



CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER
Rue Jacques Monod

B.P. 609
62321 BOULOGNE SUR MER CEDEX

☎ Standard : 03 21 99 33 33

Livret consultable sur le site internet du CHB :
<https://www.ch-boulogne.fr/cfms/medecine/accueil-des-internes/accueil-des-internes>



CHARTRE D'ACCUEIL DES INTERNES DE MEDECINE ET PHARMACIE

SEMESTRE DU 4 NOVEMBRE 2024 AU 1^{ER} MAI 2025

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

☎ : 03 21 99 39 04 - 📠 : 03 21 99 37 34
E-Mail : dam@ch-boulogne.fr

Liens et sites utiles

La FHF : <http://www.fhf.fr/> <http://hopital.fr/>

La Faculté de Médecine : <http://www.medecine.univ-lille2.fr/>

Le CHU de Lille : <http://www.chu-lille.fr/>

Le Conseil Régional Hauts-de-France : <https://www.hautsdefrance.fr/>

Les Associations d'Internes de la région :

AIEHL : Association des Internes en Exercice des Hôpitaux de Lille
<http://www.aiehl.info/>

De spécialités :

Imagerie : <http://www.alicrim.free.fr/>

Médecine Générale : <http://www.aimgl.com/>

Ophthalmologie : <http://www.ophtalille.com/>

Oncologie-radiothérapie : <http://www.anicor.org/>

Pédiatrie : <http://www.bip-lille.com/>

Psychiatrie : <http://aiaip.free.fr/>

Santé publique : <http://www.santepub-lille.fr/>



RETROUVEZ L'ACTUALITE ET LES INFORMATIONS DU CHB, DU CFMS et DES EHPAD

Chaîne YouTube du CHB	Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer
Facebook CHB	https://www.facebook.com/CHBoulogne
Instagram du CHB	ch_boulognesurmer
Linkedin du CHB (Réseau social Offres d'emploi)	https://fr.linkedin.com/company/centre-hospitalier-boulogne-sur-mer
Site internet CHB	http://www.ch-boulogne.fr/
Twitter du CHB	@CHBoulogneMer
Site internet CFMS (Centre de Formation aux Métiers de la Santé)	http://www.ch-boulogne.fr/cfms/ifsifas
Facebook CFMS (Centre de Formation aux Métiers de la Santé)	https://www.facebook.com/ifsiboulognesurmer/
Facebook EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes)	https://www.facebook.com/ehpadchboulogne/

SOMMAIRE

I. Environnement de l'Etablissement	5
II. Présentation de l'Etablissement	5
A. Introduction	5
B. Organigramme	7
C. Présentation des pôles ou services	9
D. Plan blanc	Erreur ! Signet non défini.
III. Les droits et obligations	14
A. Les engagements de l'Interne	14
a. Dispositions générales	14
b. Dispositions statutaires	14
1. Les devoirs	14
➤ Les fonctions	14
➤ Les obligations de service	14
2. Les droits	14
➤ La rémunération	15
➤ Les congés et autorisations d'absence	17
➤ L'accident du travail	19
➤ La mise en disponibilité	19
➤ L'année-Recherche	19
➤ Les stages Inter-Région	19
➤ La discipline	19
B. Responsabilités	20
a. La responsabilité administrative de l'Etablissement	20
b. La responsabilité civile et pénale	20
1. La responsabilité civile	20
2. La responsabilité pénale	20
C. L'interne et les patients	21
D. Les engagements du maître de stage	23
IV. Renseignements pratiques	24
A. Formalités administratives	24

a. Le dossier individuel	24
b. Documents particuliers	24
c. Visite médicale	24
d. Radioprotection	26
e. Equipement	26
1. La tenue de travail	26
2. La carte d'identification, le badge et le DECT	27
f. La restauration	27
B. Hébergement et fonctionnement de l'Internat	28
C. Autres Services	28
a. Accès internet	28
b. Service de sécurité, standard et service biomédical	29
c. La crèche	30
d. Le système informatique	30
e. Amicale du personnel et C.G.O.S	30
f. Formation	30
g. Documentation	30
h. ENOV	31
V. Annexe	31

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

- Hygiène des mains
- Respect des précautions standard
- En cas d'accident d'exposition au sang
- Infections nosocomiales

SECURITE TRANSFUSIONNELLE

PRINCIPES DEONTOLOGIQUES

PAGE INTRANET

SYSTEME D'INFORMATION

COVID-19 (CF. ENNOV DERNIERE VERSION AVRIL 2023)

I. ENVIRONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

- Situation géographique (région, territoire de santé).
Ville et agglomération de 117 208 habitants située sur le littoral à 1h30 de Lille et 3 heures de Paris.

- Accès, moyens de transports (bus, SNCF, réseau routier).

Train : Gare centrale SNCF à proximité du Boulevard Voltaire.
Gare des Tintelleries, Boulevard Clocheville.
Liaison TGV Boulogne /Calais-Frethun – Lille/Paris.

Voiture : De l'autoroute A16 sortie 30 ou 31.

De Saint-Omer, RN 42.
De Desvres, CD 341.
Du Centre-Ville, direction route de Saint -Omer

Bus : Marinéo lignes C, D et soir

- Activités extérieures – loisirs.

Les documentations sont disponibles dans la mallette d'accueil.

II. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

A. Introduction

Le Centre Hospitalier de BOULOGNE-SUR-MER est équipé de 1 148 lits et places.

NOMBRE DE LITS ET PLACES au 01/01/2020	
Addictologie + Hôpital de jour addictologie	25
Cardiologie + USIC	36
Chirurgie Ambulatoire	37
Chirurgie Orthopédique et Ophtalmologie	36
Chirurgie 4 (Générale Digestive et Thoracique - O.R.L.)	36
Chirurgie 5 (Gynécologie – Plastique - Urologie – Vasculaire)	36
Dermatologie	4
Dialyse	39
EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes)	310
Endocrinologie	15
Gastro-entérologie	21
Gériatrie	30
Oncologie médicale	12
Grossesses pathologiques et Obstétrique	25
Hématologie	8
Hôpital de jour	40
Néonatalogie + soins intensifs Néonatalogie	15
Néphrologie + VIH	27
Neurologie + UNV	39
Pédiatrie + USC pédiatrie + Hôpital de jour Pédiatrie	27
Pneumologie + Polysomnographie + Hôpital de jour Pneumologie	40
Psychiatrie (hospitalisation complète et incomplète)	100
Réanimation + USC Adultes	16
SSR (Soins de Suite et Réadaptation) (hospitalisation complète et incomplète)	96
Urgences (UHCHD) + UHCD Pédiatrie	14
USLD (Unité Soins Longue Durée)	60
Oncologie spécialisée	4

Les plateaux techniques

- Deux services d'Imagerie Médicale : 3 Scanners – 4 IRM (**1.5Teslas, 3 Teslas, 1 spécialisé ostéo-articulaire**) - **Radiologie conventionnelle** - **Echographie** - **Mammographie numérique avec tomosynthèse**.
- Coronarographie.
- Un service de Médecine Nucléaire : **2 TEP - 2 Gammas caméras hybrides**.
- Un service de Rééducation Fonctionnelle.
- Des services d'explorations : pneumologie, neurologie (CS mémoire), ophtalmologie, ORL, Gastro-entérologie.
- Des hôpitaux de jour de médecine, cancérologie, psychiatrie, une unité de chirurgie ambulatoire.

Certification

Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité depuis 1999.

La Certification est une procédure d'évaluation effectuée par des professionnels de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients dans les établissements de santé.

La visite de certification V2014 s'est déroulée du 30 novembre au 04 décembre 2015. Dernière certification du 02 au 06 Décembre 2019.

L'établissement a été certifié avec recommandations d'amélioration (B).

Les recommandations d'amélioration concernent les thématiques suivantes :

- management de la qualité et des risques,
- management de la prise en charge médicamenteuse du patient,
- prise en charge des urgences et des soins non programmés,
- management de la prise en charge du patient en endoscopie.

B. Organigramme

L'EQUIPE DE DIRECTION :

Mme SENESCHAL	Directrice de l'établissement.
Mme NOVIANT-LAFFANOUR.	Direction des Affaires Générales, des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique.
M. BECQWORT	Direction des Ressources Matérielles, (DSEL, Services Techniques, Biomédical).
Mme DELPLANQUE	Direction du Système d'Information et d'Organisation du GHT.
Mme DECAVEL	Direction de la qualité, des parcours et de la gestion de projets.
M. COFFIGNIER	Direction des Affaires Financières, du Contrôle de gestion et de la Clientèle.
Mme BILLION	Directrice déléguée du Pôle Hébergement.
Mme BIOUCHI	Coordinatrice Générale des Soins.

La Direction des Affaires Médicales est située au 4ème étage du bâtiment administratif :

Mme WARD	Responsable du service des Affaires médicales
Mme ROELANDT	Adjoint des cadres – gestion des remplaçants et des conventions.
Mme MERLOT	Adjoint des cadres - gestion des internes, des dossiers, de la paie et du temps de travail.
Mme POLET et Mme PRUVOST :	Adjoints administratifs - gestion des internes, congés et CET et des formations, Paie, Absentéisme, gestion de l'arrivée et départ de médecins.
Mme LANNOY	Adjoint administratif : secrétariat, gestion des conventions recherche clinique, des contrats de travail et des prises de rendez-vous.
Mme CONDETTE	Adjoint administratif : gestion des logements.

Le bureau est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 (☎ : 03-21-99-39-04 et 03-21-99-37-17).

LES PRINCIPALES INSTANCES :

Le Conseil de Surveillance :

Président : M. CUVILLIER, Maire.

Le Directoire :

Il comprend 17 membres (dont 10 avec voix consultative et invités à titre permanent).

Vu la loi du 21 juillet 2009 (article L.6143.7.5) définissant la composition du directoire des établissements publics. Il est composé à ce jour de :

Membres avec voix délibérative :

Mme C. SENESCHAL, Directeur Général, membre de droit, Président.

M. le Docteur E. FODZO, Président de la CME, membre de droit.

Membres avec voix consultative et invités à titre permanent :

M. le Docteur B. DELEPAUL, Chef du Bloc opératoire.

Mme le Docteur M. LEPAGE, chef du pôle Médecine.

M. le Docteur G. DUNCAN, Chef du pôle Urgences-Réanimation-UMJ, vice-président CME.

M. le Docteur C. AVLESSI, Chef du pôle Mère-Enfant-Gynécologie.

M. le Docteur H. WIART, Chef du pôle Hébergement.

Mme le Docteur J. BAES, chef du pôle Activités Transversales par intérim.

M. le Docteur J. SICOT, Médecin DIM.

Mme le Docteur A. LERAT, Médecin DIM.

Mme M. BILLION, Directeur des Soins Adjoint.

M. A. COFFIGNIER, Directeur Adjoint.

Mme V. SAINT MARTIN, AAH, secrétaire.

La Commission Médicale d'Etablissement :

Président : M. le Docteur FODZO Eric.

Vice-président : M. le Docteur SICOT Jérôme.

Vice-présidente : Mme le Docteur PAUL Muriel.

Le Comité Technique d'Etablissement :

Président M. C. SENESCHAL - Secrétaire : M. WARGNIER – Suppléante : Mme CALON

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail :

Président M. C. SENESCHAL - Secrétaire : M. DEVIN – Suppléant : Mme YZAMBART

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques

Président, Coordonnateur Général des Soins

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales :

Présidente : Mme le Docteur VAN AGT

Le Comité du Médicament (Comedims)

Présidente : Mme le Docteur PINGAUD

Vice-présidente : Mme le Docteur LERICHE-MORITZ

Secrétaire : Mme le Docteur BAES

Le Comité d'Ethique :

Président : Mme LECAILLE

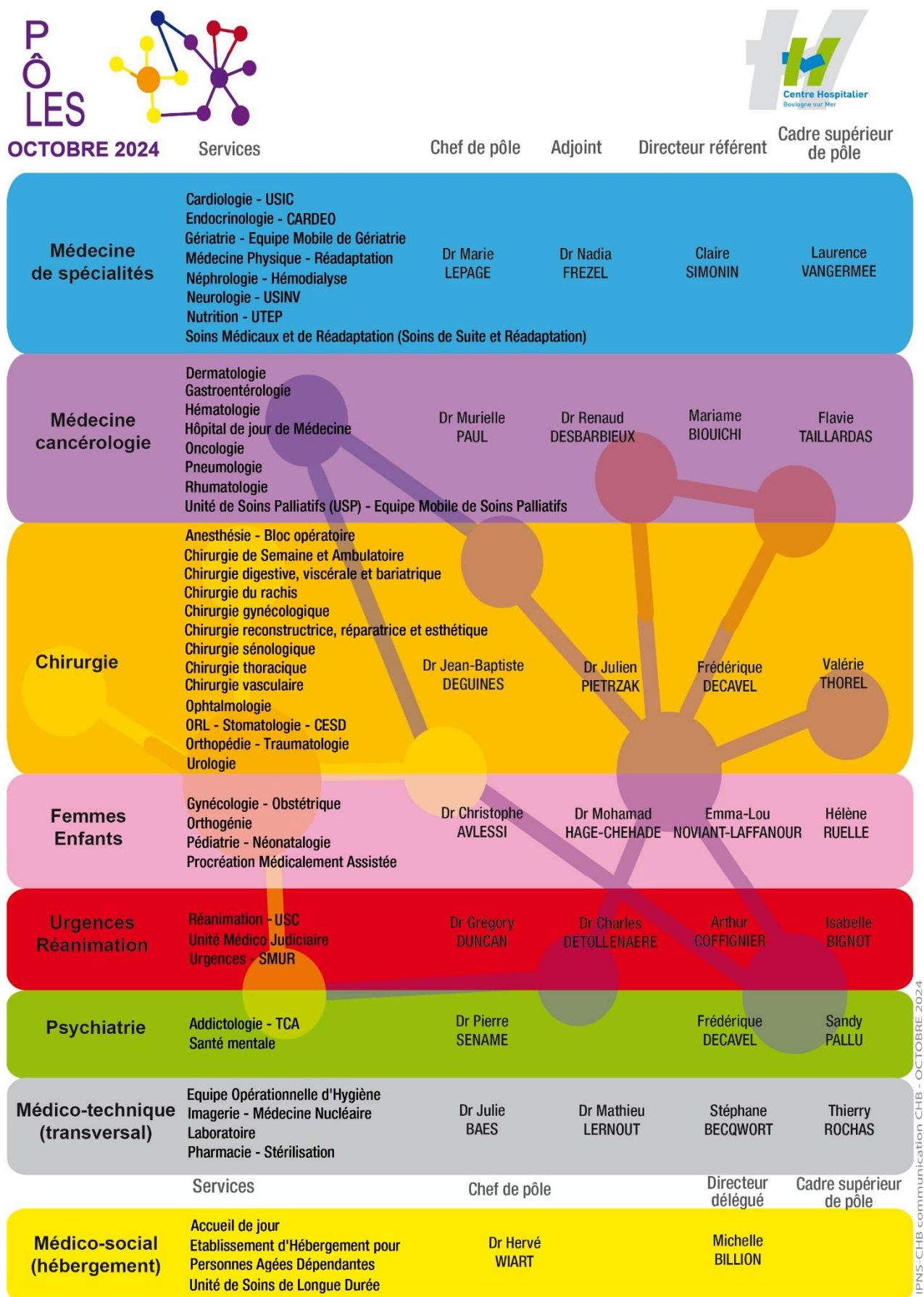
Vice-président :

C. Présentation des pôles ou services

La répartition géographique des services

Site Duchenne

Services situés dans le bâtiment principal « Hôpital Duchenne ».



ASCENSEURS NORD

Ailes		Ailes	
NIVEAU 6	1 & 2	3 & 4	. Oncologie , Hématologie . Hôpital de Semaine d'Onco-Hématologie
NIVEAU 5	1 & 2	5 & 6	. Hôpital de Jour de Médecine - Oncologie - Hématologie . Consultations : Oncologie, Rhumatologie - Distributeurs de Boissons ☕
NIVEAU 4	1 & 2	5 & 6	. Cardiologie - . Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (U.S.I.C.) . Gériatrie . Equipe Mobile de Gériatrie (E.M.G.)
NIVEAU 3	1 & 2	5 & 6	. Neurologie - . Unité Neuro Vasculaire (U.N.V.) - . Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (U.S.I.N.V.) . Pneumologie . Equipe Mobile de Soins Palliatifs (E.M.S.P.) . Nutrition
NIVEAU 2	1	3 & 4	. Chirurgie Ambulatoire . Orthogénie . Endocrinologie - Diabétologie . Unité d'Hospitalisation Temporaire (U.H.T.)
NIVEAU 1	2	5 & 6	. Gastro-entérologie . Dermatologie . Orthopédie - Traumatologie - Ophtalmologie - Distributeurs de Boissons ☕
NIVEAU 0	3	5 & 6	. Néonatalogie . Soins Intensifs de Néonatalogie . Consultations : Pédiatrie, A.M.P. (Assistance Médicale à la Procréation)
NIVEAU -1	1	5 & 6	. Pédiatrie - Surveillance Continue Pédiatrique (U.S.C. Péd.) . Urgences Pédiatriques . Hôpital de jour de Pédiatrie - Distributeurs de Boissons ☕
NIVEAU -2	2	5 & 6	. Médecine Physique et Réadaptation (MPR) . Bloc Obstétrical . Réanimation - Unité de Soins Continus (U.S.C.) - . Maladies Infectieuses et Tropicales - Coordination des Prélèvements d'Organes et de Tissus
NIVEAU -3	3	5 & 6	. Maternité . Pédiatrie - Surveillance Continue Pédiatrique (U.S.C. Péd.) . Urgences Pédiatriques . Hôpital de jour de Pédiatrie - Distributeurs de Boissons ☕
NIVEAU -4	4	5 & 6	. Radiologie - Scanners - IRM . Laboratoire - Dépôt de sang / Hémovigilance . Stérilisation
NIVEAU -5	5	5 & 6	. Par le Niveau 0 ou par l'extérieur, accès vers : - le bâtiment de Néphrologie-Médecine Interne Par l'extérieur du bâtiment, accès vers : - le Centre de Consultations : . Unité Médico Judiciaire (U.M.J.) . Education Thérapeutique (U.T.E.P.), . Service Social - le Centre de Médecine Nucléaire (situé en contre-bas du Parking 1 Visiteurs)
NIVEAU -6	6	5 & 6	. Bloc Opératoire
NIVEAU -7	7	5 & 6	. Accueil - Point TV/Téléphone . Cafétéria - Boutique . Centrale de Brancardage . Espace Associations - Usagers . Aumônerie . Dispositif Handiconsult du Littoral . Admissions - Fiches de circulation . Espaces 1 à 4 de Consultations et d'Explorations Fonctionnelles . C.A.R.D.E.O. (Consultations et Hôpital de Jour de Diabétologie, Endocrinologie, Obésité)
NIVEAU -8	8	5 & 6	. Pharmacie *
NIVEAU -9	9	5 & 6	. Chambre Mortuaire * . Lieu de culte * (ouvert de 14h à 16h du lundi au vendredi)

