

**FORMATION SPECIALISEE  
SANTE, SECURITE ET CONDITIONS DE TRAVAIL**

**S é a n c e   d u   0 5   o c t o b r e   2 0 2 3**

**Représentants de l'Administration :**

	Présent	Excusé
Monsieur Jean François VINET - Directeur du C.H. de PAU, Président		x
Madame Sylvie LARIVEN - Directrice Adjointe - Direction des Ressources Humaines	x	
Madame Monique VIVONA - Directrice des Soins, Coordonnateur des Activités de Soins Direction Des Soins	x	
Madame Anne-Marie ROUMAGNAC - Direction des Achats de l'Hôtellerie et de la Logistique	x	
Monsieur Mathieu GAYRARD - Direction du Patrimoine	x	
Madame Gwenaëlle HILBERT - Attachée d'administration hospitalière - Direction des Ressources Humaines	x	
Monsieur Aurélien SALVAT - Technicien Supérieur Hospitalier - Direction des Ressources Humaines	x	
Monsieur David ARCIS - Responsable Sécurité Incendie		x
Madame Sabine ITHURRALDE - Préventrice – Direction des Ressources Humaines	x	
Monsieur Rodolphe RENOU - secrétaire administratif	x	

**Représentant du Service de Santé au Travail :**

	Présente	Excusée
Madame le docteur LARIOS	x	

**Représentant Service d'Hygiène Hospitalière :**

	Présente	Excusée
Madame le docteur LARROUDE	x	

Représentants du personnel :

**TITULAIRES**

**SUPPLEANTS**

C.G.T. = 9	Présent	Absent	Excusé	C.G.T. = 9	Présent	Excusé
Madame Sandrine BARADAT	x			Monsieur Sylvain LARBAIGT		x
Madame Nancy TAVARES	x			Madame Anne-Laure CABE		x
Madame Magali POMMIER	x			Madame Isabelle HONTA		x
Madame Marie RODRIGUEZ			x	Madame Nadège LIGOUT		x
Madame Chantal LACRABERE	x			Madame Séverine BALLESTER	x	
Madame Dominique LASPOUMADERES	x			Monsieur Jean-Michel CASTAING	x	
Madame Solène MONPLAISIR			x	Monsieur Jean-Claude JURAT-PENTIADOU		x
Madame Aurélie CAZENAVE			x	Monsieur Daniel CUESTA		x
Madame Catherine LE PAUVRE	x			Madame Laura CAMY	x	
<b>C.F.D.T. = 6</b>				<b>C.F.D.T. = 6</b>		
Madame Ingrid BAHURLET	x			Monsieur Alain MAREMMANI		x
Monsieur Denis LAVROF	x			Madame Céline PORTALET	x	
Mme Frédérique PRADAL	x			Madame Nancy PAOLETTI		x
Monsieur Baptiste PERY			x	Madame Aglaé MILLET	x	
Monsieur Cyril TRUONG			x	Madame Julie PUYO	x	
Monsieur Éric VAUGARNY			x	Monsieur Pascal DAVANCE		x

Représentant Inspection du Travail :

	Présente	Excusée
Madame AUSSEIL		x

## QUESTIONS INSCRITES A L'ORDRE DU JOUR

- **Approbation des Procès-verbaux**

- Procès-verbal du F3SCT du 26 mai 2023.
- Procès-verbal du F3SCT complémentaire du 06 juillet 2023.

- **Points abordés**

- 1) Journées de chaleur extrême et de canicule : tenues, rafraîchisseurs d'air et possibilités d'adaptations de tenues en cas de chaleur extrême.  
*Mme VIVONA, Mme ROUMAGNAC, Dr LARROUDE.*
- 2) Tenues de travail des personnels ouvriers : adaptation et retour des tenues lavées.  
*Mme ITHURRALDE, Mme ROUMAGNAC.*
- 3) Modalités de remplacement de remplacement des machines à glace dans les services pour la préparation des vessies de glace.  
*Mme VIVONA, Mme ROUMAGNAC.*
- 4) Bilan des déclarations d'accidents du travail/maladies professionnelles : période du 20/04/2023 au 10/08 (Info).  
*Mme ITHURRALDE.*
- 5) Bilan CMRE (info) et présentation de la cartographie des postes.  
*Mme LARIVEN*
- 6) Point travaux.  
*M GAYRARD.*  
Dont :
  - Avancement du Schéma Directeur Immobilier et présentation des projets.
  - Sécurisation de l'accueil du bâtiment Hautevive
  - Mise en fonctionnement des entrées par badge au Bâtiment Interventionnel et Ambulatoire.
  - Non-respect des circuits de circulation par des camions et signalétique des travaux
- 7) Protocole d'habillage et de sortie des blocs : rappel des règles.  
*Dr LARROUDE.*
- 8) Fermetures de lits.  
*Mme VIVONA.*
- 9) Retour sur les visites du F3SCT.  
*Représentants du F3SCT.*
  - Validation de la mise à jour de la procédure d'organisation des visites (avec Mme HILBERT).
  - USLD (suivi de la présentation par Mme VIVONA du plan d'actions prévu pour répondre aux situations individuelles et collectives remontées).
  - Service intérieur.
- 10) Situation du service d'addictologie.  
*Mme VIVONA.*

## PROCES-VERBAL

### Annexes :

- Annexe 1 : Bilan synthétique AT-Tr- AES - MP\_20.04.23 au 10.08.2023
- Annexe 2 : Bilan CMRE 2022
- Annexe 3 : Cartographie PAM
- Annexe 4 : Avancée des travaux au Centre hospitalier de Pau
- Annexe 5 : Schéma Directeur Immobilier : Etat d'avancement
- Annexe 6 : Tenue pour se rendre au Bloc opératoire pour tous les professionnels
- Annexe 7 : Tenue pour entrer en salle d'intervention
- Annexe 8 : Tenue et entrée des intervenants extérieurs pour le Bloc
- Annexe 9 : Tenue de sortie de Bloc (temporaire ou définitive)
- Annexe 10 : Procédure visites F3SCT

Mme LARIVEN ouvre la séance.

- Approbation des Procès-verbaux

- Procès-verbal du F3SCT du 26 mai 2023 :  
**Le PV est approuvé à l'unanimité**
- Procès-verbal du F3SCT complémentaire du 06 juillet 2023 :  
**Le PV est approuvé à l'unanimité**

- 1) Journées de chaleur extrême et de canicule : tenues, rafraîchisseurs d'air et possibilités d'adaptations de tenues en cas de chaleur extrême.

*Mme VIVONA, Mme ROUMAGNAC, Dr LARROUDE.*

Mme ROUMAGNAC :

L'établissement n'a pas racheté de ventilateurs, il y avait du stock.

Rafraîchisseurs d'air : après la demande des services, le service technique s'est interrogé sur des problématiques électriques. La mise en place a finalement été possible. Une commande de 155 rafraîchisseurs a été passée, dont 40 pour le Centre Jean Vignalou (Gériatrie). Ces rafraîchisseurs sont achetés via l'UGAP (Union des Groupements d'Achats Publics). L'objectif était de les mettre dans les chambres mais ils ont parfois été mis dans les couloirs, selon les possibilités et les branchements. Concernant leur efficacité, les avis sont divisés. Certains estiment que ces dispositifs permettent de rafraîchir l'air et d'autres n'ont constaté aucune efficacité. Il y a des services très exposés aux fortes chaleurs en raison des bâtiments et des services dans lesquels les patients sont plus fragiles face au risque de chaleur. Se pose la problématique de l'entretien de ces rafraîchisseurs d'air qui est plus difficile que pour les ventilateurs (eau, filtres à changer). Les matériels n'ont pas été distribués immédiatement pour des problèmes de place et de disparitions. Au CJV, 4 rafraîchisseurs ont disparu d'un local fermé à clef. Il y a eu des retards sur la mise en place et des interrogations sur les modalités d'entretien. Le protocole a ensuite été adapté.

Dr LARROUDE : Le service d'Hygiène a rédigé une fiche technique disponible sur ENNOV. Il y a eu deux versions puisqu'il y avait une difficulté au niveau des changements de filtres. Nous avons eu des retours sur l'inefficacité des rafraîchisseurs. L'utilisation dans les couloirs est peu efficace et il faut utiliser de la glace, car l'eau ne rafraîchit pas assez. Au départ, les pains de glace ont été commandés mais distribués seulement dans un second temps.

Mme ROUMAGNAC : Le Centre Hospitalier de Pau et le GHT Béarn font partie d'un groupement d'achats régional qui va mener une réflexion sur des tenues estivales ou plus légères. Les établissements du

groupement d'achats doivent se mettre d'accord sur le type de tenues. La difficulté est majorée par le fait que les établissements n'ont pas tous les mêmes blanchisseries donc les mêmes contraintes de nettoyage.

Pour les T-shirts, la durée de vie est très courte, presque de l'usage unique. Il faut étudier le grammage des polos. Les établissements s'interrogent également sur la possibilité de remplacer les pantalons par des bermudas ou de choisir une tenue spécifique pour l'été et conserver une tenue hivernale ou adopter toute l'année une tenue plus légère.

**Un groupe de travail régional va se réunir sur la thématique à partir de janvier 2024. Par ailleurs, le Schéma Directeur Immobilier prévoit à terme des locaux avec un système de rafraîchissement qui devrait, pour les patients et le personnel, limiter l'effet forte chaleur.**

Mme LE PAUVRE : Concernant les rafraîchisseurs d'air, je vais faire un retour d'expérience pour l'avoir vécu. Nous n'avons eu aucune information sur ces dispositifs qui sont arrivés dans les services avec une note d'utilisation incompréhensible. J'ai appelé des collègues qui avaient déjà eu cela au CJV. Nous n'étions pas sur la même procédure pour les pains de glace, sans parler qu'il fallait les mettre au congélateur, remplir 21 bouteilles, changer toutes les 20 minutes pour que cela fonctionne. Mettre un rafraîchisseur par chambre, c'est bien, mais quand on en a 7 pour 12 chambres c'est compliqué, comment fait-on ? Il fallait aussi garder les cartons. Cela a été une charge de travail pour les services de soins, je ne sais pas si vous imaginez. Les pains de glace sont arrivés la semaine d'après. J'ai dû appeler la secrétaire de Mme VIVONA, puisque c'était l'ordre de la Direction des soins, pour que l'on vienne m'expliquer comment cela fonctionne. Je suis officière dans le service mais les AS et les IDE n'auraient pas eu le temps de le faire. Effectivement, ils ont été mis dans les couloirs et ne servaient pas à grand-chose.

Mme MILLET : Est-ce que vous allez continuer l'achat de rafraîchisseurs l'année prochaine ? Puisqu'effectivement sur les services de soins, par exemple sur l'orthopédie, il y en a eu 8 livrés et nous n'avons pu les mettre que dans les couloirs, ce qui ne servait à rien.

Mme ROUMAGNAC : Nous n'avons pas élaboré le plan d'équipement 2024. Ce point sera abordé avec l'encadrement car les avis sont mitigés sur les rafraîchisseurs d'air. S'ils ne sont pas satisfaisants, nous choisirons peut-être des ventilateurs. Ils ne sont pas parfaits non plus. Lorsque nous avons acheté des rafraîchisseurs, nous n'avions pas envisagés ces éléments par rapport aux pains de glace, on pensait en avoir en stock. On savait qu'avec une commande d'une centaine de rafraîchisseurs, on n'allait pas couvrir toutes les chambres. Il y a aussi le problème des branchements, qui peuvent être générateurs de chutes. Il y a donc une réflexion globale à mener, sans négliger la problématique du stockage en période d'hiver. Il y a eu « des loupés », je m'en excuse.

Mme LARIVEN : Pour conclure ce point, une réflexion sur les rafraîchisseurs sera menée avec l'encadrement directement concerné, et qui peut se rendre compte et évaluer les besoins et les contraintes, mais également avec la Direction des soins et l'hygiène. La réflexion sur les tenues sera menée par le groupement d'achats en lien avec M. GOMEZ, Directeur de la BIH.

- 2) Tenues de travail des personnels ouvriers : adaptation et retour des tenues lavées.  
*Mme ITHURRALDE, Mme ROUMAGNAC.*

M. LAVROF : Notre organisation a été interpellée par nos collègues ouvriers, notamment du service électrique. Leurs tenues actuelles ont des boutons pressions en métal. Ils s'interrogent sur leur sécurité, puisqu'ils travaillent avec de l'électricité et pensent que cela pourrait être dangereux. Il existe des tenues de travail avec des boutons pressions en plastique. Par ailleurs, ils ont souvent des tenues non adaptées : pantalon trop long. La blanchisserie n'ajuste pas à leur taille. On leur a répondu que si l'on adapte la taille d'un pantalon, quand le personnel quitte l'établissement et qu'on le redonne à un autre personnel, cela pose problème. Enfin, il y a un problème de retour des tenues lavées, comme dans les services de soins, la dotation, n'est pas suffisante par rapport au moment entre lequel ils déposent leur tenue, qu'elle est prise en charge, qu'elle part à la lingerie, qu'elle est lavée et revient.

Mme ROUMAGNAC : Sur les pantalons, les tenues appartiennent à la BIH, elles ne doivent effectivement pas faire l'objet de transformations, pour pouvoir être données à d'autres professionnels. Tout le monde n'a pas la même longueur de jambe. Sur les retours des tenues lavées, le délai de la BIH est compris entre 48 h et 72 h, sauf aléas exceptionnels. Il faut peut-être augmenter la dotation ? Pour les tenues avec des pressions en métal, je n'ai pas connaissance de cette problématique.

Dr LARROUDE : Est-ce qu'on ne peut pas trouver un fournisseur avec des pantalons ayant des longueurs de jambe différentes ?

Mme ROUMAGNAC : Nous pouvons chercher mais les achats sont de moins en moins faits par les établissements. Ils sont faits par des groupements régionaux et mutualisés. M. GOMEZ participe aux réunions des groupes techniques régionaux pour le faire remonter. Pour les pressions, au niveau du traitement du linge, la durée de vie du plastique est aussi limitée.

M. TRUONG : Ces professionnels sont amenés à intervenir sur des câbles haute tension, il me semble. Ils doivent avoir une tenue spécifique au moins pour leurs astreintes.

Mme ITHURRALDE : Ils peuvent intervenir dans le local de l'IRM où il y a une partie haute tension. Même s'ils sont habilités, je ne sais pas s'ils interviennent fréquemment. Il faut voir avec M. DAVANCE.

Mme LARIVEN : Nous pouvons nous renseigner sur ce qui se fait dans d'autres établissements. Je propose de mettre ce point dans le tableau de suivi, avec une demande à M. GAYRARD de réaliser un benchmark.

M. TRUONG : Il ne s'agit que d'une tenue, voire 2, pour le jour où ils sont amenés à intervenir.

Mme BAHURLET : Concernant le retour des tenues, pour le service technique, les agents descendent le sac de linge sale eux-mêmes, une fois par semaine. Ils récupèrent les tenues propres devant le self, dans des grilles. Il faudrait peut-être revoir les tournées ? Si du personnel du service intérieur récupéraient leurs tenues, ce serait plus adéquat pour eux.

Mme ROUMAGNAC : Je ferai le point sur les tournées. Ils vont aussi sur Hauterive et Vignalou.

Mme BAHURLET : Il n'y a aucun personnel sur Hauterive, ils sont tous au service technique, que ce soit les générations climatiques, les électriciens, ils sont tous au même endroit. Au niveau du garage et du service technique, il n'y a aucun passage du service intérieur pour ramasser les tenues. Les agents descendent leur sac quand il est plein, ils ne le font pas régulièrement.

Mme ROUMAGNAC : Je voulais dire que des véhicules ramassent du linge au CJV et à Hauterive. Ce que vous dites, c'est que, de manière dérogatoire, les services techniques et le service transport portent eux-mêmes leurs sacs de linge ? Ils les descendent à la main ? S'il n'y a pas de dépôt, il y a forcément un décalage pour l'enlèvement. La BIH travaille les jours fériés, ou compensent par un jour de travail supplémentaire le samedi. Je referai le point avec M. ARTUS.

