hygiène de base, désinfection et stérilisation du matériel ...)
- **La sécurité** (sécurité incendie, maintenance du matériel,...)
- **Le parcours du patient** (accueil, information, consentement,...)
- **La démarche qualité** (satisfaction des patients, gestion des plaintes,...)

Le référentiel identifie selon plusieurs grandes thématiques des **critères d'auto-évaluation** qui sont autant d'éléments permettant d'apprécier la qualité de l'organisation du cabinet dans son environnement qu'il soit relationnel (patients, collaborateurs du cabinet, correspondants médicaux et paramédicaux) ou structurel (locaux, équipements). Le référentiel compte au total 139 critères répartis en 26 pour l'infrastructure, 43 pour l'hygiène, 21 pour la sécurité, 30 pour le parcours du patient et 19 pour la qualité au cabinet.

Il s'agit d'évaluer les structures, les moyens et l'organisation. Ainsi, le choix des critères, dont certains d'entre eux sont réglementaires, a été guidé par le souci du réalisme, de l'applicabilité et de l'adaptabilité vis-à-vis de la variété des structures concernées.

Enfin, ces critères ne sont pas figés et évolueront pour tenir compte des remarques formulées par les utilisateurs dans une logique d'amélioration continue de la qualité qui, si elle doit s'appliquer au cabinet, doit également être valable pour ce document.

### **Promoteurs du référentiel**

- Union Régionale des Médecins Exerçant à titre libéral de Bretagne
- Union Régionale des Médecins Exerçant à titre libéral de Nord-Pas de Calais
- Syndicat des chirurgiens-dentistes (35)

### **Cible professionnelle du référentiel**

- Les médecins libéraux, généralistes et spécialistes, exerçant en cabinet de ville
- Les chirurgiens dentistes libéraux, exerçant en cabinet de ville

### **Méthodologie de conception du référentiel**

Le référentiel a été élaboré à partir de grilles existantes retravaillées pour aboutir à un outil utilisable sans distinction de spécialité.

Les étapes d'élaboration ont été les suivantes :

- Analyse de la littérature médicale et des différentes grilles d'analyse des cabinets médicaux et dentaires en France et à l'étranger.
- Compilation, par tête de chapitre (p.e. : accueil des patients...), des critères déjà élaborés.
- Détermination par le groupe de travail d'un premier ensemble de critères.
- Envoi à un groupe de lecture de praticiens libéraux pour qu'ils donnent leur opinion sur les critères retenus.
- Synthèse de l'avis de ces praticiens et élaboration d'un premier référentiel de démarche qualité des cabinets.
- Test du référentiel auprès de cabinets de praticiens libéraux

### **Architecture du référentiel**

- Le référentiel est décomposé en **critères d'évaluation**
- Ces critères d'évaluation sont reportés sur une **grille de recueil des données** qui permettent de réaliser l'auto-évaluation.

## Les étapes de la démarche

---



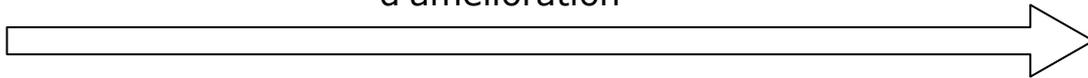
T1 :  
l'auto-évaluation



T2 :  
Mise en œuvre du  
plan  
d'amélioration



T3 :  
Vérification de la  
mise en oeuvre



### 1. L'auto-évaluation

Elle se fait de manière collective au sein du cabinet : à l'occasion d'une réunion de cabinet avec vos collaborateurs (associé(s) si vous en avez et secrétaire(s) si vous en employez), vous passez en revue l'ensemble des critères d'auto-évaluation du référentiel selon ces 5 grands chapitres (infrastructure, hygiène, sécurité, parcours du patient, amélioration de la qualité).

Vous cochez « Oui » si vous répondez à l'ensemble de la proposition, « Non » si ce n'est pas le cas et « NA » pour non-applicable si ce critère ne s'applique pas à votre cabinet (par exemple cabinet non informatisé pour les items concernant l'informatique...). Dans tous les cas, il est important de commenter votre choix quel qu'il soit dans la case « Observations » par exemple je fais tel et tel chose dans tel et tel cas.... Enfin, vous indiquerez dans la case « Actions » les actions d'amélioration potentiellement réalisables qui seront ressortis de la réflexion/discussion collective sur chaque critère.

En pratique, il vous faudra organiser 2 réunions de 2 à 3 h pour réaliser votre auto-évaluation sur l'ensemble du référentiel. Vous pouvez demander à être accompagné dans votre auto-évaluation par une personne mandatée par l'URML.

### 2. La mise en œuvre des actions d'amélioration

Sur la base des actions d'amélioration repérées, vous sélectionnez celles que vous jugez les plus importantes et les plus aisément réalisables (au maximum dix actions). Vous désignez une personne en charge de mener à bien chacune d'entre elles et vous définissez un calendrier de réalisation de ces actions.

Cette sélection d'actions d'amélioration constituera votre plan d'amélioration.

### 3. La vérification

Après la phase de mise en place des actions d'amélioration, il est utile d'organiser une dernière réunion pour faire le point de ce qui a été fait et de ce qui ne l'a pas été et pourquoi.

# *Le Référentiel*

# Chapitre 1 – Infrastructure du cabinet

## Thème 1 : L'accès du cabinet

### **Objectif : favoriser l'accès extérieur du cabinet**

**INF 1.1 :** La plaque professionnelle apposée à l'entrée du cabinet comporte le nom, la qualification, le secteur conventionnel, le numéro de téléphone, les jours et horaires de consultation ou de rendez-vous de chaque praticien.

**INF 1.2 :** Le cabinet dispose d'un personnel d'accueil ou d'un système de contrôle de l'accès.



#### **Références réglementaires liées au thème 1**

##### • Plaque médicale

Article 81 du code de déontologie médicale (art R4127-81 du code de la santé publique)

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis à vis des organismes d'assurance maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément au 4e et au 5e de l'article 79. Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet, lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue. Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession. Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1 de l'article L356-2 du code de la santé publique, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine.

## Thème 2 : Les zones de circulation et d'activité du cabinet

### **Objectif : permettre au patient de se repérer et de circuler dans le cabinet.**

**INF 2.1 :** Les locaux accessibles aux patients sont signalés :

- 2.1.1 : l'accueil
- 2.1.2 : le cabinet de consultation
- 2.1.3 : la salle d'attente
- 2.1.4 : les sanitaires

**INF 2.2 :** Les pièces d'accès réservé (locaux privés, pièces réservées au personnel...) sont clairement signalées et verrouillables.

## Thème 3 : Les moyens de communication du cabinet

### **Objectif : optimiser les moyens de communication du cabinet.**

**INF 3.1 :** Le cabinet possède un fax opérationnel. Le fax est situé dans un local médical, physiquement contrôlé et uniquement accessible au personnel médical et paramédical.

**INF 3.2 :** Le praticien évalue régulièrement l'efficacité de son système téléphonique (ex : nombre de lignes téléphoniques suffisant, nombre d'appels perdus pendant les heures de consultation/nombre d'appels aboutis).

**INF 3.3 :** le cabinet est informatisé pour la gestion des données médicales

- 3.3.1 : Si oui, une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été réalisée

**INF 3.4 :** le cabinet est informatisé pour d'autres fonctions que la gestion des données médicales (ex : comptabilité, facturation, ..)

*Si le cabinet est informatisé, merci de répondre aux critères 3.5 à 3.8.  
Sinon, merci d'aller directement au thème 4.*

**INF 3.5 :** le cabinet dispose des licences d'utilisation de tous les logiciels installés et utilisés.

**INF 3.6 :** Le cabinet dispose d'un logiciel mis à jour qui protège contre les intrusions :

- 3.6.1: Accès interne: nom de l'utilisateur et mot de passe
- 3.6.2: Accès externe (internet) : logiciel anti intrusion (ex: pare-feu ou firewall en anglais)
- 3.6.3 : Antivirus.

**INF 3.7 :** Des sauvegardes sont effectuées quotidiennement sur le disque dur et sur des supports amovibles (CD-ROM ; disquettes...)

**INF 3.8 :** Les sauvegardes sur support amovible sont conservées aussi hors du cabinet.



● **Références réglementaires liées au thème 3**

- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
- Loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés



● **Recommandations**

- Guide de la CNIL (profession de santé : fiches thématiques – édition 02/03) disponible à l'adresse internet suivante : [www.cnil/fileadmin/documents/approfondir/dossier/sante/FTSANTE.pdf](http://www.cnil/fileadmin/documents/approfondir/dossier/sante/FTSANTE.pdf)

## **Thème 4 : Information sur la structure du cabinet**

**Objectif : informer le patient sur la structure du cabinet.**

**INF 4.1 :** Le cabinet met à disposition de ses patients un support d'information ( carton de rendez-vous, affichage en salle d'attente...)qui comporte:

- 4.1.1 : Les noms des professionnels de santé
- 4.1.2 : le secteur d'exercice
- 4.1.3 : les honoraires pour les principaux actes
- 4.1.4 : le montant des dépassements d'honoraires
- 4.1.5 : la déclaration de la CNIL en cas d'informatisation des données relatives aux patients
- 4.1.6 : L'adresse et le N° de téléphone du cabinet
- 4.1.7 : Les heures de consultation
- 4.1.8 : Les dispositions prises en dehors des heures d'ouverture, et notamment les numéros à appeler en cas d'urgence

**INF 4.2 :** Des affiches signalent l'interdiction de fumer.

**INF 4.3 :** Une affiche recommande d'éteindre son téléphone portable.

## Thème 5 : La salle d'attente



### **Objectif : assurer le confort des patients en salle d'attente**

**INF 5.1 :** Le cabinet de consultation et le secrétariat d'accueil sont isolés phoniquement de la salle d'attente.

**INF 5.2 :** Le nombre de places assises en salle d'attente est suffisant.

**INF 5.3 :** La salle d'attente dispose d'un «espace enfants» (chaises et tables enfants, jeux, revues...).

## Thème 6 : L'agencement du cabinet de consultation

### **Objectif : accueillir le patient en consultation conformément à ses attentes.**

**INF 6.1 :** Le cabinet de consultation dispose d'un coin bureau distinct de la zone de soins

La zone de soins est soit une salle attenante au cabinet, soit un espace séparé dans le cabinet, tel qu'une personne qui entre ne peut pas voir le ou la patient(e) (séparé par exemple par un rideau ou un paravent)

**INF 6.2**  : La zone de soins dispose d'un espace réservé afin que les patients puissent s'y déshabiller ou rhabiller en toute intimité (c'est à dire sans être sous le regard du médecin ou de tiers)

ex: pièce attenante au cabinet, ou bien un espace séparé par un rideau ou un paravent

**INF 6.3**  : le déshabilleur est équipé d'éléments de confort (ex : siège, porte-manteau, miroir, chausse pied)

 : critère non applicable pour les chirurgiens-dentistes

## **Thème 7 : Les sanitaires**

**INF 7.1 :** Le cabinet dispose d'un ou plusieurs sanitaires.

**INF 7.2 :** Chacun des sanitaires est équipé d'un lavabo avec savon et essuie-mains jetables.

## **Thème 8 : L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées**

**INF 8.1 :** Toutes les portes et accès aux pièces importantes du cabinet (notamment cabinet de consultation) sont adaptés au passage d'un fauteuil roulant.

**INF 8.2 :** Si le cabinet reçoit des brancards, toutes les portes et accès aux pièces importantes du cabinet (notamment cabinet de consultation) sont assez larges pour un brancard.

**INF 8.3 :** Il existe un sanitaire patient adapté aux handicapés

Un sanitaire est adapté aux handicapés si toutes les conditions ci-dessous sont remplies :

- \* le sanitaire est assez grand pour qu'un fauteuil puisse entrer et tourner
- \* des poignées permettent aux personnes handicapées de s'asseoir et de se lever
- \* Le lave-mains est placé à hauteur de fauteuil
- \* le sanitaire dispose d'une alarme.



### **Références réglementaires liées au thème 8**

Code de la construction et de l'habitation – livre I : dispositions générales – Titre I : construction des bâtiments – chapitre I : règles générales – Section III : Personnes handicapées

- Art L. 111-7 à L 111-8-4

- Sous section 1 : dispositions applicables aux bâtiments d'habitation collectifs neufs : art R.111-18

à R.111-18-4

- Sous section 2 : Dispositions applicables lors de la construction, de la création ou de la modification d'établissements recevant du public ou d'installations ouvertes au public : art R.111-19 à R111-19-3

- Sous section 3 : autorisation de travaux prévue à l'article L118-8-1 : Art R111-19-4 à R111-19-9

- Sous section 4 : autorisation d'ouverture prévue à l'article L111-8-3 : Art R111-19-10 à R111-19-11

Arrêté du 31 mai 1994 (JORF 22 juin 1994) fixant les dispositions techniques destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées les établissements recevant du public et les installations ouvertes au public lors de leur construction, leur création ou leur modification

Arrêté du 31 août 1999 relatif aux prescriptions techniques concernant l'accessibilité aux personnes handicapées de la voirie publique pris pour l'application de l'article 2 de la loi n°91-663 du 13 juillet 1991

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

## Chapitre 2 - Hygiène au cabinet

### Thème 1 : Les précautions « standard »

**Objectif : Assurer la protection du praticien et du patient.**

**HYG 1.1 :** Dans le cadre de soins, les ongles de tout intervenant (le praticien et ses collaborateurs) sont courts, sans vernis ; il ne porte ni bague (excepté alliance) ni bracelet ni montre ; les avant-bras sont nus (tenue à manches courtes).

**HYG 1.2 :** En cas de risque de contact avec du sang ou tout liquide biologique, le praticien porte des gants (non stériles industriellement propres, marquage CE).

**HYG 1.3 :** Les gants sont changés entre chaque patient et entre chaque interruption de soins.

**HYG 1.4 :** En cas de risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout liquide biologique, le praticien porte un masque, des lunettes de protection et une surblouse.

**HYG 1.5 :** Le praticien porte une tenue spécifique (blouse, pyjama). Celle-ci est changée tous les jours et/ou en cas de souillure.

**HYG 1.6**  : La table d'examen est recouverte d'un drap d'examen changé entre chaque patient.



Pour plus d'informations, se reporter à l'annexe « Précautions standards » pour retrouver le tableau des précautions générales d'hygiène à respecter lors de soins à tout patient.

### Thème 2 : La désinfection des mains

**Objectif : Réduire le risque de transmission d'infections manuportées.**

**HYG 2.1 :** Il existe au cabinet des protocoles écrits décrivant les techniques de lavage des mains.

**HYG 2.2 :** Un lavabo est situé dans la salle de soins.

**HYG 2.3 :** Un lavage simple des mains avec un savon doux liquide en flacon non rechargeable ou un traitement hygiénique par friction avec un soluté hydro-alcoolique est réalisé entre deux patients, deux activités ou en cas d'interruption de soins.

**HYG 2.4 :** Le praticien réalise un lavage hygiénique des mains avec un savon liquide désinfectant :  
- avant toute manipulation de dispositifs médicaux stériles (pinces à pansement, instrumentation dynamique, sondes...),  
- avant la réalisation de tout geste invasif  
- après tout contact avec un patient infecté ou porteur d'une bactérie multi-résistante (BMR).

**HYG 2.5 :** Le séchage des mains se fait avec un essuie-main à usage unique (les dispositifs à air pulsé ou tissu enrouleur sont à exclure). Le robinet est fermé avec le dernier essuie-main.

**HYG 2.6 :** Une personne est chargée du bon approvisionnement en savon, essuie-main à usage unique et effectue un suivi de la consommation (gants, savon, essuie-main, consommables...).