* Accessibles par Ascenseurs et Escaliers SUD



Bâtiment administratif :

NIVEAU - 1

Département d'Information Médicale
U.O.H. (Unité Opérationnelle d'Hygiène)
Salle de réception
Salle de visioconférence
Vaguemestre (courriers)

2^{ème} ETAGE

Direction des Ressources Matérielles

3^{ème} ETAGE

Direction
Direction du Plan Directeur et de la Stratégie
Direction des Affaires Financières, du Contrôle de Gestion et de la Clientèle
Direction du Système d'Information et d'Organisation
Communication
Contentieux usagers

4^{ème} ETAGE

Direction des Soins
Direction des Affaires Médicales
Direction de la Recherche Clinique
Direction des Ressources Humaines

Centre de Consultations (près du parking des Médecins)

RDC : UMJ

1^{er} Etage : UTEP (Unité Transversale d'Education du Patient)

2^{ème} Etage : Service Social – Responsable crèche – Interface précarité

Centre Charly DROUET (Hémodialyse-Néphrologie)

Situé entre le bâtiment administratif et le parking visiteurs

Rez de chaussée : Hémodialyse

1^{er} Etage : Néphrologie

Centre de Psychiatrie : Rue Jacques Monod 62321 Boulogne-sur-Mer Cedex

Secteur géographique : LES DUNES – LA VALLEE – LE LARGE

Soins de Suite et de Réadaptation - Centre de Rééducation et Réadaptation - Centre d'Addictologie

Rue Jacques Monod 62321 Boulogne-sur-Mer Cedex

Centre de Médecine Nucléaire : situé en contre-bas du Parking 1 Visiteurs

Centre de Formation aux Métiers de la Santé (IFSI / IFAS) - Faculté de Médecine (PCEM 1)

Rue Jacques Monod 62321 Boulogne-sur-Mer Cedex

Centre d'Enseignement et de Soins Dentaires

Rue Jacques Monod 62321 Boulogne-sur-Mer Cedex

Sites extérieurs :

E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
87 rue de la paix
62200 Boulogne S/Mer

- Résidence La Frégate
- Résidence La Corvette
- Résidence La Caravelle
- Résidence l'Océane (36 rue de Beaurepaire - 62200 Boulogne S/Mer)

Maison Intercommunale de l'Enfance et de la Famille
Antenne de consultations médicales psychologiques (secteur psychiatrique Sud)
Rue Claude
62240 DESVRES
Tél : 03.21.99.37.73

Consultations médicales
15 Rue Aristide Briand
(Locaux CCT 2 Caps)
62250 MARQUISE
Tél : 03.21.99.37.73

Centre Médico Psychologique relevant du secteur psychiatrique Nord
5, place Navarin – 2^{ème} Etage
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél : 03.21.99.38.79

Centre Médico Psychologique relevant du secteur psychiatrique Sud
39 Rue Edmond Hédouin Etage 1
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél : 03.21.87.62.65 ou 77.76

C.A.T.T.P : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
39-41, Rue Edmond Hédouin
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél secrétariat : 03.21.87.60.31 ou 76.31

C.S.A.P.A : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
63-65, Boulevard Clocheville
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél secrétariat : 03.21.99.31.03 ou 38.82
Structure qui regroupe les équipes chargées des problématiques d'addiction (alcoologie, toxicomanie, tabacologie...)

Maison des Ados du Littoral
24 rue Désille
BP 775
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél : 03.91.18.15.80

Centre de Planification et d'Education Familiale
1/3 Place Navarin
62200 BOULOGNE SUR MER
Tél : 03.21.21.63.33

LISTE DES CHEFS DE SERVICES

Service	Praticien
Addictologie	FALLON Philippe
Anesthésie	POUILLY Annabelle
Cardiologie	NUGUE Olivier
Centre Jean François Souquet	CHOAIN Eugénie
Chirurgie du Rachis	ALLARD Guillaume
Chirurgie Générale, Digestive, Viscérale et Bariatrique	DEGUINES Jean Baptiste
Chirurgie Maxillo Faciale et Stomatologie	DELMOTTE Constance
Chirurgie Réparatrice et Reconstructrice	DUMONT Antoine
Chirurgie Thoracique	CARDOT Gilles
Chirurgie Traumatologie et Orthopédique	FODZO Eric
Chirurgie Urologique	VAN AGT Guillaume
Chirurgie Vasculaire	KERDI Sleiman
Département d'Information Médicale	SICOT Jérôme
Dermatologie	DARRAS Sophie
E.H.P.A.D	WIART Herve
Endocrinologie - CARDEO	LEPAGE Marie
Gastro Entérologie	VANVEUREN Charlotte
Gynécologie-obstétrique	AVLESSI Christophe
Hématologie	(FRUCHART Christophe)
Imagerie Médicale	RIGOLLE Hubert - STEKELOROM Thierry
Laboratoire	VAN AGT Stéphanie
Médecine Gériatrique	HEUDEL Brigitte
Médecine Nucléaire	LANDY Pierre
Médecine Physique et Réadaptation	CAUDIN Jérémy
Néphrologie-Hémodialyse	DAROUX Maïté
Neurologie	BATAILLE Mattieu
Nutrition	COUSTER Julien
O.R.L	BOUTE Pierrick
Oncologie Digestive	BOURGEOIS Vincent
Oncologie médicale	NAJEM Abeer
Ophtalmologie	MORITZ François
Pédiatrie-Néonatalogie	HAGE CHEHADE Mohamad
Pharmacie	ROSE François Xavier
Pneumologie	DEGREEF Jean Marc
Psychiatrie	SENAME Pierre
Réanimation-USC	SICOT Jérôme
Rhumatologie	DESBARBIEUX Renaud
Soins de Suite et de Réadaptation	HOURIEZ Isabelle
Unité Médico Judiciaire	KOUNDE Bernard
Unité Opérationnelle d'Hygiène	BAES Julie
Urgences	BOUREL Philippe
Médecin Coordonnateur - CESD	LOUVET Béatrice
Médecin Coordonnateur - Hôpital de Jour médecine	DESGROUSILLIERS Benoît
Responsables Chirurgie Ambulatoire	PREVOT Flavien - EN ASSERI Marie
Responsable Equipe Mobile Soins Palliatifs	PAUL Murielle
Président du Conseil de Bloc	DELEPAUL Bruno

III. LES DROITS ET OBLIGATIONS

A. LES ENGAGEMENTS DE L'INTERNE

a. Dispositions générales

Les Internes en médecine exercent des fonctions de prévention, de diagnostic, et de soins sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent.

Ils sont considérés comme de futurs spécialistes en formation.

Les praticiens chefs de service du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer s'engagent à veiller à la qualité de l'accueil et de la formation tout au long de leur présence dans l'établissement.

A leur arrivée, les Internes élaborent un projet de formation avec leur chef de service. Ils élisent le président et le vice-président des internes dont le rôle est de gérer les relations entre l'administration et les internes. Ils siègeront à la Commission Médicale d'Etablissement.

Une association des Internes existe depuis de nombreuses années ; elle est animée par le président, et vice-président des internes et gérée par un trésorier élu.

Des réunions peuvent être organisées avec le DIM, la CPAM, les pharmaciens concernant la formation générale des internes.

Le rôle du Président des Internes : être responsable

de l'association des internes, de l'organisation des soirées (dorénavant les dates d'organisation de soirées devront être transmises par mail à la Direction des Affaires Médicales) du bon fonctionnement de l'internat (respect du règlement), distribution des fiches de paie, participer à la Commission Médicale d'Etablissement en Commission plénière. Des relations avec la Direction des Affaires Médicales (tableaux de gardes etc.).

b. Dispositions statutaires

1. Les devoirs

➤ **Les fonctions**

L'interne est un praticien en formation spécialisée. Il consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, pharmaceutiques ou odontologiques et à sa formation.

L'interne exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

Il participe au service de gardes et d'astreintes. Il peut participer au service de garde des établissements autres que les CHU, sous réserve d'une autorisation semestrielle et de la formalisation d'une convention entre les deux établissements.

➤ **Les obligations de service**

Les obligations de service de l'interne sont de 8 demi-journées hebdomadaires au titre de la formation en stage et de 2 ½ journées hebdomadaires au titre de la formation hors stage. Le service de garde normal comprend 1 garde de nuit par semaine et 1 dimanche ou jour férié par mois.

Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de 2 demi-journées pour une garde. L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service.

Le temps de travail de l'interne est limité à 48h par semaine.

Le temps d'astreinte est décompté en heures de travail.

2. Les droits

➤ **La rémunération**

L'interne, en activité de service, perçoit après service fait :

Des émoluments forfaitaires mensuels variant selon l'ancienneté, calculée en fonction du nombre de stages semestriels accomplis :

Personnels concernés	Montant annuel au 01/07/2023 (en euros)	Montant mensuel au 01/07/2023 (en euros)
Internes de 1 ^{ère} année	19 406,35 €	1 617,20 €
Internes de 2 ^{ème} année	21 483,24 €	1 790,27 €
Internes de 3 ^{ème} année	28 408,30 €	2 367,36 €
Internes de 4 ^{ème} année	28 430,36 €	2 369,20 €
Internes de 5 ^{ème} année	28 448,22 €	2 370,69 €
Docteur Junior 1 ^{ère} année	28 495,49 €	2 374,62 €
Docteur Junior 2 nd année maquette	28 495,49 €	2 374,62 €

Indemnité de sujétions pour les 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année		435,18 €
Prime de responsabilité interne en médecine de 5 ^{ème} année	4 273,93 €	356,16 €
Prime de responsabilité interne en médecine et en pharmacie de 4 ^{ème} année	2 154,10 €	179,51 €
Prime d'autonomie		
- Pour l'année de phase 3	3 000 €	416,66 €
- Pour la 2 nd année de phase 3	6 000 €	500,00 €

- Un supplément pour charge de famille. Pour y bénéficier, l'interne transmettra à la Direction des Affaires Médicales un extrait du livret de famille et une attestation de l'employeur du conjoint précisant qu'il ne perçoit pas le supplément familial.

Nombre d'enfant	Montant mensuel (en euros)
1 enfant	2,29 €
2 enfants	Entre 77,71 € et 117,29€
3 enfants	Entre 194,03 € et 299,57 €
Par enfant supplémentaire au-delà de 3 enfants	Entre 138,66 € et 217,82 €

- D'une indemnité représentative s'ils ne bénéficient pas dans l'établissement du logement, de la nourriture. Pour les internes logés, le barème Urssaf est disponible page 31 du présent livret. La mise à disposition d'un logement constitue un avantage en nature.

	Montant annuel au 1 ^{er} novembre 2020 (en euros)	Montant mensuel au 1 ^{er} novembre 2020 (en euros)
Majoration pour ceux qui sont non logés et non nourris	1 010,64 €	84,22 €
Majoration pour ceux qui sont non logés mais nourris	336,32 €	28,02 €
Majoration pour ceux qui sont non nourris mais logés	674,31 €	64,52 €

- Des indemnités liées à la participation aux gardes et astreintes (le paiement est effectué sur service fait à M+1)

GARDES	Montant brut
Indemnité forfaitaire de garde (pour le service de garde normal, pendant les nuits, du lundi au vendredi)	234,80 €
Indemnité forfaitaire de garde (pour le service de garde normal la nuit du samedi au dimanche, le dimanche et jour férié)	256,86 €
Indemnité forfaitaire de garde (pour la demi-garde du samedi après-midi)	117,39 €
Indemnité forfaitaire de garde (pour les gardes supplémentaires, en sus du service de garde normal)	256,86 €

Indemnité forfaitaire de garde (pour les demi-gardes supplémentaires, en sus du service de garde normal)	128,43 €
ASTREINTES	Montant brut
Indemnité forfaitaire par période d'astreinte déplacée ou non	21,26 €
Demi-indemnité forfaitaire par demi-période d'astreinte déplacée ou non	10,63 €
Indemnité de sujétion pour le temps d'intervention sur place (par plage de 3h ou cumul de 5h)	78,26 €

Les fiches de paie sont envoyées au secrétariat de chaque service.

➤ **Les congés et autorisations d'absence**

Congés annuels	Autorisations d'absence (Sous réserve de justificatifs)
30 jours ouvrables pour les internes 25 jours ouvrés pour le docteur junior	Mariage ou PACS : 5 jours ouvrables Mariage enfant : 1 jour ouvrable Naissance ou adoption : 3 jours ouvrables Décès (ou maladie très grave du conjoint, père, mère et enfant) : 3 jours ouvrables Participation des représentants syndicaux des internes à des réunions syndicales.

Au cours de chaque semestre, l'établissement doit adresser à la l'ARS la liste des internes devant interrompre leurs stages pour congés maternités ou autres. Il est demandé aux internes et résidents de nous renseigner sur les interruptions prévisionnelles de leurs études dans les délais impartis.

Les droits à congés annuels sont ouverts du 1er novembre de l'année N au 31 octobre de l'année N+1.

L'attestation de congés pris au précédent semestre est nécessaire pour le semestre débutant en Mai.

Les demandes de congés sur le formulaire dédié doivent être obligatoirement signées par le responsable médical et sont à adresser à la Direction des Affaires Médicales **48 heures avant la date du congé**.

- **Un congé maladie**

Le congé maladie est rémunéré en totalité, pendant 3 mois, la moitié pendant les 6 mois suivants, non rémunéré pendant les 15 mois suivants (accordé après avis du comité médical).

Important : - Prévenir le service de l'absence le jour même.

- Envoyer impérativement sous 48 heures : **Les volets 1 et 2 de l'arrêt de travail à la CPAM dont vous relevez.**

Le volet 3 à la Direction des Affaires Médicales de l'établissement dans lequel vous êtes affecté.

Prévenir la Direction des Affaires Médicales de votre reprise d'activité.

- **Un congé de longue maladie** de 36 mois en cas d'affection exigeant un traitement ou des soins coûteux et prolongés (12 mois rémunérés aux 2/3 et 24 mois rémunérés à moitié) ;

- **Un congé de longue durée** lorsque le comité médical reconnaît l'interne atteint de tuberculose, maladie mentale, poliomyélite ou d'une affection cancéreuse ou de déficit immunitaire grave et acquis (18 mois rémunérés aux 2/3 + 18 mois rémunérés à moitié) ;

- **Un congé rémunéré en cas de maladie ou d'accident intervenu dans le cadre de sa formation ou imputable à l'exercice de ses fonctions** (12 mois + 24 rémunérés aux 2/3).

A l'issue des différents congés, l'interne contraint de cesser ses fonctions pour raisons de santé peut bénéficier d'un congé supplémentaire de 12 mois non rémunéré, après avis du comité médical.

Il est mis fin aux fonctions de l'interne si le comité médical l'estime inapte à reprendre ses fonctions à l'issue d'un congé non rémunéré de 12 mois prononcé à l'issue d'un congé maladie, longue maladie, longue durée ou pour maladie ou accident imputable aux fonctions.

- **Un congé maternité**

Composition de la famille au début du repos prénatal		Repos prénatal	Repos post-natal	Durée totale du congé maternité
Grossesse simple	Un seul enfant à charge	6 semaines	10 semaines	16 semaines
	Au moins deux enfants à charge ou nés viables	8 semaines ^{1*}	18 semaines	26 semaines
Grossesse Gémellaire		12 semaines ^{2*}	22 semaines	34 semaines
Grossesse de triplés ou plus ^{2*}		24 semaines	22 semaines	46 semaines

1* La période prénatale peut être augmentée de 14 jours maximum sans prescription médicale, la période postnatale sera alors réduite d'autant.

2* La période prénatale peut être augmentée au choix de l'assurée de 4 semaines maximum. Le repos postnatal étant réduit d'autant.

- En cas d'accouchement prématuré, les jours de repos prénatal non pris se reportent sur le repos postnatal.
- En cas d'accouchement tardif, le repos prénatal est supérieur à la durée légale mais le repos postnatal n'est pas diminué pour autant.

La grossesse est à déclarer auprès de la Direction des Affaires Médicales. Joindre un certificat médical précisant la date présumée de l'accouchement permettant de calculer le congé maternité.

Report du congé prénatal :

Possibilité de demander à reporter une partie du congé prénatal (les 3 premières semaines maximum) sur le congé postnatal.

- **Congé parental :**

Non rémunéré (durée maximum de 310 jours sur 36 mois) et un congé parental d'éducation à temps plein non rémunéré (3 ans pour un enfant jusqu'à l'âge de 3 ans, 1 an pour un enfant âgé de 3 à 16 ans) - (Art R. 6153-13 du Code de la Santé Publique)

En pratique :

Adresser une demande écrite à la Caisse d'Assurance Maladie, accompagnée du certificat du médecin traitant ou du gynécologue attestant que l'état de santé permet de prolonger votre activité avant la naissance. Effectuer la demande, au plus tard, la veille de la date à laquelle le congé prénatal devait initialement débuter.

- **Congé grossesse pathologique**

Un repos de 14 jours consécutifs peut être attribué avant le repos prénatal. Ce repos peut être inscrit à partir de la déclaration de grossesse.

Ce repos est prescrit en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, et sur prescription du médecin traitant ou du gynécologue.

- **Congé paternité**

Le congé de paternité est un congé de 25 jours calendaires et comporte deux périodes distinctes :

- Une période obligatoire de 4 jours calendaires prise immédiatement après le congé naissance de 3 jours.
- Une période de 21 jours calendaires.

Le congé doit être pris dans les 6 mois suivant la naissance de l'enfant, en 2 périodes d'une durée minimale de 5 jours pour chaque période.

En cas de naissance multiple, la durée du congé paternité est fixée à 32 jours calendaires (+ le congé naissance de 3 jours).

L'interne avertit son chef de service ainsi que la Direction des affaires médicales de son absence au moins 1 mois avant la date de début du congé. L'interne devra apporter un extrait d'acte de naissance à la Direction des Affaires Médicales.

➤ L'accident du travail

Les accidents imputables aux fonctions englobent les accidents de travail (accident de service dans la fonction publique) et les accidents de trajets.