- 3) Modalités de remplacement des machines à glace dans les services pour la préparation des vessies de glace.

*Mme VIVONA, Mme ROUMAGNAC.*

Mme VIVONA : Nous avons enlevé les machines à glaçons et mis en place un autre système.

Dr LARROUDE : Ce système existe depuis plusieurs années, il a été validé au niveau de l'Hygiène. C'est un matériel à patient unique. Ce sont des CRYOPAD à mettre au frais. C'est pratique et hygiénique contrairement aux machines à glace qui n'étaient pas entretenues.

Mme VIVONA : Nous avons supprimé les machines à glaçons pour les raisons évoquées par le Dr LARROUDE, mais aussi pour tout ce qu'elles imposaient : on met les glaçons dans une poche qui doit être nettoyée. Le nouveau système ne nécessite pas de poche de protection et peut être mis directement sur la peau.

Mme LE PAUVRE : Il y a plusieurs tailles ?

Mme VIVONA : Ce sont des grandes plaques que l'on découpe.

Mme MILLET : Nous l'utilisons beaucoup en service d'Orthopédie. Il y a un numéro de téléphone pour commander. C'est un rouleau que l'on découpe à la taille souhaitée. Il faut le tremper dans l'eau pour qu'il gonfle et c'est ensuite mis dans un congélateur.

Mme LE PAUVRE : Il faudra revoir la taille des congélateurs. Entre les packs pour les rafraîchisseurs et ça, cela va être compliqué.

Mme VIVONA : Votre remarque est légitime, les congélateurs ne sont pas très grands. Ils vont faire l'objet d'une étude conjointe DAHL et Direction des Soins.

Mme ROUMAGNAC : Concernant cette étude, il faudra regarder la place dans les offices. Il n'y avait pas une machine à glace par unité, elles étaient mutualisées. Concernant le CRYOPAD, il existe depuis plusieurs années. Je m'interroge sur les modalités d'approvisionnement : ce sont des rouleaux disponibles au Magasin central. Ce n'est pas un produit stocké ? Il est à la demande ? Il n'y a pas de péremption.

Mme VIVONA : Il faut qu'on interroge les services. Mme LE PAUVRE disait « je ne connais pas ». On l'a cherché en UPUA : il n'y a qu'une seule plaque, il n'y a pas de rouleau. Il n'y en a pas dans tous les services.

M CASTAING : Est-il prévu une suppression totale des machines à glace ? Si on est confronté à un problème de livraison ou de rupture des CRYOPAD, l'avantage des machines est qu'elles produisent de la glace en continu.

Mme VIVONA : On les a toutes supprimées, à part celle du Bloc opératoire. En cas de rupture de stock de CRYOPAD, on serait amené à s'adapter. La glace n'est pas un dispositif vital pour une thérapie. Il y a des alternatives. Quand on a fait l'étude, la machine à glace avait plus d'inconvénients que d'avantages.

Mme CAMY : Il faudrait une note d'information pour ces dispositifs. Travaillant au Laboratoire, certaines analyses nécessitent d'être acheminées dans la glace. Souvent, les services nous les amènent vite en disant « je n'ai pas de glace, pouvez-vous prendre en charge le tube rapidement ? »

Mme LARIVEN : Il faut clarifier l'utilisation de ces dispositifs, pour les conditions d'exercice, mais aussi pour la bonne utilisation des bons matériaux, en fonction des usages. C'est à la fois une problématique de F3SCT mais aussi de circuits et d'approvisionnement.

*Afin de pouvoir libérer Mme ROUMAGNAC, le point sur la visite du Service intérieur est avancé.*

#### 9) Retour sur les visites du F3SCT.

*Représentants du F3SCT*

- Service intérieur

Mme BARADAT : Nous avons rencontré les personnels du service intérieur et leur avons expliqué le but de cette visite : exprimer les difficultés liées à leurs conditions de travail et toutes les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer. A la différence des visites habituelles, dans les services, avec la partie liée aux locaux notamment, ces agents bougent, c'est le principe de leur activité. Nous avions mis à leur disposition une boîte avec des papiers qu'ils pouvaient utiliser pour écrire leurs difficultés. Nous avons laissé le matériel 3 semaines. N'ayant pas pu voir tout le monde, nous avons rencontré la responsable pour expliquer que l'idée était de s'emparer de cette occasion.

Il y a eu 29 réponses. Les problématiques récurrentes ressorties sont : effectifs insuffisants, restrictions non respectées, manque de connaissance du service par la cadre, tenues de travail inadaptées, des termes comme « copinage », « division » concernant la cadre, problème d'équité sur le planning. Ce retour n'est pas à la hauteur de ce que espérerions. Maintenant que fait-on de ces réponses ? Je vais laisser mes collègues compléter.

Mme BAHURLET : Mme BARADAT a cité l'ensemble des réponses. Il y a une vraie problématique dans ce service. Outre les remontées papier, on rencontre régulièrement des agents en difficulté, face à des problématiques de conditions de travail et des difficultés relationnelles avec l'encadrement et les collègues. Pour le suivi de cette visite, il nous manque les fiches de poste, les tournées, les effectifs.

Mme BARADAT : Lors de notre visite, il a été évoqué un travail sur les tournées et les fiches de poste. Il y a visiblement de grosses difficultés sur : qui fait quoi, comment, quand ? Cela crée beaucoup de tensions entre agents. Nous demandons à avoir le retour de ce travail et comment il est réalisé avec les équipes.

M CASTAING : le manque d'effectifs a des conséquences sur les autres services. Au Bloc, à partir d'une certaine heure, il n'y a plus de ramassage de poubelles. Certains jours, l'activité du Bloc est intense, les poubelles débordent et nous sommes obligés d'en mettre par terre. Cela pose des problèmes d'hygiène.

Mme LARIVEN : Je constate qu'il manque des éléments à cette visite. Sur ce secteur, il y a effectivement des problématiques relationnelles et des difficultés de l'encadrement. Les relations ne sont pas toujours respectueuses. Une réflexion a été entamée sur les tournées et leur adaptation aux évolutions. Plus qu'un manque d'effectif, il y a un problème d'absentéisme important dans ce secteur et de restrictions. Certaines personnes ne souhaitent pas changer de service et on leur impose de respecter leur santé. Il y a des personnes qui ont du mal à faire le deuil de leur métier. Concernant l'absentéisme, il est difficile de remplacer rapidement au service intérieur parce que cela nécessite une bonne connaissance de l'hôpital.

Sur la problématique de l'encadrement, se pose la question de l'accompagnement. Le cadre n'a pas eu de formation à l'encadrement par manque de temps. Il n'est pas facile de se confronter à ce secteur.

**Ce secteur fait partie de toute façon des secteurs sur lesquels on continue la réflexion, pour essayer de faire en sorte qu'il fonctionne au mieux, que l'absentéisme se réduise et qu'on préserve la santé des professionnels qui y sont, soit en adaptant le poste, soit en leur proposant éventuellement autre chose.**

Mme BARADAT : J'entends, il y a sans doute un problème d'absentéisme. L'interrogation qu'on peut avoir, ce sont les origines de l'absentéisme. C'est vrai que cela fait partie des secteurs qui nous avaient interrogés lors de la création du BIA et de nouveaux bâtiments, on s'est dit forcément, on crée de nouveaux bâtiments, ça veut dire qu'on augmente l'activité, le nombre de tournées et on n'avait jamais vraiment eu les éléments de réponse. A priori, on était à effectif constant et cela nous a interrogé, d'où le côté indispensable de voir effectivement ces documents, sur ces fiches et sur ces tournées, cela peut mettre en lumière le fait qu'il y a une difficulté. J'entends ce que vous dites sur les agents en restrictions, on en voit dans des services de soins, il peut y avoir des agents qui vont au-delà de leurs restrictions, mais il y a aussi une difficulté par rapport à leurs collègues. Quand on est dans un service et qu'on dit je peux travailler, mais ça je ne peux pas le faire, parfois vous avez des collègues qui ne sont pas dans l'empathie et qui se disent ça veut dire que moi je vais récupérer ... donc là aussi, si les agents ne sont pas assez nombreux et se retrouvent avec des tournées trop importantes... Je pense qu'il va falloir qu'on ait cette notion-là, c'est vrai que ce n'est pas évident les tournées, les horaires, c'est assez complexe, j'ai essayé de regarder un peu. Nous avons quand même des doutes sur vraiment est-ce qu'ils sont assez nombreux par rapport à l'activité, leur activité va augmenter, il va y avoir d'autres bâtiments, de plus en plus de tournées, cela nous interroge.

Mr TRUONG : Je rejoins Mme BARADAT, mais le fond du problème c'est que ces agents-là ont besoin d'être soutenus. Il y a quelques années, on évoquait ce service en disant qu'ils étaient livrés à eux-mêmes et laissés à l'abandon, et c'est le cas aujourd'hui. Ils ont besoin d'avoir une marche à suivre, leur expliquer les choses au lieu de décider entre eux comment ils vont faire.

Mme ROUMAGNAC : À mon arrivée, j'ai entendu parler des problématiques de ce service, notamment lors d'une première réunion très tendue avec ce service. Les fonctions support sont difficiles et pas toujours reconnues mais il va y avoir le Schéma Directeur Immobilier avec une étude des flux. Par rapport au BIA, il y a une problématique des déchets, peut-être qu'on a sous-estimé le ramassage des tournées ? Cela nécessitera des modifications correspondantes, peut-être l'apport de matériel de manutention pour faciliter leurs tâches ? Il faudra optimiser la logistique dans le cadre d'une nouvelle cuisine, de la restructuration du magasin sur le site. L'encadrement a effectivement des difficultés. Il y a un problème d'équité sur le planning. Cette équipe fait aussi les déménagements, des montages de bureaux. Quand on n'a pas la capacité, on externalise. Il faut vraiment repenser la logistique dans son ensemble pour un meilleur service au niveau des unités.

Mme LARIVEN : Pour diverses raisons, c'est un service qui attire notre attention et nécessite d'être accompagné. Il y a une réflexion à mener sur les flux, l'activité, l'absentéisme.

- 4) Bilan des déclarations d'accidents du travail/maladies professionnelles : période du 20/04/2023 au 10/08/2023 (Info).
- Mme ITHURRALDE*

Mme ITHURRALDE présente le bilan des AT du 20/04 au 10/08 (**Cf. Annexe 1**) avec notamment les demandes des représentants F3SCT d'éléments complémentaires concernant 2 AT : accident avec une porte d'ascenseur (**page 14**) et une surexposition à des agents ionisants (**page 15**). Elle présente un recueil complémentaire concernant un AT au Laboratoire (**page 16**) suite à une exposition à un risque pathogène de niveau III.

Concernant la surexposition aux agents ionisants, Mme VIVONA apporte des précisions.

Mme VIVONA : Il n'y a pas de dosimètre pour chaque agent, cela a été relevé en conseil de bloc, mais il a aussi été relevé que le nombre de dosimètres actifs qui dotent le bloc opératoire, restent souvent sur le tableau. Il a donc été rappelé au conseil de bloc à partir de cet évènement qu'il était obligatoire de porter ce dosimètre et que la qualité et le référent PCR doteront autant que de besoin de dosimètres. Seulement, dépenser pour accrocher à un mur ... Il faut vraiment que cela devienne un réflexe.

Mme ITHURRALDE : Pendant les interventions, l'agent a mis ses protections individuelles (tablier, cache thyroïde) en plus du dosimètre.

Docteur LARROUDE : Il y a beaucoup d'AES. Serait-il possible de faire un focus sur les AES ? Quels services ? Avec quel type de matériel ?

Mme LARIVEN : Il faut en effet une analyse avec le service de Santé au travail.

Docteur LARIOS : Nous faisons une étude parallèle sur différents points. Les AES sont toujours un sujet spécifique. Nous allons présenter des études parallèles avec des observations ou des commentaires.

Mme LARIVEN : Lorsque le Docteur LARROUDE parle des AES, c'est dans une logique de prévention pour limiter le nombre d'accidents exposant au sang. Plus ils augmentent, plus on se dit qu'il y a une baisse de vigilance et un rappel à faire.

##### 5) Bilan CMRE (info) et présentation de la cartographie des postes.

Mme LARIVEN présente le Bilan CMRE 2022 (**Cf. Annexe 2**)

Mme LARIVEN : Cette commission a une dynamique et se tient régulièrement. Il y a aussi des actions entre deux CMRE. On essaye de formaliser au maximum. Les professionnels concernés reçoivent des courriers, avec une formalisation de leur parcours. On essaye de formaliser au mieux pour que dans les services, il y ait un respect des restrictions. Ce n'est pas facile dans les services de fonctionner avec des agents en restriction. On essaye d'être les plus vigilants possible, on travaille avec l'encadrement. Pour faire cette cartographie, Mme SICABAIGT et Mme FITTE sont allées à la rencontre des services. Nous avons des numérotations de postes à la DRH, quand il y a un poste permanent, il y a une numérotation en postes 8, et les postes en sureffectifs sont les postes 9. On a plus d'une trentaine de professionnels en sureffectif à ce jour sur des postes adaptés.

Ce qui est important, c'est que cette cartographie est la première que nous formalisons comme cela. Chaque année, sauf s'il y a des gros changements, vous aurez un point sur cette cartographie. Nous souhaitons favoriser la mobilité des professionnels qui sont sur ce type de postes en rappelant aux services que ces postes-là sont des postes « réservés ». Si une personne en restriction sur un poste « réservé » s'en va, on publie le poste en interne pour les professionnels identifiés, connus et ciblés, pour qu'ils puissent, le cas échéant, aller sur un autre poste qui conforme à leurs restrictions, appétences et compétences. Aujourd'hui, nous avons un suivi des effectifs, des remplacements qui nous permet d'avoir une vigilance fine avec la CMRE sur les perspectives et les suivis d'agents. Parfois, des questions se posent sur une personne qui s'en va et on se rend compte qu'elle n'avait peut-être plus les mêmes restrictions, que le poste avait pu évoluer. Cette cartographie permet d'identifier les postes dits « réservés » qui aujourd'hui sont occupés par des personnes avec des restrictions identifiées. On utilise aussi dans certaines situations, des postes tremplins qui ne sont pas forcément des postes dans la cartographie. Quand une personne revient ou est en difficulté, il arrive qu'on trouve des solutions transitoires où on met une personne en attente sur un poste avec une évaluation afin de voir si ensuite elle pourra intégrer un poste, éventuellement l'orienter vers une invalidité.

Mme BARADAT : Effectivement, étant donné que nous ne faisons pas partie de cette CMRE, nous n'avons que ces documents-là pour nous faire une idée. Nous ignorions jusqu'à présent, nous n'avions pas la mesure. Sur le tableau de bord de suivi des situations individuelles (**page 3**), je vois les autres propositions de la CMRE, donc pèle-mêle retraite pour invalidité, serait-il possible que cet item-là soit précisé ? Parce que nous c'est le seul élément qu'on aura pour avoir une idée de suivi tous les ans, en voyant est-ce que ce nombre de situations augmente ou pas ?

Mme LARIVEN : Il faut qu'on puisse vous dire sur ces 74, on a eu X retraites pour invalidité, X licenciements pour inaptitude, une rupture conventionnelle, la logique de reconversion. Donc essaiera de vous faire un bilan plus détaillé.

M. LAVROF : Cette cartographie est-elle figée ? Peut-on envisager la création d'autres postes aménagés en fonction des cas particuliers ?

Mme LARIVEN : Elle n'est pas figée. Ce qui est figé, ce sont les postes 8. Les postes 9 étant en sureffectif, ils peuvent disparaître, être remplacés par d'autres. L'idée n'est pas la création de postes, c'est d'essayer de maintenir au maximum des personnes au travail. On ne va pas multiplier des créations de postes juste pour maintenir des personnes au travail, s'il n'y a pas une utilité dans le circuit et dans l'organisation de l'établissement. L'idée du maintien et du retour dans l'emploi, c'est que la personne puisse avec ses restrictions, exercer un métier qui n'est pas forcément le métier qu'elle exerçait initialement, mais qu'elle puisse continuer à travailler et à apporter à l'établissement. C'est pour cela que, dans certaines situations, on oriente les personnes vers une rupture ou invalidité parce qu'elles ne sont plus en capacité de travailler. La cartographie a vocation à évoluer en fonction des situations mais il faut rester dans un volume qui n'augmente pas.