Protocole de lavage des mains

### **Thème 3 : Les dispositifs médicaux à usage unique et ré-utilisables**

<b>Classement du matériel</b>	<b>Destination du matériel</b>	<b>Niveau de risque infectieux</b>	<b>Niveau de traitement requis</b>
<b>Critique</b>	Introduction dans le système vasculaire ou dans une cavité ou tissu stérile quelle que soit la voie d'abord. Exemples : instruments chirurgicaux, fraises, sondes, implants, arthroscopes, petite instrumentation pour pansements	<b>Haut risque</b>	<b>Stérilisation ou usage-unique</b> ou à défaut <b>désinfection de haut niveau</b> (si stérilisation impossible ou usage unique inexistant)
<b>Semi-critique</b>	En contact avec muqueuse ou peau lésée superficiellement Exemples : spéculum, canules d'aspiration, miroirs	<b>Risque médian</b>	<b>Stérilisation ou usage-unique</b> ou à défaut désinfection de niveau intermédiaire
<b>Non critique</b>	En contact avec la peau intacte du patient ou sans contact avec le patient Exemples : tensiomètre, stéthoscope, table d'examen	<b>Risque bas</b>	<b>Désinfection de bas niveau</b>

**Objectif : Eliminer les organismes pathogènes présents sur les dispositifs médicaux et éviter leur transmission à d'autres malades, aux membres du personnel ou à l'environnement.**

**HYG 3.1 :** L'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique est envisagée chaque fois qu'un tel matériel existe et qu'il permet de réaliser une intervention sûre et efficace pour le patient.

**HYG 3.2 :** Le matériel à usage unique est systématiquement éliminé dans un container adéquat après utilisation.

**HYG 3.3 :** Le matériel dit « semi-critique » est stérilisé ou subit une désinfection intermédiaire telle que définie dans la réglementation.

**HYG 3.4 :** Le matériel dit « critique » subit une stérilisation à l'autoclave (cycle prion : vapeur d'eau sous pression, 134°C, 18mn de plateau) ou à défaut une désinfection de haut niveau.

**HYG 3.5 :** Il existe une traçabilité de la stérilisation et de la désinfection permettant de faire le lien avec le patient pour lequel le matériel a été utilisé.

**HYG 3.6 :** Il existe un contrôle systématique des dates de péremption du matériel stérile à usage unique ou réutilisable.

*Si le cabinet dispose d'un autoclave, renseignez les critères suivants :*

**HYG 3.7 :** L'autoclave utilisé est conforme à la norme NF EN 13060 (autoclave de classe B avec test de vide, séchage et enregistrement des paramètres de température, pression, durée pour la traçabilité).

**HYG 3.8 :** Au début de chaque journée, un essai de pénétration de la vapeur d'eau (test de Bowie-Dick) est effectué.

**HYG 3.9 :** Les dispositifs médicaux sont emballés en sachets ou en conteneur spécifique.

**HYG 3.10 :** Pour chaque charge, un intégrateur physico-chimique emballé sous sachet est disposé au cœur de la charge.

**HYG 3.11** : Une procédure d'archivage avec pour chaque charge le numéro de cycle, l'intégrateur physico-chimique, le test Bowie-Dick, l'opérateur est mise en place.



**Circulaire DGS/DH n°51 du 29 décembre 1994** relative à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique : principe de non-réutilisation des dispositifs médicaux à usage unique.

**Circulaire DGS/5C/DHOS/E2 n°2001-138 du 14 mars 2001** relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels :

Elle demande la mise en oeuvre du plus haut niveau de précaution compatible avec le dispositif médical utilisé, en fonction des caractéristiques du patient, de l'acte et du tissu concerné. Ainsi, elle préconise l'usage unique pour tout matériel en contact avec les tissus à risque, dès lors que la qualité et la sécurité des soins sont assurées. Lorsque le recours à du matériel à usage unique n'est pas possible, elle recommande, en tenant compte de la nature de l'acte, du tissu concerné et du niveau de risque du patient, de traiter le matériel par le procédé d'inactivation des ATNC le plus efficace qu'il puisse supporter.



**Techniques de désinfection se reporter à l'annexe**  
**Protocole de stérilisation des dispositifs médicaux**

## **Thème 4 : L'entretien des locaux**

**Objectif : Limiter les risques de transmission de micro-organismes à partir de l'environnement.**

**HYG 4.1** : Dans les zones de soins, les matériaux de revêtement des sols, murs et plans de travail sont lisses, lessivables et non poreux. (Le bois, la moquette et les tapis sont à exclure)

**HYG 4.2** : L'entretien des sols et surfaces des mobiliers et équipements est réalisé au moins une fois par jour.

**HYG 4.3** : Les surfaces susceptibles d'avoir été souillées et tout équipement ayant été en contact avec le patient (tablettes, fauteuil dentaire...) sont nettoyées entre chaque patient avec un support non-tissé imbibé d'un détergent-désinfectant (marquage CE).

**HYG 4.4** : Un protocole décrit les modalités d'entretien des locaux (techniques, produits utilisés, fréquence, suivi, calendrier) et notamment la technique du bionettoyage. (étapes d'élimination des poussières par balayage humide et nettoyage à l'aide d'un détergent ou d'un détergent-désinfectant marquage CE)

**HYG 4.5** : Le personnel qui assure l'entretien des locaux est formé aux techniques de bionettoyage et à l'utilisation des produits.

**HYG 4.6** : Le personnel d'entretien porte une tenue adéquate (gants de ménage et tablier de protection ou blouse).

**HYG 4.7** : L'état de propreté des jouets pour les enfants est vérifié.

**HYG 4.8** : L'état de propreté des sanitaires est vérifié.



**Protocole d'entretien des locaux**

## **Thème 5 : La gestion des déchets**

**Objectif : Prévenir les risques infectieux chez les professionnels de santé et, de façon indirecte, chez les patients**

**HYG 5.1 :** Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)\* sont triés dès leur production selon une filière distincte des déchets assimilables aux ordures ménagères (DOM).

**HYG 5.2 :** L'élimination des DASRI est confiée par une convention écrite à un prestataire de service agréé.

**HYG 5.3 :** Le praticien conserve les bordereaux de suivi d'élimination de ces DASRI.

**Objectif spécifique des chirurgiens-dentistes : Respecter les dispositions réglementaires en matière de protection de l'environnement.**

**HYG 5.4 :** Le cabinet est équipé d'un séparateur d'amalgames.

**HYG 5.5 :** Le praticien satisfait aux obligations de tri, de conditionnement et d'élimination des déchets d'amalgame.



**Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997** relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique

**Arrêté du 7 septembre 1999** relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

**Arrêté du 7 septembre 1999** relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

**Pour plus d'informations, se reporter à l'annexe « Gestion des déchets »**

\*Ils sont composés des déchets issus de l'activité de soins.

Ils présentent :

- soit un risque réel :
  - Les matériels piquants, coupants ou tranchants qu'ils aient été en contact ou non avec des liquides biologiques.
  - Tout article de soins ou tout objet souillé par du sang ou tout autre liquide biologique (liquide pleural, péritonéal, péricardique, amniotique, synovial ...).
  - Déchets anatomiques humains non reconnaissables.
  - Certains déchets de laboratoire (milieux de culture, prélèvements ...).
- soit un risque ressenti (psycho-émotionnel) :
  - Tout matériel fortement évocateur d'une activité de soins, indépendamment de la notion de risque infectieux (seringue, tubulure ...).

## **Thème 6 : La protection du praticien et du personnel du cabinet**

### **Objectif 1 : Réduire l'incidence des accidents d'exposition au sang (A.E.S.)**

**HYG 6.1 :** Une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) est disponible et affichée.

**HYG 6.2 :** Les objets piquants, coupants, tranchants sont triés dans des conteneurs spécialement destinés à cet effet conformément à la circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 1998.

**HYG 6.3 :** Les aiguilles ou tout autre objet piquant/coupant/tranchant sont directement triés par la personne réalisant l'acte.

**HYG 6.4 :** Les aiguilles ne sont jamais recapuchonnées (*répondre oui si tel est le cas et non s'il arrive que l'on recapuchonne des aiguilles usagées*)

### **Objectif 2 : Prévenir les risques infectieux chez les professionnels de santé et, de façon indirecte, chez les patients**

**HYG 6.5 :** Le praticien et son personnel sont à jour de leurs vaccinations obligatoires (Hépatite B, diphtérie, tétanos-poliomyélite, tuberculose).

**HYG 6.6 :** Le praticien et son personnel sont à jour des vaccinations recommandées (grippe, coqueluche\*).

\* professionnels en contact avec nourrisson et petite enfance

**HYG 6.7 :** Le personnel du cabinet satisfait à l'obligation de visite à la médecine du travail



**Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 du code du travail** relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques

**Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998** relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH

**Circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998** relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé

**Circulaire DH/SI2-DGS/VS3 n°554 du 1er septembre 1998** relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés

#### **Article L3111-4 du code de la santé publique**

Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire d'analyses de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde.



#### **Modèle de conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang**

En cas de contamination par un AES extra-hospitalier, les professionnels médicaux libéraux et non médicaux tels que les accompagnants impliqués dans la prise en charge extra-hospitalière, ne sont pas couverts par les textes fixant les conditions de reconnaissance et de réparation. Ceux-ci doivent souscrire une assurance volontaire accident de travail - maladie professionnelle pour pouvoir obtenir une indemnisation. Ce sont alors les dispositions du régime général de la Sécurité Sociale qui s'appliquent.

L'accident du travail est déclaré dans les 24 Heures à la caisse de sécurité sociale ou à l'assureur.

## Chapitre 3 - Sécurité au cabinet

### Thème 1 : Sécurité incendie

**SEC 1.1 :** Les consignes en cas d'incendie et le plan des locaux sont affichés et consultables par tous.

**SEC 1.2 :** Un ou plusieurs extincteurs sont disponibles dans le cabinet et leurs emplacements sont clairement signalés et indiqués sur le plan des locaux.

**SEC 1.3 :** Les extincteurs sont contrôlés annuellement par un organisme habilité.

**SEC 1.4 :** Une formation incendie est réalisée chaque année pour l'ensemble du personnel.



Pour plus d'informations, se reporter à l'annexe « Sécurité incendie » concernant les obligations des cabinets médicaux en matière de moyens de lutte contre l'incendie et formation.

### Thème 2 : Sécurité des locaux

**SEC 2.1 :** Les installations électriques et de distribution de gaz combustible(s) et comburant(s) sont conformes à la réglementation et régulièrement vérifiées par un professionnel habilité.

**SEC 2.2 :** Les substances inflammables, dangereuses, radioactives sont conservées dans les conditions réglementaires et dans la limite du stockage autorisé.



Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets

### Thème 3 : Situations d'urgence

**SEC 3.1 :** Les principaux incidents pouvant arriver à un patient du cabinet (risques) ont été identifiés (accident allergique, état de détresse vitale, traumatisme, chute d'une table d'examen, effet secondaire d'un médicament...).

**SEC 3.2 :** Les principaux incidents arrivant à un patient du cabinet sont identifiés et analysés.

**SEC 3.3 :** Le cabinet met en œuvre la conduite à tenir pour les prévenir et/ou pour remédier aux incidents arrivés.

**SEC 3.4 :** Une trousse d'urgence est facilement accessible dans le cabinet, révisée tous les mois et renouvelée après chaque usage.

**SEC 3.5 :** Le cabinet dispose d'un réfrigérateur réservé exclusivement à la conservation des produits le nécessitant et la température de celui-ci est régulièrement contrôlée.

**SEC 3.6 :** Une personne est responsable de la vérification des dates de péremption.

**SEC 3.7 :** Une liste des numéros de téléphone utiles en cas d'urgence est tenue à jour et affichée.

## **Thème 4 : Maintenance des équipements**

**SEC 4.1 :** Le cabinet planifie, assure ou sous-traite la maintenance et le contrôle qualité périodique de ses équipements (responsabilité définie, calendrier planifié).

**SEC 4.2 :** Un registre consigne pour chaque équipement les opérations de maintenance et de contrôle réalisées.

**SEC 4.3 :** En cas de panne, une procédure décrit la conduite à tenir et les personnes à contacter.

**SEC 4.4 :** En cas d'indisponibilité des équipements, leur suppléance est prévue et organisée.



### **Article L5212-1 (Ordonnance n° 2001-198 du 1 mars 2001)**

Obligation de maintenance de certains dispositifs médicaux

### **Article R5212-25**

L'exploitant veille à la mise en oeuvre de la maintenance et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite. La maintenance est réalisée soit par le fabricant ou sous sa

responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit par l'exploitant lui-même.

**Décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001** relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux

**Arrêté du 3 mars 2003** fixant les listes des dispositifs médicaux soumis à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité

## **Thème 5 : Traçabilité et vigilances sanitaires**

**SEC 5.1 :** Les accidents liés à l'utilisation d'un dispositif médical font l'objet d'une déclaration de matériovigilance.

**SEC 5.2 :** Tout accident ou effet secondaire grave ou non décrit d'origine médicamenteuse fait l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance.

**SEC 5.3 :** La traçabilité des produits de santé et dispositifs médicaux est assurée (conservation des n° de lot en vue d'une réponse à une alerte sanitaire)

**SEC 5.4 :** Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire concernant les produits de santé et dispositifs médicaux est en place (alertes AFSSAPS, DGS urgent\*...).



**Pour plus d'informations, se reporter à l'annexe « Vigilances sanitaires »**

\* Liste de diffusion Service DGS-Urgent : <http://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>

## Chapitre 4 – Parcours du patient

### Thème 1 : Accueil téléphonique du patient

**Objectif : Accueillir les patients au téléphone conformément à leurs attentes.**

**PDP 1.1 :** Il existe des consignes pour l'accueil téléphonique concernant :

- l'identité du répondant
- l'identité de l'appelant
- date et motif de l'appel

Les situations nécessitant une information spécifique sont identifiées (dispositions spécifiques à prendre avant ou après la consultation).

Les informations à recueillir et les informations à transmettre sont établies en fonction de ces situations.

**PDP 1.2 :** Ces consignes sont formalisées par écrit dans une procédure d'accueil.

**PDP 1.3 :** Les caractéristiques des appels dont la demande n'a pas été satisfaite sont consignées par écrit.

### Thème 2 : Prise des rendez-vous

**Objectif : Optimiser le système de gestion des rendez-vous.**

**PDP 2.1 :** Il existe dans le planning de rendez-vous un espace libre pour rattraper un retard éventuel ou admettre une urgence.

### Thème 3 : L'accueil du patient au cabinet

**Objectif : Accueillir les patients se présentant au cabinet conformément à leurs attentes.**

**PDP 3.1 :** Chaque membre de l'équipe, praticien ou remplaçant y compris, est aisément identifiable.

### Thème 4 : Respect du secret professionnel

**Objectif : Assurer la confidentialité du patient.**

**PDP 4.1 :** Le respect du secret professionnel est inscrit dans le contrat de travail de chacun des salariés du cabinet.

**PDP 4.2 :** L'identité des consultants et leur intimité sont protégées contre les indiscretions lors de leur accueil, dans les salles d'attentes ou à l'occasion des prises de rendez-vous.



#### **Références réglementaires liées au thème 4**

Art 72 du code de déontologie médicale (art R4127-72 du Code de Santé Publique)

Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle



## **Thème 5 : Droits et dignité du patient**

### **Objectif : Assurer le confort et le respect de la pudeur du patient.**

**PDP 5.1 :** Le respect des droits du patient (charte du patient, loi du 4 mars 2002) fait l'objet d'une note ou a été explicité au personnel du cabinet au cours d'une réunion de cabinet.

**PDP 5.2 :** Le personnel du cabinet frappe avant d'entrer pendant une consultation.



#### **Références réglementaires liées au thème 6**

Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre Ier « droits de la personne », article 3

## **Thème 6 : Information et consentement du patient**

### **Objectif : Informer le patient et Obtenir son consentement.**

**PDP 6.1 :** Le cabinet a identifié les actes spécifiques ou à risque nécessitant une information particulière.

**PDP 6.2 :** Pour ces actes, le cabinet remet au patient une fiche d'information.

**PDP 6.3 :** La remise au patient d'une fiche d'information est notifiée dans le dossier.

**PDP 6.4 :** En cas de refus de soins, le praticien le note sur le dossier du patient et informe le patient des conséquences de son choix



#### **Références réglementaires liées au thème 6**

- Art 34 à 36 du code de déontologie médicale (art R 4127-34 à 36 du Code de santé publique)
- Art 42 du code de déontologie médicale (art R 4127-42 du code de la santé publique)
- Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre II « droits et responsabilité des usagers » - article 11

## **Thème 7 : La permanence des soins**

### **Objectif : Garantir la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture du cabinet**

**PDP 7.1 :** En dehors des heures d'ouverture du cabinet ou en cas d'absence du praticien, il existe une réponse aux appels téléphoniques

**PDP 7.2 :** Cette réponse indique clairement les heures d'ouverture du cabinet ou les horaires de garde ainsi que les coordonnées à contacter en cas d'urgence.