Un congé rémunéré en cas de maladie ou d'accident intervenu dans le cadre de sa formation ou imputable à l'exercice de ses fonctions (12 mois + 24 rémunérés aux 2/3).

A l'issue des différents congés, l'interne contraint de cesser ses fonctions pour raisons de santé peut bénéficier d'un congé supplémentaire de 12 mois non rémunéré, après avis du comité médical.

Il est mis fin aux fonctions de l'interne si le comité médical l'estime inapte à reprendre ses fonctions à l'issue d'un congé non rémunéré de 12 mois prononcé à l'issue d'un congé maladie, longue maladie, longue durée ou pour maladie ou accident imputable aux fonctions.

Il est impératif de se présenter le jour même de l'accident de travail :

A la médecine du travail : en cas d'accident d'exposition au sang (AES)

A l'accueil des urgences : en cas d'accident de travail autre qu'un AES

L'interne doit remettre à la Direction des Affaires Médicales, dans un délai de 48 heures au plus tard sous peine de non reconnaissance de l'accident par la CPAM :

Les 4 volets du certificat médical Cerfa n° 11138*04

La déclaration d'accident de travail / Trajet / de circulation (feuille rose format A3 remis par les urgences)

➤ La mise en disponibilité

Pour information : l'interne peut être mis en disponibilité par le Directeur Général du CHU de rattachement dans l'un des cas suivants :

- Études ou recherches présentant un intérêt général (après 6 mois de fonctions effectives et pour 1 an renouvelable une fois),
- Convenances personnelles (après un an de fonctions effectives pour 1 an renouvelable une fois),
- Accident ou maladie grave du conjoint ou d'un enfant (1 an renouvelable une fois).
- Stage de formation ou de perfectionnement (après 1 an de fonctions effectives pour 1 an renouvelable une fois).

A l'issue de sa disponibilité, l'interne est réintégré dans le CHU de rattachement dans la limite des postes disponibles.

➤ L'année-Recherche

Pour information : les internes peuvent bénéficier, en fonction de leur rang de classement et de leur projet de recherche, d'une année-recherche.

Les stages effectués dans ce cadre ne sont pas pris en compte dans les obligations de formation pratique prévues pour chaque diplôme d'études spécialisées.

Les demandes de contrat Année-Recherche sont à solliciter auprès des Facultés.

➤ Les stages Inter-Région

Pour information : les internes ayant validé 4 semestres d'internat peuvent demander à effectuer un stage dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils sont affectés.

Ces stages doivent correspondre à des objectifs et intérêts tant universitaires qu'hospitaliers. L'ensemble des candidatures sont examinées par les membres de la Commission Mixte Hospitalière et Universitaire du Centre Hospitalier et Universitaire de Lille au regard du projet de formation de l'interne, ainsi que les éléments complémentaires présentés respectivement par le Coordonnateur du DES concerné et le responsable de Pôle.

➤ La discipline

Les internes sont soumis au règlement intérieur des établissements dans lesquels ils exercent leur activité. Ils doivent s'acquitter des tâches qui leur sont confiées, d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

Ils ne peuvent en particulier, sous peine de sanctions disciplinaires, s'absenter de leur service qu'au titre des congés réglementaires et des obligations liées à leur formation théorique et pratique.

Le droit syndical est reconnu aux internes, sans qu'il puisse avoir pour conséquence des préjudices ou des avantages.

Les autorisations spéciales d'absences sont accordées aux représentants syndicaux élus des internes, pour leur participation aux réunions syndicales.

Les sanctions disciplinaires applicables aux internes sont l'avertissement, le blâme et l'exclusion (pour une durée inférieure à 5 ans). Ces sanctions sont prononcées par le Directeur Général du CHU de rattachement, après consultation du praticien sous la responsabilité duquel l'intéressé est placé pendant son stage. Le blâme est prononcé après mise en œuvre d'une procédure écrite contradictoire. L'exclusion est prononcée au vu de l'avis émis par le conseil de discipline de la région sanitaire.

B. RESPONSABILITES

L'interne exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. Agent public non titulaire, sa responsabilité peut être engagée devant les juridictions administratives, civiles, pénales et disciplinaires.

a. La responsabilité administrative de l'établissement

L'établissement public de santé assume la responsabilité des fautes commises par tous ses agents et, par conséquent, des internes dans l'exercice de leurs fonctions.

La preuve de la faute doit normalement être apportée par le patient. Toutefois, dans certains cas, la responsabilité de l'établissement peut être engagée dès lors que, selon la jurisprudence, le « fait dommageable relève d'un fonctionnement défectueux du service public, de nature à engager la responsabilité de l'administration ».

Le praticien ne peut déléguer à l'interne que des actes ne présentant pas de difficultés particulières. Dans les autres circonstances, le médecin autorise l'interne à effectuer les actes sous son contrôle direct.

b. La responsabilité civile et pénale

1. La responsabilité civile

La responsabilité civile de l'interne peut être engagée s'il commet une faute personnelle dite « détachable du service ». Il devra dès lors supporter personnellement l'indemnisation du préjudice lié au dommage. La responsabilité civile peut être couverte par une assurance personnelle complémentaire.

2. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale est mise en cause à l'occasion d'une infraction décrite précisément par un texte du code pénal. Seule la réunion de l'ensemble des éléments constitutifs de l'infraction permet de sanctionner pénalement l'auteur devant le Tribunal de Police (contravention), le Tribunal Correctionnel (délit) ou la Cour d'Assises (crime).

L'activité médicale expose plus particulièrement à certaines infractions :

- Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne. Un interne pourra être poursuivi et condamné si, par « maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité imposée par la loi ou les règlements », il cause la mort d'autrui (homicide involontaire) ou si le patient est victime d'une incapacité totale de travail ;
- La mise en danger d'autrui (art. 223-1 du code pénal). C'est une innovation du nouveau code pénal entré en vigueur le 1^{er} mars 1994. Le délit est constitué par le seul fait d'exposer autrui à un danger, en l'absence même de la réalisation d'un dommage ;
- L'omission de porter secours (art. 223-6 du code pénal). Il s'agit d'une abstention volontaire de porter secours alors que l'auteur de l'infraction connaît l'existence d'un danger menaçant une personne et qu'il n'y a pas de cause justificative à cette abstention. La jurisprudence est ici particulièrement sévère à l'égard des médecins. La non-assistance à personne en péril peut par exemple être invoquée lorsque le praticien d'astreinte refuse de se déplacer ;
- La violation du secret professionnel (art. 226-13 et suivants du code pénal). L'interne est personnellement tenu au secret médical, c'est-à-dire qu'il ne peut révéler ce qu'il a appris ou compris à l'occasion de son exercice professionnel, qu'il s'agisse de données médicales (état de santé du patient) ou de données personnelles (relations affectives, domicile...).

C. L'INTERNE ET LES PATIENTS

Les droits des patients

Extraits des informations délivrées aux patients

- La personne de confiance

Conformément à la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient a la possibilité de désigner, pour la durée de son hospitalisation, une "personne de confiance".

- La protection des mineurs et des majeurs protégés

Les représentants légaux reçoivent les informations concernant la santé des mineurs et des majeurs protégés. Cependant, le professionnel de santé doit également informer ces derniers de manière adaptée à leur maturité ou à leur discernement et les faire participer dans la même mesure à la prise de décision les concernant.

Pour les mineurs, la loi du 4 mars 2002 précise que le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement des représentants de l'autorité parentale si le mineur s'oppose expressément à leur consultation. Le médecin devra, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. S'il maintient son opposition, le mineur devra néanmoins être accompagné d'une personne majeure pour que le médecin puisse mettre en œuvre le traitement ou l'intervention.

- Les directives anticipées

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie permet à toute personne majeure de rédiger des directives anticipées. Ce sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, chez qui est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionné ou la prolongation artificielle de la vie.

Il s'agit d'un document écrit et signé de la main du patient ou réalisé devant témoins si le patient n'est en état de le faire lui-même. Les directives anticipées peuvent être annexées au dossier médical.

- Accès au dossier médical

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenue dans son dossier médical. Elle peut accéder à ces informations directement ou 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.

Le patient doit, pour obtenir la communication de son dossier médical, en faire la demande écrite au directeur de l'hôpital, accompagnée d'une copie de la pièce d'identité de la personne concernée ou du livret de famille lorsque la demande est faite par les parents ou la décision de désignation du tuteur.

- La loi informatique et libertés

Le dossier médical est en partie ou en totalité informatisé. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit la protection des informations nominatives traitées.

Sauf opposition du patient, certains renseignements le concernant feront l'objet d'un enregistrement informatique nominatif, réservé à l'usage exclusif du Centre Hospitalier et des réseaux partenaires.

Ces informations sont transmises au médecin responsable de l'information médicale du Centre Hospitalier et sont protégées par le secret médical.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations le concernant, dans la mesure où ces informations nominatives ne répondent pas à une obligation légale.

- **L'utilisateur** est au cœur des préoccupations de l'hôpital public. Celui-ci doit accueillir tout patient, sans discrimination de quelque nature que ce soit. Les droits de l'utilisateur sont précisés dans la "Charte de la personne hospitalisée" (circulaire du 2 mars 2006), qui doit être portée à la connaissance de chaque personne hospitalisée. Elle est accessible en sept langues (allemand, anglais, espagnol, italien, chinois, portugais et arabe).

- Le transport de retour à domicile

Si personne ne peut venir chercher le patient, la secrétaire du service appelle un taxi (à la charge du patient). Si l'état de santé du patient l'exige, le médecin prescrira le transport sanitaire adapté pour le retour à domicile (liste des taxis conventionnés CPAM et des ambulances/VSL disponible sur demande).

Si le médecin prescrit un VSL ou un taxi et **que l'état de santé du patient le permet** : celui-ci peut utiliser un véhicule particulier. Et il pourra **effectuer** alors sa demande de remboursement de frais de transport en ligne sur **le site mrs.beta.gouv.fr** et être remboursé **par l'Assurance Maladie** en une semaine **maximum**. **Ce service est simple, rapide et économique (il n'y a pas de franchise médicale).**

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

D. LES ENGAGEMENTS DU MAITRE DE STAGE

- Etre capable de se mettre soi-même en « objet d'étude », c'est-à-dire en se plaçant en position d'être évalué, d'accepter le regard d'un jeune confrère, mais aussi dans celle d'auto-évaluation.
- Etre capable de s'identifier comme enseignant en adoptant une posture centrée sur l'apprenant.
- Etre capable de repérer ou de mettre en scène des situations authentiques permettant de résoudre l'ensemble des problèmes que posent ces situations.
- Conduire le processus d'apprentissage.
- Réguler les conditions relationnelles de la relation triangulaire :
 - cela implique de présenter l'interne au patient comme un jeune médecin en fin de formation ;
 - une régulation de la relation maître-élève sur les connaissances réciproques et les conditions relationnelles.
- Avertir les patients de la présence d'un interne soit au secrétariat, soit par une affiche dans la salle d'attente et discuter avec la secrétaire des termes à employer pour le présenter.
- Présenter lui-même l'interne comme un professionnel de santé ayant des compétences confirmées.
- Faciliter sa participation à l'interrogatoire, à l'examen, au recueil des données informatisées ou écrites, à la recherche de documentation ou de précision dans un livre ou le VIDAL, en l'utilisant comme un partenaire qui aide au diagnostic, à la résolution de problème.
- Eviter de le mettre en défaut par une position maître-élève trop ostentatoire qui pourrait nuire à l'efficacité de la relation triangulaire.
- Utiliser les propres compétences de l'interne pour faire avancer le diagnostic et la résolution de problème.
- Entretien préalable pour cibler les attentes de l'interne.

IV. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

A. FORMALITES ADMINISTRATIVES

a. Le dossier individuel

La fiche de renseignement et la liste des pièces à fournir sont disponibles sur le site internet du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer dans la rubrique « Enseignement et Formation » ou à réclamer à l'adresse mail : dam@ch-boulogne.fr

En cas de changement d'adresse, en informer la Direction des Affaires Médicales, notamment après votre départ afin d'assurer le suivi des courriers et fiches de paie.

b. Documents particuliers

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LA PREMIERE DEMANDE DE SEJOUR OU LE RENOUVELLEMENT D'UN TITRE DE SEJOUR

Tout dossier incomplet sera retourné par la Préfecture d'ARRAS.

☐ 5 photos pour la 1^{ère} demande - 4 photos pour le renouvellement

Originaux ou photocopies :

- ☐ de la carte de séjour recto-verso,
- ☐ du passeport, pages avec le nom, le n°, la validité, la date et lieu de délivrance, le visa, la date d'entrée en France,
- ☐ de la quittance EDF ou de loyer (récent),
- ☐ les ressources où les 3 derniers relevés de compte bancaire (en France),
- ☐ de la couverture sociale en cours de validité,
- ☐ diplômes obtenus depuis l'entrée en France,
- ☐ du certificat de scolarité (inscription),
- ☐ de la mutuelle,
- ☐ de l'extrait de naissance traduit (1^{ère} demande),
- ☐ attestation de résultat (relevé de notes de l'année précédente délivrée par les FACS),
- ☐ attestation du logeur précisant votre présence chez lui,
- ☐ attestation de la personne assurant votre prise en charge + photocopie du titre séjour.

c. Visite médicale

Selon le code de la santé publique article R6153-7 :

« Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule. ».

« Il atteste en outre qu'il remplit les conditions d'immunisation contre certaines maladies fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Il vous appartient de prendre rendez-vous dans le service de santé au travail dès votre affectation, aux postes 4782 ou 4783.

Le service de santé au travail du centre hospitalier comporte :

- 1 médecin du travail à temps partiel,
- 2 infirmières à temps partiel,
- 1 secrétaire à temps partiel,

Il se situe au niveau - 1 de l'Hôpital Dr Duchenne.

Son rôle est de s'assurer que vous pouvez travailler sans risque pour vous-même ou pour les autres, de veiller à ce que votre poste de travail soit en rapport avec votre état de santé ainsi que vous informer sur les précautions à prendre en fonction des tâches que vous effectuez.

LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES EN MILIEU HOSPITALIER

BEH 2013 et modifications 2015

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO

La preuve de la vaccination DTP doit être fournie.

Le rappel se fait tous les 20 ans à âge fixe 25-45-65 ans.

TUBERCULOSE

La preuve écrite de la vaccination par le BCG ou cicatrice vaccinale sera demandée.

Un QuantiFERON® sera réalisé au laboratoire de l'hôpital (ordonnance remise par la médecine du travail).

HEPATITE B

Article L3111-4 DU Code de Santé Publique

Arrêté du 2 AOÛT 2013

Obligation de présentation d'une attestation médicale prouvant que la vaccination a été réalisée, et établissement de la preuve de l'immunisation par contrôle sérologique systématique.

Conditions d'immunisation : arrêté du 2 août 2013.

Produire une attestation médicale comportant un résultat même ancien indiquant la présence dans le sérum d'Ac Anti-HBs > 100 UI/l.

Si les personnes susmentionnées ne présentent pas le résultat mentionné, il est effectué un dosage des anticorps anti-HBc et des anticorps anti-HBs attestant ou non de l'immunisation contre l'hépatite B. (Ac anti HBS > 10 ET Ac Anti HBc négatif + bon schéma vaccinal = immunité).

Si malgré les injections complémentaires (correspondant généralement à un total de 6 doses, sauf cas particuliers), la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/l elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination. Elle sera soumise à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.

TYPHOÏDE

Article L3111-4 du CSP

Obligation vaccinale pour le personnel des laboratoires d'analyses de biologie médicale, ne concerne que le personnel exposé au risque de contamination (qui manipule des selles).

LES VACCINATIONS RECOMMANDEES

HEPATITE A

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les personnels exposés professionnellement à un risque de contamination :

- S'occupant d'enfants,
- Structures collectives d'accueil pour personnes handicapées,
- Pour les professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective.

Recherche des Ac anti hépatite A totaux avant la vaccination qui comporte une injection puis un rappel à 6 mois plus tard voir jusqu'à 10 ans.

RUBEOLE

Pour le personnel féminin non immunisé. (*En cas de doute recherche sérologique*).

Vaccination réalisée par le médecin traitant sous contraception.

ROR

Recommandé pour tout le personnel non vacciné et sans antécédents rougeole, rubéole et en priorité ceux qui exercent des professions de santé dans services accueillants des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés) et travaillant avec des enfants (maternité, pédiatrie).

Si doute recherche sérologique avant vaccination.

VARICELLE

Recommandé à l'entrée en 1^o année des études médicales et paramédicales aux étudiants sans antécédents de varicelle et au personnel de santé affecté dans les services accueillant des sujets à risque de varicelle grave, et à tout personnel non protégé.

Avant la vaccination une sérologie est réalisée.

Vaccination par le médecin traitant sous contraception pour le personnel féminin et les sujets vaccinés sont informés de la nécessité d'une éviction de 10j en cas de RASH généralisé.

COQUELUCHE

Recommandée à l'ensemble du personnel soignant y compris dans les EHPAD et en priorité les personnes travaillant en contact étroit et répété avec les nourrissons âgés de moins de 6 mois (maternité, néonatalogie, pédiatrie) et les étudiants des filières médicales et paramédicales.

Modalités de vaccination :

- Personnes non antérieurement vaccinées ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux depuis 5 ans.
- Lors du rappel administré aux âges 25 -45-65 ans DTP une seule vaccination suffit.
- L'immunité coqueluche après la maladie est de l'ordre de 10 ans.

GRIPPE

Proposée annuellement par la médecine du travail, fortement conseillée et gratuite pour le personnel. Une seule injection à compter d'octobre.

MENINGITE A MENINGOCOQUE

Vaccination prophylactique, peut être recommandée en cas d'épidémie au personnel des urgences ou réanimation pédiatrique ou tous les services pouvant accueillir un patient infecté.

La vaccination contre les Infections Invasives à Méningo des sérogroupes B-A-C-Y-W est recommandée chez les personnels des laboratoires travaillant spécifiquement sur les méningocoques.

d. Radioprotection

Pour les internes susceptibles d'être exposés aux rayonnements ionisants (imagerie, chirurgie avec utilisation des amplificateurs de brillance,) sont mis à disposition :

- un dosimètre passif trimestriel, nominatif
- un dosimètre opérationnel activé par code personnel
- une bague dosimétrique nominative, selon la spécialité

Un courrier personnel est adressé aux internes concernés, avec le code d'activation de la dosimétrie opérationnelle, ainsi qu'une notice d'information sur les rayonnements ionisants et la radioprotection.