Mme BALLESTER : Pour la prochaine présentation, pourrions-nous avoir le détail des postes 8 et 9 ? Concernant le poste dont vous parlez tout à l'heure qui allait évoluer, est-ce que vous parlez de celui de la Maternité puisque c'est un poste pérenne mais il n'y a plus d'agent en poste aménagé pour le moment dessus ?

Mme LARIVEN : C'est un poste 8 qui va devenir un poste classique. Il y en a un qui va sortir c'est celui-là du fait d'une évolution d'activité. Il disparaît, il n'est pas remplacé par un autre, je n'ai pas eu de proposition en remplacement. Je souhaite et ferai toujours en sorte que ces postes 8 ne finissent pas tous par disparaître, sinon on fait perdre à des agents la possibilité d'être maintenus ou de revenir dans l'emploi dans les meilleures conditions. Là-dessus, je serai vigilante et votre vigilance m'aidera aussi. Il faut qu'on soit dans ce maintien pour pouvoir permettre à des professionnels de continuer à travailler, dès lors qu'ils sont en capacité de travailler avec des aménagements.

Mme LEPAUVRE : Quelques interrogations, sur les postes de Pneumologie, Infectiologie, Rhumatologie : 2 officières en Pneumologie, 3 en Infectiologie/ Rhumatologie ? Au bloc opératoire le poste interventions externes, qu'est-ce que c'est ? L'UPUA qui n'apparaît pas, où il y a des postes aménagés ? Il n'y a pas de poste aménagé à l'UPUA ? C'est au 18/09/2023, s'il n'y a pas de poste officière à l'UPUA, j'en suis ravie. Je ne sais donc pas ce que je fais. Dernière question, si les volumes en sureffectif ne doivent pas augmenter, est-ce que cela ne veut pas dire qu'à terme il n'y aura pas plus de retraites pour invalidité ?

Mme LARIVEN : Lorsque cette cartographie a été formalisée, l'idée était de faire le point aussi sur les fiches de postes. Elles sont vues avec Madame FITTE, Madame SICABAIGT, l'encadrement. Sur les postes de l'UPUA, ils n'existent pas effectivement. C'est une logique d'évolution qui a fait que des postes qui existaient ailleurs ont été créés à l'UPUA. Les postes initiaux auraient dû être transférés à l'UPUA. Les personnels qui ne pouvaient plus exercer dans le service qui avait évolué, ont été positionnés ailleurs dans des secteurs où il n'y avait pas de poste identifié.

Mme VIVONA : Quand on a créé l'UPUA, il y avait deux personnes en restriction. Les postes n'ont pas été créés, mais il avait été arrêté que ces agents qui faisaient partie du service de Spécialités étaient positionnés sur des postes UPUA en tant qu'officières. Elles faisaient partie de l'équipe et elles pouvaient exercer leur métier dans le service de Spécialités. Elles ne pouvaient plus à l'UPUA au regard du profil patient accueilli. Il avait été posé de façon temporaire, qu'on créait ces postes d'officières et qu'on voyait comment l'UPUA fonctionnait. Mme FITTE et Mme SICABAIGT ont identifié tous les postes dits adaptés qui existaient, donc s'ils sont dans la cartographie, c'est qu'ils ont bien été identifiés comme cela.

Mme LEPAUVRE : En Neurologie, il y a une officière, en Pneumologie nombre d'officières : 2, en Infectiologie nombre d'officières : 3 ? Ce n'est pas vrai.

Mme VIVONA : Il n'y a pas trois officières en termes de personnes en Infectiologie et deux en Pneumologie.

Mme POMMIER : Je me pose la question sur le pôle Mère-Enfant, des deux personnes à l'accueil je ne vois pas à quel service cela correspond, j'en vois une mais pas la deuxième.

Mme LARIVEN : Peut-être que vous n'avez pas connaissance de toutes les personnes en restriction.

Mme POMMIER : La Pédiatrie totale comprend la Réanimation, les Consultations, enfin différents services.

M. TRUONG : On trouve ça bien qu'on essaye de mettre à jour ces tableaux-là, il y a un travail qui avait déjà été établi. On nous dit que l'ensemble des cadres a été consulté, on a consulté plusieurs cadres qui ont dit qu'ils n'avaient pas été consultés. En Traumatologie, il n'y a pas une officière, il y en a deux.

Mme LARIVEN : Il existe aussi des postes d'officières sans restriction, de même qu'il y a des postes d'AGA qui sont en restriction et des postes d'AGA qui sont sans restriction. Il peut y avoir le même type de poste où on va l'identifier comme un poste dit aménagé et à côté l'autre poste sera lui ouvert à tout autre professionnel, car dans les services ils veulent aussi pouvoir mixer au maximum. Il y a par exemple des postes d'AGA : des professionnels en dehors des restrictions peuvent avoir envie d'exercer ce type de poste. Les cadres qui ont été sollicités, c'était sur les personnes dont on avait connaissance et les postes dont nous n'avions pas connaissance. Si des cadres avaient dans leur service des postes avec des personnes qui ont des restrictions, il faut qu'ils le fassent remonter à Mme FITTE ou Mme SICABAIGT. Si vous avez des situations précises, n'hésitez pas à nous les faire remonter et on vérifiera. Normalement, elles avaient pris tout le suivi qu'elles font, nominatif, et elles avaient essayé d'y voir un peu plus clair et d'aller à la rencontre des cadres.

Mme BALLESTER : Par rapport au pôle Anesthésiologie, sur l'Intervention externe et l'Endoscopie, est-ce qu'on pourrait avoir la catégorie professionnelle s'il vous plaît ? Je pense que personne ne fait l'endoscope.

Mme LARIVEN : D'accord, on précisera.

Mme LEPAUVRE : Pour notre organisation syndicale, on demande toujours à être présent à cette CMRE, je pense que c'est important. On connaît déjà votre réponse. Quand je lis dans la Commission de Maintien de Retour à l'Emploi, que les éléments médicaux ne sont ni abordés ni communiqués aux membres de la CMRE sauf le médecin de Santé au travail, je ne sais pas pourquoi les représentants du personnel ne pourraient pas assister à cette CMRE. On réitère notre demande.

Mme LARIVEN : Je réitère mon refus, il s'agit d'une réunion de gestion. Effectivement, le Docteur LARIOS ne vient pas avec les dossiers des agents mais donne les éléments utiles à la recherche d'affectation. Elle ne va pas donner la pathologie ou des éléments précis sur le dossier médical. Elle propose des aménagements et communique des éléments utiles pour orienter l'agent. Par ailleurs, ce sont des situations individuelles et je ne pense pas que tous les agents aient envie d'être accompagné des syndicats. Il y a des agents qui viennent vous demander des accompagnements, on a toujours dit que lorsque qu'ils étaient reçus par Mme SICABAIGT et Mme FITTE, ils pouvaient, être accompagnés par vous ou une autre personne de leur choix. Maintenant on fait des écrits de plus en plus, ce qui permet, si vous les accompagnez, de vous montrer ce qu'on a identifié comme évolution, possibilités. Ce n'est pas une commission de réforme où l'agent vient et il y a potentiellement des personnes qui l'accompagnent. Dans le circuit d'accompagnement, vous avez toute votre place et là il n'y a pas de souci pour les rencontres, les échanges.

Mme BAHURLET : J'allais dire comme Mme LEPAUVRE. Nous aussi on aurait souhaité participer à ces réunions mais vous nous dites le contraire. J'entends ce que vous dites mais je trouve dommage qu'on ne y participe pas. Nous aussi on a la confidentialité de certaines choses, on peut écouter beaucoup d'agents. Je suis d'accord sur une certaine façon, mais je réitère comme Mme LEPAUVRE, la demande à ce qu'au moins une ou deux personnes des représentants du F3SCT puissent être à ces réunions de CMRE.

Mme LARIVEN : Je réitère mon refus pour les raisons évoquées.

Mme BARADAT : Je vais terminer, Mme BAHURLET a dit à peu près ce que je voulais dire. Effectivement on parle d'organisations syndicales puisqu'on est deux organisations syndicales. Notre demande était en tant que représentants du F3SCT, parce qu'il est quand même évoqué des situations liées à la santé au travail, aux restrictions, aux aptitudes ou aux inaptitudes. Le sentiment qu'on a, encore une fois c'est effectivement une volonté de l'établissement et on en prend acte, mais on a le sentiment que nous, les représentants du F3SCT, dans nos missions nous sommes un peu évincés dans cette histoire et c'est un regret. Je tenais tout de même à ce que cela soit dit.

Mme LARIVEN : Le F3SCT n'a pas vocation à aborder des situations individuelles, mais nous devons vous aider à accompagner au mieux les agents. Si vous avez des questions à nous poser, vous avez la possibilité de le faire et vous le faites déjà avec les agents, sous réserve que vous confirmiez que les agents ont donné l'autorisation, car on est toujours dans la logique du consentement. Cette réunion est une réunion de travail, elle ne sera pas ouverte. Vous avez demandé des compléments, on abordera ces sujets-là, mais vous ne participerez pas aux réunions. Tous les agents ne souhaitent pas forcément que des organisations syndicales soient présentes. On vous fera un point régulier, on vous associera à chaque situation individuelle dès lors que les agents le souhaiteront, on vous fournira tous les éléments de précisions demandés, les profils de postes, pour que vous puissiez vous assurer qu'on est dans une logique de prévention, de maintien et de retour dans l'emploi conforme.

6) Point travaux.

M. GAYRARD.

Dont :

- Avancement du Schéma Directeur Immobilier et présentation des projets.
- Sécurisation de l'accueil Hauterive.
- Mise en fonctionnement des entrées par badge au BIA.
- Non-respect des circuits de circulation par des camions et point sur la signalétique des travaux

M. GAYRARD présente le point sur l'avancement du SDI et la présentation des projets (**Cf. Annexe 4 et Annexe 5**)

Mme LARIVEN : Sur la partie SMUR (**Annexe 5 page 30**), comme c'est imminent, lorsque ce sera réceptionné, M. GAYRARD se tient à disposition pour une visite. Les Urgences provisoires de la même façon, que vous puissiez voir comment cela va être configuré pour ces deux opérations, qui sont les plus proches.

M. GAYRARD : Après la réception, c'est possible. Les travaux concernant la PUI commencent en fin d'année, et se terminent en juillet 2025.

Mme LEPAUVRE : Sur le premier diaporama, sur la mise en conformité et la restauration en Neurologie (**Annexe 4 page 5**), c'est quoi ? En hôtellerie ?

M. GAYRARD : Le but est l'amélioration du confort hôtelier du patient avec plus de chambres seules et moins de chambres doubles, il n'y a pas de lien avec la restauration.

Mme MILLET : Sur le diaporama, vous mettez Urgences en mode dégradé (**Annexe 5 page 30**), ça veut dire quoi ? Qu'est-ce que vous entendez par mode dégradé ?

M. GAYRARD : Cela veut dire qu'on sera sur une phase transitoire entre les locaux actuels qui ne seront pas encore restructurés et les futurs locaux qui ne seront pas encore construits. C'est une phase intermédiaire où on ne sera pas encore dans les locaux terminés, où il y aura des mouvements dans l'organisation du service des urgences.

Mme VIVONA : La Direction du Patrimoine va offrir aux Urgences un mode organisationnel architectural qui leur permet de faire ce qu'ils font aujourd'hui. Ils ont travaillé avec les cadres, le cadre supérieur et les médecins pour que ce soit le plus opérationnel possible. Ils sont amenés à condamner certains lieux des Urgences : par exemple l'entrée ne sera plus cette entrée-là, ils ont aménagé une autre entrée qui sera signalée. C'est un gros travail où ils aménagent des services pour qu'ils puissent continuer à offrir la prestation de qualité qui était celle d'avant. C'est un travail commencé depuis quelques mois, notamment sur les Urgences. Ça va être le cas dans beaucoup de secteurs. Quand on avait fait les travaux de mise en conformité incendie sur FM, il y avait eu des transferts de services vers d'autres, on aurait pu appeler cela aussi des modes dégradés.

M. GAYRARD : Ce sera le cas pour l'opération 1 phase 3, la restructuration de FM où il y aura des jeux de chaises musicales le temps de refaire une aile.

Mme BALLESTER : Suite à la restructuration hôtelière de la Neurologie, les bureaux syndicaux seront où ?

M. GAYRARD : Ils ne sont pas impactés par cette restructuration. Ce qui est envisagé c'est une extension.

Mme BAHURLET : Concernant les consultations et l'HDJ, ils vont bouger aussi ou cela reste des travaux ?

M. GAYRARD : La philosophie du projet c'est de réunir en RDC pour faciliter le parcours des patients, un maximum de consultations et d'hôpitaux de jour.

Mme VIVONA : La phase 2, ce sont les projets à venir qui vont complètement changer ce que l'on connaît aujourd'hui des Consultations externes et de l'HDJMO. On facilite les personnes en situation de handicap sur l'accès, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. La phase 2 est un chantier qui commence en termes de réflexion, mais qui va s'accélérer et qui vous sera présenté. Aujourd'hui, on collecte les réflexions des uns et des autres. Par exemple, si je prends l'HDJMO, à l'heure actuelle, ce n'est pas forcément un plateau technique, demain ce sera un plateau technique en termes de fonctionnement. On sera comme sur un bloc opératoire, des vacations. Il y a des enjeux très forts architecturaux, mais aussi organisationnels pour pouvoir avancer dans un projet qui doit couvrir les 10 ans à venir. On doit se projeter pour savoir comment on voit l'établissement demain et qu'il réponde, aux besoins de la population. L'HDJMO est en plein développement partout, donc il faut qu'on soit au rendez-vous. Les idées qui sont portées par les professionnels (médecins ou paramédicaux) sont très intéressantes pour rendre cette HDJMO attrayante et confortable.

Mme BALLESTER : Une dernière chose Mme VIVONA, je suis contente que vous parliez de l'avis des paramédicaux, parce qu'en fait à la Consultation, on a fait une réunion avec quelques paramédicaux, l'encadrement et je crois vous-même. Depuis plus rien et là c'est la cadre qui s'occupe des locaux avec les médecins, mais on ne nous demande pas notre avis, et je trouve bien dommage car c'est quand même nous qui utilisons les locaux toute la journée.

Mme VIVONA : On n'en n'est encore là, c'est pour cela que vous n'êtes pas sollicités. On en est à comment on articule l'HDJMO et la Consultation externe. La consultation des paramédicaux, des utilisateurs dans la phase 1, s'est faite une fois que cette phase était finie. De cette façon sur le RDC, on a la Direction des soins, on a le réaménagement de la DAF, mais toutes ces personnes-là vont devoir déménager. Les salles de conférence, dans le projet resteront où elles sont avec des aménagements. Ce qui est important aujourd'hui, c'est de définir comment ils vont fonctionner. Ce que nous souhaiterions, c'est que la Consultation externe et l'HDJMO soient vraiment très proches l'un de l'autre pour qu'on puisse faire de l'HDJMO un turn-over assez important, parce que le médecin de la Consultation sait qu'il a un patient en HDJMO et il n'a pas à monter. Ceci est embryonnaire et c'est pour cela que vous n'êtes pas consultés, mais quand on entrera dans la définition des périmètres, il y aura un retour vers vous.

Mme LARIVEN : Au fur et à mesure que cela avance, pour la partie SSCT il y aura des choses qui seront vues et puis sur des validations ou sur des restructurations, il y aura des choses qui passeront en CSE. Il y avait des questions qui avaient été remontées à M. GAYRARD.