**PDP 7.3 :** S'il s'agit d'un répondeur, le praticien s'assure de la clarté du message.

## **Thème 8 : La continuité des soins**

### **Objectif : Assurer la continuité des soins.**

**PDP 8.1 :** La continuité des soins est organisée au sein du cabinet (accès mutuel au dossier si plusieurs praticiens).

**PDP 8.2 :** Un résumé pré-établi du dossier est rédigé pour la transmission à un confrère.



#### **Références réglementaires liées au thème 10**

Art 45 du code de déontologie médicale (art R 4127-45 du code de la santé publique)

(...) Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.(..)

## **Thème 9 : La coordination des soins**

### **Objectif : Participer à la coordination des soins.**

**PDP 9.1 :** Les coordonnées du médecin traitant du patient lui sont demandées et sont notées dans le dossier

**PDP 9.2 :** Un répertoire des confrères, paramédicaux, laboratoires, centre de radiologie du secteur, réseaux, services sociaux et services à domicile est disponible.

**PDP 9.3 :** Le cabinet participe ou est membre d'un ou plusieurs réseaux de soins ou associations.

**PDP 9.4 :** Le praticien participe à des staffs ou des réunions de coordination.

## **Thème 10 : Le dossier patient**

### **Objectif 1 : Conserver et protéger les dossiers médicaux.**

**PDP 10.1 :** Les dossiers patients sont rangés dans des locaux fermés à clés, dans des meubles fermés à clé et ne sont accessibles qu'au praticien lui-même et au personnel autorisé travaillant sous sa responsabilité.

**PDP 10.2 :** Pour les dossiers enregistrés et conservés sur support informatique, les précautions suivantes sont prises :

- 10.2.1 : Gestion des accès différenciée selon les membres de l'équipe
- 10.2.2 : Attribution à chaque utilisateur d'un mot de passe changé régulièrement

### **Objectif 2 : Optimiser la tenue du dossier du patient**

**PDP 10.3 :** Le dossier du patient est actualisé à chaque consultation.

**PDP 10.4 :** Il existe un système de repérage (fiche prévention, alerte logiciel\*) permettant de rappeler au praticien la prescription d'actes de prévention et/ou de dépistage en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risques du patient.

**PDP 10.5 :** Dans le cadre d'une démarche de prévention, les pathologies les plus fréquentes sont recensées. Si oui, quelles sont-elles ?

**PDP 10.6 :** Des fiches d'informations sur ces pathologies sont disponibles.

**PDP 10.7 :** Toute consultation ou examen fait l'objet d'un compte-rendu dans le dossier du patient décrivant :

- la date et le nom du praticien (remplaçant, associé, successeur)
- le motif de consultation
- les données significatives de l'examen clinique
- les résultats / conclusions
- les décisions (conseils, prescription, demande d'examens ou d'avis complémentaires).

**PDP 10.8 :** Le praticien a structuré les dossiers patient afin de pouvoir répondre aux obligations d'accès aux informations personnelles de santé (séparation des données objectives de type compte-rendu des données subjectives de type commentaires)

Remarque : cf annexe dossier du patient (extrait des commentaires de l'article L1111-7)



#### **Références réglementaires liées au thème 12**

##### **Concernant le devenir des fichiers médicaux**

- Extraits des commentaires de l'article 73 du code de déontologie médicale (art R4127-73 du Code de la Santé Publique)
- Extrait des commentaires de l'article 45 du code de déontologie médicale (article R4127 -45 du code de la santé publique)

##### **Concernant l'accès des dossiers médicaux**

- Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre II « droits et responsabilités des usagers »- article 11
- Décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et L1112-1 du code de la santé publique.

## Chapitre 5 - Qualité et Amélioration continue

### **Thème 1 : Satisfaction des patients, des correspondants et des collaborateurs**

#### **Objectif 1 : La satisfaction des patients est évaluée.**

**QAC 1.1 :** Le cabinet donne la possibilité d'un recueil des suggestions, des réclamations et des compliments par le biais du secrétariat et/ou par la mise à disposition d'une boîte à suggestions.

**QAC 1.2 :** Une enquête de satisfaction du patient et de son entourage est réalisée par le praticien libéral une fois par an.

**QAC 1.3 :** L'évaluation porte notamment sur le respect des horaires, les délais d'attente et les délais d'obtention de rendez-vous.

**QAC 1.4 :** Les retours patients (réclamations et compliments) sont discutés lors de réunions d'équipe et pris en compte pour la mise en place d'actions d'amélioration.

#### **Objectif 2 : La satisfaction des correspondants est évaluée.**

*On entend par « correspondants » tout professionnel de santé médical ou paramédical*

**QAC 1.5 :** Une enquête de satisfaction des correspondants est réalisée par le praticien libéral une fois par an.

**QAC 1.6 :** Les résultats de cette évaluation font l'objet d'échanges avec les correspondants.

#### **Objectif 3 : La satisfaction des collaborateurs est évaluée.**

*On entend par « collaborateurs » tout professionnel exerçant au cabinet*

**QAC 1.7 :** La satisfaction des collaborateurs est recueillie au moyen d'une enquête ou d'un entretien.

**QAC 1.8 :** Les résultats de cette évaluation font l'objet d'échanges en réunion de cabinet.



**Modèle de questionnaire patient**  
**Modèle de questionnaire correspondant**  
**Modèle de questionnaire collaborateur**

## **Thème 2 : Actualisation des connaissances et suivi des recommandations**

### **Objectif : Le praticien connaît et respecte les règles de l'art.**

**QAC 2.1 :** Le praticien planifie des actions de manière à valider son obligation de formation médicale continue (abonnement revue, soirée FMC, congrès).

**QAC 2.2 :** Des données professionnelles validées (recommandations de pratiques, conférences de consensus...) sont accessibles dans le cabinet

**QAC 2.3 :** Il existe un accès Internet à des données médicales et/ou odontologiques (recommandations, conférences de consensus...).

**QAC 2.4 :** La mise en œuvre des recommandations fait l'objet de mesures spécifiques (discussion lors d'une réunion de cabinet, pertinence, intégration dans le système d'information...)

**QAC 2.5 :** L'utilisation de certaines recommandations est analysée par des audits cliniques.

## **Thème 3 : Gestion des ressources humaines**

### **Objectif : Répondre aux besoins du cabinet et des patients.**

**QAC 3.1 :** Chaque année, les praticiens et les salariés analysent leurs compétences et discutent de l'opportunité d'un plan de formation.

**QAC 3.2 :** Les fonctions et les responsabilités sont écrites (fiches de poste).

**QAC 3.3 :** Les collaborateurs peuvent s'exprimer à travers un entretien annuel.

**QAC 3.4 :** Le personnel est impliqué dans les décisions le concernant.

**QAC 3.5 :** L'évaluation des risques professionnels est réalisée conformément au décret 2001-1016 du 5 novembre 2001.



**Annexe gestion des ressources humaines**

## **Thème 4 : Réunions de cabinet et communication interne**

### **Objectif : Assurer la communication interne et le suivi des actions.**

**QAC 4.1 :** L'équipe du cabinet se réunit régulièrement pour discuter des informations provenant des patients, correspondants, collaborateurs, nouvelles recommandations, indicateurs, signalement d'évènement indésirable, plaintes et proposer des actions d'amélioration.

## Bibliographie

Réduire le risque infectieux au cabinet médical, CCLIN Ouest, 1999.

Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, Ministère de la santé, 2004.

Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA), arrêté du 26 avril 2002.

Les référentiels d'auto-évaluation des pratiques professionnelles, ANAES, 2003.

Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Saint-Denis: Anaes; avril 2004.

Les indicateurs de qualité des soins, CCECQA.

Infection Control in Physicians' Offices, American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases and Committee on Practice and Ambulatory Medicine.

2005 Ambulatory Care National Patient Safety Goals

Hygiène dans les cabinets de médecine générale, D. Tétaud, V. Rabiller, J-M Charpentier, Pratiques médicales et thérapeutiques n°23, juin 2002

International principles for healthcare standards – second edition, ISQUA, mars 2004

Putting measurement into practice with a clinical instrument panel, American Academy of Family Physicians, février 2003.

Guide technique d'hygiène hospitalière, CCLIN Sud-est, 2004.

Aiming for excellence, an assessment tool for general practice, Royal New Zealand College of General Practitioners, 2002

Référentiel de labellisation des cabinets et services d'imagerie médicale, décembre 2003

Démarche européenne EPA

Guide d'auto-évaluation du fonctionnement des cabinets des médecins de groupes, SNMG

Référentiel de certification de services de la prestation d'un cabinet de pneumologie libéral, SAR

Maturity Matrix, Glyn Elwyn, Melody Rhydderch, Adrian Edwards, University of Wales Swansea

Le médecin et son cabinet, URML Lorraine

Quality Team Development, Royal College of General Practitioners

La qualité au cabinet dentaire, Association Dentaire Française

Manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES

## Glossaire

**Désinfection :** Opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes, en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limitée aux micro-organismes présents au moment de l'opération.

**Stérilisation :** mise en œuvre d'un ensemble de méthodes et de moyens visant à éliminer tous les micro-organismes vivants, de quelque nature que ce soit, portés par un objet parfaitement nettoyé

**Bionettoyage :** procédé destiné à réduire la contamination biologique des surfaces, obtenu par la combinaison (3 temps) d'un nettoyage, d'une évacuation de la salissure et des produits utilisés, de l'application d'un désinfectant

**DAS ou Déchets d'activités de soins** (Art. R1335-1 du Code de la Santé Publique créé par le décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997).

Déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire.

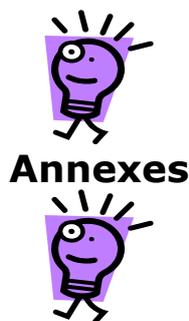
**DASRI ou Déchets d'activités de soins à risques infectieux** (Art. R1335-1 du Code de la Santé Publique créé par le Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997).

Déchets d'activités de soins contenant des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants.

**DM ou Dispositif médical** (article L. 665-3 du code de la santé publique) : On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

**Démarche qualité** (définition de l'OMS) : Démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »

**Elimination** (article L541-2 du Code de l'Environnement) : On entend par élimination l'ensemble des étapes de tri, collecte, transport, stockage et traitement.



## **Chapitre 1 : Infrastructure**

Annexe 1 : Architecture du cabinet p32

## **Chapitre 2 : hygiène**

Annexe 2 : Hygiène : Les précautions standards p36

Annexe 3 : Hygiène : Lavage des mains p37

Annexe 4 : Procédure de bionettoyage p42

Annexe 5 : Stérilisation des dispositifs médicaux p43

Annexe 6 : Gestion des déchets P46

## **Chapitre 3 : sécurité**

Annexe 7 : Sécurité incendie p50

Annexe 8 : Vigilances sanitaires p52

Annexe 9 : Gestion des risques p57

## **Chapitre 4 : parcours du patient**

Annexe 10 : Note sur l'accueil téléphonique p58

Annexe 11 : Consentement p59

Annexe 12 : Information du patient p60

Annexe 13 : Dossier du patient p61

## **Chapitre 5 : qualité et amélioration continue**

Annexe 14 : Questionnaire de satisfaction des patients p63

Annexe 15 : Questionnaire de satisfaction des collaborateurs (associés et personnel du cabinet) p64

Annexe 16 : Questionnaire de satisfaction des correspondants p65

Annexe 17 : Gestion des ressources humaines P66

Annexe 18 : Evaluation des risques professionnelles p68

Annexe 19 : Conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang pas de n°de page

Annexe 20 : Fiches cerfa : Matériovigilance, Pharmacovigilance, Elimination des DASRI pas de n°de page

# **Annexe 1 - Extrait du guide du CCLIN Ouest – Réduire les risques au cabinet médical**

## **1. ARCHITECTURE**

Une surface moyenne de 60 m<sup>2</sup> paraît suffisante pour un cabinet médical.

### **A) PIÈCES CONSEILLÉES (ordre de grandeur)**

- une entrée indépendante (4m<sup>2</sup>),
- une salle d'attente (15m<sup>2</sup>),
- un bureau (15m<sup>2</sup>),
- une salle d'examen et de soins (20m<sup>2</sup>),
- des sanitaires destinés aux patients (3m<sup>2</sup>),
- un local de rangement [entretien] (3m<sup>2</sup>).

### **B) DISTRIBUTION DES PIÈCES**

La disposition des pièces doit déterminer deux zones distinctes :

- un secteur dit « protégé » : salle d'examen et de soins, bureau.
- un secteur très exposé à la contamination : entrée, salle d'attente, sanitaires, local de rangement.

### **C) CHAUFFAGE ET VENTILATION**

#### *a) Chauffage*

Tout mode de chauffage est admis. Les bouches d'un éventuel chauffage par air pulsé ne doivent pas être situées au-dessus de zones nobles (plans de travail, divans d'examen, rangement propre).

#### *b) Ventilation*

La ventilation mécanique contrôlée, obligatoire dans les immeubles récents, comprend des bouches d'extraction de l'air vicié et des bouches d'admission d'air propre.

Afin d'éviter la "recirculation" de l'air contaminé, la zone humide de la salle de soins, consacrée à la décontamination et au nettoyage du matériel médical, devra se situer sous les bouches d'extraction lorsqu'elles existent.

## **2. LES MATERIAUX DE REVETEMENT**

La prévention du risque infectieux implique un choix de matériaux qui relève plus du bon sens que d'un impératif absolu.

### **A) LES SOLS**

La seule obligation concerne la salle d'examen et de soins, qui doit impérativement comporter un revêtement lessivable, non poreux : carrelage, matériaux synthétiques...

L'entrée peut également bénéficier du même type de revêtement. Pour le bureau et la salle d'attente, il n'y a pas d'exigence, mais le même type de revêtement est conseillé.

Préférer des matériaux certifiés « grands passages », pour une meilleure résistance.

### **B) LES MURS**

Il est vivement conseillé, pour l'ensemble du cabinet médical, de choisir des revêtements lessivables :

- papiers vinyliques,
- peintures lessivables,
- matières plastiques diverses,
- carrelage (attention aux joints poreux).

### **C) LES PLAFONDS**

Il n'existe aucune restriction particulière pour un cabinet médical de ville.

### **D) LA PAILLASSE**

Le risque infectieux y est important et justifie l'utilisation de matériaux dont l'entretien doit être facile :

- vitro cérame,
- métaux inoxydables,
- plastique dur.

Le carrelage n'est pas la solution la plus satisfaisante, du fait des joints qui sont volontiers poreux et susceptibles de retenir les germes.

## **3. LE MOBILIER ET LES AMENAGEMENTS FIXES**

### **A) LA SALLE D'EXAMEN ET DE SOINS**

Elle comprend une zone d'examen et une zone technique. Ces deux zones sont séparées.

#### *a) La zone d'examen*

Aménagée dans la partie la plus proche du bureau, on y trouve :

→ une table d'examen (un divan d'examen ou une table gynécologique) recouverte d'un revêtement lessivable lisse, lui-même protégé par un drap de papier à usage unique.

→ une première table roulante destinée à recevoir le matériel d'examen : tensiomètre, marteau à réflexe, appareil à ECG...

→ une seconde table roulante à deux étages où est déposé le matériel de soins (chariot de soins) :

- l'étage supérieur est réservé au matériel propre : seringues, aiguilles, abaisse-langue, boîtes de prélèvement...