Pour tout renseignement complémentaire, le Service Compétent en Radioprotection(SCR) peut être contacté à l'adresse suivante : Mail : scr@ch-boulogne.fr

e. Équipement

1. La tenue de travail

Les tenues de travail sont obligatoires dans l'enceinte de l'établissement.

L'accès au self se fait en tenue civile.

A votre arrivée	Les tenues seront remises par la blanchisserie lors de la journée d'accueil
Au cours du semestre	Les tenues sales doivent être déposées dans les « sacs rouge et blanc » prévus à cet effet dans votre service. Elle seront nettoyées et rendues dans le chariot.
A votre départ	Les tenues sont à restituer à la blanchisserie à votre départ. Toutes tenues non restituées feront l'objet d'une retenue sur le dernier mois de paie.

La blanchisserie se situe au-dessus de l'atelier, elle est ouverte :

**du lundi au vendredi
de 08h30 à 11h00 et de 13h00 à 15h30.**

Monsieur AUGER, responsable de la blanchisserie est joignable au 46.66

2. La carte d'identification, le badge et le DECT

Une carte d'identification nominative est remise à chaque interne lors de la journée d'accueil. Elle doit être portée dans votre service et lors des déplacements au sein de l'établissement.

Pour toute demande de renouvellement de carte (en cas de perte ou vol) veuillez à vous rapprocher de la Direction des affaires médicales – poste 37.17

Un montant 8,00 euros vous sera facturé.

Un badge d'accès est fourni à chaque interne lors de la journée d'accueil par la Direction des affaires médicales, en collaboration avec le service du biomédical.

Il s'agit d'un dispositif doté d'une puce électronique qui permet l'accès à différentes zones de l'établissement dont l'accès est contrôlé.

Chaque utilisation de badge est tracée par un système informatique.

Pour toute demande de renouvellement de badge (en cas de perte ou vol), veuillez à vous rapprocher de la Direction des affaires médicales – poste 37.17

Un montant 9,15 euros vous sera facturé. (Délibération du CA – juillet 2001)

Attention : l'accès à l'hôpital la nuit s'effectue par les urgences lorsqu'on vient de l'extérieur.

Le badge est à restituer à la Direction des affaires médicales à votre départ. La non restitution fera l'objet d'une facturation.

Un DECT est attribué à chaque interne lors de la journée d'accueil (sauf exception pour les services de garde).

Le DECT, socle et chargeur sont à restituer à la Direction des affaires médicales à votre départ. (sauf exception des services de garde).

f. La restauration

La tenue civile est exigée pour l'accès au self.



Le self de l'hôpital se situe au -1.

Votre carte d'identification vous permet de déjeuner au self du lundi au vendredi de 11h30 à 14h30.

Pour les internes de garde uniquement, des plateaux repas sont réservés dans des armoires. Ils sont accessibles avec votre carte d'identification.

- Pour le déjeuner : à partir de 11h30
- Pour le dîner : à partir de 18h00

Du lundi au vendredi et en dehors des vacances scolaires, il est possible de se restaurer à l'internat :

- Pour le petit déjeuner de 07h30 à 10h00
- Pour le déjeuner de 12h00 à 14h00 (**horaires strictes à respecter**).

Les repas pris au self constituent un avantage en nature selon les taux et barèmes de l'URSSAF. Le montant déduit au titre de l'avantage en nature nourriture est pris en compte dans le cumul imposable et pour les charges sociales CSG-RDS, mais n'a pas d'incidence sur votre net à payer.

Le nombre de repas est définis sur une moyenne de 22 repas mensuel.

Les internes ne souhaitant pas bénéficier des repas du self peuvent se manifester auprès de la Direction des affaires médicales en fournissant une attestation sur l'honneur renonçant à cet avantage en nature. (Intolérance, régime spécifique,)

Les majorations liées à l'avantage en nature nourriture sont mentionnées dans le paragraphe lié à la rémunération de l'interne.

B. HEBERGEMENT ET FONCTIONNEMENT DE L'INTERNAT

Le Centre Hospitalier dispose de deux internats situés sur le site de l'hôpital, des maisons en colocation et d'appartement en Centre-ville.

Les demandes d'hébergement seront étudiées par la Direction des affaires médicales. L'attribution d'un logement prend compte du service d'affectation et des obligations de service de l'interne. Les demandes d'hébergement sont à adresse par mail à l'adresse : dam@ch-boulogne.fr

Un état des lieux d'entrée et de départ sera effectué par Mme CONDETTE Sophie du service technique (poste 31.43 / sec_techniques@ch-boulogne.fr).

Les studios, appartements et maisons ne sont pas équipés en linge de lit et linge de toilettes. Ils ne sont pas équipés en vaisselle et ustensiles. Il est demandé à chaque interne logé de prévoir un protège matelas, une couette, des oreillers, et le linge de lit.

Lors de l'état des lieux de départ, si des dégradations sont constatées, l'occupant sera facturé du montant des réparations. De la même manière, si le nettoyage n'est pas effectué correctement, une facturation pour la prestation de nettoyage sera émise à votre égard. Tous matelas endommagé sera également facturé.

Les frais de remise en état seront affectés aux occupants de l'étage concerné et à tous les résidents pour les parties communes.

La mise à disposition d'un logement constitue un **avantage en nature**, variable selon les taux et barèmes de l'URSSAF :

Rémunération brute mensuelle	Pour 1 pièce	Par pièce principale (si plusieurs pièces)
Inférieure à 1 833,00 €	75,40 €	40,40 €
De 1 833,00 € à 2 199,59 €	88,00 €	56,50 €
De 2 199,60 € à 2 566,19 €	100,40 €	75,40 €
De 2 566,20 € à 3 299,39 €	113,00 €	94,10 €
De 3 299,40 € à 4 032,59 €	138,40 €	119,30 €
De 4 032,60 € à 4 765,79 €	163,30 €	144,10 €
De 4 765,80 € à 5 498,99 €	188,60 €	175,70 €
Supérieure ou égale à 5 499,00 €	213,50 €	200,90 €

Ce montant est pris en compte dans le cumul du net imposable et pour les charges sociales CSG-RDS, mais n'a pas d'incidence sur le montant de la rémunération.

Une convention de mise à disposition est établie lors de la remise des clés. Il spécifie les obligations et les droits de l'occupant.

Nous demandons aux occupants de respecter les lieux et d'éviter toutes dégradations, affichages, graffitis...

Une assurance habitation devra être souscrite pour toute la durée du semestre et transmise à la Direction des affaires médicales dans la semaine suivante votre entrée dans le logement.

Les animaux sont strictement interdits dans les logements.

Les logements sont équipés d'un accès wifi. Il est interdit d'effectuer des téléchargements illégaux.

C. AUTRES SERVICES

a. **Accès internet**

L'internat est équipé de bornes WIFI.

Il est interdit d'effectuer des téléchargements illégaux par le biais de la connexion de l'hôpital et de l'internat.

Nous vous prions de bien vouloir sécuriser les lieux : fermeture des portes, des fenêtres et des rideaux.

b. Service de sécurité, standard et service biomédical

Pour la **sécurité incendie et sûreté** :

* Le P.C. Sécurité et le Standard sont situés à l'extérieur de l'hôpital devant le hall d'entrée (bâtiment en arrondi).

* Une présence de trois agents est assurée **24 H sur 24** (poste **4777**).

En Cas d'accident		
Prévention Formation secouriste	Agir Protéger Secourir 	Alerter Site Duchenne : SMUR = 3843 Réa de garde = 8144 <i>(selon les services, voir la procédure).</i> Sites extérieurs : SAMU = 7015

En Cas d'incendie		
Prévention Formation incendie	Agir 	Alerter

En Cas d'évacuation ou de transfert horizontal		
Prévention Consignes/Formation	Agir Evacuation OU Transfert Horizontal Au point de Rassemblement dans une autre aile du bâtiment	Alerter Si quelqu'un manque à l'appel

En Cas de problème de sûreté		
Prévention Fermer portes et fenêtres Port du badge Formation risque attentat	Signaler Personne ou colis suspects Et savoir Réagir en cas d'attaque terroriste	Alerter

* Le **standard** est assuré 24H sur 24 et il est responsable des appels durant les gardes et astreintes. Il peut être joint en composant le « 9 ».

* La gestion des badges est assurée par le directeur des Affaires Médicales en collaboration avec le **service du biomédical** situé au niveau 1 du bâtiment principal (près du bloc)

* La gestion des téléphones DECT est assurée par M. VANPÄRIS Bertrand (Poste : 39.15)

c. La crèche

Les internes peuvent bénéficier pour leur enfant de moins de 3 ans d'un placement en crèche (sous réserve des places disponibles)

Contact : Mme LEFEBVRE / Poste 47.28

Permanence : Le lundi après-midi de 13h30 à 15h00.

d. Le système informatique

Chaque utilisateur du Système d'Information se conforme aux règles décrites dans la Charte d'accès et d'usage du Système d'Information du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer qu'il est réputé avoir lu et compris.

Les accès aux différents éléments du Système d'Information sont gérés par **un identifiant et un mot de passe personnel et confidentiel** qui vous est remis.

e. Amicale du personnel et C.G.O.S

- **AMICALE DU CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE-SUR-MER**

Billetterie, sorties, spectacle, produits... nombreuses ventes disponibles, sous réserve d'adhésion. Pour plus d'information contacter l'Amicale les mardis et vendredis de 13h30 à 14h30.

<https://amicalechboulognesurmer.com/>

- **CGOS**

Le personnel médical peut dorénavant accéder aux services du CGOS hospitalier.

Des offres exclusives réservées au personnel médical (Billetterie, Vacances, Loisirs, avantages conso, services +)

Pour y bénéficier, vous pouvez vous rendre sur le site « pm.cgos.info » et demander un numéro d'adhésion.

f. Formation

L'établissement n'assure aucun remboursement relatif à des frais de formation.

Chaque demande d'absence doit d'être accompagnée d'un justificatif.

g. Documentation

Une bibliothèque virtuelle est à votre disposition à partir du site copyright center.

Les codes d'accès sont disponibles auprès des seniors de chaque service.

Pour toute commande d'article, veuillez en faire la demande par mail, en indiquant la référence de l'article souhaité :

dam@ch-boulogne.fr

ou

m.daroux@ch-boulogne.fr

h. ENNOV

ENNOV est une application de gestion documentaire disponible sur l'ensemble des ordinateurs de l'établissement.

Vous y trouverez des documents d'informations, enregistrement/formulaire, fiches techniques/ mode opératoire, manuel qualité, procédure et protocoles, règlement intérieur et charte de fonctionnement.

Nous attirons votre attention sur l'importance de consulter la gestion documentaire :

Exemple :

- Tenue standard des professionnels de santé ;
- Précautions standard ;
- Précautions complémentaires : la mise en place et la levée sont réalisées via la prescription médicale sur sillage ;
- Commande, retrait et transport de produits sanguins labiles à l'Etablissement Français du Sang ;
- Charte d'accès et d'usage du système d'information.

V. ANNEXES

REGLES DE PREVENTION AUX RISQUES

- Hygiène des mains
- Respect des précautions standard
- En cas d'accident d'exposition au sang
- Infections nosocomiales

SECURITE TRANSFUSIONNELLE

PRINCIPES DEONTOLOGIQUES

PAGE INTRANET

SYSTEME D'INFORMATION

COVID-19 (CF ENNOV DERNIERE VERSION AVRIL 2023)

PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

« La notion de désinfection n'existe que parce qu'il y a possibilité d'infection. C'est une évidence toujours bonne à rappeler.

Une autre notion primordiale en matière d'infection hospitalière est de se souvenir qu'il y a toujours un responsable dans la propagation de l'infection et que ce responsable n'est pas systématiquement l'autre.

Chacun, à sa place, porte sa propre responsabilité et est en quelque sorte un maillon de la chaîne de transmission. Ce qui est réconfortant, c'est qu'à l'inverse, chacun est également un maillon indispensable de la lutte contre l'infection. A chacun de choisir d'être le maillon "qui lutte" et non celui "qui transmet ».

J. Bregetzer.

L'infection nosocomiale (acquise lors de l'hospitalisation) est un problème de santé publique majeur. Elle constitue un risque inacceptable pour le patient et le personnel hospitalier. Elle entraîne un retentissement considérable sur l'hospitalisation à plusieurs niveaux : social, économique, médical...

Elle justifie que soient maintenues, développées et sans cesse rappelées les règles d'hygiène hospitalière et la mise en œuvre d'une politique de prévention.

Au Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, la lutte contre les infections nosocomiales est organisée depuis le décret de 1988.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et l'unité opérationnelle d'Hygiène (UOH) travaillent pour organiser, promouvoir la sécurité et la qualité des soins, l'épidémiologie, la prévention et de lutte contre les infections associées aux soins.

Le relais est assuré par un référent médical et/ou paramédical au sein de chaque service dont la mission est de diffuser et adapter l'information, de collaborer aux enquêtes épidémiologiques, de participer à la formation...

Cette politique s'intègre dans une stratégie globale de réduction des risques iatrogènes à l'hôpital, élément incontournable de la sécurité sanitaire et de l'amélioration de la qualité des soins.

Le recensement des infections nosocomiales participe à l'appréciation des indicateurs d'hygiène pour l'obtention de l'accréditation.

La prévention du risque infectieux est l'affaire de tous, merci d'y prendre part. Vous ne risquez rien et nous avons tout à y gagner.

Rappelez-vous : la transmission croisée manu portée est à l'origine de la plupart des infections nosocomiales et le seul moyen pour l'éviter est l'HYGIENE DES MAINS.

Information sur les tenues hospitalières

- La tenue pour le personnel médical est une tunique manche courte + pantalon et/ou une blouse à manches courtes à l'exception du personnel du laboratoire.

- les cheveux longs doivent être attachés,
- zéro bijou aux mains et avant-bras y compris l'alliance,
- ongles courts et sans aucun vernis.

➔ **Repas au SELF : tenue de ville exigée**



PRÉCAUTIONS STANDARD (Réf. ENNOV GED-0205)

QUI ? QUOI ? COMMENT ?

POUR TOUT PATIENT, TOUT SOIN,
EN TOUT LIEU, PAR TOUT PERSONNEL

Gestion de l'environnement

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

Gestion des excreta

- Porter des équipements de protection individuelle (tablier, gants)
- Eviter les procédures manuelles de vidange et d'entretien des urinaux, seaux et bassins, etc. et proscrire leur rinçage avec douche et douchelette (transport avec couvercle obligatoire)
- Possibilité utilisation sac à UU géifiant

Hygiène des mains

Friction hydroalcoolique

- Avant le contact avec le patient
- Avant un geste aseptique
- Après le risque d'exposition à un liquide biologique
- Après le contact avec le patient et l'environnement du patient
- Avant / après le port de gants
- Avant et après la manipulation de linge propre

Equipements de protection individuelle

Gants

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

Protection du visage

- Lunettes et masque en cas de risque d'exposition par projection ou aérosolisation

Toueur plastique imperméable

- Pour tout soin mouillant ou souillant, ex : toilette, changes, acheminement des déchets, distribution des repas, bionettoyage

Surblouse à manches longues

- En cas de risque d'exposition majeure ou de projection de liquide biologique

Prévention des Accidents avec Exposition au Sang

- Pour les soins utilisant un objet perforant : porter des gants et utiliser les dispositifs médicaux sécurisés et les éliminer au plus près du soin dans un collecteur adapté
- Connaître la conduite à tenir en cas d'AES (Réf. ENNOV GED-1233)



	TENUE STANDARD DES PROFESSIONNELS DE SANTE		Réf : GED-0201
			Version : 4
			Date d'application 21/09/2017

Pour des raisons d'hygiène, d'ergonomie et de confort, la tenue de travail recommandée est composée d'une tunique, d'un pantalon, et de chaussures réservées au travail.

PRE-REQUIS :

- Cheveux propres et attachés s'ils sont longs ;
- Pas de vêtement personnel au-dessus de la tenue (tee-shirt à manches courtes toléré sous la tenue, pour se protéger du froid);
- Entretien des lunettes au moment de la prise de poste et en cas de souillure ;
- Mains : ongles courts, pas de vernis, pas de faux ongles, pas de bijoux sur les mains et avant-bras. Hygiène des mains avant de revêtir la tenue et après l'avoir retirée.

DESCRIPTIF :

Tunique :

- de couleur blanche, en majorité, ou à col de couleur selon les catégories professionnelles ;
- manches courtes, assez longue, adaptée à la taille de la personne ;
- emmanchures de type « kimono » ou « raglan » pour obtenir une aisance ;
- poches en nombre limitées, droites, plaquées pour éviter de s'accrocher et empêcher la surcharge inutile (portable personnel interdit, avoir uniquement un crayon, une SHA, une réglette douleur, des clefs).

Pantalon : en majorité de couleur blanche, sans poches, avec élastique à la taille et à bonne longueur.

Chaussures : non bruyantes, antidérapantes, lavables, petits talons. Elles doivent maintenir le pied et être fermées sur l'avant et bien maintenues à l'arrière.

Blouse tolérée pour le corps médical : toujours fermée et à manches courtes pour faciliter l'hygiène des mains.

LA TENUE DE TRAVAIL N'EST PAS TOLEREE EN ZONE DE RESTAURATION COLLECTIVE

Surblouse passe-couloir : tolérée mais ne constituant pas la tenue standard professionnelle

- de couleur orange, mi longue et à manches longues
- revêtue sur la tenue standard professionnelle
- interdite lors des soins, dans les services de soins et pour aller d'un service de soins à un autre
- réservée aux déplacements, aux temps de pause, pour aller chercher un repas au self afin de préserver la propreté de la tenue standard et de protéger le personnel contre le froid.

DOTATION :

- Tenue standard : 5 tenues personnalisées par agent (sauf pour les services d'urgences où n'est mentionnée, par sécurité, que la qualification de l'agent)
- Surblouse passe-couloir : dotation en fonction du service, se référer à la feuille de commande de linge. Taille unique.
- Les tenues et surblouses passe-couloir sont à entreposer dans la zone de stockage des tenues professionnelles.
- 1 tenue par poste (y compris la surblouse passe-couloir), à retirer aux vestiaires et à mettre, en fin de poste, dans le sac linge sale selon le protocole établissement (sac blanc à rayures rouges verticales « tenue du personnel », sac à évacuer chaque jour y compris le samedi et le dimanche).
- Lorsqu'un agent quitte l'établissement, il renvoie l'ensemble de ses tenues à la Blanchisserie en précisant le motif.