M. GAYRARD : Sécurisation de l'accueil Hauterive : en effet on a été destinataire d'évènements indésirables qui ont été rencontrés par les agents d'accueil. A ce stade, le responsable du service sécurité M. ARCIS a rencontré les agents en question. On a remis la main sur le dispositif d'alerte présence verte qui avait été égaré et qui a été remis à disposition des agents. Le PC sécurité a été sensibilisé à la question et on a fourni aux agents du bureau des entrées d'Hauterive une petite procédure à appliquer en cas de difficultés pour permettre au PC sécurité d'intervenir au plus vite. A ce stade, il n'y a pas de réflexion architecturale de fermer pour tout ou partie cette partie accueil, puisqu'on est dans le cadre d'une réflexion globale sur le bâtiment Hauterive. C'est ce qui concerne l'opération 2 phase 1, et l'ensemble du bâtiment Hauterive va être restructuré réaménagé, donc on préfère avoir une vision d'ensemble avant de se lancer sur des travaux et sur ce bâtiment-là.

Mise en fonctionnement des entrées par badge au BIA : c'est effectif, je ne sais pas s'il y a une autre question derrière ?

M. CASTAING : Est-ce qu'on a résolu certains problèmes de badges qui ne marchaient pas pour certains agents ?

M. GAYRARD : Je ne suis pas au courant d'une problématique de badges, aujourd'hui le système fonctionne.

Mme LARIVEN : C'est à la DRH, que les badges sont codés. Il faut voir avec l'encadrement si c'est le badge ou le système qui ne fonctionne pas. Si le badge est défaillant, il faut revenir à la DRH.

M TRUONG : Devant le BMA, tous les camions qui circulent, à un moment donné ne pourront plus passer, toutes les voitures qui se garent dans l'herbe en quinconce, il va y avoir un souci.

M. GAYRARD : Je vois deux sujets : la circulation en phase chantier avec des camions qui approvisionnent le principal chantier B2ME, où là il y a en effet un flux de camions très important avec des sens de circulation qui ont pu être un peu hasardeux. On rencontre à minima toutes les semaines, le groupement qui est piloté par FAYAT, avec des rappels puisqu'on est sur un lieu occupé. Ensuite, on a un sujet stationnement de façon générale sur l'établissement. On a mis en place un affichage à l'entrée du parking du personnel qui décompte le nombre de places disponibles. L'objectif est aussi de sensibiliser le personnel au fait qu'il y ait un parking qui leur est dédié et de se garer dessus, ce qui permet de libérer des places aux usagers et limiter le stationnement sauvage.

Mme LARIVEN : Le fait de voir combien il reste de places, cela permet de se dire je peux m'y engager s'il reste des places. On va faire un rappel à l'ordre, il y a le non-respect des marques au sol, elles sont discrètes mais on arrive globalement tous à respecter. Ensuite, il y a le fait d'obstruer des zones piétons, il y a ceux qui se garent face aux zones piétons, il y a ceux qui se garent sur les emplacements réservés handicapés qui n'ont pas de justificatif, ceux qui se garent sur les emplacements réservés ambulances, HAD. Parfois l'HAD a dû mal à trouver de la place pour garer ses propres véhicules. Il y a aussi des ambulanciers qui se garent mal. On va faire un rappel sur les usages, sur le nécessaire respect, sur le fait qu'il y a un parking réservé au personnel et qu'il faut l'utiliser, quelle que soit l'heure à laquelle on arrive. On va faire un rappel sur la nécessité de respecter les emplacements. Si on a des gens qui sont garés sur des emplacements non autorisés gênants,

à un moment donné, on aura la possibilité, parce qu'on a la possibilité par conventionnement, de faire intervenir la police. Il faut un esprit civique.

Mme LACRABERE : Pour le personnel qui est côté Hauterive, Vignalou, USLD, le soir c'est hors de question que je vienne me garer au parking du personnel, à 22 heures, je ne traverse pas.

Mme LARIVEN : A 22h, il y a plus de places sur l'ensemble, mais par ailleurs évidemment qu'il y a des personnes qui se garent aux alentours. Il faut que ces personnes respectent les emplacements réservés ambulances, qu'elles se garent correctement. Pour les personnes qui travaillent de ce côté-là quand il manque des places, le parking relais est gratuit et ouvert et éclairé le soir. Ce parking permet aux personnes qui ne trouvent pas de place aux alentours d'Hauterive ou Vignalou de se garer. Les personnes qui n'ont pas ces contraintes-là, doivent utiliser le parking du personnel.

Mme LACRABERE : À Hauterive, il n'y a plus qu'un parking en épi, Vignalou à 14h c'est 30 minutes pour se garer et sans exagérer.

Mme LARIVEN : C'est pour cela, il y a le parking relais il faut l'utiliser, il y a en plus un espace pour le rejoindre, c'est sécurisé et si les personnes ne trouvent vraiment pas de place il faut essayer de venir ici.

Mme BALLESTER : En cherchant un peu de place avec Mme LEPAUVRE, on se disait que les trois places réservées à la Direction, elles ne pourraient pas basculer sur le parking du personnel ? Cela libèrerait trois places pour les usagers.

Mme LARIVEN : Je ferai part de votre remarque à M. VINET. Ce n'est pas réservé à la Direction, ce sont des espaces réservés : il y a le Président de la CME, c'est la Gouvernance. Dans tous les établissements, le Directeur, qui bouge beaucoup, a un emplacement.

Mme BALLESTER : Parfois, il n'y a personne sur cette place, et personne ne s'y met alors que les usagers galèrent pour se garer. Donc si c'était dans le parking personnel cela générera moins, on garderait ces trois places ou deux cela suffit peut-être.

Mme MILLET : Y aurait-il une possibilité sur l'avenir d'ombrager le parking du personnel ? Je pense qu'il y a beaucoup de gens l'été qui cherchent des places à l'ombre et qui ne se garent pas sur ce parking parce qu'il est en plein soleil.

M. GAYRARD : On a un projet en 2024 d'ombrières photovoltaïques sur le parking du personnel, produire de l'ombre et de l'électricité.

Mme CAMY : J'aimerais savoir s'il est possible de différencier le badge voiture du badge cantine, parce que beaucoup de personnes laissent leur carte de cantine dans leur casier pour ne pas l'oublier dans la voiture, et ne se garent pas au parking personnel parce qu'elles ont leur badge cantine dans leur casier.

Mme LARIVEN : C'est un badge unique, pour certains c'est : self, clé, badge d'accès. On ne pourra pas multiplier.

## 7) Protocole d'habillage et de sortie des blocs : rappel des règles.

Dr LARROUDE

Dr LARROUDE : J'aimerais savoir d'où vient la demande de présentation de ces protocoles ?

M. LAVROF : Cela vient de la CFDT, nous avons constaté des personnels du Bloc, dehors en tenue avec des fois la charlotte sur la tête et avec une blouse par-dessus ouverte et cela nous a interpellés.

Dr LARROUDE : Nous faisons le même constat au niveau de l'Hygiène. C'est donc l'occasion de rappeler en les bonnes règles d'hygiène d'entrée et de sortie au Bloc opératoire. J'ai interpellé l'encadrement et les présidents de conseil de Bloc et de PTI à ce sujet. L'encadrement fait le nécessaire au niveau des paramédicaux. Au niveau médical, c'est plus compliqué, je me fais aider de Floriane LISSANDRE, Dr TUEUX et Dr LEDOYER, pour essayer de réitérer les bonnes pratiques des tenues au Bloc opératoire. En parallèle, on va travailler avec mon équipe sur un affichage plus ludique dans les vestiaires, pour rappeler aux personnes qui se changent les bonnes pratiques. Cela sera rappelé en CME, en conseil de bloc et au PTI.

Sur ENNOV, il y a des protocoles travaillés à l'époque avec les correspondants hygiène. La première c'est la fiche technique tenue pour se rendre au Bloc opératoire pour tous les professionnels qu'ils soient médicaux

ou paramédicaux (**Cf. Annexe 6**). Ce sont justement ces fiches techniques qu'on va essayer de faire en grand formats type bonhomme à taille humaine pour attirer l'attention en sortie et entrée de Bloc. Il y en avait une sur la tenue pour entrer en salle d'intervention (**Cf. Annexe 7**), où je rajoute mon masque chirurgical. On a une troisième fiche technique, c'est la tenue et entrée des intervenants extérieurs pour le bloc opératoire (**Cf. Annexe 8**). C'est une fiche qu'on a réalisée lorsqu'il y avait les travaux hospitaliers. Il faut qu'on la réactualise, puisqu'on sait que le masque dans les circulations maintenant au Bloc opératoire n'est plus obligatoire puisqu'on est sorti de la période COVID.

M. LAVROF : Quand les intervenants extérieurs rentrent avec leur propre matériel ou des livraisons, y-a-t-il une procédure ? On a cru comprendre qu'ils ne peuvent pas rentrer avec des cartons, des sacs plastiques. Y-a-t-il un affichage pour leur expliquer tout cela ?

Dr LARROUDE : Oui, en amont, on travaille avec la Direction du Patrimoine et le service biomédical. Tout matériel médical qui entre dans le bloc doit être désinfecté, nettoyé en amont. Il y a des fiches travaux, des fiches navettes.

M. CASTAING : Par rapport au personnel qui entre au Bloc et qui ressort, comme des brancardiers, aides-soignants, infirmières qui viennent chercher des patients en salle de réveil, est-ce qu'il y a un protocole d'habillage ou non. Ils rentrent avec leur tenue extérieure et repartent de la même façon.

Dr LARROUDE : Théoriquement, tout professionnel qui entre dans l'enceinte du Bloc doit respecter les protocoles, ces professionnels n'ont pas à rentrer dans le bloc s'ils gardent leur tenue.

Mme VIVONA : Dr LARROUDE, il parle de la SSPI, c'est l'extérieur, vous voyez par où ils passent ? On ne les a jamais habillés, ni les brancardiers, quand ils descendent du service, ils vont jusqu'à la grande salle d'accueil où ils sont pris en charge par l'aide-soignant et après l'infirmier et l'IAD, il y a une salle d'accueil à l'entrée.

Dr LARROUDE : Cette remarque avait été relevée lors de l'avant-dernière certification, où justement ils ne devaient pas dépasser une certaine limite, au sol il y a une bande blanche qu'ils ne doivent pas franchir.

M CASTAING : Il n'y a pas de bande blanche mais il y a une porte quand même, peu importe. Moi je parle uniquement de la salle d'accueil d'attente patients. Pas la SSPI, pas les couloirs ou autre, uniquement l'accueil du Bloc.

Dr LARROUDE : Je ne sais pas si on parle de la même chose, je ne crois pas, ce n'est pas la même pièce.

M. CASTAING : Je parle de l'accueil du Bloc, il y a le grand couloir qui arrive et là il y a l'accueil la porte battante qui s'ouvre. Là on ne s'habille pas c'est bien ce que je veux savoir ? Parce qu'il y a quand même des postes de soins à cet endroit.

Dr LARROUDE : on ne rentre pas dans le Bloc, c'est délimité.

M. CASTAING : Il y a des postes de soins avec des interventions.

Mme LARIVEN : Ce qu'il faudrait M. CASTAING et Dr LARROUDE, c'est que vous puissiez y aller ensemble et avec le cadre de Bloc pour vous assurer qu'on est bien dans le respect des protocoles.

Dr LARROUDE : Il y en a un dernier, c'est la tenue de sortie de Bloc temporaire ou définitive (**Cf. Annexe 9**). C'est celle qui n'est pas respectée. Théoriquement quand on sort du Bloc, on y sort définitivement et pour le coup on met sa tenue civile. Ou alors on en sort de manière provisoire, on garde son pyjama de bloc, on revêt sur son pyjama de bloc une blouse blanche fermée. Souvent cette blouse blanche est grande ouverte, elle n'existe même pas et on change pas non plus ses sabots. On va essayer de revoir ces fiches, qu'elles soient un peu plus lisibles.

Mme BALLESTER : Il y a aussi, car c'est une sortie provisoire mais un peu définitive, les chirurgiens qui vont au self avec leur calot et sabots.

Dr LARROUDE : Je ne comprends pas pourquoi on irait au self avec son calot.

Mme LARIVEN : A l'entrée du self il y a un grand panneau qui dit que c'est la tenue civile qui est exigée.

Mme LARIVEN : Le F3SCT se fera le relai des rappels de consignes sur ce sujet.

## 8) Point sur les fermetures de lits.

Mme VIVONA

Mme VIVONA : Nous allons parler plutôt d'ouvertures de lits. Le service anciennement de Rhumatologie, qui va devenir un service de Médecine polyvalente, a ré ouvert le 01/10 progressivement et le 02/10 complètement avec ses 10 lits. Sur la Pneumologie, les lits restent ouverts : 12 lits de Pneumologie, 10 dont 2 hospitalisations de semaine et 10 pour l'hébergement de médecine. Sur la Gériatrie, nous avons les équipes paramédicales pour ouvrir les 6 lits de SSR sur la médecine 3<sup>e</sup> et entre 8 et 10 lits de SSR sur le 1<sup>er</sup> étage. Les 6 lits de SSR du 3<sup>e</sup> étage peuvent être ré ouverts courant octobre 2023. Il y a négociations des médecins avec la Direction, on ne peut pas fixer de date définitive mais au niveau paramédical, on pourrait ouvrir dès le 09/10.

## 9) Retour sur les visites du F3SCT.

Représentants du F3SCT.

- USLD (suivi de la présentation par Mme VIVONA du plan d'actions prévu pour répondre aux situations individuelles et collectives remontées).

Mme BARADAT : Nous avions fait une pré-visite sur le service USLD. On avait été alerté sur des difficultés dans cette unité, qui avaient été rapportées en instance. À la différence du service intérieur, on avait laissé des tableaux par métier pour que chacun puisse répondre sur différentes problématiques, et la boîte pour éventuellement mettre d'autres difficultés, pendant 3 semaines. Comme pour le Service intérieur, cela n'a pas été à la hauteur de ce que nous espérions. Les agents n'ont pas rempli les tableaux. On avait bien insisté en expliquant que c'était pour leurs conditions de travail. On a eu quelques retours dans les boîtes, 16 sur l'ensemble. Je pense qu'ils n'ont pas bien compris le but de notre visite, puisque ce qui est revenu plusieurs fois c'est qu'ils ne voulaient pas revenir en 07h30. Je pense qu'ils ont été traumatisés, on les a rassurés : le vote a été fait et malgré notre opposition, ils sont en 12 h.

Il y a eu plusieurs réponses : « meilleur suivi du patient, repos, temps personnel », donc visiblement ce n'est pas toujours à la hauteur, on a eu : « moins rappelé, moins fatigué » c'était encore pour bien nous vendre les 12 heures, « problèmes de congés et rappels sur CA ». Il y a des choses un peu contradictoires. Une « Charge de travail en augmentation » est revenue plusieurs fois aussi, comme des « difficultés avec l'encadrement », avec des termes comme « favoritisme », « manque d'effectif » cité de façon assez fréquente. Visiblement, les 12 heures n'ont pas généré du plus, c'est parce qu'on n'avait pas assez d'agents au départ que cela a été mis en place. Des agents en 7h30 ont dit qu'ils étaient fatigués, essentiellement AS et ASH. Nous ne savons pas trop quoi en tirer. Il y a eu beaucoup de problématiques sur ce secteur-là. Il y a eu une réunion, c'est pour cela qu'on y était allé, mais ils ne s'en sont pas emparés. Je laisse mes collègues s'exprimer, mais je pense qu'ils partagent notre sentiment.

M. LAVROF : Même conclusion : on avait laissé un travail préparatoire assez intéressant pour permettre à nos collègues de faire des remontées par rapport à leurs conditions de travail. Il y avait plein de thèmes, par rapport à la charge de travail, au dépassement de fonction, glissement de tâches. On s'est rendu compte que les tableaux avaient été oubliés, pas remplis. Pourtant, on avait bien mis la boîte en expliquant qu'il y avait ces tableaux. C'est dommage que nos collègues ne se soient pas emparés de cet outil pour pouvoir communiquer. Effectivement, 16 papiers sur une équipe de plus de 80 agents, c'est un peu léger et ce sont les mêmes problématiques qui sont revenues. On les avait groupées en 4 catégories : problématiques liées à l'encadrement, à la non présence du médecin, certains personnels se plaignaient de ne pas pouvoir le contacter, qu'il n'était pas présent, souvent absent et cela posait problème, certains ont parlé des effectifs, certains ont demandé de modifier certains horaires de prise de poste pour une meilleure qualité des transmissions.