- l'étage inférieur reçoit le matériel souillé : une poubelle (avec couvercle et sac amovible) et un récipient de récupération de matériel usagé septique (seringues, aiguilles) y sont adjoints.

→ un système d'éclairage : le plus simple possible (tubes au néon, spots). Il est préférable d'éviter toute suspension qui devient souvent un "nid à

poussières". On y adjoint bien sûr un éclairage mobile.

→ un espace de déshabillage : éventuellement matérialisé par un rideau en matière plastique ou un paravent, il comporte une chaise et un portemanteau en matière plastique ou en métal inoxydable.

→ un poste de lavage des mains le plus proche possible du lieu où sont réalisés les gestes techniques, facile d'accès, comportant un distributeur de savon liquide, un distributeur de serviettes en papier jetables et une poubelle à commande non manuelle.

## **B) LA ZONE TECHNIQUE**

Le médecin y entrepose le matériel médical et y procède à la préparation de ce matériel avant un geste technique :

→ La zone de rangement : vaste et fonctionnelle, elle reçoit tout le matériel, stérile ou non, à l'intérieur de placards, ou armoires. Ceux-ci sont en métal, verre, plastique... éviter "le bois nu" qui est très poreux et abrite des micro-organismes. C'est donc une zone non exposée à l'air.

→ La paillasse est divisée en :

- une *zone « humide »* qui comprend
  - . un lavabo réservé au lavage des mains,
  - . un évier destiné au nettoyage du matériel, et une paillasse où le bac de décontamination est placé.
  
- une *zone « sèche »* (plan de travail) qui est réservée à la préparation du matériel avant utilisation immédiate, (seringues, perfusions, ...). On y trouve le four POUPINEL à stérilisation.

→ Le réfrigérateur : de taille suffisante pour permettre une circulation d'air efficace verticalement entre les produits qu'il contient (vaccins, antiseptiques de réserve, allergènes).

## **C) LA SALLE D'ATTENTE**

Le mobilier y est simple, lavable, chaises et table en plastique, métal...

## **D) LE BUREAU**

Il est meublé selon le goût de son occupant ; on y trouve un poste de lavage de mains.

## **E) LES TOILETTES DESTINEES AUX PATIENTS**

Elles comportent les installations classiques, ainsi qu'un lavabo équipé d'un distributeur de savon liquide, d'un distributeur de serviettes en papier et d'une poubelle avec sac

amovible.

#### **F) LE LOCAL DE RANGEMENT [ENTRETIEN]**

Le matériel d'entretien du cabinet médical y est entreposé ; la femme de ménage y trouve un espace pour ranger ses vêtements.

On y adjoint si possible, un point d'eau et un système d'évacuation des eaux usées (vidoir).

En l'absence de vidoir, l'évacuation des eaux usées se fera dans les toilettes.

## Annexe 2 - Hygiène : Les précautions standards

### LES PRECAUTIONS GENERALES D'HYGIENE OU PRECAUTIONS "STANDARD" A RESPECTER LORS DE SOINS A TOUT PATIENT (1)

<b>Si contact avec du sang ou liquide biologique (2)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie.</li><li>- Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.</li></ul>
<b>Lavage et/ou désinfection des mains</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.</li></ul>
<b>Port de gants</b>  <i>Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si 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 de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés...</li><li>ou</li><li>- Lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.</li></ul>
<b>Port de surblouses, lunettes, masques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés...).</li></ul>
<b>Matériel souillé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les déadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.</li><li>- Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.</li><li>- Vérifier que ce matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être réutilisé.</li></ul>
<b>Surfaces souillées</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12° chl fraîchement diluée au 1/10* (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisations de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.</li></ul>
<b>Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.</li></ul>

(1) Circulaire DGS/DH N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

(2) Circulaire DGS/DH/DRT N° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

\* Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2001, l'eau de Javel est commercialisée sous une forme concentrée à 2,6 % de chlore actif soit 9° chl. Il convient d'adapter la dilution en conséquence (dilution au 1/5).

## Annexe 3 - Hygiène : Lavage des mains

« Art. L. 3114-6.CSP - Les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale mentionnés au livre II de la sixième partie du présent code, exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter. »

### **Définitions**

– **Lavage simple des mains** : Opération ayant pour but d'éliminer les salissures et de réduire la flore transitoire par action mécanique, en utilisant de l'eau et du savon.

– **Lavage hygiénique des mains et traitement hygiénique des mains par frictions** : Opération ayant pour but d'éliminer ou de réduire la flore transitoire, par lavage ou par friction en utilisant un produit désinfectant.

– **Désinfection chirurgicale des mains par lavage** : Opération ayant pour but d'éliminer la flore transitoire et de réduire la flore résidente de façon prolongée, par lavage chirurgical ou par désinfection chirurgicale par friction en utilisant un produit désinfectant ou par l'association d'un lavage simple et d'une friction chirurgicale.

Procédure	Technique	Indications
<b>Lavage simple</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouiller les mains</li> <li>- Prendre une dose de <b>savon liquide non désinfectant</b></li> <li>- Savonner <b>15 secondes</b> au moins en insistant sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, les bords externes des mains - Rincer sous l'eau du réseau</li> <li>- Sécher par tamponnement avec un essuie-mains* à usage unique - Utiliser le dernier essuie-mains pour fermer le robinet</li> <li>- Jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans contact avec les mains</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En début et fin de journée</li> <li>- Entre deux activités non invasives</li> <li>- Systématiquement, entre deux patients ne présentant pas de risque infectieux identifié</li> <li>- Après un geste de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes...)</li> <li>- En présence de poudre sur les mains, au retrait des gants</li> <li>- Chaque fois que les mains sont visiblement souillées</li> </ul>
<b>Lavage hygiénique</b>	<p>Même technique que pour le lavage simple <b>MAIS</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre une dose de <b>savon liquide désinfectant</b> - Savonner <b>30 à 60 secondes</b> selon les indications du fabricant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après tout contact avec un objet ou du linge potentiellement contaminé</li> <li>- Après tout contact avec un patient infecté ou porteur d'une bactérie multirésistante ou avec son environnement</li> <li>- Avant tout contact avec un patient immunodéprimé</li> <li>- Avant toute manipulation de dispositifs médicaux (pincés à pansement, aérosol...)</li> <li>- Avant la réalisation d'un geste invasif, à titre d'exemple : ponction d'une cavité aseptique, pose d'un cathéter veineux périphérique, pose d'une sonde urinaire ou tout autre dispositif analogue, acte de petite chirurgie ou de podologie</li> <li>- En cas de succession de gestes contaminant pour le même patient</li> <li>- Après tout contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques</li> </ul>

Tableau extrait du « guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », Ministère de la santé, 2004

Procédure	Technique	Indications
<b>Traitement hygiénique par frictions</b>	<p>Sur des mains sèches, propres et non poudrées - Déposer une dose d'un produit hydro-alcoolique aux creux des mains</p> <p>-Frictionner 30 à 60 secondes (selon les indications du fabricant) toute la surface des mains en 6 étapes selon la technique standardisée de la figure 1, jusqu'à <b>séchage complet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En début et fin de journée</li> <li>- Entre deux activités non invasives</li> <li>- Systématiquement, entre deux patients ne présentant pas de risque infectieux identifié.</li>   <li>- Après un geste de la vie courante (après s'être mouché, être allé aux toilettes)</li> <li>- Eloignement ou absence d'un point d'eau</li> <li>- Après tout contact avec un objet ou du linge potentiellement contaminé</li>   <li>- Après tout contact avec un patient infecté ou porteur d'une bactérie multirésistante ou avec son environnement</li> <li>- Avant tout contact avec un patient immunodéprimé</li> <li>- Avant toute manipulation de dispositifs médicaux (pinces à pansement, aérosol...)</li> <li>- Avant la réalisation d'un geste invasif, à titre d'exemple : ponction d'une cavité aseptique, pose d'un cathéter veineux périphérique, pose d'une sonde urinaire ou tout autre dispositifs analogues, acte de petite chirurgie ou de podologie</li>   <li>- En cas de succession de gestes contaminant pour le même patient</li> </ul>

Tableau extrait du « guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », Ministère de la santé, 2004

Procédure	Technique	Indications
<b>Désinfection chirurgicale des mains par lavage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mouiller les mains et les avant-bras - Savonner mains et avant-bras, coudes inclus, pendant <b>une minute</b> chacun avec un <b>savon liquide désinfectant</b> - Brosser les ongles <b>1 minute</b> (30 secondes par main) - Rincer mains et avant-bras - Savonner mains et avant-bras, coudes exclus, pendant <b>une minute</b> chacun - Rincer mains et avant-bras - Sécher par tamponnement avec deux <b>essuie-mains à usage unique stériles</b></li> </ul>	<p>Avant tout geste pour lequel une asepsie de type chirurgical est requise exemple : acte de radiologie interventionnelle ou de chirurgie dentaire à haut niveau d'asepsie.</p>
<b>Désinfection chirurgicale des mains par friction</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lavage simple des mains et des avant-bras</li> <li>-brosser les ongles une minute (30 secondes par main)</li> <li>- Rincer</li> <li>- Sécher soigneusement avec un essuie-mains à usage unique</li> <li>- 1<sup>ère</sup> friction des mains aux coudes inclus jusqu'à séchage complet (temps&gt; 1 minute)</li> <li>- 2<sup>ème</sup> friction des mains aux avant-bras (coudes exclus), jusqu'à séchage complet (temps&gt; 1 minute)</li> </ul>	<p>Avant tout geste pour lequel une asepsie de type chirurgical est requise exemple : acte de radiologie interventionnelle ou de chirurgie dentaire à haut niveau d'asepsie.</p>

Tableau extrait du « guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé », Ministère de la santé, 2004

## Annexe 4 - Procédure de bionettoyage

### Objectif

Maîtriser la contamination liée au réservoir potentiel que constituent les locaux  
De plus, des locaux bien entretenus seront perçus par les patients comme un indicateur de la qualité du service rendu.

### Références

- ✓ Code de déontologie
- ✓ Guide de bonne pratique de prévention des infections liées aux soins en dehors des établissements de santé

### Recommandations

#### Définir des zones de nettoyages, définir un circuit

Pour l'entretien des locaux, on distingue 3 types de zone :

zones sensibles : salle d'examen et de soins, zone de désinfection des dispositifs médicaux thermosensibles.

zones administratives : bureau d'accueil, salle d'attente, secrétariat, local d'archivage

zones contaminées : locaux de stockage des déchets, du linge sale, zone de lavage des dispositifs médicaux

Le nettoyage des pièces devra débuter par les zones dites sensibles puis les zones administratives pour terminer par les zones contaminées (c'est à dire du plus propre vers le plus sale).

#### Tenue vestimentaire

Pour procéder à l'entretien des locaux, il convient de porter des gants de ménage et un tablier de protection.

#### Technique et produits

Pour les zones administratives, réaliser un nettoyage simple, en utilisant un détergent en vente dans le commerce et en noter les dates d'ouverture.

Pour les autres zones, réaliser un bionettoyage en employant un produit détergent-désinfectant\*

Les serpillières et les éponges pour l'entretien des zones protégées sont interdites car elles constituent des réservoirs de microorganismes potentiellement pathogènes.

Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, les laver en machine à haute température (>60°C) avec javellisation au dernier rinçage. Les supports en non tissé à usage unique sont préférés par commodité. L'entretien de toute surface est réalisé par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant.

Il est renouvelé, changé pour le mobilier et l'équipement de chaque zone. Il ne doit jamais être retrempé dans la solution détergente-désinfectante afin de ne pas la contaminer.

\* à l'usage, il est conseillé d'alterner un produit détergent et un produit détergent-désinfectant car ces derniers ont tendance à « encrasser » les sols.

#### Organisation et fréquence de nettoyage

L'entretien des sols et des surfaces des mobiliers et équipements est réalisé au moins une fois par jour, en fin d'activité et entre deux patients pour les surfaces horizontales susceptibles d'avoir été souillées.

Commencer par vider les poubelles puis nettoyer l'ensemble des locaux.

Programmer des nettoyages approfondis (locaux, intérieur du réfrigérateur, des placards, les luminaires, les syphons) de façon périodique et noter en les dates de réalisation.

## Annexe 5 - Stérilisation des dispositifs médicaux

« Dès lors que la qualité et la sécurité des soins sont assurées, l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique doit être largement privilégiée, compte tenu des difficultés d'identification des patients et de mise en oeuvre des procédures d'inactivation des agents transmissibles non conventionnels (prion)ATNC et ceci d'autant plus que l'acte amène le matériel en contact avec un tissu à risque ou que le patient est suspect d'Encéphalopathies Spongiformes Subaiguës Transmissibles (ESST). Lorsque le recours à un dispositif médical réutilisable est nécessaire, il est recommandé de le traiter par le procédé d'inactivation le plus efficace qu'il puisse supporter, en priorité : nettoyage puis autoclavage à 134°C pendant 18 minutes, sinon pour le matériel thermosensible : deux nettoyages successifs suivis d'une désinfection par un des procédés d'efficacité partielle.

### **Le dispositif médical (DM) critique :**

Tout matériel qui doit être introduit dans le système vasculaire ou dans une cavité ou tissu stérile quelle que soit la voie d'abord est un matériel considéré comme « critique » (haut risque infectieux). Le DM critique doit subir une stérilisation qui est la méthode à privilégier. Le DM est alors emballé, ce qui maintient l'état stérile. A défaut, il doit subir une désinfection de haut niveau. Cette désinfection consiste à immerger un DM préalablement pré-désinfecté (anciennement « décontaminé ») et nettoyé dans un bain de produit désinfectant, de le rincer à l'eau conditionnée et étiquetée stérile puis de le sécher avec un support absorbant stérile.

### **Le dispositif médical semi-critique :**

Le matériel entrant en contact avec une muqueuse sans effraction de celle-ci ou la peau lésée superficiellement est dit « semi-critique » (risque infectieux médian). Il sera stérilisé ou subira une désinfection de niveau intermédiaire. Elle consiste à immerger un DM préalablement pré-désinfecté et nettoyé dans un bain de produit désinfectant, de le rincer avec une eau de qualité adaptée selon son utilisation puis de le sécher avec un support absorbant. En pratique il est possible d'utiliser le même produit que pour la désinfection de haut niveau, mais souvent la durée de trempage pourra être raccourcie selon les indications du fabricant et les objectifs à atteindre.

### **Le dispositif médical non critique :**

Le DM entrant en contact avec la peau intacte du patient ou sans contact avec le patient est dit « non-critique » (bas risque infectieux). Il subira une désinfection de bas niveau au minimum bactéricide soit par immersion soit par application d'un support non-tissé imprégné d'un produit détergent-désinfectant ou un produit désinfectant après pré-désinfection éventuelle et nettoyage, ceci après chaque utilisation et entre deux patients. Exemple : stéthoscope, table d'examen, fauteuil dentaire, tablettes, marteau à réflexe, tensiomètre... »<sup>1</sup>

### **De l'utilisation du Poupinel (stérilisation à la chaleur sèche) :**

Ce procédé ne doit plus être employé pour la stérilisation des dispositifs médicaux en raison :

- de son inefficacité vis à vis du risque de transmission des agents transmissibles non conventionnels (en outre, la chaleur sèche fixe fortement l'infectiosité résiduelle),
- de la difficulté de sa maîtrise et de son contrôle,
- de l'absence d'emballages permettant la préservation de l'état stérile.

**La stérilisation par la chaleur humide (stérilisateur à vapeur d'eau sous pression) est la méthode de référence pour les dispositifs médicaux réutilisables**

## **Les contrôles du stérilisateur :**

---

- ✓ 1 fois par an (max 18 mois) : Qualification / Requalification autoclave

Contrôle effectué d'après la norme NF EN 554 qui consiste en un contrôle de routine du stérilisateur ainsi qu'en la définition des diagrammes de référence qui serviront par la suite à la validation des charges (graphique type temps-température-pression).