 Centre Hospitalier Boulogne-Mer Direction des Soins	PRECAUTIONS STANDARD	Réf : GED-0205
		Version : 06
		Date d'application :
		14/04/2023

SYNTHESE DU DOCUMENT

Objectif(s) :	Assurer une protection systématique aux patients et personnels face aux risques de contamination infectieuse
Domaine d'application / Destinataires :	- Services de soins
Lien avec d'autre(s) document(s) :	- Hygiène des mains - Equipements de protection individuelle - Entretien des locaux - Gestion des déchets - Gestion du linge - Gestion des excréta - AES - Entretien du petit matériel - Précautions complémentaires
Référence(s) réglementaire(s) et/ou recommandation(s) :	- Les précautions standard – CPIAS Hauts de France – 2022 - Les précautions standard – CPIAS Pays de la Loire - 2020 - Actualisation des PRECAUTIONS STANDARD - SFHH Juin 2017 Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018

CIRCUIT DU DOCUMENT

Etapes	Signataires	Dates signatures
Rédaction	Eugénie BOUTOILLE (IDE - 7. Pôle Activités Transversales\Unité Opérationnelle d'Hygiène (UOH))	13/04/2023
Validation / Approbation	Eric FODZO (Président de la CME)	13/04/2023

MOTIF DE REVISION

Mise à jour



PRECAUTIONS STANDARD

Réf : GED-0205

Version : 06

Date d'application :

14/04/2023

Les précautions standard sont un ensemble de pratiques de base pour prévenir la transmission croisée d'agents infectieux à appliquer pour **tout professionnel, pour tout soin, pour tout résident/patient, en tout lieu** pour garantir la sécurité des soins.



HYGIENE DES MAINS

Réaliser par friction hydroalcoolique (FHA) :

- Juste avant chaque contact ou chaque soin avec un résident/patient,
- Avant un geste aseptique (prise de sang, sondage urinaire, pose de cathéter...)
- Après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine,
- Après chaque contact ou soin avec un résident/patient,
- Après touché l'environnement d'un résident/patient,
- Avant de manipuler du linge propre,
- Avant et après le port de gant.

NB : en cas de mains visiblement souillées, procéder à un lavage des mains à l'eau et au savon



EQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)

- **Porter un tablier plastique à usage unique (UU)** pour protéger sa tenue professionnelle en cas de soins souillants, mouillants ou à risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine (sang, selles, urines, vomissements, sécrétions).

Si exposition majeure aux produits biologiques d'origine humaine : surblouse plastique à UU à manches longues

- **Enfiler des gants à UU UNIQUEMENT** : Si risque de contact avec un produit biologique d'origine humaine, une muqueuse ou une peau lésée,
 - o Enfiler les gants juste avant le geste. Les retirer juste après le soin et les jeter immédiatement,
 - o Changer de gants entre chaque soin,
 - o Réaliser une friction à la SHA avant et après le port de gant,
- **Porter un masque et lunettes de protection** si risque de projections ou d'aérosolisations de produit biologique d'origine humaine sur le visage ou lors de préparation de produit à risque de projection.

!! Les EPI sont à éliminer immédiatement si UU, ou à nettoyer-désinfecter s'ils sont réutilisables.

HYGIENE RESPIRATOIRE

- **Porter un masque chirurgical** en cas de symptômes respiratoires de type toux ou expectorations
- **Utiliser des mouchoirs à UU** pour se moucher, tousser ou éternuer : à jeter immédiatement dans la poubelle DAOM, puis réaliser une friction à la SHA



Réf : GED-0205

Version : 06

Date d'application :

14/04/2023

PRECAUTIONS STANDARD

Direction des Soins

ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES)

- **Enfiler des gants** lors des soins utilisant des objets perforants (OP),
- Utiliser du **matériel sécurisé** (aiguille rétractable ...),
- **Mettre masque et lunettes de protection** pour se protéger le visage des risques de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine,
- **Éliminer immédiatement les OP au plus près du soin** dans un collecteur adapté, y compris s'ils sont sécurisés.
 - o Ne jamais recapuchonner une aiguille ou cathéter.
 - o Respecter la limite de remplissage des containers,
 - o Container toujours dans un plateau prévu à cet effet, (ne pas se balader avec le container dans les mains)
- **Afficher la conduite à tenir en cas d'AES** et mettre à disposition l'antiseptique préconisé

GESTION DES EXCRETA

(Changes, toilettes, petites toilettes, prélèvements, entretien des bassins ou seaux de chaise percée...)

- **Porter systématiquement un tablier à UU** pour protéger la tenue professionnelle,
- **Enfiler systématiquement des gants à UU juste avant le soin**. Les ôter dès le soin ou l'acte réalisé puis réaliser immédiatement une FHA,
- **Individualiser si possible bassin et chaise percée** à chaque résident/patient,
- **Vidanger et nettoyer-désinfecter bassin/seau** au lave bassin OU protéger les dispositifs par des sacs absorbants (à nettoyer et désinfecter après le retrait).

NE JAMAIS VIDER LE BASSIN DANS LES WC (risque d'éclaboussures invisibles ++) et TOUJOURS TRANSPORTER AVEC COUVERCLE

GESTION DE L'ENVIRONNEMENT

- **Nettoyer et désinfecter** le matériel ou le dispositif médical réutilisable immédiatement après son utilisation et entre chaque patient/résident. Les stocker dans un endroit propre,
- **Vérifier avant son utilisation** la propreté du matériel,
- **Insister lors du bionettoyage**, sur l'ensemble des **zones fréquemment touchées** : poignées de porte, sonnettes, adaptateurs, barreaux de lit, fauteuil, rampe de couloir, boutons d'ascenseurs... : Nettoyage avec un détergent-désinfectant.
- **Trier et évacuer le linge souillé et les déchets** au plus près du soin selon la filière adaptée.
- **Maintenir** un environnement propre.



RÉFLEXES A AVOIR IMMÉDIATEMENT APRÈS L'AES

**Cessez ce que vous faites,
passez la main à un collègue pour vous occuper de vous**

En cas de piqûre, blessure, contact avec une peau lésée



- Ne pas faire saigner
- Nettoyer à l'eau et au savon, rincer abondamment, sécher
- Réaliser l'antisepsie au DAKIN 10 minutes (si possible, trempez votre doigt)

En cas de projection sur les muqueuses ou l'œil

- Rincer abondamment à l'eau ou au sérum physiologique 10 minutes



CONDUITE A TENIR SANS DELAI

1) Faire le **4747** pour créer un séjour

(L'agent administratif des urgences crée un séjour hospitalier à votre nom avec IEP et IPP, pas besoin de descendre aux urgences)

2) Bilans **sans délai** par une **IDE du service**

Agent exposé	Patient source
Prélèvement <u>dans votre service</u>	Après <u>accord</u> du patient, <u>immédiat</u>
Bons depuis votre dossier sillage : <u>plan de soin/ action/ prescrire/ soins et protocoles/ labo/ labo AES victime</u>	Bons sur le dossier sillage du patient source: <u>plan de soin/ action/ prescrire/ soins et protocoles / labo/ cocher « Labo bilan AES source »</u>

3) Descendez **CONJOINTEMENT** les bilans agent et patient source **EN URGENCE** au laboratoire et attendez les résultats de votre bilan dans votre service

4) Une fois **TOUS** les résultats rendus, appeler le **8145** (interne urgences)

(Il vous reçoit aux urgences et évalue l'indication d'un traitement post-exposition)

... puis suivez les recommandations de la fiche : « **consignes AES à l'attention du personnel** » qui vous sera remise et n'oubliez pas de prévenir le cadre

*Pour les professionnels hors services de soins
se rendre aux urgences pour une consultation et un bilan biologique*

Dans la semaine suivant l'AES : Prévenir le service de santé au travail

QUALITE ET GESTION DES RISQUES

L'hôpital de Boulogne sur Mer conduit les démarches visant à améliorer de façon continue la qualité des soins et la sécurité des patients. Pour cela, il s'appuie sur une politique et une direction qualité gestion des risques et des vigilances. La qualité, c'est votre quotidien dans votre travail d'interne. C'est tout ce que vous faites pour améliorer votre façon de travailler et vos prises en charge. L'équipe qualité est là pour vous épauler dans cette démarche.

Politique Qualité, de la Gestion des Risques du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer 2023-2027



La politique Qualité et de la Gestion des Risques fait partie intégrante du Projet d'Etablissement du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer. Elle est portée par la commission Qualité Gestion des Risques et des Vigilances.

L'engagement de la direction

« L'ambition du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer est de proposer aux patients les meilleures prestations en termes de Qualité et de Sécurité des soins tout au long de leurs parcours de santé mais également de satisfaire les personnels et les correspondants externes »

A.G Pors, directeur général et Dr E. Fodzo, Président de CME

Coordination avec les politiques en faveur de l'amélioration en continue et la sécurité des soins



4 axes et 14 objectifs

Axe 1

Promotion du management par la qualité afin d'ancrer la démarche qualité dans toutes les approches des processus hospitaliers

- 1- Promouvoir le management par la qualité jusqu'au plus haut niveau de la gouvernance
- 2- Développer une culture qualité de proximité au contact des professionnels médicaux et non médicaux
- 3- Co construire les outils de management par la qualité avec les utilisateurs

Axe 2

Structuration de la gestion des risques hospitaliers pour viser l'excellence des soins

- 4- Moderniser le processus de signalement des événements indésirables
- 5- Promouvoir les partages d'expériences
- 6- Promouvoir le système de gestion des risques.
- 7- Renforcer la mise en œuvre de démarches d'analyse des causes et de conduite de RMM
- 8- Accompagner les professionnels dans la gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)

Axe 3

Analyse de pratiques professionnelles pour s'adapter aux évolutions et s'améliorer

- 9- Promouvoir les démarches de certification et d'évaluations externes de la qualité
- 10- Structurer la communication qualité et gestion des risques
- 11- Optimiser le pilotage interne de l'établissement en développant et en organisant le suivi et l'analyse des indicateurs de qualité et de performance

Axe 4

Faire équipe avec les usagers dans les démarches d'amélioration

- 12- Renforcer la communication et l'accès aux indicateurs qualité
- 13- Développer la culture expérience patient comme outil au service de la qualité et de la sécurité des soins
- 14- Favoriser l'implication des usagers dans les démarches d'amélioration de la qualité.

Des moyens, des ressources et des méthodes pour obtenir :



Page 1 sur 1
N° : GED-0004
Version : 11
Date d'application : 24/02/2020

FICHE DE SIGNALEMENT D'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE (FEI)
Document à retourner à la DRUG sans délai par FAX au 03.21.99.37.79

Données du déclarant :

Nom : (Souscripteur)
Prénom : (Souscripteur)
Fonction :
Service :
Date de l'événement :

Service concerné par (FEI) :

Nom :
Prénom :
Fonction :
Service :
Date de l'événement :

Date / Heure : DESCRIPTION DES FAITS / CONSÉQUENCES / ACTIONS IMMÉDIATES / PERSONNES INFORMÉES

Résumé à la DRUG : Date de réception de la FEI : N° FEI :
Typologie :
Gravité : 1 2 3 4 5 Fréquence : 1 2 3 4 5 Criticité :
Suites à donner : ☐ Evénement isolé ☐ Complément d'information ☐ OUI ☐ NON
☐ Rapport des faits ☐ Analyse des causes
Destinataires : ☐ CREX thématique

Gestion des événements indésirables

Un des principes de la démarche qualité est l'analyse rétrospective : Cette démarche est fondée sur le principe de la **déclaration et l'analyse des événements indésirables** afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent.

Tout professionnel de santé est tenu de déclarer les événements indésirables liés aux soins qu'il constate au cours de son exercice professionnel. Pour les déclarer, remplissez une Feuille d'événement indésirable (procédure GED-0004 dans le logiciel Ennov) et faxez-la à la qualité . Si cet événement concerne une vigilance sanitaire, une fiche de signalement des vigilances doit être réalisée (permet que les éléments remontent au niveau régional et national afin d'alerter les autres établissements si nécessaire)

Réf : GED-0088
Version : 14
Date d'application : 10 OCT. 2024

FICHE DE SIGNALEMENT DES VIGILANCES

➡ CONSERVER LES EMBALLAGES ET PRODUITS / DISPOSITIFS DÉFECTUEUX

Déclarant : Nom : Prénom : Service : Fonction :
Patient (si nécessaire) : Nom : Prénom : Service : (ou coller une étiquette patient)

Validation cadre ou médecin (visa) : Date : Heure :

HEMOTOXICOLOGIE
Produits sanguins labiles
En cas d'effet indésirable recevant transfusionnel, ramener le PSL avec sa tubulure neuve au laboratoire le plus rapidement possible et contacter le correspondant d'hémovigilance (au dépôt de sang).
Procédure GED-0146 pour conduite à tenir complète
☐ Incident transfusionnel (sang sanguin à prescrire)
☐ Incident type surcharge (OAP...)
☐ Autres incidents (poche défectueuse...)
Acte transfusionnel : Date :
Fiche à transmettre à : depote@ch-boulogne.fr fax 3212
Dr VINCENT ↔ Correspondant, Tél : 8819 ou 4021, ou Dr VILLETTE en son absence, Tél : 3891

MATÉRIOVIGILANCE = Dispositifs médicaux
☐ DM géré par la Pharmacie ☐ DM géré par le Biomédical
Type de DM : Référence DM :
N° Lot / N° Série : N° B/D Imme B/D
Fiche à transmettre à :
PHARMACIE : pharm@ch-boulogne.fr Fax : 3007
Dr DURAND ↔ Correspondant Tél 3540, ou Dr DUMONT 3540
BIOMÉDICAL/DISEL : M. CASSAR ↔ Correspondant, Tél 3540
s.cassar@ch-boulogne.fr Fax : 3772 ou Mme BRANLANT en son absence, Tél 3065, branlant@ch-boulogne.fr

INFECTIOLOGIE
Infections nosocomiales / maladies à déclaration obligatoire / épidémie
Déclaration des infections nosocomiales dans le dossier patient informatisé (DPI) (GED 1520) Déclaration des infections nosocomiales (GED-1527) et des maladies à déclaration obligatoires (GED-0266) aux autorités via le portail national de déclaration sous transmission à :
Dr BAES Tél : 8223, Fax : 3719 hygiene@ch-boulogne.fr (en priorité)
ou Mme le Dr VAN AGT en son absence Tél : 8862, Fax : 3009

BIOVIGILANCE
= tissu, organe, cellule, lait humain...
Fiche à transmettre à :
Dr MAHFOUD (tissu, organe) ↔ Correspondant, Tél : 3357, mahfoud@ch-boulogne.fr Fax : 3512
Dr HAGE (Lait Humain) ↔ Correspondant, Tél : 8266, hage@ch-boulogne.fr Fax : 3533

PHARMACODÉPENDANCE ADDICTOLOGIE
Produit concerné :
Laboratoire :
Fiche à transmettre à : p.fallon@ch-boulogne.fr
Dr FALLON ↔ Correspondant, Tél : 8262, Fax : 3754
ou Dr LERICHE en son absence ↔ Tél : 3348 Fax : 3779

RADIOPROTECTION RADIOVIGILANCE
T. ROCHAS ↔ Correspondant, Tél : 3045, rochas@ch-boulogne.fr
Tél SCR nucléaire : 3068, Tél SCR radio : 3068

PHARMACOVIGILANCE
Médicaments
Merci de remplir le formulaire de déclaration de pharmacovigilance GED-1406 et de le transmettre par mail ou courrier interne au Dr WATEL, ↔ Correspondant, Tél 3445, watel@ch-boulogne.fr ou à un autre pharmacien en son absence pharmaciens@ch-boulogne.fr (Fax 3097)
Vous avez aussi la possibilité de faire la déclaration directement en ligne : <https://signalement.social-sante.gov.fr/>
dans ce cas transmettre au correspondant (ou autre pharmacien en son absence) le récapitulatif du signalement (fichier informatique généré par le portail)

REACTOVIGILANCE
= bandelettes glyquées, réactifs de laboratoire...
Produit concerné :
Marque :
N° Lot / N° Série :
Fiche à transmettre à : s.vanagt@ch-boulogne.fr Fax : 3009
Dr VAN AGT ↔ Correspondant, Tél : 8862, ou un biologiste en son absence

COSMETOVIGILANCE
= Produits cosmétiques
Produit concerné :
Marque :
N° Lot / N° Série :
Fiche à transmettre à : alerat@ch-boulogne.fr Fax : 3020
Dr LERAT ↔ Correspondant, Tél : 3355, ou Dr LERICHE en son absence Tél : 3348, Fax : 3779

IDENTITOVIGILANCE
= erreur dentaire
Fiche à transmettre à : Fax 3020
Dr SICOT ↔ Correspondant, Tél : 3318, sicot@ch-boulogne.fr
ou Dr LERAT Tél : 3355, alerat@ch-boulogne.fr
ou DIM Tél : 3889

VIGILANCE produit de tatouage
Produit concerné :
Marque :
N° Lot / N° Série :
Fiche à transmettre à : a.dumont@ch-boulogne.fr
Dr DUMONT, Tél : 3770 Fax : 3045 ou Dr MAETZ Tél 8207

AMP VIGILANCE
Dr AVELSI ↔ Correspondant, Tél : 8214 ou 8286, avelsi@ch-boulogne.fr Fax : 3084

	Pharmacovigilance (D. n°95-278 du 13/03/95)		Biovigilance (D. n°2003-1206 du 12/12/03)
	Matérovigilance (D. n°96-32 du 15/01/96)		AMPvigilance (D. n°2008-588 du 19/06/08)
	Réactovigilance (D. n°2004-108 du 04/02/04)		Cosmétovigilance L. 5131-5/2014-201 du 24/02/2014
	Hémovigilance (D. n°94-68 du 24/01/94)		Tatouage-vigilance (D. n°2008-210 du 03/03/08)
	Addictovigilance (D. n°99-249 du 31/03/1999)		Infectiovigilance (D. n°2001-671 du 26/07/01)
	Toxicovigilance (D. n°99-841 du 28/09/99)		Radiovigilance (D. n°2010-457 du 04/05/10)

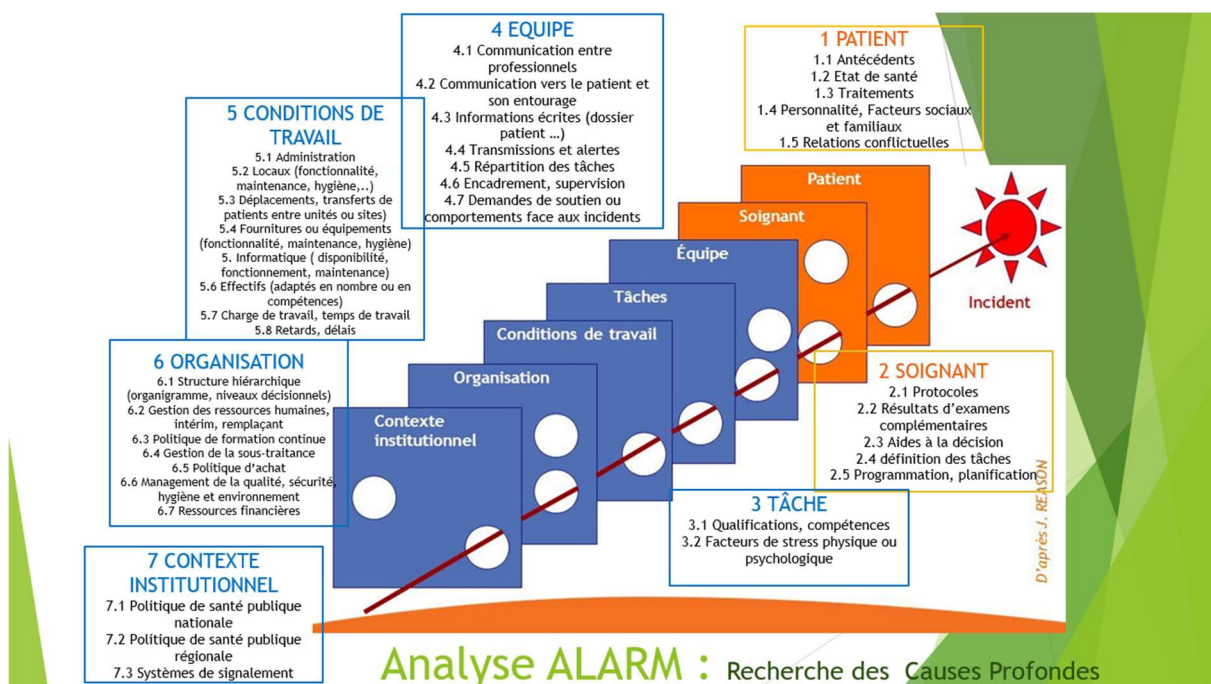
 **Identitovigilance**
(RNIV)

Les événements indésirables graves ou ayant pu avoir des conséquences graves (presqu'accident) sont analysés au cours de réunions pluridisciplinaires appelées : **Analyses des causes**. Ce sont les **RMM (revue morbi-mortalité)** et les **CREX (Comité de retour d'expérience)**.