Mme VIVONA : A quelle date avez-vous fait la visite ?

Mme BARADAT : On avait fait les deux visites sensiblement au même moment, au mois de juin, on a laissé jusqu'à début juillet, on a laissé trois semaines en expliquant bien le processus. L'idée était qu'ils remplissent ces documents pour nous dire les problématiques et ensuite on pouvait organiser une visite avec la présence de la Préventrice sur d'autres problématiques. On se disait qu'au niveau du bâtiment on aurait moins de retour, puisque c'est un bâtiment qui est récent, mais plus sur les organisations, les conditions de travail. Quand on y est allé, on a vu plusieurs personnes, on avait dit de transmettre aux collègues, on avait vu l'encadrement. On a bien expliqué notre démarche. On dit à la cadre qu'elle pouvait remplir elle-aussi puisqu'elle était concernée, le médecin également, et rien. J'ai un peu l'impression qu'encore une fois ils n'ont pas compris le but, pour avoir insisté sur « on ne veut pas revenir en 7h30 ». Ils ont pensé que nous étions là pour faire partir

les 12 heures d'un coup de balai. Ce qui est malheureux, c'est quand on voit ce qui s'est passé, on va en parler Mme VIVONA, que cela ne soit pas ressorti dans les documents.

Mme LARIVEN : Il faut qu'on dise si cette procédure visite vous la validez ou pas, peut-être qu'il faudra qu'on la présente nous en réunion de cadre pour sensibiliser et rappeler aux cadres, que possiblement le F3SCT est susceptible de venir en visite. Cela permet aussi de relayer auprès des équipes. On peut rappeler que c'est une des missions du F3SCT, que c'est important, que c'est l'occasion pour les agents, tous les professionnels médicaux, non médicaux de s'emparer de ce type de visite pour aborder des sujets et qui ne sont pas forcément juste de la plainte, cela peut être des échanges, des choses très constructives, des propositions. Il faut voir s'il y a une autre manière de faire pour avoir plus de retours. C'est décevant.

Mme VIVONA : Je pense que les deux actions se sont cumulées, ce qui fait que vous avez eu moins de réponses, puisque c'est la période sur laquelle il y a eu la prise en main par Florence CANTON, le cadre supérieur, et des agents qui viennent vers la Direction des soins pour parler de leurs conditions de travail, de l'ambiance dans l'équipe, tout ce que l'on a évoqué lors de la réunion. En même temps on a fait un audit sur les pratiques de bio-nettoyage, parce qu'on a des remontées de cet ordre-là. Les résultats sont significatifs.

Certaines auraient pu être mises dans la boîte. Il s'agit de problématiques de collectif, d'inter-équipes, du respect du travail de l'autre, du travailler ensemble et puis des dérives de pratiques qu'il a fallu recadrer par l'institution. Pour cela Mme LARIVEN et moi-même avons redit aux agents, que lorsqu'il y avait des pratiques qui questionnaient on était pas dans la dénonciation. Le fait de signaler fait partie de la responsabilité de tout professionnel dans les métiers de la santé, que de signaler des pratiques non conformes. C'est ensuite à l'encadrement de poser la sévérité et la gravité de la non-conformité et d'instruire le dossier, parfois on est dans la non-conformité et parfois dans la maltraitance. C'est ce que l'on a rappelé à la réunion, il est important que les choses soient signalées. Il faut aussi qu'il y ait l'écoute de l'encadrement, cela aussi on en a reparlé en réunion cadre de santé, on doit entendre ce qu'un agent, une équipe dit. Lorsqu'on fait un écart par rapport à la règle, il faut être conscient des sanctions. On a mis en place des groupes de travail, notamment à partir de l'audit qui avait été fait, puisque l'audit montre par exemple des pratiques de débarrassage des plateaux déjeuners qui sont inacceptables, et le travail ASH et AS qui montre qu'il y a en une mésentente dans les tâches de chacun. Les chronogrammes de tâches présentés aux instances vont être retravaillés par les AS, les ASH, les infirmières. Cela fera l'objet d'une présentation en instance. L'échéance donnée est le premier trimestre 2024. Notamment, ce qui a été soulevé, vous l'aviez soulevé en CTE à l'époque, c'était la participation aux repas. La dérive de cette participation, il pouvait y avoir dans cette salle de repas que des ASH et ce n'est pas possible, je vous cite cet exemple car pour moi il illustre qu'on n'est plus en travailler ensemble, parce que si je travaille ensemble, même si j'ai fini de donner à manger aux résidents qui dépendent de ma responsabilité, je suis aide-soignante je reste dans la salle à manger parce que l'ASH elle n'est pas habilitée à donner à manger sans qu'il y ait une présence soignante. Tout cela va être fera l'objet d'un retour en instance.

Mme BARADAT : J'ai assisté à cette réunion, je me suis dit que là aussi ils ne se sont peut-être pas emparés de cette réunion. Il y a eu très peu de prises de parole des agents, c'était peut-être l'occasion aussi. Il n'est pas question que ces réunions soient des règlements de comptes, mais c'était peut-être l'occasion de libérer la parole aussi. C'était peut-être parce que vous étiez là Mme VIVONA ? Est-ce que vous êtes d'accord avec moi ? Parce que devant vous peut-être qu'elles n'ont pas osé parler.

Mme VIVONA : L'intervention que j'ai faite ce n'était pas pour recueillir la parole, c'était pour rappeler la règle et pour dire que tout écart à la règle serait aujourd'hui dépisté et poursuivi. On avait une dérive importante, des faits qui se sont passés en janvier et on les apprend en juin. Ils concernent un résident, ceux qui étaient autour étaient complices, on aurait pu aller plus loin. Quand j'ai fini mon intervention, je les ai laissés entre eux, alors après je ne sais pas si elles ont parlé.

Mme LARIVEN : Pour en avoir reçu plusieurs, peut-être que pour certain c'est plus compliqué de s'exprimer devant le collectif et qu'ils le feraient plus volontiers en individuel.

Mme BARADAT : Pour terminer, vous avez rappelé la responsabilité de chacun, vous avez parlé notamment de l'infirmière qui était la supérieure hiérarchique de l'aide-soignante et de ce fait avait une responsabilité s'il y avait une dérive aussi. Il n'est pas question de pointer quelqu'un, mais je pense quand même et les quelques retours que nous avons eus dans la boîte l'ont évoqué, cette dérive qui a eu lieu est peut-être liée au déménagement, c'est certainement sans doute lié en partie aux 12 heures qui ont pu faire que... Mais je pense qu'il ne faut exclure personne : est-ce qu'on a loupé quelque chose ? Je pense à l'encadrement aussi. Il ne faudrait pas que l'encadrement se dédouane totalement en disant c'est chacun. Ce n'est pas simple, la cadre est seule sur un bâtiment qui est grand, elle ne peut pas être partout elle a beaucoup d'agents, mais à un moment on ne peut pas totalement s'en dédouaner et c'est un peu le sentiment que j'en avais. Il y a aussi des

retours des agents, il y a des difficultés aussi. Je ne sais pas mais dans les travaux qui seront faits, il ne faut pas que cela soit oublié, c'est notre sentiment.

Mme VIVONA : L'infirmière n'est pas le supérieur hiérarchique des AS. Elle coordonne le soin et est responsable de l'organisation du poste. Quand toute une équipe quitte un service, elle avec, c'est sa responsabilité qui est engagée. S'il se passe quelque chose pour un patient, bien sûr qu'on écouterait les AS, mais elle ou lui reprochera d'avoir laissé sortir toute une équipe et de n'avoir pas pensé qu'il fallait que quelqu'un reste pour répondre aux sonnettes. C'est en cela que j'insiste sur la responsabilité. Les supérieurs hiérarchiques, c'est l'encadrement, la DRH, la Directrice des soins mais l'IDE a une responsabilité de bon fonctionnement de son service et c'est une responsabilité dont ils n'ont pas pris la mesure. Comment allons-nous gérer cette situation qui a plusieurs portes d'entrées ? Comment sortir d'un management qui n'a pas été au rendez-vous du changement, de l'accompagnement ? Vous avez dû constater que nous avons renforcé par la présence du cadre supérieur. Il y a besoin de renforcer cet encadrement.

#### 10) Point de situation du service d'Addictologie.

Mme VIVONA.

Mme BARADAT : Nous avons souhaité rajouter par la suite ce point à l'ordre du jour après la réunion préparatoire, parce qu'on est face à une situation qui devient aujourd'hui un point d'alerte, vraiment. Ce service, on l'avait déjà suivi pour d'autres raisons liées aux problèmes d'effectifs et on a vu que cela était en partie résolu du fait de la mise en place d'AS et du travail en binôme, c'est une bonne chose. Il y a d'autres problématiques qui entrent en jeu dans ce service et il y en a une, qui nous alerte, avec plusieurs retours, témoignages qui arrivent des agents que nous accompagnons, que vous avez pu rencontrer. On est en train de travailler sur un groupe violence entre personnels, harcèlement entre personnels. Là, on est face à une situation liée à une problématique d'un personnel médical vis-à-vis de certaines personnes dans l'équipe, avec des situations individuelles qui deviennent collectives, car cela crée une vraie tension dans ce service. Les agents viennent nous voir, certains d'entre eux vous ont déjà rencontrées et d'autres vont vous solliciter et voudront être accompagnés pour vous rencontrer. Il va y avoir des suites et on tenait à en parler en instance car on pense que c'est quelque chose qui peut créer des vraies problématiques dans ce service à l'avenir aussi, si on n'y met pas un stop. A titre d'exemple, un agent qui a alerté sur cela, on lui a répondu et pour nous ce n'est pas une réponse entendable « vous comprenez, c'est difficile, c'est un médecin ». Les situations de violence ou harcèlement, il ne me semble pas que certains personnels soient exclus et que nous sommes tous tenus de respecter les gens avec qui on travaille. On va suivre cela, peut-être qu'il y aura d'autres remontées en instance mais je pense que c'est un service où il faut être très vigilant. Ceci nous inquiète beaucoup, c'est un service particulier on le sait, on tenait donc à faire cette remontée aujourd'hui.

Mme LARIVEN : Je n'ai pas dit « c'est difficile, c'est un médecin ». Une personne que j'ai rencontrée par deux fois est concernée et qui a quitté l'établissement. On connaît la difficulté de la relation médecin/non médecin. J'ai rencontré une personne avec un problème interpersonnel mais très ciblé entre deux personnes, une situation très tendue et qui a généré des situations de conflits en staff. C'est effectivement un secteur où on est vigilant, il y a eu un départ et on a rencontré la personne pour connaître les motifs de son départ. Le motif principal est celui d'un retour à sa première affectation. Il retourne dans le secteur où il a commencé sa carrière et il y a un rapprochement de domicile. Je ne dis pas qu'il n'y a pas d'expression de tensions. Le principal motif n'était pas celui de fuir le service. C'est une situation délicate avec des relations interpersonnelles et des médecins qui ne sont en plus pas toujours présents au même moment et sur les mêmes lieux. De ce fait, c'est compliqué à gérer. En outre, il peut y avoir des désaccords sur les prises en charge, sujets compliqués pour un DRH. C'est un service où on s'est dit qu'on devait y retourner pour s'assurer que cela s'apaise.

Mme BARADAT : L'agent évoqué, effectivement, c'est plus des raisons personnelles, mais il nous a fait un courrier et à vous aussi je pense, dans lequel il évoque des problématiques professionnelles. Des agents qui souhaitent rencontrer la DRH, on est typiquement dans la procédure que nous sommes en train de travailler pour le harcèlement, certains se posent la question car il y a une vraie peur des retombées, ils demandent s'ils peuvent venir vous rencontrer sur le mode de l'anonymat ?

Mme LARIVEN : Cela se fait, la CFDT peut en attester. On l'a fait pour des agents venus rencontrer la Direction des soins et la DRH. Ils ne souhaitaient pas que l'encadrement soit au courant. Il ne s'agit pas de mettre l'encadrement ou le chef de service en porte à faux. Des personnes souhaitent s'exprimer et ont peur, il faut leur donner la possibilité de déposer des choses parce qu'elles ont des peurs, des inquiétudes. Après on voit comment on agit. La DRH et la Direction des soins restent disponibles pour cela.

Mme VIVONA : la dictée se coupe pendant environ 1 mn, l'intervention de Mme VIVONA est donc inaudible.

Mme BARADAT : Ce qui est dénoncé et ce qui est dit montre les problématiques dans l'organisation médicale, l'agent qui est parti était psychologue, On s'interroge sur la prise en charge des patients, il n'y a plus de psychologue, sera-t-il remplacé ? Cela pose des questions et on s'interroge dans qui fait quoi dans ce service, parce que visiblement on demande à des agents de faire le travail non pas du psychologue, mais notamment certains ateliers, peut-être que cela pourrait-être évoqué en CSE ?

Mme LARIVEN : Cela fait partie des questions qui doivent être posées sur l'organisation du service. Le poste de psychologue a été publié, il est prévu de le remplacer. On ne peut pas se passer de sa présence, sans préjudice à la prise en charge des patients.

- Validation de la mise à jour de la procédure d'organisation des visites (**Cf. Annexe 10**)

Mme LARIVEN : Validez-vous la procédure des visites ?

Mme BARADAT : Je pense que ce sont des formulations législatives, mais c'est vrai qu'il y a des termes, (**page 2**) : « la visite n'a pas pour objectif de trouver des solutions », quand on le lit comme cela, on a l'impression qu'on peut se demander à quoi on sert, c'est complexe. A part cela, on n'a pas forcément d'autre remarque.

Mme BAHURLET : Dans la même chose que Mme BARADAT, les tournures des phrases (**page 3**), le deuxième paragraphe : « une rencontre .... 1 mois avant la visite dans la mesure du possible ».

Mme LARIVEN : C'est, si possible 1 mois bien évidemment, l'idée c'est de se fixer des limites, de toute façon on se le redira entre nous. Si possible 1 mois, si ce n'est pas possible pour absence du cadre, urgence de la visite etc. ... on adapte bien évidemment.

Mme BAHURLET : Sur la contribution des professionnels du service visité (**page 3 paragraphe b**), ce sont les verbes, « des grilles de recueil par métier peuvent » c'est susceptible, mais sur l'ancien on avait mis « sont », c'est l'obligation de le faire. « Peuvent », cela laisse supposer que ça ne sera pas possible. Pareil pour la boîte à messages, « en outre et de manière anonyme une boîte à messages peut être laissée », c'est plutôt est laissée, cela signifie qu'on la laisse.

Mme LARIVEN : C'est parce que dans une procédure si vous mettez le présent de l'indicatif cela a un côté obligatoire, « peuvent » l'idée c'est que vous pouvez. Si c'est utile vous le faites, si ce n'est pas utile, vous ne le faites pas. Cela n'écarte pas cette possibilité, bien au contraire, mais laisse la possibilité d'utiliser d'autres méthodes. On peut ajouter, si vous le souhaitez, que les membres du F3SCT sont susceptibles d'introduire une autre méthode, ce qui vous laisse une liberté ?

Mme VIVONA : Autre information : sur le Bloc opératoire, on ré ouvre des vacations, on a des recrutements, une équipe IADE qui a fortement augmenté en termes de recrutements, et des perspectives IBODE qui sont plutôt encourageantes et prometteuses.

Mme LARIVEN : Avant de clore la séance, je vous invite à vérifier le tableau de suivi. Ensuite, à charge pour nous, avant la future réunion préparatoire de poser des questions pour avoir un maximum de réponses à ce suivi.