- ✓ 1 fois par jour : Test de pénétration de vapeur (test de Bowie-Dick)

En début de journée, avant la première charge d'autoclave, le placement d'un pack test et la réalisation d'un cycle de 134°C pendant 3,5 minutes permet de vérifier le bon fonctionnement de l'autoclave. En cas de résultat négatif, l'autoclave ne doit pas être utilisé et doit être vérifié par le fabricant ou le prestataire de maintenance.

## **Les étapes de la stérilisation**

---

### 1) Conditionnement des dispositifs médicaux

Ils sont conditionnés soit en conteneur (ou « boîtes ») spécifique muni de filtre ou de valves pour la stérilisation à la vapeur d'eau, soit en conditionnement à usage unique : sachets à souder ou papier crêpe en double épaisseur.

### 2) Préparation de la charge

Un indicateur de passage qui change de couleur est disposé sur chaque conditionnement afin d'être en mesure de prouver que le dispositif a bien subi une stérilisation.

Un indicateur physico-chimique (un pour toute la charge) est disposé dans un conteneur ou un sachet et permet de prouver que les paramètres de stérilisation (saturation en vapeur d'eau, temps, pression) ont bien été atteints.

### 3) Chargement du stérilisateur

Ne pas trop charger l'autoclave : les sachets ne doivent pas être tassés les uns contre les autres pour laisser passer la vapeur (laisser le libre passage d'une main).

Déposer les sachets sur la tranche (face papier contre face plastique), tous orientés dans le même sens afin d'éviter la rétention d'eau en fin de cycle.

### 4) Lancement du stérilisateur

Sélectionner le cycle voulu : textile ou dispositifs médicaux supportant 134°C pendant 18 minutes.

### 5) Déchargement du stérilisateur – Validation de la charge

A la fin du cycle, attendre le refroidissement partiel pendant environ 15 minutes

- Vérifier l'état de chaque conditionnement qui ne doit pas être ni endommagé ni humide.
- Vérifier le diagramme de stérilisation ou le comparer aux diagrammes ou au ticket de référence obtenus lors de la qualification de l'autoclave.
- Vérifier le changement de couleur correct des indicateurs de passage.
- Étiqueter chaque unité. L'étiquette comportera : la date de stérilisation, le numéro d'ordre du cycle et la date de péremption. En l'absence d'étiqueteuse, inscrire ces renseignements sur l'indicateur de passage des boîtes ou à l'extérieur de la soudure (pour ne pas risquer d'endommager le conditionnement).
- La durée de conservation après stérilisation dépend de la nature de l'emballage, de son intégrité et des conditions de stockage : il est possible de proposer trois mois pour les conteneurs métalliques sous réserve d'une bonne maintenance de ces derniers, un mois à deux mois pour les sachets thermo-soudés, et un mois maximum pour l'emballage sous double feuille de papier crêpe.

## **Stérilisateurs à la vapeur d'eau : des cycles normalisés**

---

La norme NF EN 13060 "Petits stérilisateurs à la vapeur d'eau" spécifie les prescriptions de performances et les méthodes d'essai relatives aux petits stérilisateurs à la vapeur d'eau et aux cycles de stérilisation à usage médical ou utilisés pour des matériaux susceptibles d'entrer en contact avec le sang et les fluides corporels.

Ces stérilisateurs sont largement employés dans les applications médicales, qu'il s'agisse des cabinets de médecine générale, cabinets de médecins spécialistes, cabinets dentaires...

Les charges très spécifiques des stérilisateurs utilisés dans ces domaines donnent lieu à des exigences variées en matière de cycle de stérilisation et à différentes méthodes d'essais associées.

Élaborée par le CEN/TC 102 "Stérilisateurs à usage médical", cette norme décrit trois types de cycles : **type B** (stérilisateurs pour produits emballés et non emballés), **type N** (stérilisateurs pour produits non emballés) et **type S** (stérilisateurs des produits spécifiés par le fabricant).

En France, on considère que l'opération de stérilisation des dispositifs médicaux comporte une étape indispensable de conditionnement. Seuls les stérilisateurs avec des cycles de type B sont donc recommandés, car ils permettent le traitement des dispositifs médicaux emballés. Les deux autres types de stérilisateurs ne répondent pas aux spécificités françaises.

Source : Enjeux (groupe AFNOR)

## Annexe 6 - Gestion des déchets

### **DASRI : Définition**

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) présentent un risque du fait qu'ils contiennent ou peuvent contenir des micro-organismes viables ou leurs toxines dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire, qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants.

Même en l'absence de risque infectieux, les déchets ci-dessous sont considérés à risque infectieux :

- les dispositifs médicaux ou matériaux piquants, coupants, tranchants, dès leur utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
- les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, les tubes de prélèvements sanguins, les dispositifs de drainage,
- tout dispositif de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique,
- certains déchets de laboratoire (milieux de culture, prélèvements...),
- tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins et pouvant avoir un impact psycho-émotionnel (seringue, tubulure, sonde, canule, drain..).

### **Une obligation réglementaire et déontologique**

Depuis la loi du 15 juillet 1975, tout producteur de déchets est responsable de leur élimination. Plus spécifiquement au domaine de la santé, la responsabilité d'élimination des DASRI est inscrite dans l'article R44-2 du Code de la Santé Publique comme incombant selon les cas :

- à l'établissement producteur,
- à la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce l'activité productrice de déchets (exemple de l'hospitalisation à domicile),
- dans tous les autres cas, à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets (exemple des patients en automédication, médecins, infirmières...).

De plus, l'article 71 du Code de Déontologie médicale indique que le médecin doit « veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires »

### **Tri**

***Les déchets piquants, tranchants ou coupants*** sont recueillis, immédiatement après usage, dans des conteneurs spécifiques (norme NF X30-500). Les conteneurs sont disponibles en pharmacie ou auprès des sociétés spécialisées dans la collecte et le traitement des DASRI.

***Les déchets à risques infectieux*** autres que piquants coupants tranchants ne doivent pas être mélangés aux déchets ménagers. Ils doivent être collectés dans des emballages à usage unique, solides et étanches, pouvant être fermés temporairement, puis fermés définitivement de manière inviolable.

### **Stockage**

#### Durée

La durée de stockage ne doit pas excéder trois mois pour une production de déchets de moins de 5 kg par mois, de 7 jours pour les quantités comprises entre 5 kg par mois et 100 kg par semaine, et 72 heures pour les quantités supérieures à 100 kg par semaine (Arrêté du 7 septembre 1999).

#### Local de stockage

Lorsque la quantité de DASRI est < 5 kg/mois : entreposage à l'écart des sources de chaleur, dans des emballages étanches munis de dispositifs de fermeture provisoire et définitive et adaptés à la nature des déchets.

Si la quantité dépasse 5kg/mois, les locaux d'entreposage devront en outre présenter les caractéristiques suivantes :

1. Local clairement identifié et réservé à l'entreposage des déchets (avec éventuellement des produits souillés ou contaminés), une surface adaptée à la quantité de déchets.
2. Réception de déchets préalablement emballés dans des conditionnements permettant d'identifier les emballages (DASRI / autres déchets). Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié susvisé doivent être placés dans des grands récipients pour vrac, étanches et facilement lavables.
3. Implantation, conception et exploitation dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol.
4. Identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie.
5. Ventilation, éclairage et protection des déchets contre les intempéries et la chaleur.
6. Munis des dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux.
7. Sol et parois des locaux lavables.
8. Ils sont dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées dotée d'un dispositif d'occlusion hydraulique conforme aux normes en vigueur. Le robinet de puisage est pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA permettant d'empêcher les retours d'eau. Cette disposition ne s'applique pas aux locaux d'entreposage situés à l'intérieur des unités de soins des établissements de santé.
9. Nettoyage régulier.

## **Elimination**

D'après la réglementation, deux cas de figure sont envisageables :

### **1- Le praticien confie l'élimination de ces déchets à une société spécialisée.**

Une convention doit être établie entre le producteur de déchets d'activités de soins à risques infectieux et le prestataire de service. Ce prestataire fournit à chaque étape du processus d'élimination les documents permettant au praticien d'assurer la traçabilité de l'élimination de ces déchets (bordereau de suivi cerfa 11351\*01).

### **2- Le praticien élimine lui-même ses déchets**

1<sup>ère</sup> possibilité : Le praticien peut confier ses déchets à un établissement de soins qui accepterait de prendre en charge l'élimination de ses déchets par inclusion à sa propre production. Dans cette hypothèse, il est recommandé de signer une convention avec l'établissement en question.

2<sup>ème</sup> possibilité : Le praticien apporte ces déchets à un point d'apport volontaire proche du cabinet ou à un site de regroupement (déchetterie équipée pour accepter les DASRI) ou directement à un centre de traitement s'il en existe un à proximité. Le transport de déchets dans un véhicule personnel ou de service est autorisé dans la limite de 15 Kg.

## **Récupération et élimination des amalgames dentaires**

L'arrêté du 30 mars 1998 fixe les conditions d'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires.

L'objectif poursuivi par ces dispositions est double :

- prévenir la pollution des eaux par le rejet de ces déchets avec les eaux usées des cabinets dentaires
- imposer la collecte séparative des déchets d'amalgame pour des raisons d'hygiène et pour permettre leur valorisation ultérieure.

DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX  
*QUELQUES PRESTATAIRES PRIVES*

➤ LISTE NON EXHAUSTIVE Février 2004

*QUELQUES PRESTATAIRES PRIVES EN BRETAGNE*

- **ACOMEX (22, 29, 35, 56)**  
5, rue Leuzières  
35230 SAINT-ERBLON  
Téléphone : 02.99.05.29.05 Fax : 02.99.05.29.28
  
- **L.C.M. (Etablissement secondaire)**  
Madame CIOARA  
5, rue du Tertre Oro  
22370 PLENEUF-VAL-ANDRE  
Téléphone : 02.96.72.21.78
  
- **GRANDJOUAN ONYX (service médicollecte)**  
39, chemin Keréquel  
29000 QUIMPER  
Téléphone : 02.98.90.38.53 Fax : 02.98.52.12.59
  
- **NETRA ONYX**  
36, rue Bahon Rault  
35760 SAINT-GREGOIRE  
Téléphone : 02.99.84.79.00 Fax : 02.99.63.18.98  
  
37, rue Adolphe Le Bail  
22190 PLERIN  
Téléphone : 02.96.61.49.36 Fax : 02.96.62.15.71
  
- **MARC**  
ZI Kergonan, rue Kervézennec  
29601 BREST  
Téléphone : 02.98.02.16.91 Fax : 02.98.02.54.69
  
- **SITA Ouest**  
6, rue des Landelles  
35510 CESSON-SEVIGNE  
Téléphone : 02.99.22.72.60 Fax : 02.99.86.19.09  
  
1, rue Sainte-Catherine  
22970 PLOUMAGOAR  
Téléphone : 02.96.43.98.54 Fax : 02.96.11.00.10  
  
rue Monjaret de Kerjégu  
29200 BREST  
Téléphone : 02 98 44 44 06 Fax : 02 98 44 89 15  
  
18 rue Emile Marcesche  
56100 LORIENT

Téléphone : 02 97 83 71 27 Fax : 02 97 37 63 39

27 av Edouard Michelin ZI Prat BP 3701  
56037 VANNES CEDEX  
Téléphone : 02 97 83 71 27 Fax : . 02 97 37 63 39

- **SODICOME**  
Z.A. 18, rue du Gripail  
B.P. 14  
35590 SAINT-GILLES  
Téléphone : 02.99.64.82.64 Fax : 02.99.64.80.64
- **THEACOM**  
Z.I. La Goulgatière  
Rue Lavoisier  
35220 CHATEAUBOURG  
Téléphone : 02.99.04.62.00 Fax : 02.99.04.62.09

**LES LIEUX D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS**

- **GEVAL**  
Siège :  
3, rue Dupleix  
29200 BREST  
Téléphone : 02.98.44.45.20  
  
Usine :  
179, boulevard de l'Europe  
29200 BREST  
Téléphone : 02.98.47.36.85
- **VALORENA (groupe ELYOS)**  
Siège :  
6, rue du Moulin de la Halvèque  
44000 NANTES  
Téléphone : 02.40.52.55.60  
  
Usine :  
2, rue Etier  
44000 NANTES  
Téléphone : 02.40.52.50.00

Source : D.D.A.S.S. 22 – D.D.A.S.S. 29 - D.D.A.S.S. 35 - D.D.A.S.S. 56 - Service Santé-Environnement

## Annexe 7 - Sécurité incendie

**Les cabinets médicaux sont des petits établissements recevant peu de public en simultané. Ils sont en conséquence classés en 5ème catégorie** et ne sont pas soumis à visite périodique ou de contrôle de la part des commissions de sécurité\*. S'agissant des petits établissements recevant moins de 20 personnes (en simultané), ce qui concerne la majeure partie des cabinets, ils sont assujettis aux seules dispositions des articles PE 26 § 1 et PE 27 de l'arrêté ministériel du 22 juin 1990 complétant le règlement de sécurité prévu par l'article R123-12 du code de la construction et de l'habitation.

**Article PE26 "moyens d'extinction"** : § 1. Les établissements doivent être dotés d'extincteurs portatifs à eau pulvérisée, de 6 litres au minimum conformes aux normes à raison d'un appareil pour 300 mètres carrés, avec un minimum d'un appareil par niveau.

En outre, les locaux présentant des risques particuliers d'incendie doivent être dotés d'un extincteur approprié aux risques.

Tous les extincteurs doivent être facilement accessibles, utilisables par le personnel de l'établissement et maintenus en bon état de fonctionnement

§ 3. Lorsqu'un appareil ou un dispositif d'extinction n'est pas apparent, il doit être signalé par un panneau conforme aux signaux normalisés d'indication de localisation d'un équipement de lutte contre l'incendie ou d'un autre moyen d'alarme ou d'alerte définis à la norme NF X 08-003 relative aux couleurs et signaux de sécurité.

**Article PE27 "alarme, alerte, consignes"** : § 2. Tous les établissements doivent être équipés d'un système d'alarme selon les modalités définies ci-dessous :

a) l'alarme générale doit être donnée par établissement et par bâtiment lorsque l'établissement comporte plusieurs bâtiments.

b) le signal sonore d'alarme ne doit pas permettre la confusion avec d'autres signalisations utilisées dans l'établissement. Il doit être audible de tout point du bâtiment pendant le temps nécessaires à l'évacuation.

c) le personnel de l'établissement doit être informé de la caractéristique du signal sonore d'alarme générale. Cette information "peut" être complétée par des exercices périodiques d'évacuation.

d) le choix du matériel d'alarme est laissé à l'initiative du chef d'établissement qui devra s'assurer de son efficacité.

e) le système d'alarme doit être maintenu en bon état de fonctionnement.

§ 3. La liaison avec les sapeurs-pompiers doit être réalisée par téléphone urbain dans tous les établissements. Toutefois, dans les cas d'occupation épisodique ou très momentanée de l'établissement, cette liaison n'est pas exigée.

**§ 4. Des consignes précises, affichées bien en vue, doivent indiquer :**

- le numéro d'appel des sapeurs-pompiers ;
- l'adresse du centre de secours de premier appel ;
- les dispositions immédiates à prendre en cas de sinistre.

§ 5. Le personnel doit être instruit sur la conduite à tenir en cas d'incendie et être entraîné à la manoeuvre des moyens de secours.

§ 6. Dans les établissements implantés en sous-sol ou en étage, un plan schématique conforme aux normes (NF S 60-302), sous forme d'une pancarte inaltérable, doit être apposé à l'entrée, pour

\* Cependant, le maire, après consultation de la commission de sécurité compétente, peut faire procéder à des visites de contrôle dans les conditions fixées aux articles R. 123-45 et R. 123-48 à R. 123-50 du code de la construction et de l'habitation afin de vérifier si les règles de sécurité sont respectées.

faciliter l'intervention des sapeurs-pompiers. Ce plan comporte l'emplacement des locaux techniques, des stockages dangereux, des dispositifs de coupure des fluides et des commandes des équipements de sécurité.