Ces analyses utilisent des méthodes venues de l'aviation (Méthode **ALARM** et **ORION**).

Leur but est de retrouver les facteurs qui ont contribué à la survenue de cet événement indésirable grave. Un plan d'actions correctrices est établi (Actions d'améliorations) qui viennent s'ajouter à la to do liste qualité du service : le PAQSS (Plan d'amélioration pour la qualité et la sécurité des soins).

Rapprochez-vous de l'équipe qualité qui peut vous fournir tous les éléments pour vous aider à organiser une analyse des causes (diaporama, méthode, compte rendu type...)



La charte de la Bienveillance

Notre établissement a une charte de la Bienveillance. Cette dernière reprend 6 engagements pour favoriser la Bienveillance et lutter contre la maltraitance. Le COPIL Bienveillance a travaillé sur un livret qui regroupe toutes les informations utiles. (QR code)



Respecter l'intimité

Respecter la pudeur et la dignité



Respecter les valeurs, opinions et croyances



Assurer la protection

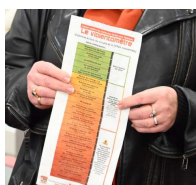


Favoriser l'autonomie

Adapter son langage et son attitude



Les outils de repérage de la maltraitance



Plusieurs signes d'alerte sont présentés dans le livret et peuvent aider au repérage. Des procédures existent pour le signalement. Le CH distribue des violentomètres dans les relations conjugales aux services de soins et aux consultations. Cet outil permet de dialoguer avec une victime. En vous formant (catalogue de formations disponible à la formation continue), vous vous préparez au mieux (repérage et gestion). Un affichage des numéros d'aides est en cours dans les zones de WC publics.

Le comité Ethique

L'établissement possède un **Comité Ethique**.

Qui est en le pilote ? Mme le Dr Paul Muriel, cheffe de service de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et cheffe du pôle de médecine de cancérologie est accompagnée par une quinzaine de membres, tous issus d'horizons différents (soignants, administratifs, ...).



Votre service peut saisir le Comité Ethique !

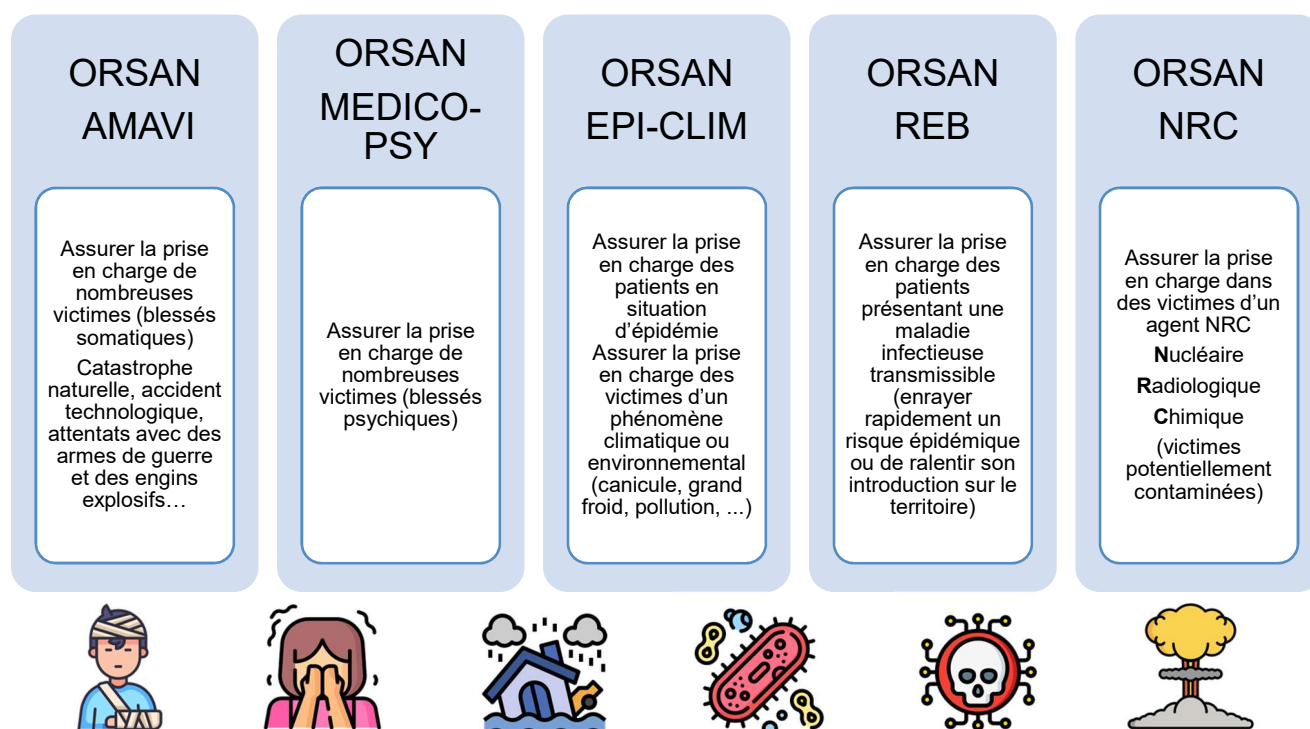
L'adresse mail est dans l'annuaire interne : « Ethique@ch-boulogne.fr ».

Un groupe de professionnels de ce COPIL se détache rapidement pour aider le service demandeur. On l'appelle la cellule éthique. Un avis est rendu pour orienter les réflexions, la prise en soins...

LES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Un nouveau guide ministériel est sorti en 2024 et invite les établissements à revoir leur plan blanc.

Les établissements doivent anticiper et prévoir une organisation face à un certain nombre de risques.



Ces situations sont regroupées dans le Guide SSE disponible dans l'Intranet, rubrique Plan Blanc. Des fiches réflexes sont adjointes pour aider les professionnels à assurer leurs fonctions pendant la crise jusqu'au retour à la normal.

Plusieurs exercices ont été menés au sein de notre établissement : montage de la tente NRBC, appel de la cellule de crise, exercice ARS sur la remontée des disponibilités de lits, damage contrôle au bloc opératoire... Ces exercices ont permis d'améliorer les différents volets de notre guide SSE.



Les risques numériques tels que les cyberattaques, les pannes majeures... représentent également une préoccupation importante. Un volet Numérique a également été rédigé, disponible dans l'intranet.

Ces guides sont soumis à des mises à jour constantes, en fonction de l'évolution des recommandations, des exercices nous permettant d'améliorer nos organisations...

Le CLUD (Comité de lutte contre la douleur)

Le CLUD est le Comité de Lutte contre la douleur. Il y a des référents médicaux et/ ou paramédicaux dans tous les services de l'hôpital.

Le *Protocole d'évaluation et réévaluation de la douleur (GED-0784)* recense les échelles utilisées dans l'établissement pour l'évaluation de la douleur. Il est joint en fin de ce document.

Plusieurs protocoles thérapeutiques SILLAGE existent pour vous aider dans la prescription des antalgiques.

Les indicateurs qualité et les IQSS

Afin de suivre la qualité de l'établissement, le service qualité suit des indicateurs parmi lesquels les IQSS. (Indicateurs Qualité pour la Sécurité des Soins). Ces indicateurs établis par la HAS permettent d'évaluer et comparer les établissements. Les plus connus sont : ICSHA indice de consommation de solution hydro alcoolique, traçabilité de la douleur, la conformité de la lettre de liaison à la sortie, les campagnes Esatis....

Voici un lien vers les recommandations données au secrétaires (mais qui concernent également les médecins dictant les courriers) afin de répondre aux attentes de l'indicateur : « QUALITE DU COURRIER DE SORTIE » : QR code.



Les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins sont affichés dans l'hôpital afin d'informer les professionnels et les patients.

Quelques acronymes...



CDU	Commission des usagers. Les représentants des usagers dits « RU » sont affichés dans les vitrines de service. Les membres veillent au respect des droits des usagers et les aident à dans les démarches de réclamations ...
CIV	Cellule d'Identito Vigilance. Il s'agit d'une instance qui veille à encadrer l'identito vigilance. Elle suit les corrections effectuées. Quand il y a une erreur sur une étiquette patient => vous appelez les admissions pour corriger , ceci enclenche la CIV.
CREX /RETEX	Un Retour d'Expérience est organisé quand il y a eu un événement indésirable qui a gêné le bon fonctionnement. Les professionnels se réunissent pour analyser l'événement. Les services les plus matures organisent des Comités de Retour d'Expérience . Ils passent en revue toutes leur FEI pour sélectionner celles qu'ils veulent analyser pour s'améliorer (ex : EHPADs et pharmacie).
DMP	Dossier Médical Partagé. Il y a eu des campagnes nationales pour créer son dossier de santé numérique. Le CH permettra l'accès au DMP du patient, s'il le souhaite.
EIAS et EIGS	Évènement Indésirable Associé aux Soins. Il s'agit d'un acte ou une absence d'acte qui impacte la santé physique/morale du patient. L'événement indésirable grave liés aux soins est déclaré à l'extérieur et il engendre une analyse des causes profondes en mode « RMM ».
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles. C'est une technique pour améliorer, en équipe, les soins, leur pertinence ... La philosophie est de comparer ses pratiques aux recommandations pour tendre vers elles. Il y a un concours des EPP en novembre. Si vous avez participé à des « patients traceurs » vous avez faits une EPP.
E-satis	Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients. Quand le patient vient aux admissions on lui demande son adresse mail (MCO s'il fait au moins 1 nuit, en ambulatoire, en SMR). Le patient reçoit un mail avec une enquête nationale et dépose ses commentaires nommés (verbatim). Il y a un score d'octroyé chaque année. Ce score rejoint les IQSS. PS : Il y a un test pour les patients admis en hospitalisation en santé mentale.
IQSS	Indicateur pour la Qualité et la Sécurité des soins sont définis par la HAS. Ils permettent d'évaluer et comparer les établissements. Les plus connus sont : ICSHA indice de consommation de solution hydro alcoolique, traçabilité de la douleur , la conformité de la lettre de liaison à la sortie, les campagnes Esatis.... Prenez vos affiches avec vous pour présenter les chiffres à l'expert.
PAQSS	Le Programme d'Action Qualité et Sécurité des Soins est le document qui rassemble toutes les actions d'amélioration que l'on souhaite faire. Chaque service de soins possède son propre PAQSS. Il se trouve dans le classeur qualité de votre service. Retenez au moins 2 actions clefs car ça sera demandé !
RMM	Revue de Morbi Mortalité : il s'agit d'une réunion où on discute sur le dossier d'un patient pour lequel il y a eu une perte de chance, une ré hospitalisation, un décès inattendu, ... On utilise la méthode ALARM . Elle qui permet de s'intéresser aux différents facteurs qui influent le cas.
SSE	Ce sont les Situations Sanitaires Exceptionnelles . Elles concernent les Plans en cas d'afflux massif de victimes, les maladies émergentes ... (cf le numéro 14 du Qual Info)

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE AUX MALADES TRANSFUSÉS

Ce que vous devez savoir sur les produits sanguins

Vous êtes susceptible d'être transfusé(e), ou votre enfant

Que faire si vous avez été transfusé(e) ?

Le sang est indispensable pour sauver de très nombreux malades en médecine comme en chirurgie (en cas d'anémie, d'hémorragie, de greffe, d'accidents ...).

Chaque année en France la transfusion permet ainsi de traiter plusieurs centaines de milliers de malades. Le médecin vous a prescrit une transfusion qu'il a jugée indispensable à votre état de santé actuel. Pour cela, il a bien étudié les bénéfices pour vous et les risques éventuels.

Qu'allez-vous recevoir ?

Les produits sanguins dits : « labiles » :

Ces produits appelés concentrés de globules rouges, concentrés de plaquettes ou plasmas, sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité :

- ☐ sélection médicale des donneurs,
- ☐ tests de dépistage sur chaque don,
- ☐ sécurisation par **divers procédés** pour le plasma.

Quels sont aujourd'hui les risques connus de ce traitement ?

Comme tout traitement, la transfusion comporte des risques :

1) Pour tous ces produits, des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant ou après la transfusion, comme de l'urticaire, des frissons et de la fièvre.

Il est important que vous les signaliez à un membre du personnel soignant.

Les produits sanguins labiles présentent des risques liés à la diversité des groupes sanguins d'une personne à l'autre.

Ceci impose de faire des examens **obligatoires** avant la transfusion pour assurer votre sécurité :

- ☐ deux prises de sang différentes pour déterminer votre groupe sanguin (A, B, AB, O, Rhésus) seront réalisées,
- ☐ une recherche d'anticorps irréguliers sera également effectuée,
- ☐ une dernière vérification sera faite à votre chevet en cas de transfusions de globules rouges.

Malgré toutes ces précautions, des anticorps irréguliers peuvent apparaître chez certains malades (1 à 5 %). Ils n'ont aucune incidence dans la vie de tous les jours.

Ils doivent être connus et inscrits sur votre carte de groupe sanguin de manière à sélectionner le sang le plus compatible au cas où une nouvelle transfusion serait nécessaire.

2) Les risques résiduels de contamination par des agents infectieux continuent à diminuer avec le progrès des connaissances et des techniques.

Comment est assurée la surveillance des transfusions ?

Les sérologies pré-transfusionnelles ne sont pas obligatoires. Le bilan sérologique n'est plus recommandé : circulaire du 11 janvier 2006.

Les recherches d'anticorps irréguliers sont toujours nécessaires 15 jours à 1 mois après la transfusion.

Que vous soyez transfusé avec un produit sanguin labile ou un médicament dérivé du sang, un système dit de « traçabilité » permet de suivre ces produits du donneur jusqu'au receveur. Toutes ces données sont archivées pendant de nombreuses années.

Tous les produits sanguins présentant un risque potentiel ou avéré font l'objet d'une procédure de retrait.



COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES A L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

DEPOT DE SANG

SYNTHESE DU DOCUMENT

Page 1 sur 3

 HEMOVIGILANCE	COMMANDE, RETRAIT ET TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN LABILE	Réf : GED-0384
		Version : 1
		Date d'application
		24/08/18

SYNTHESE DU DOCUMENT

Objectif(s) :	Définir les modalités de commande, de retrait et de transport d'un PSL au CHB
Domaine d'application/ Destinataires :	Dépôt de sang Hémovigilance Unités de soins
Lien avec d'autre(s) document(s) :	Formulaire de prescription nominative : ordonnance de PSL Bordereau de délivrance des PSL Protocole de transfusion de concentré de globules rouges (CGR) Protocole de transfusion plaquettaire Gestion des effets indésirables transfusionnels immédiats Rappel sur les urgences transfusionnelles Information du patient : Transfusion de PSL Prescription d'examens immuno-hématologiques
Référence(s) réglementaire(s) et/ou recommandation(s) :	Décision du 10 juillet 2018 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l'article L.1222-12 du code de la santé publique. Circulaire du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.