Mme LE PAUVRE : Un petit point complémentaire, on l'a bien vu dans le SDI que l'UHCD, l'UPUA se regrouperont avec les Urgences, on a été interpellé par les équipes d'UHCD qu'il y aurait une harmonisation des horaires, avec éventuellement une proposition de 12 heures dès janvier 2024.

Mme VIVONA : C'est l'échéance que je ne connais pas, mais on est bien dans cette réflexion.

Mme LE PAUVRE : Pour tous les services, on est en harmonie pour l'UHCD, l'UPUA en 12 h à terme ?

Mme VIVONA : L'UPUA ? vous me parlez de 2025/2026 l'ouverture des urgences.

Mme LE PAUVRE : A terme, oui.

Mme VIVONA : UHCD – Urgences oui, UPUA point d'interrogation, je ne sais pas au jour d'aujourd'hui, en 2026 l'UPUA est dans FM, il est prévu dans les Urgences, mais quel va être le projet médical, sur quelle répartition on va être ? Je ne sais pas.

Mme LE PAUVRE : L'UHCD pour le passage en 12 h ? Quelle échéance ?

Mme LARIVEN : Il n'y a pas d'échéance à ce jour mais cela passera forcément en CSE.

Mme L EPAUVRE : Le passage en 12 h dans les services était à la demande des agents, et là on est en train de nous dire que c'est un projet de l'établissement.

Mme LARIVEN : Non mais le projet n'est pas encore inscrit au CSE. Le jour où on aborde ce sujet on verra quelles seront les motivations. On a noté votre inquiétude.

Mme BAHURLET : Pour le final, est-ce que pour le prochain CSE ou aujourd'hui si vous avez les réponses, un petit point COVID sur l'établissement, il y en a quelque uns.

Mme LARROUDE : Une note d'information va être diffusée demain à l'encadrement. 100 affiches plastifiées vont être distribuées et affichées dans les vestiaires et salles de pause. En parallèle, un quiz sera disponible sur l'intranet pour évaluer les connaissances sur le COVID. On a encore un peu de COVID nosocomial, on en a aussi de manière communautaire : on est impacté à la maison, les enfants vont à l'école et parfois reviennent avec le COVID. On suit toujours de très près, en sachant que maintenant, au niveau réglementaire, le COVID est considéré comme une IRA (Infection Respiratoire Aiguë). C'est considéré comme une grippe, par rapport aux mesures à mettre en œuvre c'est toujours les précautions contact + gouttelettes (tablier en plastique + masque chirurgical).

Dr LARIOS : La vaccination COVID et grippe est prévue, des dates seront communiquées.

Mme LARIVEN clôture la séance.

La secrétaire F3SCT

Sandrine BARADAT



Le Président,

Jean-François VINET

Pour le Directeur et par délégation  
La Directrice des Ressources Humaines

Sylvie LARIVEN





**CENTRE HOSPITALIER DE PAU**  
/ Établissement support du Groupement  
Hôpitalier de Territoire Béarn et Soule

Annexe 1  
du procès verbal de la F3SCT du 05 octobre 2023

# BILAN DES ACCIDENTS DE TRAVAIL-TRAJET-AES- MALADIES PROFESSIONNELLES

Période : 20.04.2023 au 10.10.2023

**F3SCT du jeudi 05 octobre 2023**

**Mme ITHURRALDE, Préventeur**

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

■ 100 accidents du travail – trajet – AES – Maladies professionnelles déclarés

## ■ Typologie des déclarations

■ 20 accidents d'Exposition au Sang

■ 15 maladies professionnelles

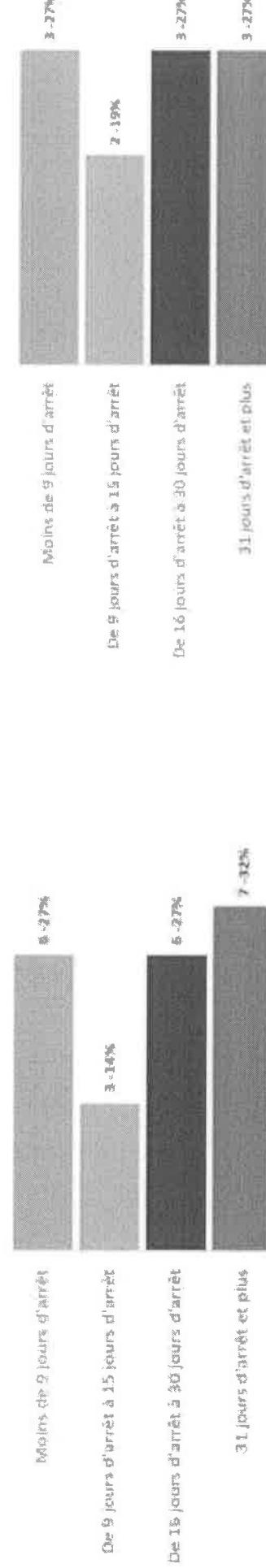
■ 1051 jours d'arrêts de travail

■ 65 accidents du travail – de trajet (32 services concernés)

**34% des accidents de travail déclarés ont été suivis d'un arrêt de travail.**

■ 646 jours d'arrêts de travail

Au 10.08.2023 - Nombre de jours & durée d'arrêts de travail des accidents



+ **Envoyer de questionnaires d'analyse** (cf. document synthétique) par le service Santé au  
**Travail pour les déclarations relevant de**

■ Chute ou glissade plain-pied ou avec dénivélé : 11 / 13

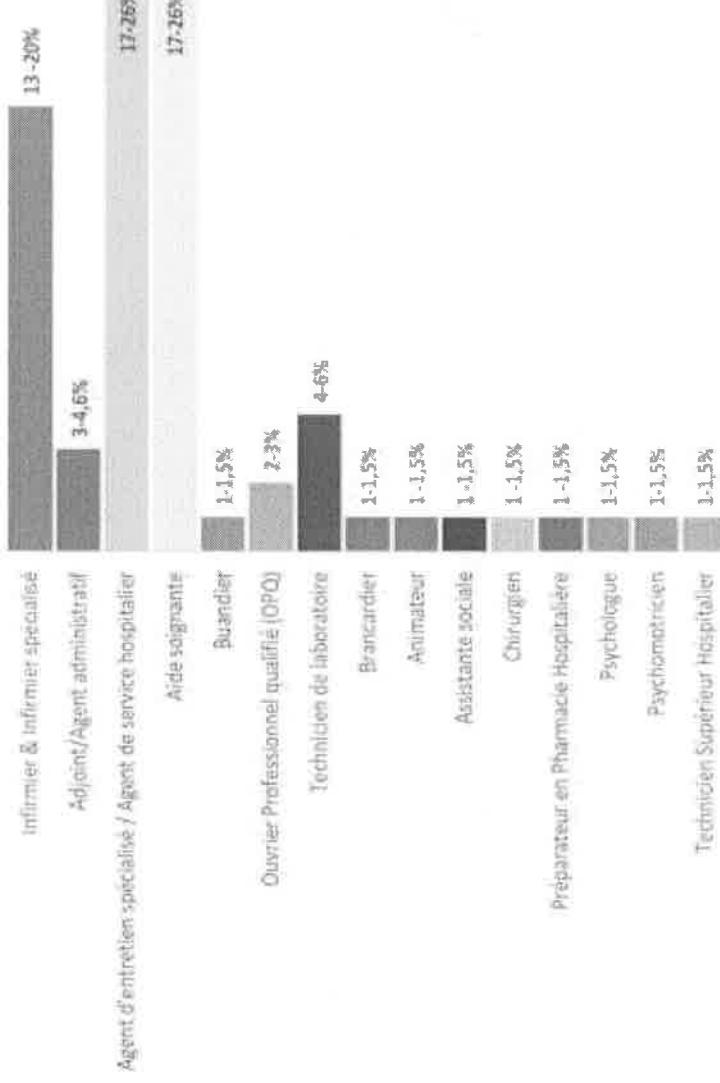
■ Mobilisation de patient : 6 / 9

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

## SERVICES CONCERNES

<b>Pôle Gériatrie</b>	13	USLD = 8 (dont UHR = 3)
<b>Pôle Médecine II</b>	10	UPUG / Méd Gér 3 / Méd Gér 2 / SSR 1 / Plateau technique, actes externes = 1
<b>Pôle Médecine Inténe</b>	3	MPR = 3 / Médecine Inténe / Gastro-entérologie / UPA / Addictologie / Infectiologie = 1
<b>Pôle Direction</b>	9	Restauration = 3 Admission-Facturation = 2 Service Intérieur / Pool de remplacement / Pool de nuit / Branardage = 1
<b>Pôle Médico-Techniques</b>	8	LABM / PUI / Radiologie Conventionnelle = 2 Stérilisation / TEPSCAN = 1
<b>Pôle Mère-Enfant</b>	5	Unité d'Anesthésie et Chirurgie Ambulatoire = 5
<b>Consultations Externes-Plateau technique</b>	3	
<b>Pôle Chirurgies</b>	2	
<b>Bloc Opératoire-Anesthésiologie</b>	2	
<b>Pôle Urgences Adultes</b>	1	
<b>Pôle Médecine I</b>	1	
<b>BIH</b>	1	
<b>EFS</b>	2	

## FONCTION DU PROFESSIONNEL VICTIME



Métiers-Filières	Part métiers-filières/ total	Taux Accident du travail / Total PNIM = 2.8%
IDE	30%	Taux Accident du travail / métiers
AS	24%	1.7% (2%)
ASH	8%	3.3% (4%)
Médiatechniques	6%	7% (3%)
Administratifs	1.3%	4% (< 1%)
Techniques-logistiques	10%	1% (1%)
Educatifs et sociaux	1%	1.5% (3%)
		8% (0%)

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

Activité au moment de l'accident

→ Cause(s) de l'accident

- > Chute de plain-pied ou dénivelé: **15** soit **23 %** des accidents déclarés qui ont généré **88 jours d'arrêt de travail**
  - o Origine : Escaliers, encombrement espaces, fils au sol, fauteuil, sol glissant
- > Objet en mouvement : **10** soit **15 %** des accidents déclarés et **68 jours d'arrêt de travail**
- > Mobilisation ou transfert de patient : **9** soit **14 %** des accidents déclarés qui ont généré **25 jours d'arrêt de travail**
- > Trajet (domicile <> domicile) : **7** soit **11 %** des accidents déclarés qui ont généré **13 jours d'arrêt de travail.**
- > Objets ont eu lieu avant la prise de poste et 1 en sortie de poste (après une vacation de matin)
  - o 6 accidents ont eu lieu avant la prise de poste et 1 en sortie de poste (après une vacation de matin)
  - o 1 accident causé par l'agent
  - o 3 sont causés par un tiers (voiture, piéton)
  - o 3 est une chute (de sa hauteur, vélo) sans intervention d'un tiers
  - o 1 est une agression par un tiers
- > Port de charges \ Manipulation de mobiliers : **6** soit **9 %** des accidents déclarés et **74 jours d'arrêt de travail**
- > Violence de l'usager (coup de poing, morsure, écorchure) : **4** soit **6 %** des accidents déclarés - **16 jours d'arrêts**
- > Violences interpersonnelles : **3** soit **5 %** des accidents déclarés et **276 jours d'arrêt de travail**
- > Exposition à un agent infectieux hors AES : **1** soit **1 %** des accidents déclarés et **33 jours d'arrêt de travail**
- > Exposition aux rayonnements ionisants : **1** soit **1 %** des accidents déclarés et - **pas d'arrêt de travail**

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

## SIEGES DES LESIONS

<b>21-Déchirure musculaire ou tendineuse</b>	<b>1</b>
13-Entorse	8
<b>24- Lésion nerveuse</b>	<b>1</b>
12-Contusion	20
<b>10-Plaie / Coupure / Ecorchure profonde</b>	<b>2</b>
32- Divers	12
<b>9-Plaie / Coupure / Ecorchure superficielle</b>	<b>4</b>
<b>23- Traumatisme cervical</b>	<b>1</b>
11-Luxation	2
<b>20- Lésion rachidienne / lumbago</b>	<b>4</b>
<b>03-Fracture / Fêture</b>	<b>1</b>
<b>29- Trouble psychologique</b>	<b>2</b>
<b>28-Traumatisme dentaire</b>	<b>1</b>
<b>25- Lésions multiples</b>	<b>2</b>
<b>00-Aucune</b>	<b>4</b>

**69 des lésions déclarées concernent une atteinte d'un ou plusieurs membres supérieurs :**

- > Région lombaire / dorsale / cervicale : **20**
- > Coude-poignet-main-doigts : **25**
- > Atteinte des épaules : **6** (3G - 3D)
- > Oeil, tête : **10**

**26 des lésions déclarées concernent une atteinte d'un ou plusieurs membres inférieurs :**

- > Genoux : **10**
- > Chevilles : **2**
- > Pieds, orteils : **5**

Les lésions sont pour 36 d'entre elles côté droit contre 27 côté gauche

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

## FOCUS Accident du travail & Personnel en 12h - Personnel fixe de nuit (hors AES-MP)

### Personnel en 12h

**Nombre de déclarations : 7 soit 11 % des accidents déclarés sur cette période**

- > 4 professionnels sont fixes de nuit (IDE - 3 AS), 1 vacation de nuit, 2 vacations journée
- > 1 IDE soit 8 % de la population IDE ayant déclaré un AT sur cette période
- > 6 AS soit 35 % de la population AS ayant déclaré un AT sur cette période

**Services concernés : USLD (5 – dont UHR =2), UPUG (1), Médecine Gériatrie 3 (1)**

**Cause(s) :**

Contact avec patient agité	5	> Avant la prise de poste : 0
Mobilisation patient	1	> En début de la vacation : 1
Chute ou glissade de plain-pieds	1	> Au cours de la vacation : 3 > En fin de vacation : 3

**Nombre de jours d'arrêt de travail : 68 jours**

# PERIODE DU 20.04.2023 au 10.08.2023

## FOCUS Accident du travail & Personnel en 12h - Personnel fixe de nuit (hors AES-MP)

### Personnel fixe de nuit

**Nombre de déclarations :** 6 soit 9 % des accidents déclarés sur cette période

- > 4 professionnels (3 AS et 1 IDE) sont en 12h et 2 IDE en 10h
- > 3 IDE soit 23 % de la population IDE ayant déclaré un AT sur cette période
- > 3 AS soit 18 % de la population AS ayant déclaré un AT sur cette période

**Services concernés :** USLD (3), Pool nuit (1), Ortho-traumatologie (1), Médecine Gériatrique 3<sup>ème</sup> (1),

**Cause(s) :**

>	Avant la prise de poste : 0
>	En début de la vacation : 1
>	Au cours de la vacation : 3
>	En fin de vacation : 2
>	Après la prise de poste : 0

3	Mobilisation patient
3	Contact avec patient agité

**Nombre de jours d'arrêt de travail :** 16 jours

# RECUEIL COMPLEMENTAIRE

## > *Eléments complémentaires à la demande des représentants des personnels de la F3SCT*

- > Déclaration ATMP-2023-0190 - Accident du 12 juillet 2023 – Brancardier - Porte ascenseur se refermant sur l'agent et le lit occupé brancardé.

Le cadre de l'agent victime a sollicité la Direction du Patrimoine dès l'accident porté à sa connaissance :

- > Intervention sur l'ascenseur concerné avec changement de la cellule de détection des passages défectueuse
- > Indication d'une révision de l'ensemble des ascenseurs.