## **Article PE 9 – "Locaux présentant des risques particuliers"**

§ 1. Les locaux présentant des risques particuliers d'incendie associés à un potentiel calorifique important doivent être isolés des locaux et des dégagements accessibles au public dans les mêmes conditions que pour les tiers, conformément aux dispositions de l'article PE 6 (§ 1).

Sont notamment considérés comme locaux à risques particuliers, les locaux réceptacles des vide-ordures, les machineries d'ascenseurs, les locaux d'extraction de la V.M.C. (Ventilation mécanique contrôlée) inversée, les locaux contenant des groupes moteurs thermiques-générateurs, les postes de livraison et de transformation, les cellules à haute tension, les cuisines contenant des appareils de cuisson d'une puissance totale nominale supérieure à 20 kW, les dépôts d'archives et les réserves.

§ 2. Les locaux de stockage de butane et de propane commerciaux qui n'ont pas une face ouverte sur l'extérieur sont considérés comme des locaux à risques particuliers.

Ils doivent comporter au moins deux orifices de ventilation donnant directement sur l'extérieur et réalisés conformément aux dispositions de l'article GZ 7 (§2).

### **Dans le cas d'un cabinet implanté au sein d'un établissement de santé. Il convient de distinguer deux cas :**

1) le cabinet est isolé de l'établissement de soins : murs, planchers bas, planchers hauts, blocs portes répondant aux exigences réglementaires de résistance au feu (coupe feu - pare flamme) - c'est une entité distincte qui conserve son classement.

2) absence d'isolement par rapport au tiers que constitue l'établissement de santé : l'ensemble constitue un seul établissement abritant plusieurs exploitations. Le classement est fonction de l'effectif du public accueilli dans l'ensemble de l'établissement (clinique + cabinet et autres éventuellement). Dans ce cas, en application de l'article R 123-21 du code de la construction et de l'habitation (CCH) un responsable unique de la sécurité doit être désigné. En général il s'agit du responsable de l'exploitation la plus importante. Il est l'interlocuteur unique auprès de la commission de sécurité - il a aussi, du fait de la responsabilité qui lui incombe, un droit de regard sur le respect des conditions de sécurité et du fonctionnement des installations techniques des moyens de secours et de leur contrôle des différentes exploitations qui fonctionnent dans l'établissement. Au-delà, n'étant pas une entité unique, dans un établissement important, elle peut être relié aux différents moyens de secours (alarme, système de sécurité incendie (SSI), détection incendie, désenfumage etc....)

Source : Service de la protection civile, préfecture d'Ille et Vilaine.

Plus d'informations : Brochure ED 929 Consignes de sécurité incendie - INRS

## Annexe 8 - Vigilances sanitaires

Art. L. 1413-14. CSP- Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

### Pharmacovigilance

#### ✓ **Définition**

Dispositif et ensemble des moyens consistant à enregistrer et évaluer les réactions résultant de l'utilisation des médicaments, afin d'assurer leur sécurité d'emploi dans des conditions normales d'utilisation.

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable, laquelle comporte en particulier l'identification, l'évaluation et la prévention du risque résultant de l'utilisation des produits à finalité sanitaire à usage humain

#### ✓ **Organisation**

Le système national de pharmacovigilance repose sur un réseau de trente et un centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) répartis sur l'ensemble du territoire afin de favoriser les échanges de proximité avec les professionnels de santé (cf. coordonnées des CRPV en Bretagne et Nord-Pas de Calais).

#### ✓ **Déclaration**

La déclaration au Centre régional de pharmacovigilance est obligatoire pour :

- les effets indésirables graves : décès, mise en jeu du pronostic vital, provoquant une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation, entraînant une invalidité ou une incapacité importantes ou durables, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale ;
- les effets indésirables inattendus\*, c'est-à-dire non décrits dans le RCP (résumé des caractéristiques du produit) ;
- les réactions nocives et non voulues résultant d'un mésusage\*.

## **RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE CADRE DE LA PHARMACOVIGILANCE**

### **(Extrait des bonnes pratiques de pharmacovigilance, AFSSAPS)**

1. Notifier à une structure de pharmacovigilance, le plus rapidement possible :
  - toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, en rapport avec l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments,
  - toute observation d'abus ou de mésusage et,
  - tout autre effet qu'il juge pertinent de déclarer.
2. Répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.
3. Conserver les documents concernant l'effet indésirable présumé afin de permettre, en cas de nécessité, de compléter les informations précédemment transmises.
4. Coopérer avec les structures de pharmacovigilance, notamment dans le cadre d'enquêtes particulières.
5. Se tenir informé et tenir compte dans sa pratique professionnelle des données de tolérance des médicaments qu'il prescrit, dispense ou administre.

#### **Centre de Pharmacovigilance**

##### **CHU de Brest**

Hôpital de la Cavale Blanche  
Boulevard Tanguy Prigent  
29609 BREST CEDEX  
M. le Pr C. Riché  
Téléphone : 02 98 49 18 17  
Télécopie : 02 98 34 79 77  
e-mail : crpv.brest@wanadoo.fr

#### **Centre de Pharmacovigilance**

##### **CHRU Hôpital Pontchaillou**

2, rue Henri Le Guilloux  
35033 RENNES CEDEX 9  
M. le Pr H. Allain  
Téléphone : 02 99 28 43 63  
Télécopie : 02 23 23 46 05  
e-mail : pharmacovigilance@chu-rennes.fr

## Matériorvigilance

---

### ✓ **Définition**

La matériorvigilance a pour objet la surveillance des incidents pouvant survenir lors de l'utilisation du matériel médical.

### ✓ **Organisation**

Le système national de matériorvigilance organise :

- le signalement des incidents et risques d'incidents mettant en cause des dispositifs médicaux;
- la notification des rappels effectués par les fabricants de dispositifs médicaux ;
- l'évaluation des informations signalées ;
- Après évaluation, l'autorité sanitaire prend, le cas échéant, les mesures correctives et préventives nécessaires.

A chaque étape, le système national de matériorvigilance organise précisément l'information des intervenants concernés.

### ✓ **Déclaration**

Toute personne (fabricant, utilisateur ou tiers) ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif médical (DM), doit le déclarer auprès du correspondant local de matériorvigilance (utilisateur ou tiers exerçant dans un établissement de santé) ou directement auprès de l'Afssaps (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

Le destinataire final du signalement est dans tous les cas le ministère de la santé  
- direction des hôpitaux - bureau des dispositifs médicaux - 8, avenue de Ségur 75350 Paris 07 SP –  
Télécopie : 01.40.56.50.89.

Un formulaire de déclaration ainsi qu'une aide au signalement sont disponibles sur le site de l'Afssaps ([www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)).

L'utilisation de ce formulaire pour le signalement des incidents ou risques d'incidents au ministère de la santé, est fortement recommandée. Néanmoins, ne pas disposer au moment voulu du formulaire CERFA, ne saurait être un motif de non-signalement. Il appartient à la personne détentrice d'informations qu'il conviendrait de porter à la connaissance de l'autorité sanitaire, de le faire par tout moyen écrit.

Dans tous les cas, il convient que le déclarant s'assure que son signalement a bien été pris en compte par le ministère de la santé. Cette assurance peut être matérialisée par un accusé réception qui lui est adressé dans les 48 heures après envoi de son signalement par télécopie.

En dehors de cette éventualité, seul l'accusé de réception après envoi postal constitue une preuve du signalement.

**Article L5461-2** Le fait, pour le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif et les tiers ayant eu connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers, de s'abstenir de le signaler sans délai à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé est puni de quatre ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende.

**Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale** (JO du 19 janvier 1994) - Dispositions relatives aux dispositifs médicaux :

Art. L. 665-6 - Le fabricant, les utilisateurs d'un dispositif ou les tiers ayant connaissance d'un incident ou d'un risque d'incident mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers doivent le signaler sans délai à l'autorité administrative.

**Décret 96-32 du 15 janvier 1996 relatif à la matériovigilance exercée sur les dispositifs médicaux et modifiant le Code de la santé publique**

Article L5212-1

(Ordonnance n° 2001-198 du 1 mars 2001 art. 1 Journal Officiel du 3 mars 2001)

(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 140 Journal Officiel du 11 août 2004)

Pour les dispositifs médicaux dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'exploitant est tenu de s'assurer du maintien de ces performances et de la maintenance du dispositif médical.

Cette obligation donne lieu, le cas échéant, à un contrôle de qualité dont les modalités sont définies par décret et dont le coût est pris en charge par les exploitants des dispositifs.

La personne physique ou morale responsable de la revente d'un dispositif médical d'occasion figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, pris sur proposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, fait établir préalablement par un organisme agréé à cet effet par décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé une attestation technique justifiant d'une maintenance régulière et du maintien des performances du dispositif médical concerné. Les modalités de l'agrément des organismes et de l'attestation technique sont définies par décret.

Le non-respect des dispositions du présent article peut entraîner la mise hors service provisoire ou définitive du dispositif médical, prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, ainsi que, le cas échéant, le retrait ou la suspension de l'autorisation de l'installation dans les conditions prévues aux articles L. 6122-11 et L. 6122-13.

Article L5211-1

(Ordonnance n° 2001-198 du 1 mars 2001 art. 1 Journal Officiel du 3 mars 2001)

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les dispositifs médicaux qui sont conçus pour être implantés en totalité ou en partie dans le corps humain ou placés dans un orifice naturel, et qui dépendent pour leur bon fonctionnement d'une source d'énergie électrique ou de toute source d'énergie autre que celle qui est générée directement par le corps humain ou la pesanteur, sont dénommés dispositifs médicaux implantables actifs.

Article R5212-1

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux qui sont définis à l'article L. 5211-1 et relèvent du présent titre en vertu des articles R. 5211-1 à R. 5211-3.

Elle s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

Article R5212-2

La matériovigilance comporte :

1° Le signalement et l'enregistrement des incidents ou des risques d'incidents mentionnés aux articles R. 5212-14 et R. 5212-15 ;

- 2° L'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation de ces informations dans un but de prévention ;
- 3° La réalisation de toutes études ou travaux concernant la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux ;
- 4° La réalisation et le suivi des actions correctives décidées.

#### Article R5212-3

L'exercice de la matériovigilance peut impliquer, outre la communication par le fabricant des documents mentionnés à l'article R. 5211-26, l'accès aux données du dossier préclinique d'expérimentation et aux données relatives aux investigations cliniques, en particulier au rapport sur les investigations cliniques mentionné à l'article R. 5211-37 et aux informations énumérées à l'article R. 5211-38, ainsi que l'accès aux informations relatives à la conception, à la fabrication, au stockage, à la distribution, à la mise à disposition, à l'utilisation et au suivi dit traçabilité des dispositifs médicaux ainsi que l'accès aux informations relatives à leur vente, à leur utilisation et, le cas échéant, à leur prescription.

#### Article R5212-14

Donnent lieu obligatoirement et sans délai à un signalement les incidents ou risques d'incidents définis à l'article L. 5212-2.

#### Article R5212-15

Donnent lieu facultativement à un signalement les incidents suivants :

- 1° Réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination ;
- 2° Réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant ;
- 3° Tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ;
- 4° Toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance.

#### Article R5212-16

Les signalements, obligatoires ou facultatifs, prévus aux articles R. 5212-14 et R. 5212-15 sont effectués par les fabricants, les utilisateurs ou les tiers qui font la constatation ou qui ont connaissance d'incidents ou de risques d'incident mettant en cause un dispositif médical.

Sont considérées comme des tiers les personnes qui ne sont ni des fabricants ou utilisateurs de dispositifs médicaux ni des patients. Entrent notamment dans cette catégorie, lorsqu'ils ont connaissance d'incidents ou de risques d'incident, les responsables de la mise sur le marché et les distributeurs de dispositifs médicaux.

#### Article R5212-17

Les signalements sont faits :

1° Auprès du correspondant local de matériovigilance lorsque ces signalements sont effectués par des utilisateurs ou des tiers qui exercent leurs fonctions dans un établissement de santé ou dans une association distribuant des dispositifs médicaux à domicile, notamment lorsque ces utilisateurs ou tiers sont des membres des professions de santé ou des membres du personnel administratif ou technique ;

2° Directement auprès du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les autres cas, en particulier lorsque les signalements sont effectués par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les fabricants ou leurs mandataires.

Le correspondant local de matériovigilance transmet les signalements au directeur général de l'agence dans les conditions prévues au 1° de l'article R. 5212-22.

## Annexe 9 - Gestion des risques

« La prévention des événements indésirables graves liés aux soins est devenue, ces dernières années, un enjeu de santé publique. Les études internationales, de plus en plus nombreuses sur ce thème, ont révélé leur ampleur et leur impact considérable sur les systèmes de santé en termes de coût humain et économique. Selon les études, 30 à 50 % de ces événements graves sont potentiellement évitables. »<sup>2</sup>

« La gestion des risques peut se définir comme l'effort organisationnel évaluant et réduisant les risques encourus par le patient et le personnel auquel s'associe une correction permanente des dysfonctionnements liés soit aux défauts de fonctionnement, ou à une non application des règles de pratique professionnelle. »<sup>3</sup>

Les objectifs de la gestion des risques sont avant toute chose la prévention mais aussi la gestion des plaintes. Enfin, un risque peut entraîner un dommage et la personne subissant un dommage peut demander réparation.

### ✓ **Identification des risques encourus par les patients**

Un premier outil simple d'identification de risque est le questionnaire de satisfaction patient. En effet, le patient peut être invité à signaler des dysfonctionnements qu'il constaterait au sein du cabinet dans la rubrique « Remarques » en fin de questionnaire.

La réflexion sur l'identification des risques sous quelque forme que ce soit doit déboucher sur des actions de prévention.

### ✓ **Evaluation des risques professionnels**

Rappel réglementaire :

Selon l'article L230-2 du code du travail , l'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé de son personnel sur la base des principes généraux de prévention parmi lesquels figure l'évaluation des risques, l'information et la formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés tendant à l'amélioration des situations existantes.

Le décret du 5 novembre 2001 a introduit **l'obligation de transcrire les résultats de l'évaluation des risques dans un document unique** qui doit être tenu à disposition de la médecine du travail et du personnel sous peine de sanctions financières.

Il doit transcrire les résultats de l'évaluation dans un document unique sous peine de sanctions financières.

Le principe :

1. Identifier les risques par nature (physique, chimique, biologique...) ou par activité (travail sur écran, activité de nettoyage-désinfection).
2. Les classer en fonction de critères tels que la gravité, la fréquence ou le nombre de personnes exposées.
3. Mettre en œuvre des solutions c'est-à-dire déterminer des actions de prévention de nature à réduire les risques au minimum.

Source INRS ED 840 Evaluation des risques professionnels [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

Article R. 231-62 du code du travail

1. Afin de procéder à l'évaluation des risques et de prendre les mesures de prévention et de protection qui en résultent conformément à l'article L. 230-2 du présent code, le chef d'établissement doit déterminer la nature, la durée et les conditions de l'exposition des travailleurs pour toute activité susceptible de présenter un risque d'exposition à des agents biologiques.

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/E 2/E 4 n° 2004-176 du 29 mars 2004

<sup>3</sup> LA GESTION DES RISQUES A L'HOPITAL, G. Janvier J. Bertrand-Barat P. Fiallon  
Document de travail URML Bretagne – URML Nord-Pas de Calais

## Annexe 10 - Note sur l'accueil téléphonique

### Objectif

Organiser l'écoute et le recueil des informations nécessaires dans le strict respect des règles déontologiques de confidentialité et de respect des droits des patients.

Accueillir téléphoniquement le patient avec l'attention requise.

Compte tenu de la nature de l'appel et la demande spécifique du patient, l'informer de façon compréhensible.