CIRCUIT DU DOCUMENT

Rédaction	Validation	Approbation
Nom : F. DROUVIN Fonction : Biologiste – Responsable du dépôt de sang Le 23/08/18 Signature signée	Nom : G. LETIZIA Fonction : Biologiste – Correspondant Hémovigilance Le 23/08/18 Signature signé	Nom : P. DUCQ Fonction : Président de la CME Le 24/08/18 Signature signé

MOTIF DE REVISION

- Actualisation et mise à jour GED

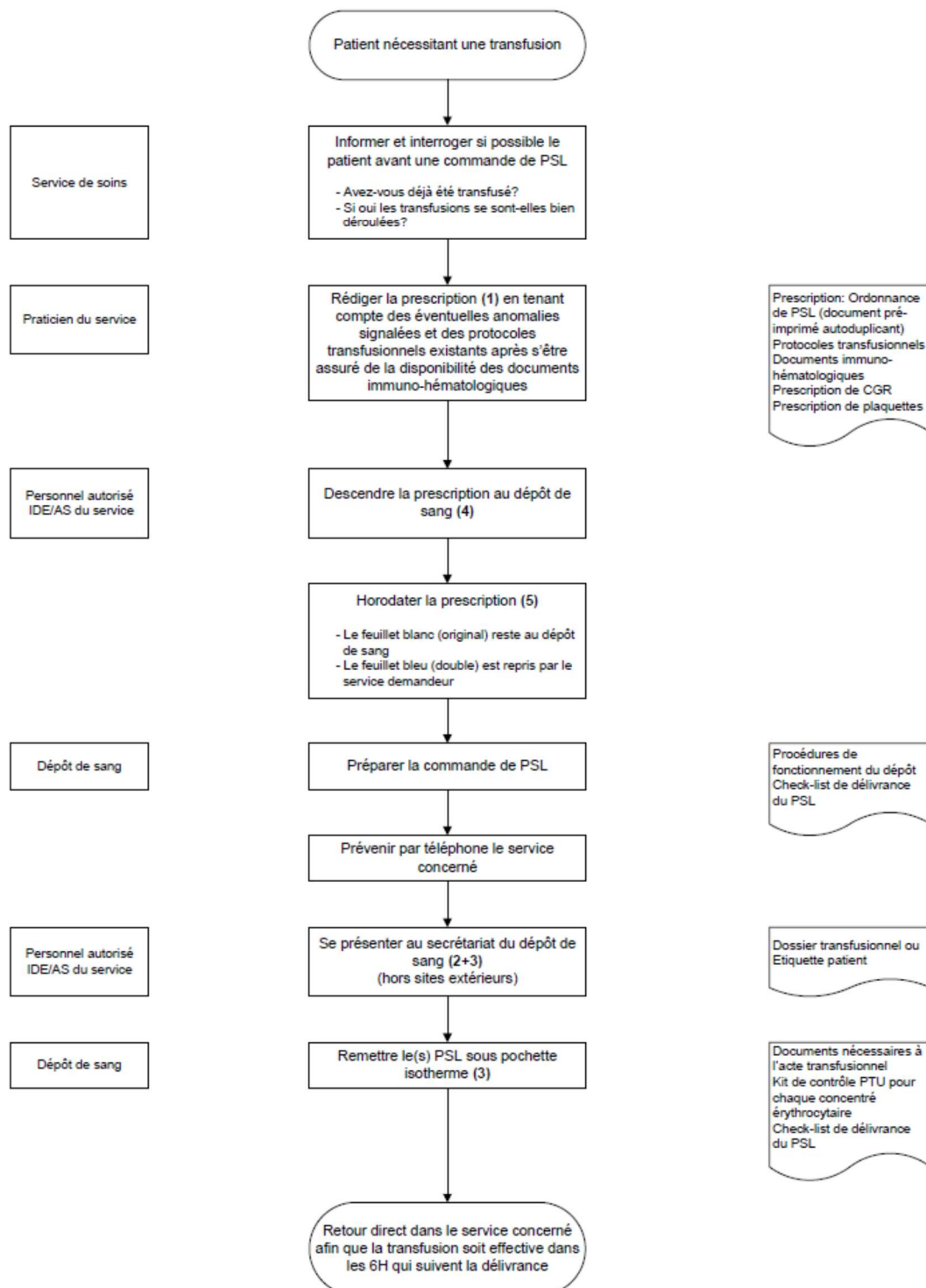
COMMANDE, RETRAIT ET TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN LABILE

Réf : GED-0384

Version : 1

Date d'application

24/08/18



 Centre Hospitalier Boulogne sur Mer HEMOVIGILANCE	COMMANDE, RETRAIT ET TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN LABILE	Réf : GED-0384 Version : 1 Date d'application 24/08/18
--	---	---

(1) Prescription de PSL



La prescription de produits sanguins labiles est un **ACTE MEDICAL**.
L'ordonnance médicale est **INDISPENSABLE**.

Cette prescription est établie, sur un document pré-imprimé auto-dupliquant (disponible à l'imprimerie).

La prescription doit **TOUJOURS** comporter quelque soit le PSL :

- L'identification du service de soins
- L'identification **lisible** et la signature du médecin prescripteur
- L'identification du patient : nom de naissance, nom usuel ou marital, prénom(s), sexe, date de naissance (étiquette ou écrite manuellement)
- La date de la prescription
- La date et l'heure souhaitées pour la délivrance
- Le type et la quantité de produits demandés (en accord avec les protocoles de l'établissement)
- Le degré d'urgence s'il y a lieu.

ET, en supplément :

- En cas de prescription de plasma frais congelé, l'indication qui motive la prescription
- En cas de prescription de plaquettes, le poids du receveur, la date et les résultats de sa dernière numération de plaquettes.

Elle est accompagnée, le cas échéant des **informations cliniques ou biologiques et des tubes pour les analyses immuno-hématologiques utiles**.

En cas de transfusion récente (moins de 4 mois) dans un autre établissement de santé le groupage sanguin ne peut pas être refait et les deux déterminations de groupages sanguins ou la carte de groupe doivent être transmises au dépôt par le service de soins avec la prescription.

(2) Retrait de PSL

Le personnel autorisé – Infirmier, Aide-soignant – se présente au dépôt de sang, au niveau du secrétariat du dépôt de sang, avec le **dossier transfusionnel et/ou une étiquette** mentionnant l'**identité exacte du receveur (dont IPP si possible)**.

(3) Transport de PSL

Le(s) PSL est (sont) remis sous pochette isotherme, avec tous les documents nécessaires à l'acte transfusionnel ainsi qu'un kit de contrôle PTU pour chaque concentré érythrocytaire.

Pour les sites extérieurs :

- En horaire de jour, le coursier du laboratoire apporte l'ensemble des éléments indiqués ci-dessus au service concerné.
- En dehors de ces horaires, il faut contacter le transporteur choisi par le CHB.

(4) Localisation du dépôt

Le dépôt de sang se situe dans l'extension sud de l'établissement au niveau du rez de chaussée, pour y accéder :

- **Aux heures d'ouvertures** (de 7h30 à 18h00) il faut suivre les panneaux signalétiques indiquant le laboratoire et le dépôt de sang (porte NO-LA-028)
- Entrez dans la zone du laboratoire réservée au personnel autorisé pour accéder au dépôt de sang (porte NO-LA-044)
- **Sonnez systématiquement** (sonnette à gauche de la porte) avant d'entrer dans le secrétariat du dépôt de sang et attendre l'arrivée d'un technicien
- **En dehors de ces heures**, il faut suivre le même chemin, mais la porte du laboratoire étant fermée, vous devez utiliser la sonnette et l'horodateur extérieurs pour appeler le technicien de garde.

(5) Traçabilité des documents

La prescription est horodatée sur les deux feuillets (blanc et bleu).

Le feuillet blanc (original) reste au dépôt de sang et sera remis dans le dossier transfusionnel à son retour du service.

Le feuillet bleu est repris pour être rangé dans le dossier du patient le temps de son hospitalisation et sera détruit lors de la sortie du patient.



COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES À L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

DEPOT DE SANG

COMMANDE DE PSL NOMINATIVE

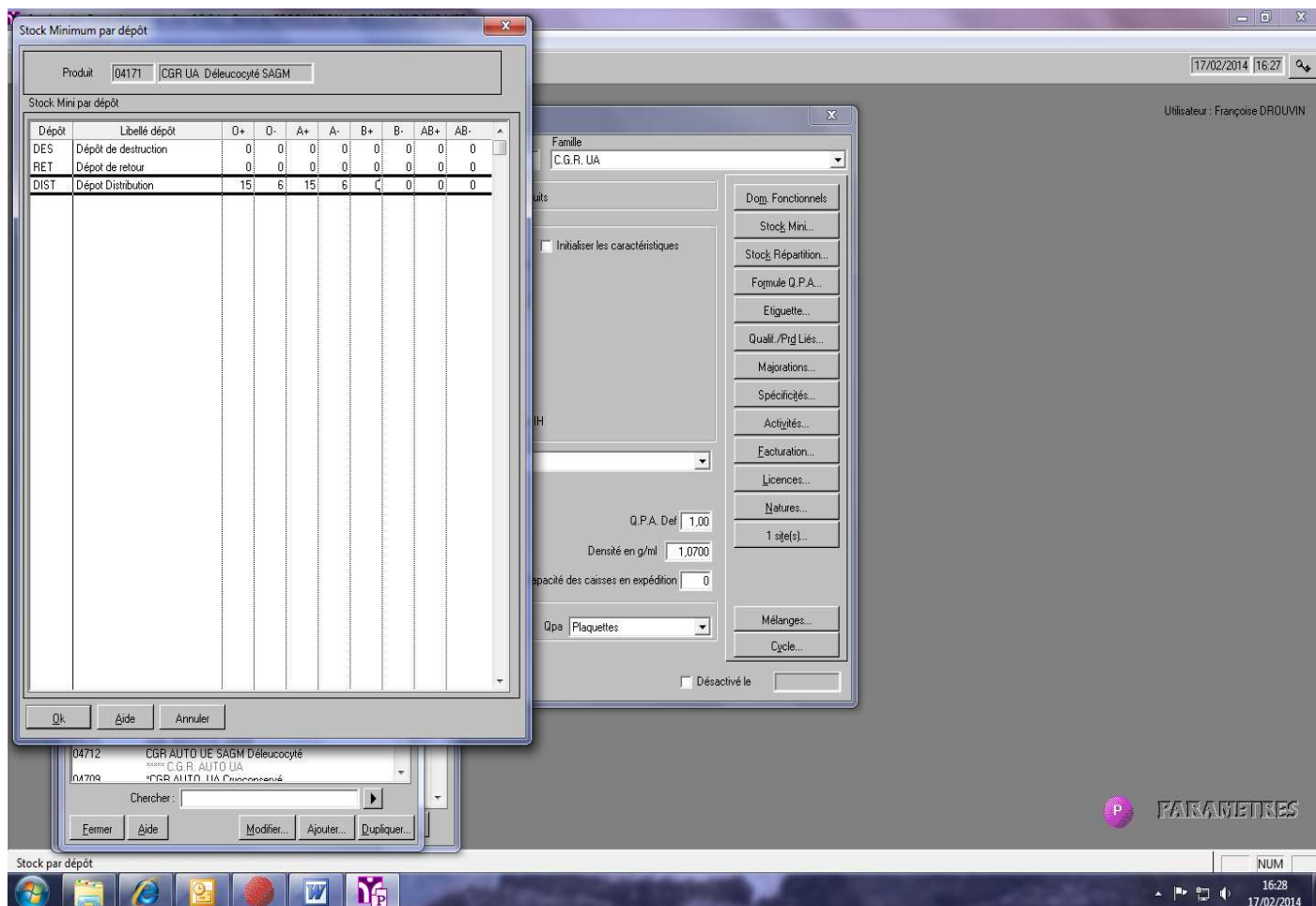
- Faxer la prescription à l'EFS.
- Téléphoner à l'EFS pour vérifier la prise en compte de la commande.
- En retour, l'EFS préviendra lorsque la commande sera prête.
- Téléphoner au transporteur qui amènera la commande.

En cas de pénurie, et notamment de commande de plaquettes, il faut prévenir le médecin (ou à défaut le service) des délais de disponibilité des produits.

Noter sur le verso de la prescription vos initiales et l'heure d'appel.

COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES À L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

STOCK MINIMUM DE CGR
déclenchant une alerte dans HEMOSERVEUR



Produit: 04171 CGR UA Déleucocyté SAGM

Stock Mini par dépôt

Dépôt	Libellé dépôt	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
DES	Dépôt de destruction	0	0	0	0	0	0	0	0
RET	Dépôt de retour	0	0	0	0	0	0	0	0
DIST	Dépôt Distribution	15	6	15	6	6	6	0	0

Q.P.A. Def: 1,00
Densité en g/ml: 1,0700
Capacité des caisses en expédition: 0
Qpa: Plaquettes

Utilisateur: Françoise DROUVIN

PARAMETRES

La prescription de produits sanguins labiles homologues ou autologues est un **acte MEDICAL**.

L'ordonnance médicale écrite est **INDISPENSABLE** :

- Cette prescription est établie, sur un document pré-imprimé conformément aux bonnes pratiques de distribution de produits sanguins labiles.

Elle doit TOUJOURS comporter :

- La date de la prescription,
- L'identification lisible et la signature du prescripteur,
- L'identification du service de soins,
- L'identification du patient : nom de naissance, prénom(s), nom usuel ou marital, sexe, date de naissance,
- Le type et la quantité de produits demandés (en accord avec les protocoles de l'établissement de santé),
- La date et l'heure prévue de la transfusion,
- Le degré d'urgence s'il y a lieu,
- En cas de prescription de plasma frais congelé, préciser l'indication qui motive la prescription,
- En cas de prescription de plaquettes, préciser le poids du receveur, la date et les résultats de sa dernière numération de plaquettes.

AVANT TOUTE COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS :

INTERROGEZ votre malade si cela est possible, et surtout si vous le transfusez pour la première fois :

- Avez-vous déjà été transfusé ?
- Les transfusions se sont-elles bien déroulées ?

La prescription tiendra alors compte des anomalies signalées.

Commander les produits sanguins labiles avec les formulaires auto dupliquant disponibles au niveau des PC infirmier ; l'original blanc est descendu au niveau du dépôt de sang où il sera horodaté. Le double bleu est à ranger dans le dossier du patient.

Ceci est valable pour tous les services, sauf pour les commandes de PSL au cours des consultations pré anesthésiques où le circuit est légèrement différent.

PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES

- **Rappel des principes, valeurs et pratiques professionnels :**

La liste des textes cités ci-après ne saurait être exhaustive. Elle a seulement pour objet de rappeler les principaux textes qui peuvent servir de référence à l'élaboration de ces principes.

Les textes suivis du signe (*) sont accessibles sur le site internet : www.legifrance.gouv.fr

Les textes suivis du signe (**) sont accessibles sur le site internet : www.sante.gouv.fr

Les codes

- Code pénal (*)
- Code civil (*)
- Code de la santé publique (*) :
 - *Rappel du code de déontologie médicale* (codifié aux articles **R.4127-1 à R.4127-112** du Code de la santé publique):
Art 4127-1 CSP : « Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 87 du présent code.
Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.
Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre. »
 - *dont le non-respect peut également faire l'objet de sanctions prévues au code Pénal (secret professionnel)*
- Code de la sécurité sociale (*)
- Code de l'action sociale et des familles et aide sociale (*)
- Code général des collectivités territoriales (*)

Les lois non codifiées

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 **modifiée** relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (*)
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 **modifiée** portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal (*)
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 **modifiée** relative aux droits et obligations des fonctionnaires (*)

Les chartes

- Charte de l'enfant hospitalisé signée par les associations européennes en 1988
www.invivo.net/adarpef/article.php3?id_article=5
- Charte de l'usager en santé mentale du 8 décembre 2000 - www.fnappsy.org/?page=charte
- Charte des associations de bénévoles à l'hôpital du 29 mai 1991
www.ap-hop-paris.fr/site/benevolat/charte.htm
- Charte d'accueil des familles de victimes de la violence routière dans les établissements de santé - www.famille.gouv.fr/dossiers/violences_rout/charte.htm
- Charte Marianne (**)
- Charte sociale européenne - www.coe.int

Il existe également de nombreuses circulaires, **textes réglementaires non codifiés** relatifs à la prise en charge dans les établissements de santé.

Le règlement intérieur de l'établissement, opposable à l'ensemble du personnel, disponible sur le site Intranet du CHB.

PAGE INTRANET

Le CHB est doté d'un « intranet » au niveau duquel un certain nombre de données sont disponibles (par exemple l'annuaire téléphonique). Cet « intranet » est accessible sur le bureau des postes informatiques du CHB.



Centre Hospitalier de Boulogne sur mer

Jeudi 04 avril 2019

Informations

Directeur de garde :
M Yves MARLIER

Cadre Sup. de garde :
M Nicolas GENEST

Astreinte PMO :
Contacter le Standard

Actualités

[Accueil](#)[Actualites](#)[Messagerie](#)[Annuaire](#)[Qualite](#)[Services de soins](#)[Bibliotheque virtuelle](#)[Bloc operatoire](#)[Laboratoire](#)[Pharmacie](#)[Imagerie Medicale](#)[DIM / PMSI](#)[Transfert SSR-EHPAD](#)[Services techniques](#)[Informatique](#)[Services Economiques
et Logistiques](#)[Instances et reglements](#)[D.R.H.](#)[Formation](#)[Documentation](#)[Plan blanc](#)

ACCUEIL

Bienvenu sur l'intranet du CH de Boulogne sur mer.
Pour accéder à une rubrique, cliquez sur le menu de gauche.



DIRECTION
DU SYSTEME D'INFORMATION
ET D'ORGANISATION

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

SYNTHESE DU DOCUMENT

Objet :	Décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet.
Domaine d'application :	Ensemble du système d'information
Equipements, documents associés :	
Références :	Programme Hôpital numérique - Boite à outils pour l'atteinte des pré-requis – Fiches pratiques – DGOS - ANAP – Octobre 2012 Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
Destinataires :	Tout le personnel
Emplacement dans la G.E.D.	Règlement intérieur
Réf. du document (Réserve DRUQ)	

Date	Instance	Avis / Information
22/11/2012	Directoire	Avis favorable

CIRCUIT DU DOCUMENT

Rédaction	Validation (contenu)	Approbation (forme)	Diffusion
M S. BECQWORT DSIO Le 27/08/2014 Signature	M Y. MARLIER Directeur Le Signature	Nom Fonction DRUQ Le Signature	A Le
Date	Rédacteur	Révision	
08/2014 Version 3.1	S. BECQWORT	Mise à jour de l'annexe (changement de RSSI)	
11/2012 Version 3	S. BECQWORT	Mise à jour suite à la publication des guides Hôpital Numérique par l'ANAP et la DGOS	
11/2006 Version 2	S. BECQWORT	Prise en compte des remarques (Présidence de CME)	
12/2005 Version 1.1	S. BECQWORT	Prise en compte des remarques (Service Informatique, Services de Soins)	
09/2005 Version 1	S. BECQWORT	Rédaction initiale	



DIRECTION

DU SYSTEME D'INFORMATION
ET D'ORGANISATION

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

1. OBJET DU DOCUMENT

La présente Charte a pour objet de décrire les règles d'accès et d'utilisation des ressources informatiques et des services Internet du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer et rappelle à ses utilisateurs les droits et les responsabilités qui leur incombent dans l'utilisation du système d'information.

Elle pose des règles permettant d'assurer la sécurité et la performance du système d'information de l'établissement, de préserver la confidentialité des données dans le respect de la réglementation en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs, conformément à la politique de sécurité du système d'information définie par l'établissement.