# RECUEIL COMPLEMENTAIRE

## > *Eléments complémentaires à la demande des représentants des personnels de la F3SCT*

- > Déclaration ATMP-2023-0195 - Accident du 10 juillet 2023 – IADE - Surexposition à des rayonnements ionisants
- > Alerte reçue par le service Santé au travail qui en informe la radio physicienne
- > Déclaration obligatoire à l'ASN par la DQGR + envoi du compte rendu d'analyse
- > Agent reçu par le médecin du travail et certificat émis avec restrictions pendant 1 an pour se conformer à la réglementation
- > Analyse du dosimètre par le fournisseur de l'équipement assurant par ailleurs, le signalement en cas de surexposition
- > Absence de dysfonctionnement du dosimètre
- > Exposition dynamique excluant une perte de l'équipement près d'une source
- > Confirmation de la dose a priori d'exposition
- > Réalisation d'une analyse conjointe DQGR, radio-physicienne, préventeur, encadrement et agent concerné
- > Pas d'éléments explicatifs à la dose exposée en prenant en compte le planning, les affectations de l'agent sur la période concernée :

  - > Pas d'autres personnels concernés ni patients
  - > Pas de dysfonctionnements des équipements lourds

- > Pas d'alerte sur les dosimètres d'ambiance muraux des salles PTI
- > Pas de possibilité de corroborer les données avec le dosimètre actif, non porté par l'agent
- > **Actions de prévention prévue**

  - > Sensibilisation des personnels au port des 2 dosimètres (actif et passif)
  - > Etude de poste « ergonomique » des salles pour limiter la proximité aux équipements lourds émettant les rayonnements

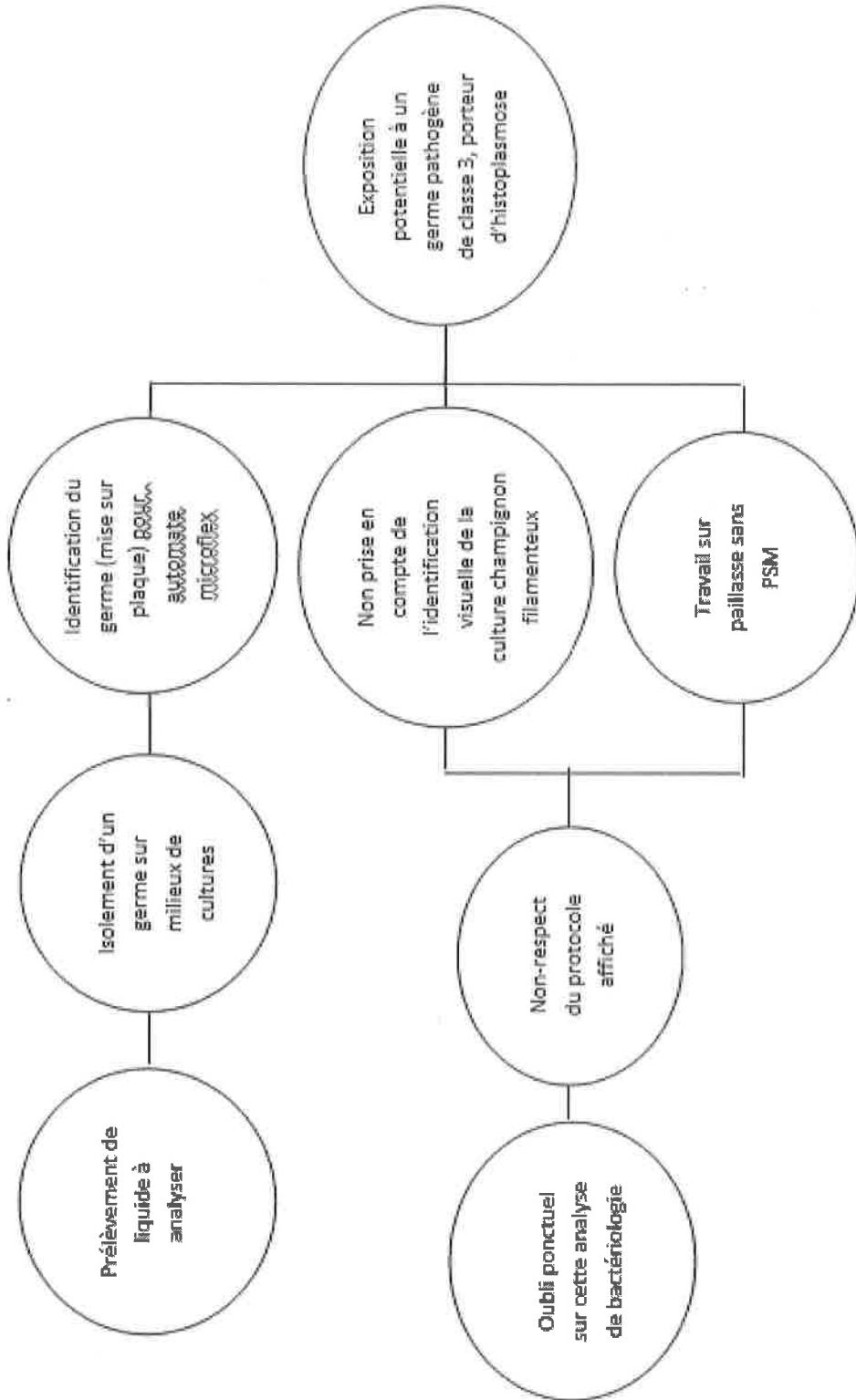
Communication aux conseils de bloc et PTI

# RECUEIL COMPLEMENTAIRE

## > Analyse réalisée à l'initiative du préventeur

> Déclaration ATMP-2023-0160 - Accident du 25 mai 2023 – Technicien laboratoire – Secteur bactériologie

### Arbre des causes



### Actions de prévention

#### Rappels à l'ensemble de l'équipe technique :

- > Respecter la fiche technique M-P1B1-PoO5-FT07 affichée dans la pièce : techniquer sous PSM

## Commission de Maintien et de Retour à l'Emploi

### Bilan 2022

**La Commission de Maintien et Retour dans l'Emploi (CMRE) du Centre hospitalier de Pau est chargée du suivi individuel des professionnels dont l'état de santé ne permet pas de poursuivre leur activité sur leur poste d'origine.**

La CMRE est un lieu de concertation et de propositions de solutions. La CMRE ne connaît que des situations individuelles. Elle examine les possibilités d'affectation ou d'accompagnement des professionnels dont l'état de santé impacte leur exercice professionnel habituel.

Les éléments médicaux ne sont ni abordés, ni communiqués aux membres de la CMRE. Seul le Médecin de prévention et de santé au travail peut avoir connaissance des éléments du dossier médical.

Les prises de décisions sont basées sur les conclusions administratives d'aptitude des médecins agréés ou du comité médical ou les recommandations du Médecin de prévention et santé au travail.

Différentes situations peuvent déclencher un examen en CMRE :

- Indications de restrictions par le médecin de prévention et santé au travail,
- Avis d'un médecin agréé,
- Avis du conseil médical,
- Signalement d'une situation par l'encadrement,
- Suivi d'un absentéisme long (maladie, accident du travail),
- Identification d'un besoin de reconversion-reclassement,
- A la demande de l'agent.

Les membres de la CMRE peuvent demander l'inscription d'une situation individuelle à l'ordre du jour d'une CMRE. Les demandes sont validées par la Directrice des ressources humaines.

La Commission de Maintien et Retour dans l'Emploi (CMRE) est composée de la manière suivante :

- Directrice des Ressources Humaines, Sylvie LARIVEN
- Directrice des Soins ou son représentant : Véronique AMY a été missionnée par Monique VIVONA
- Médecin de Prévention et de Santé au Travail ou IDEST
- Référent(e)s handicap Angélique FITTE et Christine SICABAIGHT
- Préventeur des risques professionnels, Sabine ITHURRALDE
- Responsable ressources humaines Gwenaëlle HILBERT

La Commission de Maintien et Retour dans l'Emploi (CMRE) se réunit mensuellement hors période estivale. Des relevés de conclusions sont rédigés à l'issue des séances.

Les dossiers sont souvent étudiés à plusieurs commissions successives car la situation individuelle évolue dans le temps.

Lorsqu'un changement de poste est nécessaire, les affectations sont proposées à partir de la cartographie des postes identifiés pour le maintien dans l'emploi appelés PAM ou PAD (Poste AMénagé ou Poste ADapté). La cartographie a fait l'objet d'une mise à jour en 2022/2023 en lien avec les cadres.

PAM / PAD	
	Nb de postes
<b>Médecine 1</b>	19
<b>Médecine 2</b>	12
<b>Mère -enfant</b>	11
<b>Chirurgies</b>	8
<b>Gériatrie</b>	8
<b>Anesthésiologie</b>	6
<b>Urgences</b>	7
<b>Médico-technique</b>	2
<b>Administration du patient</b>	3
<b>DAHL</b>	5
<b>Amicale du personnel</b>	1
<b>Informatique</b>	3
<b>Total</b>	85

Les métiers exercés par les PAM / PAD sont les suivants :

Métier
<b>Aide-administrative</b>
<b>Officier</b>
<b>Agent d'accueil</b>
<b>Courrier</b>
<b>Standardiste</b>
<b>Logisticien</b>
<b>Chargé du Dossier patient informatisé</b>
<b>Agent de gestion administrative</b>
<b>Infirmier</b>
<b>Aide-soignant</b>

Les avis de la CMRE sont collégiaux et s'appuient sur le travail préparatoire réalisé en amont par les référentes CMRE et les autres membres chacun dans leur domaine de compétences :

- Rencontres avec l'agent.
- Échanges avec le cadre.
- Analyse des possibilités de maintien dans l'emploi avec aménagement ou adaptation du poste par le Médecin de Prévention et Santé au travail sur la base des fiches de postes et des restrictions de l'agent.

- La CMRE peut également solliciter une étude de poste qui est réalisée dans le service si nécessaire, ou sur base documentaire.
- Des entretiens d'accompagnement de l'agent par les référentes CMRE sont régulièrement organisés.
- Une procédure formalisée et mise à jour régulièrement décrit le fonctionnement et les outils de la CMRE.

Tableau de bords suivi des situations individuelles  
2022

Situation individuelle	Nb d'agent
Changements de poste ou de service dans l'établissement	16
Aménagements de postes	15
Situations en attentes de solution	19
Autre proposition de la CMRE : retraite pour invalidité, rupture conventionnelle, reconversion avec ou sans formation...	74
<b>Total CMRE</b>	<b>124</b>
Nombre d'agents en restrictions de santé reçus en entretien individuel hors CMRE	40
<b>Total situations individuelles accompagnées</b>	<b>164</b>

En 2021, la CMRE s'est réunie 6 fois. Elle s'est réunie 10 fois en 2022. Elle a examiné 124 situations individuelles. En fin d'année 2022, seules 19 situations étaient en attente de solutions. En 2022, le travail de la CMRE a permis de solutionner 105 situations de professionnels ayant des problématiques de santé impactant l'exercice de leur métier.

Par ailleurs, 164 professionnels ont été suivis par les référentes handicap et maintien dans l'emploi mais certains suivis ne nécessitaient pas une inscription en CMRE.

Annexe 3 du procès verbal de la F3SCT du 05 octobre 2023  
CARTOGRAPHIE DES POSTES PAM/PAD ETABLIE LE 18/09/2023



## CARTOGRAPHIE DES POSTES AMENAGÉS 2023

Pôle	Service	NBRE	Métier / intitulé du poste
Pôle médecine 1	Neurologie	1	Officière
	Cardiologie	1	Officière
	Consultations externes	7	Infirmières en soins généraux
		1	Infirmière de coordination / gestion
		8	Aide-soignant
Nb de postes aménagés au sein du pôle		18	
Pôle médecine 2	Pneumologie	2	Officière
	Infectio/rhumato	3	Officière
	MPR	1	Officière
	Convalescence	1	Officière
	Hépato-Gastro	1	Officière
	Hôpital de jour	2	Aide Administrative
		1	Coursier
	Unité de soins palliatifs	1	Officière
Nb de postes aménagés au sein du pôle		12	
Pôle mère enfant	Obstétrique	1	Officière
	Maternité	1	Dépistage surdité de l'enfant Puer
	Gynéco Sociale	2	Agent d'accueil
	Néonatalogie	2	Auxiliaire de puériculture
	Pédiatrie	1	Coordination
		2	Accueil
		1	Officière
		1	Coordination HDJ
Nb de postes aménagés au sein du pôle		11	
Pôle Chirurgies	Vicérale	1	Officière
	Vasculaire	1	Officière
		1	Coordinatrice Administratif
	Traumato	1	Officière
	Ophtalmologie	4	Accueil administratif
Nb de postes aménagés au sein du pôle		8	
Pôle gériatrie	CJV RC	1	Aide administrative
		1	Officière
	CJV 2EME	1	Officière
		1	Aide administrative
	CJV 3EME	1	Officière
	CJV SSR 1ER	1	Aide administrative
		1	Officière
	CJV	1	Agent d'accueil
Nb de postes aménagés au sein du pôle		8	

CARTOGRAPHIE DES POSTES PAM/PAD ETABLIE LE 18/09/2023

Pôle anesthésiologie	Bloc opératoire	1	Intervention externe
		1	Aide-soignant
		1	Endoscopie
		1	Coursier
Nb de postes aménagés au sein du pôle		4	
Pôle Urgences	Urgences	1	Logisticienne
		3	AGA
		3	Coursier
		1	Agent d'Accueil
Nb de postes aménagés au sein du pôle		8	
Pôle imagerie laboratoire	Laboratoires	1	COFRAC (enregistrement)
	Médecine Nucléaire	1	IDE
Nb de postes aménagés au sein du pôle		2	
Pôle Direction	Accueil	2	Agent d'accueil
		1	Agent d'accueil et d'accompagnement
	Standard	4	Standardiste
	Environnement	1	OPQ
	Informatique	3	DPI
	Association sportive	1	ASH/Administratif
	DRH	1	Accueil
Nb de postes aménagés au sein du pôle		13	

Total de postes aménagés 84

Pôle Médecine 1	18
Pôle Médecine 2	12
Pôle mère enfant	11
Pôle chirurgie	8
Pôle anesthésiologie	4
Pôle gériatrie	8
Pôle Urgences	8
Pôle imagerie labo	2
Pôle Direction	13
<b>Total Etablissement</b>	<b>84</b>



# Avancées des travaux au Centre Hospitalier de Pau

**F3SCT du jeudi 05 octobre 2023**

*M. GAYRARD – Directeur du Patrimoine*

# Opérations de Travaux

Opérations	Point au 26/09/2023	Etape à venir	Remise des clés
BIA (10,5 M€)	Levée des réserves et des dysfonctionnements (GPA)	/	/
Mise en Sécurité CJV Phase 2 (2,4 M€)	Analyse des offres travaux et négociation	Notification aux entreprises et Démarrage travaux Octobre 2023	2025

# Opérations de Travaux

Opérations	Point au 26/09/2023	Etape à venir	Remise des clés
Mise aux normes - endoscopies - Consultations Externes (300 k€)	Phase 1 livrée (transformation ancien UCH en bureaux de consultations) Phase 2 livrée (réaménagement Plateau Endoscopies) Phase 3 livrée (Création Endoscopie/ Gastroentérologie et Bureaux Consultations)	Phase 4 (Transformation de 2 salles d'examens en Bureaux Consultations) : reste 2 bureaux à faire	Livraison prévue Novembre 2023

# Opérations de Travaux

Opérations	Point au 26/09/2023	Etape à venir	Rendu
	Travaux Phase 8 annulés Accord sur la police d'abonnement + conditions particulières Finalisation convention CEE	Reprise des enrobés courant octobre 2023 Pose des échangeurs par ENGIE	Date fin de Travaux et Mise en Service : 1 <sup>er</sup> semestre 2024
2ème TEP SCAN	Travaux démarrés	Livraison Phase 1 (bureaux) Fin Novembre 2023	Février 2024
Surélévation BMA	Consultation des Groupements (Marché Conception-Réalisation)	Lancement appel d'offres Octobre 2023	Mai 2024

# Etudes 2023

Opérations	Point au 26/09/2023	Etape à venir	Rendu
Mise en Sécurité Incendie Cardiologie 3ème étage zone verte HFM	Validation de la destination des locaux	Actualisation du chiffrage et consultation des entreprises	Fin 2023
DIALYSE (version 12 postes)	Pré-programme en cours	Programme Validation PTD + DCE	Fin 2023
Extension Réanimation	Pré-programme en cours	Programme Validation PTD + DCE	Fin 2023
Neurologie Mise en Conformité et Aménagement du Confort Hôtelier	Recensement des besoins	Etudes techniques	Fin 2023 – Début 2024