### Références

- ✓ Code de déontologie
- ✓ Loi du 4 mars 2002

### Recommandations

La définition avec la ou les secrétaire(s) d'une procédure de réponse aux appels téléphoniques permet d'une part de **s'assurer d'une information du patient et d'un recueil d'information (pour le cabinet) optimales** pour la plus grande satisfaction des deux parties. C'est l'occasion de définir les modalités de prise de rendez-vous avec le ou les médecins, les informations que la secrétaire peut ou doit donner par téléphone avant que le patient ne se rende au cabinet (indications sur l'accessibilité du cabinet, nécessité d'un accompagnant ou d'un VSL pour le retour au domicile, informations sur les documents à apporter administratifs ou médicaux).

En fonction de la nature de l'appel, il s'agit de cerner la demande et d'y répondre dans les meilleures conditions : consignes données par le médecin pour le filtrage des appels, pour la prise de rendez-vous ou pour l'orientation vers un service d'urgence, le cas échéant.

#### Quelques indications :

1. Répondre si possible avant la 4<sup>ème</sup> sonnerie
2. Se présenter en déclinant l'identité de la structure (ex : cabinet médical machin), identité du répondant (prénom) bonjour.
3. Répondre à la demande en fonction du degré d'urgence, des consignes du médecin
4. Vérifier que le patient situe bien le cabinet si le patient n'est jamais venu
5. Reformuler la demande ou le rdv et prendre congé.

#### Astuce :

Noter sur un cahier ou dans le dossier informatique, la date et le motif de l'appel pour éviter la multiplication des post-it.

## Annexe 11 - Le consentement

### Références réglementaires liées au consentement

- **Art 36 du code de déontologie médicale (art R 4127-36 du Code de santé publique)**

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42

- **Art 42 du code de déontologie médicale (art R 4127-42 du code de la santé publique)**

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

- **Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre II « droits et responsabilité des usagers » - article 11**

Art L1111-4 : Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ; le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L 1116, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables (..) Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions

art L 1111-5 : Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Art L 1111-6 : Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. (..) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

## Annexe 12 - L'information du patient

### Références réglementaires liées à l'information du patient

- **Article 35 du code de déontologie médicale (art R 4127-35 du Code de santé publique)**

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne peut être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si la malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

- **Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre II « droits et responsabilité des usagers » - article 11**

Art L1111-2: Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

- **Article 34 du code de déontologie médicale (art R 4127-34 du Code de la Santé Publique) :**

Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution

## Annexe 13 - Le dossier du patient

### **L'accès aux informations de santé (extrait des commentaires de l'article L1111-7)**

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, compte rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers

Elle peut accéder à ces informations directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

Qui peut demander ces informations ?

De son vivant

- Seule la personne concernée (cas particulier du patient hospitalisé sous contrainte :HDT, HO)
- Son représentant légal (si le patient est mineur ou majeur sous tutelle)
- Le médecin qu'elle aura désigné comme intermédiaire

Peuvent avoir accès dans les conditions prévues à l'article L1111-7 du code de la santé publique, aux informations la concernant

Après son décès, ses ayants droits peuvent avoir accès, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, aux informations qui lui sont nécessaires pour connaître les causes de mort ; ou défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits

### **Références réglementaires liées au dossier du patient**

#### **Concernant le devenir des fichiers médicaux**

##### **Extraits des commentaires de l'article 73 du code de déontologie médicale (art R4127-73 du Code de la Santé Publique)**

Lorsque l'activité du médecin est brusquement interrompue, par sa mort ou par une maladie qui l'empêche de procéder au tri du fichier, son remplaçant ou le médecin qui va lui succéder doivent mettre en œuvre, sur demande des malades, la transmission des fiches aux médecins désignés par eux. Dans ce but, le fichier doit être conservé plusieurs années : au minimum 10 ans si l'on s'aligne sur le délai de prescription des actions en matière de responsabilité médicale. Ce délai court à compter de la consolidation du dommage.

S'il n'y a pas de médecin successeur, la veuve du médecin ou ses héritiers recevront du conseil départemental de l'Ordre les avis et aides nécessaires pour les décisions à prendre quant au devenir du fichier restant

##### **Extrait des commentaires de l'article 45 du code de déontologie médicale (article R4127 -45 du code de la santé publique)**

Lors des ruptures d'association, des difficultés peuvent apparaître pour la répartition des dossiers médicaux entre les médecins. Dans les associations de praticiens et dans les sociétés civiles de moyens, la règle de l'exercice professionnel de chacun voudrait que les fichiers soient séparés. Dans les sociétés civiles professionnelles ou dans les sociétés d'exercice libéral, les dossiers ou les fichiers appartiennent aussi à ces sociétés qui doivent assurer leur conservation conformément à la déontologie médicale. Puisqu'elles sont réputées exercer elles mêmes la médecine, les sociétés d'exercice assument les mêmes responsabilités que les médecins vis-à-vis des patients. Elles ne peuvent donc se dessaisir des fichiers mais l'ancien associé pourra obtenir la copie de ses fiches d'observation. Pour limiter les désaccords qui risquent de conduire les anciens associés devant la juridiction professionnelle et les tribunaux civils, un contrat prévoyant les modalités de répartition des dossiers médicaux entre les parties est la meilleure solution

Lors de l'arrêt brutal et définitif d'un médecin provoqué par la maladie ou la mort, son successeur doit transmettre les dossiers médicaux, ou à défaut les fiches d'observation, aux médecins désignés par les patients qui ne désirent pas être suivis par lui. Dans ce dernier cas, il revient au successeur de ne pas transmettre les éléments trop personnels qui y figureraient. Si le médecin n'a pas de successeur, c'est au conseil départemental d'assurer la transmission des documents demandés par les patients, dans les mêmes conditions que le successeur, et de confier le fichier restant aux archives départementales ou à l'établissement de santé public le plus proche, au terme d'un an par exemple.

Lors de la cession d'un cabinet, la transmission automatique de l'intégralité du fichier au médecin successeur ne peut être acceptée comme une règle. D'une part, parce que le « présentation du successeur à la clientèle » n'empêche nullement les malades de décider du choix d'un autre médecin et de demander en

conséquence que leur dossier médical, ou à défaut leur fiche d'observation, lui soit transmis. D'autre part, parce qu'il incombe au médecin d'effectuer un tri dans son fichier et de détruire dans ses notes personnelles, tout ce qui n'a pas besoin d'être transmis, dans l'intérêt des malades, à son successeur.

### **Concernant l'accès des dossiers médicaux**

#### **Loi du 04 mars 2002, titre II, chapitre II « droits et responsabilités des usagers »- article 11**

Art L1111-7 : Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé , qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, compte rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers (..). Elle peut accéder à ces informations directement ou indirectement par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.(..)

Cf décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et L1112-1 du code de la santé publique.

# Annexe 14 - Questionnaire de satisfaction des patients

## Questionnaire de satisfaction du patient et/ou de son entourage

### ETES-VOUS SATISFAIT :

#### 1. Du temps d'attente au téléphone avant d'obtenir un interlocuteur ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 2. Des délais pour obtenir un rendez-vous de consultation ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 3. De votre accueil au cabinet ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 4. Du respect des horaires de rendez-vous ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 5. Du confort et de l'aménagement des locaux du cabinet ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 6. De la propreté des locaux du cabinet ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 7. Des explications données par le praticien concernant votre état de santé, vos soins ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 8. De votre implication dans les décisions relatives à vos soins ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 9. Du temps que le praticien a consacré à la consultation ?

- Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### 10. Vous êtes :

- Un homme       Une femme      Votre âge :.....

#### 11. Remarques ou commentaires :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## Annexe 15 - Questionnaire de satisfaction des collaborateurs

### **Questionnaire de satisfaction des collaborateurs**

Indiquez votre degré de satisfaction pour chacun des aspects suivants de votre travail :

#### **1. Conditions matérielles de travail**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **2. Liberté de décider vos propres méthodes de travail**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **3. Vos collègues (médecins et non-médecins)**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **4. Reconnaissance reçue pour le travail bien fait**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **5. Quantité de responsabilités confiées**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **6. Votre rémunération**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **7. La possibilité d'utiliser vos compétences**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **8. Vos horaires de travail**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **9. La variété dans le travail**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **10. Au total, comment vous sentez-vous dans votre travail ?**

Très satisfait                       Satisfait                       Moyennement Satisfait                       Pas du tout satisfait

#### **11. Dans l'équipe, les responsabilités sont clairement définies**

Tout à fait d'accord                       D'accord                       Pas d'accord                       Pas du tout d'accord

#### **12. Vous êtes encouragé(e) à faire des suggestions pour améliorer le fonctionnement du cabinet**

Tout à fait d'accord                       D'accord                       Pas d'accord                       Pas du tout d'accord

#### **13. Vos suggestions d'amélioration sont prises en considération**

Tout à fait d'accord                       D'accord                       Pas d'accord                       Pas du tout d'accord

#### **14. Le climat de travail dans l'équipe du cabinet est bon**

Tout à fait d'accord                       D'accord                       Pas d'accord                       Pas du tout d'accord

**Annexe 16 - Questionnaire de satisfaction des correspondants**

**Questionnaire de satisfaction des correspondants**

**- Pour quel motif adressez vous votre patient ?**

- Un simple avis
- Un geste technique
- Une prise en charge globale
- Un suivi de maladie chronique
- Autre, précisez : .....

**- Courrier**

Les délais de retour du courrier :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

La présentation: longueur du texte, structuration, lisibilité :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

L'intérêt pratique du courrier :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

**- Disponibilité**

La facilité des contacts téléphoniques :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

Les délais de rendez-vous :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

Les plages de consultation :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

La prise en charge des urgences :

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement Satisfait
- Pas du tout satisfait

**- Quels services aimeriez vous voir développer en secteur libéral ?**

.....  
.....

**- Vous êtes :**  Un homme  Une femme

**- Vous exercez dans une commune de :**

- Moins de 2000 habitants
- 2000 à 10000 habitants
- Plus de 10000 habitants

**- Vous exercez :**  Seul(e)  En groupe

**- Remarques :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Annexe 17 - Gestion des ressources humaines

### ✓ **Dispositions relatives au droit d'expression des salariés**

Code du travail – Livre 4 - Titre 6 - Chapitre 1

Art. L461-1 « (...) dans les professions libérales (...), les salariés bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail. Cette expression a pour objet de **définir les actions à mettre en œuvre pour améliorer leurs conditions de travail, l'organisation de l'activité et la qualité de la production** dans l'unité de travail à laquelle il appartient et dans l'entreprise. »

Art. L461-2 « Le droit institué à l'article L461-1 s'exerce sur les lieux et pendant le temps de travail. Le temps consacré à l'expression est payé comme temps de travail. »

Art. L461-4 « (...) l'employeur doit obligatoirement consulter le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel, sur les modalités d'exercice du droit d'expression des salariés.

Dans les entreprises où aucun délégué syndical n'a été désigné, **la consultation prévue à l'alinéa précédent a lieu au moins une fois par an.**

Art. L461-4 « L'accord visé au premier alinéa de l'article L. 461-3 comporte des stipulations concernant :

1° Le niveau, le mode d'organisation, la fréquence et la durée des réunions permettant l'expression des salariés ;

2° Les mesures destinées à assurer, d'une part, la liberté d'expression de chacun et, d'autre part, la transmission à l'employeur des demandes et propositions des salariés ainsi que celle des avis émis par les salariés dans les cas où ils sont consultés par l'employeur, sans préjudice des dispositions des titres Ier, II et III du livre IV et du chapitre VI du titre III du livre II du présent code ;

3° Les mesures destinées à permettre aux salariés concernés, aux organisations syndicales représentatives, au comité d'entreprise, aux délégués du personnel, au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail de prendre connaissance des demandes, avis et propositions émanant des groupes ainsi que des suites qui leur sont réservées ;

4° Les conditions spécifiques d'exercice du droit à l'expression dont bénéficie le personnel d'encadrement ayant des responsabilités hiérarchiques, outre leur participation dans les groupes auxquels ils sont rattachés du fait de ces responsabilités.

La consultation prévue à l'article L. 461-4 porte sur les points 1° à 4° ci-dessus. »

### **Traduction**

Les salariés du cabinet dispose d'un droit d'expression non seulement sur leurs conditions de travail mais aussi sur l'organisation du cabinet et la qualité de ses prestations. Cette expression doit être objectivée au moins une fois par an et en tous cas à fréquence définie.

Des mesures destinées à assurer l'expression et la remontée des demandes et propositions des salariés doivent être définies (ex :entretien, questionnaire de satisfaction des collaborateurs, réunion de cabinet).

✓ **Dispositions relatives au droit individuel à la formation**

Code du travail – Livre 9

Art. L932-1 « Toute action de formation suivie par le salarié pour assurer l'adaptation au poste de travail constitue un temps de travail effectif et donne lieu pendant sa réalisation au maintien par l'entreprise de la rémunération. »

Art. L933-1 « **Tout salarié** titulaire d'un contrat de travail à durée indéterminée, à l'exclusion des contrats mentionnés au titre Ier du livre Ier et au chapitre Ier du titre VIII du présent livre, disposant d'une ancienneté d'au moins un an dans l'entreprise qui l'emploie, **bénéficie chaque année d'un droit individuel à la formation d'une durée de vingt heures**, sauf dispositions d'une convention ou d'un accord collectif interprofessionnel, de branche ou d'entreprise prévoyant une durée supérieure. Pour les salariés à temps partiel, cette durée est calculée pro rata temporis. »

Art. L933-2 « **Les droits acquis annuellement peuvent être cumulés sur une durée de six ans. Au terme de cette durée et à défaut de son utilisation en tout ou partie, le droit individuel à la formation reste plafonné à cent vingt heures.** Ce plafond s'applique également aux salariés à temps partiel, quel que soit le nombre d'années cumulées, sur la base des droits annuels acquis pro rata temporis. Chaque salarié est informé par écrit annuellement du total des droits acquis au titre du dispositif du droit individuel à la formation. »

Art. L952-1 « Les employeurs occupant moins de dix salariés doivent consacrer au financement des actions définies à l'article L. 950-1 un pourcentage minimal de 0,40 % à compter du 1er janvier 2004 du montant (...) des rémunérations versées pendant l'année en cours. Ce pourcentage est porté à 0,55 % à compter du 1er janvier 2005. (...) »

Convention collective des cabinets médicaux – mars 2000

Les actions de formation décidées par l'employeur pour son personnel sont regroupées dans un plan de formation.

**Traduction**

La formation est un droit individuel inscrit dans le code du travail. Elle peut être à l'initiative du salarié ou de l'employeur. Si elle provient de l'employeur, elle est inscrite dans un plan de formation. Tout salarié bénéficie d'un droit à la formation de vingt heures annuelles cumulables sur plusieurs années dans la limite de 120 heures.

Pour rappel, un cabinet médical cotise à un organisme de formation continue appelé FAF-PL à hauteur de 0,55% à 1% de la masse salariale en fonction de l'effectif du cabinet. Un financement des actions inscrites au plan de formation peut donc être demandé auprès de cet organisme.

## Annexe 18 - Evaluation des risques professionnels : modèle de document unique

Conformément au III de l’art. L 230-2 du code du travail, « l’employeur doit évaluer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans les choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l’aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail »

Date d’établissement ou de mise à jour du document

	Etablissement	Mise à jour 1	Mise à jour 2	Mise à jour 3
Date :				

Renseignements d’ordre général

Nom de l’entreprise :  
 .....

Nature de l’activité :  
 .....  
 .....

Adresse :  
 .....  
 .....  
 .....

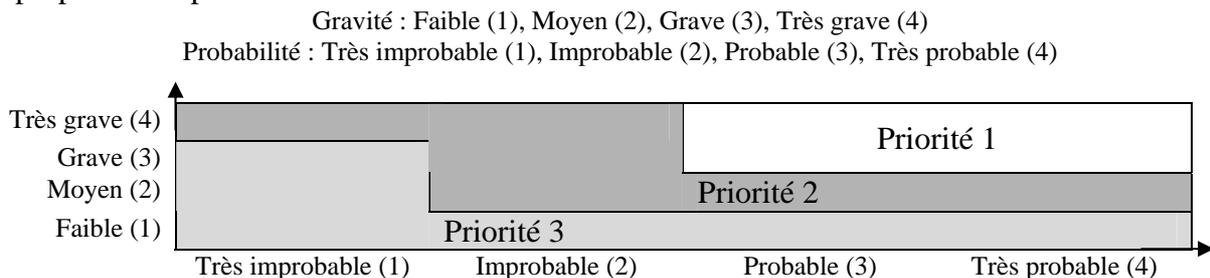
Effectif des employés (plein temps = 1, mi-temps =0,5, etc...) :

	Etablissement	Mise à jour 1	Mise à jour 2	Mise à jour 3
Effectif :				

Evaluation des risques : Comment ?