Cette Charte a été validée par la Direction générale de l'établissement. Préalablement, elle a été notifiée à sa mise en œuvre au Comité d'Etablissement et à la Commission médicale d'Etablissement. Elle constitue une annexe au Règlement Intérieur de l'établissement. Les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'établissement de santé.

2. CHAMP D'APPLICATION

La présente Charte concerne les ressources informatiques, les services internet et téléphoniques du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer, ainsi que tout autre moyen de connexion à distance permettant d'accéder, via le réseau informatique, aux services de communication ou de traitement électronique interne ou externe.

Il s'agit principalement des ressources suivantes :

- Ordinateurs de bureau ;
- Ordinateurs portables ;
- Terminaux portables ;
- Imprimantes simples ou multifonctions ;
- Tablettes ;
- Smartphones ;

Cette Charte s'applique à l'ensemble du personnel de l'établissement de santé, tous statuts confondus, et concerne notamment les agents permanents ou temporaires (stagiaires, internes, doctorants, prestataires, fournisseurs, sous-traitants, ...) utilisant les moyens informatiques de l'établissement et les personnes auxquelles il est possible d'accéder au système d'information à distance directement ou à partir du réseau administré par l'établissement.

Dans la présente Charte, sont désignés sous les termes suivants :

- **Ressources informatiques**: les moyens informatiques, ainsi que ceux auxquels il est possible d'accéder à distance, directement ou en cascade à partir du réseau administré par l'entité ;
- **Outils de communication** : la mise à disposition par des serveurs locaux ou distants de moyens d'échanges et d'informations diverses (web, messagerie, forum, etc.) ;
- **Utilisateurs** : les personnes ayant accès ou utilisant les ressources informatiques et les



DIRECTION
DU SYSTEME D'INFORMATION
ET D'ORGANISATION

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

services internet de l'établissement.

3. CADRE REGLEMENTAIRE

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information est complexe. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
 - Le traitement de données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
 - Le traitement de données personnelles de santé ;
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales ;
- L'hébergement de données médicales ;
- Le secret professionnel et le secret médical ;
- La signature électronique des documents ;
- Le secret des correspondances ;
- La lutte contre la cybercriminalité ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux utilisateurs.

4. CRITERES FONDAMENTAUX DE LA SECURITE

4.1 PRINCIPES

L'établissement de santé héberge des données et des informations médicales et administratives sur les patients (dossier médical, dossier de soins, dossier images et autres dossiers médico-techniques, ...), et sur les personnels (paie, gestion du temps, évaluations, accès à Internet et à la messagerie, ...).

L'information se présente sous de multiples formes : stockée sous forme numérique sur des supports informatiques, imprimée ou écrite sur papier, imprimée sur des films (images), transmise par des réseaux informatiques privés ou internet, par la poste, oralement et/ou par téléphone,...

La **sécurité de l'information** est caractérisée comme étant la préservation de :

- **Sa disponibilité** : l'information doit être accessible à l'utilisateur, quand celui-ci en a besoin ;
- **Son intégrité** : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie ;
- **Sa confidentialité** : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- **Sa traçabilité** : les systèmes doivent comporter des moyens de preuve sur les accès et opérations effectuées sur l'information.

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

4.2 UNE MISSION SECURITE

La Direction du Système d'Information et d'Organisation (DSIO) fournit un système d'information qui s'appuie sur une infrastructure informatique. Elle doit assurer la mise en sécurité de l'ensemble c'est-à-dire protéger ces ressources contre des pannes, des erreurs ou des malveillances. Elle doit aussi protéger les intérêts économiques de l'établissement en s'assurant que ces moyens sont bien au service de la production de soins. Elle doit donc définir et empêcher les abus.

4.3 UN ENJEU TECHNIQUE ET ORGANISATIONNEL

Les enjeux majeurs de la sécurité sont la qualité et la continuité des soins, le respect du cadre juridique sur l'usage des données personnelles de santé.

Pour cela, la DSIO déploie un ensemble de dispositifs techniques mais aussi organisationnels. En effet, au-delà des outils, la bonne utilisation des moyens informatiques est essentielle pour garantir un bon niveau de sécurité. La sécurité peut-être assimilée à une chaîne dont la solidité dépend du maillon le plus faible. Certains comportements humains, par ignorance des risques, peuvent fragiliser le système d'information.

4.4 UNE GESTION DES RISQUES

L'information médicale, qu'elle soit numérique ou non, est un composant sensible qui intervient dans tous les processus de prise en charge des patients. Une information manquante, altérée ou indisponible peut constituer une perte de chance pour le patient (exemples : erreur dans l'identification d'un patient (homonymie par exemple), perte de données suite à une erreur d'utilisation d'une application informatique, ...). La sécurité repose sur une gestion des risques avec des analyses des risques potentiels, des suivis d'incidents, des dispositifs d'alertes. La communication vers les utilisateurs est un volet important de cette gestion. La présente Charte d'accès et d'usage du système d'information s'inscrit dans ce plan de communication.

5. REGLES DE SECURITE

L'accès au système d'information de l'établissement est soumis à autorisation. Une demande préalable écrite est ainsi requise pour l'attribution d'un accès aux ressources informatiques, aux services Internet et de télécommunication ; la demande exprimée par l'utilisateur est au préalable validée par son manager, qui précise les accès nécessaires à son collaborateur et la transmet par écrit à la DSIO.

Le service informatique attribue alors au demandeur son droit d'accès et lui communique la présente Charte d'accès et d'usage du système d'information. Ce droit d'accès est strictement personnel et concédé à l'utilisateur pour des activités exclusivement professionnelles. Il ne peut être cédé, même temporairement à un tiers. Tout droit prend fin lors de la cession, même provisoire, de l'activité professionnelle de l'utilisateur, ou en cas de non-respect des dispositions de la présente Charte par l'utilisateur.

L'obtention d'un droit d'accès au système d'information de l'établissement de santé entraîne pour l'utilisateur les droits et les responsabilités précisées dans les paragraphes ci-dessous.

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

5.1 CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION ET OBLIGATION DE DISCRETION

Les personnels de l'établissement sont soumis au secret professionnel et/ou médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données de santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques doit être limité à ceux qui leur sont propres, ainsi que ceux publics ou partagés. Il est ainsi interdit de prendre connaissance d'informations détenues par d'autres utilisateurs, même si ceux-ci ne les ont pas explicitement protégées. Cette règle s'applique en particulier aux données couvertes par le secret professionnel, ainsi qu'aux conversations privées de type courrier électronique dont l'utilisateur n'est ni directement destinataire, ni en copie.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par des professionnels habilités se fait avec un couple login / mot de passe et pourra se faire ultérieurement avec une carte CPS ou équivalent.

L'utilisateur doit assurer la confidentialité des données qu'il détient. En particulier, il ne doit pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ou confidentielles couvertes par le secret professionnel.

5.2 PROTECTION DE L'INFORMATION

Les postes de travail permettent l'accès aux applications du système d'information. Ils permettent également d'élaborer des documents bureautiques. Il est important de ne stocker aucune donnée ni aucun document sur ces postes (disques durs locaux). Les bases de données associées aux applications sont implantées sur des serveurs centraux implantés dans des salles protégées. De même, les documents bureautiques produits doivent être stockés sur des serveurs de fichiers. Ces espaces sont à usage professionnel uniquement. Le stockage de données privées sur des disques réseau est interdit.

Le cas échéant, ceux qui utilisent un matériel portable (exemples : poste, tablette, smart phone, ...) ne doivent pas le mettre en évidence pendant un déplacement, ni exposer son contenu à la vue d'un voisin de train ... ; le matériel doit être rangé en lieu sûr. De même, il faut ranger systématiquement en lieu sûr tout support mobile de données (exemples : CD, DVD, ...). Aucune donnée de santé à caractère personnel des patients ne doit être stockée sur des postes ou périphériques personnels.

Il faut également mettre sous clé tout dossier ou document confidentiel lorsqu'on quitte son espace de travail.

Les médias de stockage amovibles (exemples : clefs USB, CD-ROM, disques durs ...) présentent des risques très forts vis-à-vis de la sécurité : risques importants de contamination par des programmes malveillants (virus) ou risques de perte de données. Leur usage doit être fait avec une très grande vigilance. L'établissement se réserve le droit de limiter voire d'empêcher l'utilisation de ces médias en bloquant les ports de connexion des outils informatiques. Ainsi, l'usage des supports amovibles de stockage USB (clé, disque dur, ...) et des cartes mémoire est strictement interdit au sein du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer.

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

L'utilisateur ne doit pas transmettre de fichiers sensibles à une personne qui en ferait la demande et qu'il ne connaîtrait pas, même s'il s'agit d'une adresse électronique interne à l'établissement.

5.3 USAGE DES RESSOURCES INFORMATIQUES

Seules des personnes habilitées de l'établissement de santé (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté) ont le droit d'installer de nouveaux logiciels, de connecter de nouveaux PC au réseau de l'établissement et plus globalement d'installer de nouveaux matériels informatiques.

L'utilisateur s'engage à ne pas modifier la configuration des ressources (matériels, réseaux, ...) mises à sa disposition, sans avoir reçu l'accord préalable et l'aide des personnes habilitées de l'établissement (ou par son intermédiaire la société avec laquelle il a contracté).

Les logiciels commerciaux acquis par l'établissement ne doivent pas faire l'objet de copies de sauvegarde par l'utilisateur, ces dernières ne pouvant être effectuées que par les personnes habilitées de l'établissement.

5.4 USAGE DES OUTILS DE COMMUNICATION

Les outils de communication tels que le téléphone, le fax, Internet ou la messagerie sont destinés à un usage exclusivement professionnel. L'usage à titre personnel, dans le cadre des nécessités de la vie privée, est toléré à condition qu'il soit très occasionnel et raisonnable, qu'il soit conforme à la législation en vigueur et qu'il ne puisse pas porter atteinte à l'image de marque de l'établissement de santé. Il ne doit en aucun cas être porté à la vue des patients ou de visiteurs et accompagnants.

- **Usage du téléphone et du fax**

Le téléphone et le fax sont des moyens potentiels d'échanges de données qui présentent des risques puisque l'identité de l'interlocuteur qui répond au téléphone ou de celui qui réceptionne un fax n'est pas garantie.

Il ne faut ainsi communiquer aucune information sensible par téléphone, notamment des informations nominatives, médicales ou non, ainsi que des informations ayant trait au fonctionnement interne de l'établissement. Exceptionnellement, une communication d'information médicale peut être faite après avoir vérifié l'identité de l'interlocuteur téléphonique. Si un doute subsiste, le numéro de téléphone de l'interlocuteur indiqué doit être vérifié, le cas échéant, dans les annuaires de patients ou professionnels.

La communication d'informations médicales (exemples : résultats d'examens, ...) aux patients et aux professionnels extérieurs est strictement réglementée. Les utilisateurs concernés doivent se conformer à la réglementation et aux procédures de l'établissement en vigueur.

- **Usage d'Internet**

L'accès à l'Internet a pour objectif d'aider les personnels à trouver des informations nécessaires à leur mission usuelle, ou dans le cadre de projets spécifiques.

Il est rappelé aux utilisateurs que, lorsqu'ils « naviguent » sur l'Internet, leur identifiant est enregistré. Il conviendra donc d'être particulièrement vigilant lors de l'utilisation de l'Internet et à ne

Centre Hospitalier
Boulogne-sur-Mer

DIRECTION

DU SYSTEME D'INFORMATION
ET D'ORGANISATION

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

pas mettre en danger l'image ou les intérêts de l'établissement de santé.

Par ailleurs, les données concernant l'utilisateur (exemples : sites consultés, messages échangés, données fournies à travers un formulaire, données collectées à l'insu de l'utilisateur, ...) peuvent être enregistrées par des tiers, analysées et utilisées à des fins notamment commerciales. Il est donc recommandé à chaque utilisateur de ne pas fournir son adresse électronique professionnelle, ni aucune coordonnée professionnelle sur l'Internet, si ce n'est strictement nécessaire à la conduite de son activité professionnelle.

Il est interdit de se connecter ou de tenter de se connecter à Internet par des moyens autres que ceux fournis par l'établissement. Il est interdit de participer à des forums, blogs et groupes de discussion à des fins non professionnelles, et de se connecter sur des sites à caractère injurieux, violent, raciste, discriminatoire, pornographique, diffamatoire ou manifestement contraire à l'ordre public.

Tous les accès Internet sont tracés et enregistrés et conservés par un dispositif de filtrage et de traçabilité. Il est donc possible pour l'établissement de connaître, pour chaque salarié, le détail de son activité sur l'Internet.

Ce contrôle des accès aux sites visités permet de filtrer les sites jugés indésirables, notamment des sites dangereux pour la sécurité du réseau. Il permet de détecter, de bloquer et ou de signaler les accès abusifs (en matière de débits, volumes, durées), ou les accès à des sites illicites et/ou interdits.

• Usage de la messagerie

L'usage de la messagerie est autorisé à l'ensemble du personnel habilité par la DSIO. La messagerie permet de faciliter les échanges entre les professionnels de l'établissement

Les utilisateurs doivent garder à l'esprit que leurs messages électroniques peuvent être stockés, réutilisés, exploités à des fins auxquelles ils n'auraient pas pensé en les rédigeant, constituer une preuve ou un commencement de preuve par écrit ou valoir offre ou acceptation de manière à former un contrat entre l'hôpital et son interlocuteur, même en l'absence de contrat signé de façon manuscrite.

Un usage privé de la messagerie est toléré s'il reste exceptionnel. Les messages personnels doivent comporter explicitement la mention « privé » dans l'objet. A défaut, les messages seront réputés relever de la correspondance professionnelle. Les messages marqués « privé » ne doivent pas comporter de signature d'ordre professionnel à l'intérieur du message.

L'usage des listes de diffusion doit être strictement professionnel.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

dispositif de chiffrage de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

5.5 USAGE DES LOGIN ET DES MOTS DE PASSE (OU DE CARTES CPS OU EQUIVALENT)

Chaque utilisateur dispose de compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'établissement. Ce compte est personnel. Il est strictement interdit d'usurper une identité en utilisant ou en tentant d'utiliser le compte d'un autre utilisateur ou en agissant de façon anonyme dans le système d'information.

Pour utiliser ce compte nominatif, l'utilisateur soit dispose d'un login et d'un mot de passe, soit utilise une carte CPS ou équivalent (avec un code personnel à 4 chiffres)

Le mot de passe choisi doit être robuste (6 caractères minimum, mélange de chiffres, lettres et caractères spéciaux), de préférence simple à mémoriser, mais surtout complexe à deviner. Il doit être changé régulièrement. Le mot de passe est strictement confidentiel. Il ne doit pas être communiqué à qui que ce soit : ni à des collègues, ni à sa hiérarchie, ni au personnel en charge de la sécurité des systèmes d'information, même pour une situation temporaire.

Chaque utilisateur est responsable de son compte et son mot de passe, et de l'usage qui en est fait. Il ne doit ainsi pas mettre à la disposition de tiers non autorisés un accès aux systèmes et aux réseaux de l'établissement dont il a l'usage. La plupart des systèmes informatiques et des applications de l'établissement assurent une traçabilité complète des accès et des opérations réalisées à partir des comptes sur les applications médicales et médico-techniques, les applications administratives, le réseau, la messagerie, l'Internet, ... Il est ainsi possible pour l'établissement de vérifier *a posteriori* l'identité de l'utilisateur ayant accédé ou tenté d'accéder à une application au moyen du compte utilisé pour cet accès ou cette tentative d'accès.

C'est pourquoi il est important que l'utilisateur veille à ce que personne ne puisse se connecter avec son propre compte. Pour cela, sur un poste dédié, il convient de fermer ou verrouiller sa session lorsqu'on quitte son poste. Il ne faut jamais se connecter sur plusieurs postes à la fois. Pour les postes qui ne sont pas utilisés pendant la nuit, il est impératif de fermer sa session systématiquement avant de quitter son poste le soir..

Il est interdit de contourner ou de tenter de contourner les restrictions d'accès aux logiciels. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux principes d'utilisation communiqués lors de formations ou dans les manuels et procédures remis aux utilisateurs.

L'utilisateur s'engage enfin à signaler toute tentative de violation de son compte personnel.

5.6 IMAGE DE MARQUE DE L'ETABLISSEMENT

Les utilisateurs de moyens informatiques ne doivent pas nuire à l'image de marque de l'établissement en utilisant des moyens, que ce soit en interne ou en externe, à travers des communications d'informations à l'extérieur de l'établissement ou du fait de leurs accès à Internet.



Centre Hospitalier

Boulogne-sur-Mer

DIRECTION

DU SYSTEME D'INFORMATION
ET D'ORGANISATION

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

6. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'établissement de santé, à défaut le Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI), qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données. Le CIL procède ensuite aux opérations de déclaration et d'information réglementaires.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, le CIL serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

7. SURVEILLANCE DU SYSTEME D'INFORMATION

7.1 CONTROLE

Pour des nécessités de maintenance et de gestion, l'utilisation des ressources matérielles ou logicielles, les échanges via le réseau, ainsi que les rapports des télécommunications peuvent être analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable, et notamment de la loi Informatique et Libertés.

7.2 TRAÇABILITE

La DSIO assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer tout ou partie des informations suivantes :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet) ;

Le personnel de la Direction du système d'information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent être amenés à les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.



CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

7.3 ALERTES

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées.

8. RESPONSABILITES ET SANCTIONS

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction de l'établissement de santé dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;
- En fonction de la gravité du manquement, l'agent s'expose selon son statut aux articles 81 à 84 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou aux articles 16 à 20 du décret n°97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière ou aux articles 27 à 32 du Décret n° 2010-19 du 6 janvier 2010 portant modification du décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Outre ces sanctions, la Direction du Centre Hospitalier de Boulogne sur mer est tenu de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

Le Directeur
Yves MARLIER

Le Directeur du Système d'Information et
d'Organisation
Stéphane BECQWORT

CHARTRE D'ACCES ET D'USAGE DU SYSTEME D'INFORMATION

ANNEXE

Nom	Fonction	Téléphone	Mail
Stéphane BECQWORT	DSIO	03 21 99 39 76	s.becqwort@ch-boulogne.fr
Olivier DEWILDE	CIL	03 21 99 88 36	o.dewilde@ch-boulogne.fr
Jean Luc DENELE	RSSI	03 21 99 38 36	jl.denele@ch-boulogne.fr