1. Identifier les risques c’est-à-dire repérer les dangers et se prononcer sur l’exposition à ces dangers en s’appuyant :
  - sur la documentation existante comme les déclarations d’accidents du travail et des maladies professionnelles, les fiches des matériels et produits utilisés, la fiche entreprise de la médecine du travail.
  - sur l’observation des situations de travail
  - sur l’écoute des opérateurs

2. Classer les risques en fonction de la probabilité et de la gravité afin de dégager des priorités d’actions et proposer une planification



3. Proposer des actions de prévention à partir du classement des risques. Le choix des actions est formalisé en concertation avec les employés

Identification et classement des risques

**Risques physiques** (chutes, manutention de charges, postures prolongées, travail sur écran, incendie, risques électriques, exposition à un rayonnement...)

Décrivez la situation source de risque	Probabilité	Gravité	Priorité	Mesure(s) de prévention existante(s)

**Risques chimiques** (intoxication, allergie, brûlure consécutives à l'utilisation d'un produit...)



Décrivez la situation source de risque	Probabilité	Gravité	Priorité	Mesure(s) de prévention existante(s)

**Risques biologiques** (contact et/ou soins à des personnes infectieuses, contact avec des produits ou objets contaminés (matériels, déchets...))

Décrivez la situation source de risque	Probabilité	Gravité	Priorité	Mesure(s) de prévention existante(s)

**Risques psychologiques** (charge de travail, pression...)

Décrivez la situation source de risque	Probabilité	Gravité	Priorité	Mesure(s) de prévention existante(s)



# Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques

Notice à afficher et à remettre au personnel lors d'un accident

## 1 Premiers soins à faire d'urgence



## 2 Contacter immédiatement le médecin référent



## 3 Contacter ensuite le médecin du travail



### PIQÛRES ET BLESSURES :

- ◆ Ne pas faire saigner
- ◆ Nettoyage immédiat de la zone cutanée lésée à l'eau et au savon puis rinçage.
- ◆ Antiseptie avec dérivé chloré (Dakin ou eau de Javel 9° chlorométrique diluée au 1/5), ou à défaut un dérivé iodé (polyvidone iodée solution dermique...), alcool à 70°, chlorhexidine alcoolique dermique... (au moins 5 minutes).

### CONTACT DIRECT DU LIQUIDE BIOLOGIQUE SUR PEAU LÉSÉE :

- ◆ Mêmes protocoles de nettoyage et d'antiseptie de la zone atteinte que précédemment.

### PROJECTION SUR MUQUEUSES ET YEUX :

- ◆ Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau (au moins 5 minutes).

### QUI ÉVALUE LE RISQUE INFECTIEUX :

- ◆ Infection VIH, Hépatites B et C, autres infections.

### QUI VOUS INFORME DES MESURES A PRENDRE :

- ◆ Une prophylaxie (chimio prophylaxie antirétrovirale, gammaglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination) peut vous être proposée. Elle se fera avec une information préalable sur ses effets et son déroulement. Elle nécessite **votre consentement**. Le traitement doit être **débuté dans les heures qui suivent l'accident** (dans les 48 heures pour l'hépatite B).

### POUR DÉCLARER L'ACCIDENT DU TRAVAIL :

- ◆ Les modalités pratiques variant d'un établissement à l'autre et d'un régime social à l'autre, s'informer auprès du médecin du travail, de la surveillante ou du bureau du personnel.

### POUR ASSURER UN SUIVI CLINIQUE ET SÉROLOGIQUE ADAPTÉ (VIH, VHC, VHB).

**DANS TOUS LES CAS, ANALYSER LES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT, AVEC LE MÉDECIN DU TRAVAIL, AFIN D'ÉVITER QU'IL NE SE REPRODUISE.**

En l'absence de médecin référent sur le site, vous pouvez contacter la ligne VIH Info Soignants au 0 810 630 515 (7 jours sur 7, de 9h00 à 21h00) ou la ligne Sida Info Service au 0 800 840 800 (24 h / 24) pour obtenir les coordonnées du dispositif d'accueil le plus proche.

Médecin du travail :

poste téléphonique :

Médecin hospitalier référent :

poste téléphonique :

**GERES**

GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS aux agents infectieux

Faculté de Médecine Xavier Bichat - 16, rue Henri Huchard  
BP 416 - 75870 Paris Cedex 18  
Tél. : 01 44 85 61 83 - Fax : 01 44 85 62 45  
E-mail : geres@geres.org - www.geres.org

Cette affiche a été réalisée avec le concours de la :

**MNH**

MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE SANTÉ

331, Avenue d'Antibes  
45213 Montargis Cedex  
Tél. : 02 38 90 70 00 - Fax : 02 38 90 75 75



Envoyez cette fiche à l'adresse ci-dessous.

# AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE

143/147, bd Anatole France  
93285 Saint-Denis Cedex  
Fax : 01 55 87 37 02

ENVOI PAR FAX :

Si un accusé de réception ne vous est pas parvenu dans les 10 j. prière de confirmer le signalement par ENVOI POSTAL AVEC A.R.

## MATÉRIOVIGILANCE

### SIGNALEMENT D'UN INCIDENT ou RISQUE D'INCIDENT



N° 10246\*02

Cadre réservé à l'AFSSAPS

Numéro

Attributaire

Sous-commission

Date d'attribution

Date d'envoi du signalement

Code de la Santé publique : articles L. 665-6, R. 665-62, R. 665-63 et R. 665-64

#### L'émetteur du signalement

Nom, prénom

Qualité

Adresse professionnelle

code postal commune

E:mail

Téléphone

Fax

Etablissement de santé : N° FINESS

Association distribuant DM à domicile

Fabricant / Fournisseur

Autre

L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ?

Oui

Non

#### Le dispositif médical impliqué (D M)

Dénomination commune du D M

Dénomination commerciale: modèle/ type/ référence

N° de série ou de lot

Version logicielle

Nom et adresse du fournisseur

code postal commune

Nom et adresse du fabricant

code postal commune

#### L'incident ou le risque d'incident

Date de survenue

Lieu de survenue

Conséquences cliniques constatées

Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter

Circonstances de survenue / Description des faits

Le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre. Préciser alors le nombre de pages jointes,

et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.

Mesures conservatoires et actions entreprises

Situation de signalement (de A à N)

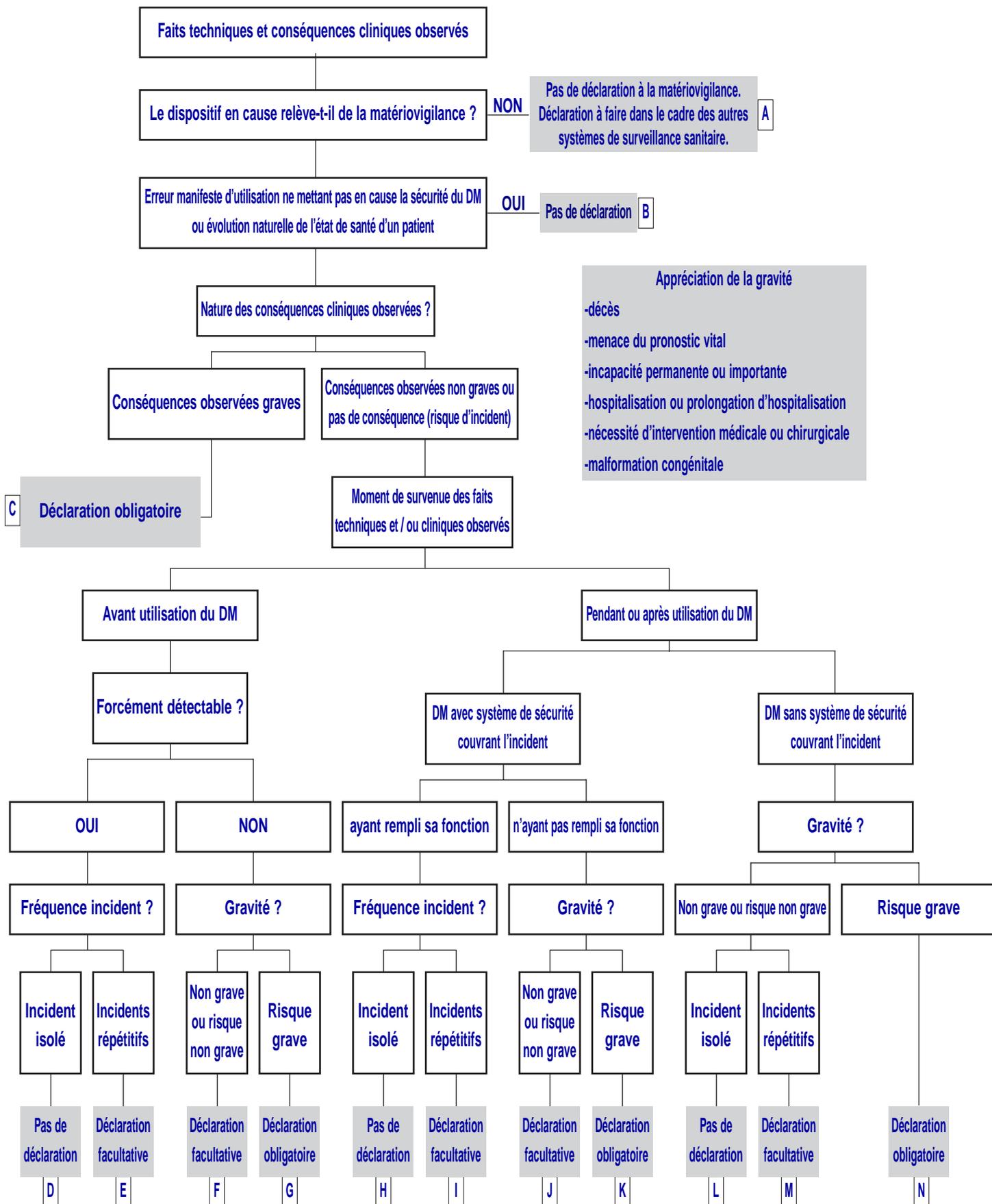
voir nomenclature page 2/2

Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ?

Oui

Non

# Aide au signalement des incidents de matériovigilance



# DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT MENTIONNÉ À L'ART. R. 5144-1

Art. L. 5121-20 13°, R. 5144-7 à 35 du Code de la Santé publique



PHARMACOVIGILANCE

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre régional de pharmacovigilance et à l'AFSSAPS. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin désigné par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

DÉCLARATION À ADRESSER AU  
Centre de Pharmacovigilance :

<b>Patient traité</b>  Nom (3 premières lettres) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prénom (première lettre) <input type="text"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Département de résidence <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/> ou Age <input type="text"/> Poids <input type="text"/> Taille <input type="text"/>	S'il s'agit d'un nouveau-né, les produits ont été pris : <input type="checkbox"/> par le nouveau-né <input type="checkbox"/> lors de l'allaitement <input type="checkbox"/> par la mère durant sa grossesse Trimestre de grossesse <input type="text"/> <input type="checkbox"/> indiquer : 1, 2 ou 3	Cachet du Praticien déclarant   ou du Médecin désigné par le patient
---	---	---	---

## Produits

Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Un ou des produits ont-ils été arrêtés ?

Sans information  Non  Oui  N°

Un ou des produits ont-ils été réintroduits ?

Sans information  Non  Oui  N°

Disparition de la réaction après arrêt d'un ou des produits ?

Sans information  Non  Oui  N°

Réapparition de la réaction après réintroduction ?

Sans information  Non  Oui  N°

En cas d'administration de : **médicament dérivé du sang** → indiquer son N°

Nom du prescripteur	Numéro de lot du produit
Service hospitalier dans lequel le produit a été administré	Pharmacie qui a délivré le produit

En cas d'administration de : **produits sanguins labiles** → préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot

<b>Effet</b> Département de survenue <input type="text"/> Date de survenue <input type="text"/> Durée de l'effet <input type="text"/> Nature et description de l'effet : <i>utiliser le cadre page 2</i>	<b>Gravité</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Incapacité ou invalidité permanente <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Décès	<b>Evolution</b> <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès dû à l'effet <input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer <input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli
---	---	---

## Description de l'effet indésirable :

### ***Les obligations de signalement.***

Article R.5144.19  
du Code de la Santé publique :

Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1, qu'il l'ait ou non prescrit, doit en faire la déclaration immédiate au centre régional de pharmacovigilance.

De même, tout pharmacien ayant eu connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1 qu'il a délivré doit également le déclarer aussitôt au centre régional de pharmacovigilance.

Tout membre d'une profession de santé ayant fait la même constatation peut également en informer le centre régional de pharmacovigilance.

### ***Les médicaments dérivés du sang.***

Article R.5144-35  
du Code de la santé publique :

Tous les professionnels de santé ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang doivent en faire la déclaration immédiate dans les conditions prévues à l'article R.5144-19 :

- au centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un établissement de santé au sein duquel est implanté un centre régional de pharmacovigilance,

- au correspondant local du centre régional de pharmacovigilance lorsque le médicament a été dispensé dans un autre établissement de santé ;

- au centre régional de pharmacovigilance dans les autres cas.

### ***Le rôle des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance.***

1. Notifier au centre de pharmacovigilance du lieu d'exercice du praticien déclarant, le plus rapidement possible :

- toute présomption d'effets indésirables graves ou inattendus, en rapport avec l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments,

- toute observation d'effet indésirable lié à un mésusage,

- tout autre effet qu'il juge pertinent de déclarer.

2. Répondre aux demandes du destinataire de la notification en confirmant et complétant celle-ci par écrit, notamment si elle a été transmise oralement ou par téléphone, afin de documenter l'observation initiale.

3. Informer les patients en application de la loi du 6 janvier 1978 des déclarations les concernant adressées au centre régional de pharmacovigilance et l'AFSSAPS, et des modalités d'exercice de leur droit d'accès.

4. Conserver les documents concernant l'effet indésirable présumé afin de permettre, en cas de nécessité, de compléter les informations précédemment transmises.

5. Coopérer avec les structures de pharmacovigilance, notamment dans la cadre d'enquêtes particulières.

6. Se tenir informé et tenir compte dans sa pratique professionnelle des données de tolérance des médicaments qu'il prescrit, dispense ou administre.

**BORDEREAU  
de SUIVI**

# Élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique  
art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté consolidé du 25 février 2004

Le producteur de déchets conserve le feuillet n° 4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n° 3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n° 1 au producteur et conserve le feuillet n° 2

<b>Producteur</b>		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom ou dénomination - Adresse	Nombre de conditionnements remis <input style="width: 50%;" type="text"/>	Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>			
	Poids de déchets remis <i>en tonnes</i> <input style="width: 50%;" type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>			
Cachet		<b>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté consolidé du 25 février 2004 relatif au transport des matières dangereuses.</b>			
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom et signature			
Identification des déchets au titre de l'A.D.R.					
Code de la nomenclature des déchets <input style="width: 50%;" type="text"/>					
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom ou dénomination - Adresse	Nombre de conditionnements transportés <input style="width: 50%;" type="text"/>	Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>			
	Poids de déchets transportés <i>en tonnes</i> <input style="width: 50%;" type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>			
Cachet		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur</b>			
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom et signature			
<b>Installation destinataire</b>				N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse	Nombre de conditionnements pris en charge <input style="width: 50%;" type="text"/>			Volume de chaque conditionnement <i>en litres</i>	
	poids de déchets pris en charge <i>en tonnes</i> <input style="width: 50%;" type="text"/>	Date de prise en charge <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>			
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>		
Téléphone <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant			
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>				
Motifs du refus de prise en charge					