# Schéma Directeur Immobilier : Etat d'avancement

F3SCT du jeudi 05 octobre 2023

*M. GAYRARD – Directeur du Patrimoine*

# Présentation des opérations et des phases

Op n°1 Ph 1  
B2ME / Urgences adultes / PUI  
Fév.2026

Op n°1 Ph 2  
Surélévation BMA  
Restructuration Consultations /  
HDJ

Op n°2 Ph 1  
Restructuration/Extension de  
Hauterive

Op n°1 Ph 3  
Restructuration des  
Hospitalisation FM

Op n°2 Ph 2  
Déconstruction du CJV

Schéma Directeur Logistique

# Surfaces utiles B2ME et restructuration Bobs + consultations

Entité/unité	PROJET PRO CR PLANS 2023 07 03	SU	CH PAU – HC Entité/unité	SU
Consultations gynécologie_obstétriques	586		Hospitalisations de médecine	2 717
Consultations pédiatriques	261		Salle de réunion	24
Urgences pédiatriques	560		Total PSE retenues	24
HC,HDJ pédiatrique	1 047			
Soins critiques pédiatriques (réanimations, USC)	760			
Biberonne	51			
Néonatalogie (médecine et soins intensifs)	382			
HC obstétrique et grossesses pathologiques	1 181			
Bloc obstétrical		701		
Tertiaire médical		322		
Logistique commune PFME		722		
Bureau cadre urgences pédiatrique		8		
Chambre de garde urgences pédiatrique		10		
Salle de réunion pédiatrie		19		
Salle de réunion soins critiques néonat		23		
Salle de staff obstétrique		22		
			TOTAL HC	2 741
			TOTAL PFME	6 655

Plans disponibles sur :

G:\SDI phase1

# Restructuration et extension des urgences adultes

CH PAU – URGENCES	SU
Entité/unité	
Urgences adultes	1 146
UHCD / UPUA	822
SMUR	360
SAMU	236
UMI	177
Tertiaire médical	532
Box couchés circuit long	28
FTM - Imagerie scanner	162
IRM	138
Salle de staff Urgences	38
Box SAUV	45
Scanner	
Box couchés (zone hors box)	58
<b>TOTAL URGENCES</b>	<b>3 742</b>

*Plans disponibles sur :*  
G:\SDI/ phase1

# PUI

CH PAU – PUI Entité/unité	SU
Pharmacie à Usage Intérieur	2 043
Espace automate pour DIN	70
Stockage Solutés et DM dialyse	100
<b>Total réserve foncière</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL PUI</b>	<b>2 213</b>

*Plans disponibles sur :*

G:\SDI phase1

**TOTAL Opération 1 phase 1 :**

**15 351 m<sup>2</sup> de surface utile construite ou restructurée**

# Calendrier prévisionnel Ph1 Opération N°1

		Début	Réception
<b>Administratif, prépa chantier, conception.</b>	Permis de construire Travaux préparatoires Analyse et validation du PRO Implantation des terminaux et avis sur docs d'exécution	3 avril 23 Mars 23 Mai 23 Sept 23 Déc 23	
<b>PFME et hospitalisatio ns</b>	B2ME Restructuration Bloc obstétrical Restructuration Consultations PFME	Juill. 23 Fév. 24 Août 25	Juill. 25 Avril 25 Mars 26
<b>Urgences adultes</b>	SMUR Urgences restructuration (accueil provisoire) Urgences extension (urgences actuelles en mode dégradé) Urgences restructuration (transfert UHCD et UPUA + UMJ provisoire) + Imagerie + SAMU + UMJ Tertiaire et vestiaires	Juin 23 Juil. 23 Nov. 23 Nov.24 Août 25 Fev.26	Nov. 23 Nov.23 Nov. 23 Aout 25 Août 25
<b>PUI</b>	PUI	Déc. 23	Juill. 25

**Phase 2 Opération n°1 :**

**et**

**Phase 1 Opération n° 2**

- Surélévation de l'unité relai du BMA**
- Restructuration des Consultations Externes et HDJ**
- Restructuration/extension Haute-Île et SMR Gériatrie**

# Organisation et mobilisation des groupes de travail

	Début	Réception
BMA	Juin 23	Sept 23
	Juill. 23	Mai 24
	Juin 24	Nov. 24
	Déc. 24	Juin 25
HDJ et Consult.	Juin. 23	Déc. 23
	Oct. 23	Juill. 24
	Juill. 24	Juin 25
	Juill. 25	Déc. 27
Hauterive et SMR G	Juin 23	Déc. 23
	Oct. 23	Sept. 24
	Sept. 24	Juill. 25
	Juill. 25	Déc. 26

## Focus calendrier programmes HDJ/Consult. et Hauterive :

En cours  
A venir  
Terminé

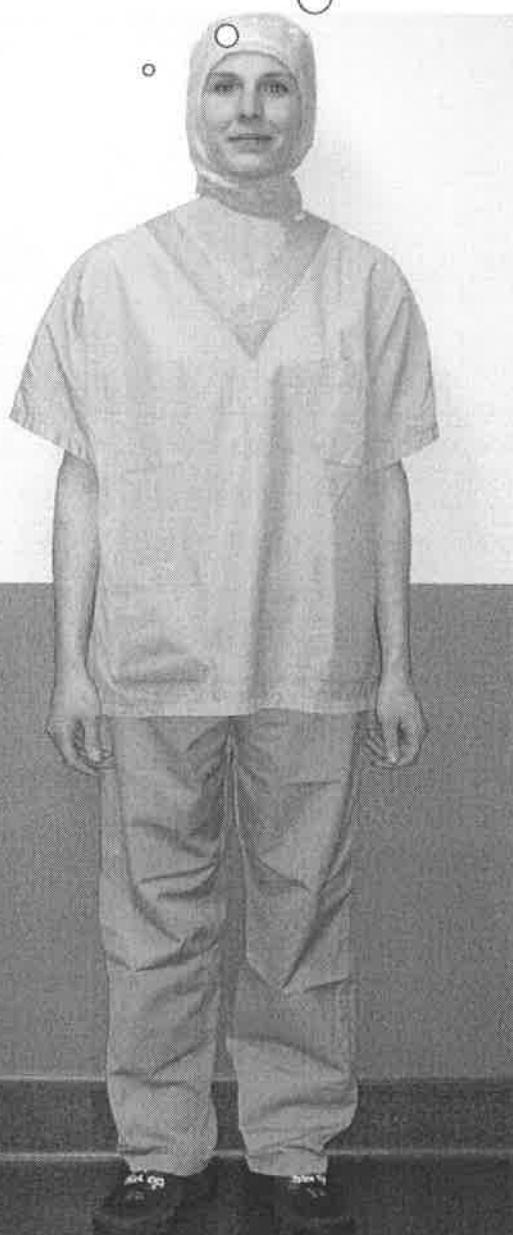
- Groupes de travail utilisateurs, phase pré-PGM : 19/20 septembre 2023  
→ COPIL validation des pré-PGM le 11/10/2023

# Synthèse financière

PFME - 84 lits - Urgences - PUI	57 831 291 €
Surélévation BMA	3 696 000 €
Consultation Externe / HDI	20 910 000 €
Hauterive / SMR	29 857 000 €
TOTAL	112 294 291 €

Centre Hospitalier de PAU	Fiche technique <b>Tenue pour se rendre au Bloc Opératoire pour tous les Professionnels</b>	<b>Hygiène Hospitalière</b> Réf : QUA FT 0233 Version N°4 PROTOCOLES-Protocoles HYGIENE-DIVERS Date d'application : CLIN du 25 juin 2019 Page 1/1
---------------------------	--	--

**Une tenue chic pour une qualité choc**

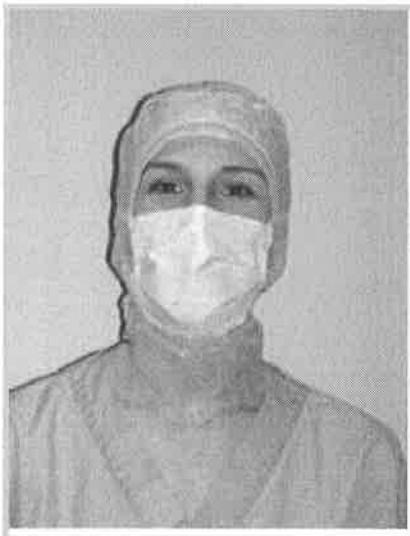


### **Impératifs à respecter avant de rentrer au bloc**

- + Revêtir la tenue réglementaire :**
  - Enlever sa tenue civile ou professionnelle**
  - Pyjama avec tee-shirt ne dépassant pas de la tunique**
  - Article coiffant à usage unique englobant l'ensemble de la chevelure et les boucles d'oreilles**
  - Sabots dédiés à l'intérieur du bloc**
- + Avoir les ongles courts et sans vernis (faux ongles interdits)**
- + Ne pas porter de bijoux aux mains et aux poignets (bague, alliance, bracelet, montre)**
- + Effectuer une hygiène des mains par friction avec une SHA ou lavage simple des mains si mains souillées ou mouillées.**

Centre Hospitalier de PAU	<b>Fiche technique</b>  <b>Tenue pour entrer en salle d'intervention</b>	<b>Hygiène Hospitalière</b> HYG-P12-FT003.2 Version N° 3 PROTOCOLES-Protocoles HYGIENE-DIVERS Date d'application : CLIN du 8 décembre 2014 Page 1/1
---------------------------	--	--

## Avant d'entrer en salle d'intervention



### Porter un masque chirurgical à liens

Pas de masque porté autour du cou !  
Durée d'un masque = 3 heures

## Effectuer une hygiène des mains



### Friction avec SHA

ou

**Lavage simple à l'eau et au savon  
si mains souillées ou mouillées**

## TENUE ENTREE ET SORTIE DES INTERVENANTS EXTERIEURS DANS LE BLOC OPERATOIRE

### Entrée dans le bloc

1. Mettre un pyjama (tunique et pantalon)



2. Mettre une charlotte couvrant la totalité des cheveux



3. Mettre un masque chirurgical



4. Mettre des sur-chaussures



5. Réaliser une hygiène des mains avec la Solution Hydro-Alcoolique **OBLIGATOIRE**



### Sortie du bloc

1. Oter la charlotte, le masque et les sur-chaussures et les jeter dans les ordures ménagères



2. Retirer le pyjama et le mettre dans un sac à linge orange



3. Revêtir sa tenue civile



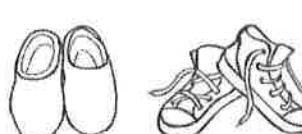
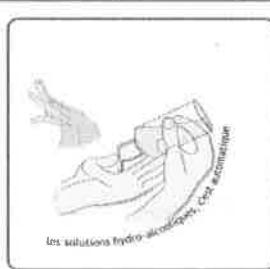
4. Réaliser une hygiène des mains **OBLIGATOIRE**



<b>Centre Hospitalier de PAU</b>	<b>Fiche technique : TENUE DE SORTIE DE BLOC (définitive ou temporaire)</b>	<b>Hygiène Hospitalière</b> HYG-P12-FT003.3 Version N° 2 PROTOCOLES - Protocoles HYGIENE -DIVERS Date d'application : CLIN du 8 décembre 2014 Page 1/1
----------------------------------	---	---

## VOUS QUITTEZ L'ENCEINTE DU BLOC OPERATOIRE

# CHANGEMENT OBLIGATOIRE DE TENUE

<b>1</b>	 	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Jetez le masque et l'article coiffant dans un sac poubelle noir</b></li><li>➤ <b>Conservez votre pyjama de bloc</b></li><li>➤ <b>Ou jetez votre pyjama de bloc dans un sac à linge orange et mettez votre tenue civile</b></li></ul>
<b>2</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Revêtir une blouse blanche à manches courtes et <u>la fermer</u> sur votre pyjama de bloc ou sur votre tenue civile</b></li></ul>
<b>3</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>➤ <b>Mettez des sabots réservés pour l'extérieur du bloc</b></li><li>➤ <b>Ou mettez vos chaussures de ville</b></li></ul>
<b>4</b>	 <small>les solutions hydro-alcooliques, c'est à dire :</small>	<p style="text-align: center;"><b>ZERO BIJOU</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains</b></p>



## PROCEDURE

**Visites du Comité Social d'Établissement réuni en formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)**

Service émetteur  
Référence  
Version N°3  
Date d'application :  
00/00/2000  
Page 1 sur 4

(Ne pas modifier le tableau d'en-tête SVP)

REDACTION	VERIFICATION	APPROBATION
Nom : , Groupe de travail CHSCT Fonction : Mise à jour RRH G HILBERT et représentants des OS CGT et CFDT	Nom : Mme BARADAT Fonction : secrétaire F3SCT Avis favorable du F3SCT du 5 octobre 2023	Nom : Mme OUAZAN, Fonction : Directrice qualité et gestion des risques

**1. OBJET :**

Décrire l'organisation et les modalités de déroulement des visites d'inspection réalisées par les membres de la formation du Comité social d'Etablissement spécialisée en matière de santé sécurité et conditions de travail.

**2. DOMAIN D'APPLICATION :**

Tous les services de l'établissement ont vocation à faire l'objet d'une visite.

**3. DEFINITION ET ABREVIATION :**

CSE : Comité Social d'Établissement

F3SSCT : Formation Spécialisée en matière de Santé, Sécurité et Conditions de Travail

SPST : Service de Prévention et Santé au Travail

FEI : Fiche de déclaration d'Évènement Indésirable

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

**4. DOCUMENTS DE REFERENCE :**

- Art L.4612-1 du Code du Travail : obligation réglementaire pour le CHSCT de la réalisation de visite régulière d'inspection à fréquence au moins égale au nombre de réunions du CHSCT et plus si apparition d'un risque particulier (nouveau, exceptionnel).
- Art. L.4612-4 du Code du Travail: Les visites ont pour objectifs de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail

**5. DESCRIPTION :****1) Les objectifs généraux des visites d'inspection :**

Les visites d'inspection ont pour but :

- > de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de repérer les éventuels dysfonctionnements en matière d'hygiène, de sécurité et conditions de travail ;
- > de créer des espaces de dialogue pour favoriser la compréhension et susciter la recherche de solutions ;
- > de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail au travers des différentes procédures de travail et de l'organisation du travail.

Une visite d'inspection n'a pas :

- > pour but l'expertise d'une situation de risque professionnel,



## PROCEDURE

### Visites du Comité Social d'Établissement réuni en formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)

Service émetteur  
Référence  
Version N°3  
Date d'application :  
00/00/2000  
Page 2 sur 4

> pour objectif de trouver des solutions.

Les membres du CSE qui effectuent la visite sont dans une position d'observation, se renseignent, posent des questions. Ils évaluent sur le terrain la pertinence des actions de prévention et le respect des prescriptions réglementaires et proposent éventuellement in fine des aménagements.

Les visites d'inspection sont à distinguer de la démarche d'évaluation des risques professionnels mises en œuvre pour l'élaboration et les mises à jour du DUERP. Une visite d'inspection n'a pas pour objectif le recensement, ni l'évaluation des risques professionnels. La visite peut cependant y contribuer.

## 2) Les objectifs particuliers de la visite :

Au-delà des objectifs communs à toutes les visites d'inspection, un objectif particulier peut être précisé : par exemple réaliser une **observation spécifique** d'un risque, observer le respect d'une ou plusieurs prescriptions de sécurité. L'objectif d'une visite réside notamment dans les raisons ayant amenés les membres à choisir le service concerné.

Pour cela, les membres du F3SCT tiennent notamment compte du contexte, d'une modification d'organisation, de la création d'une nouvelle activité, d'une alerte relayée par les membres du CSE, de déclarations d'évènements indésirables, de la modification des cycles ou amplitudes de travail...

Le nombre de thèmes à observer lors de la visite est à définir en amont et sera nécessairement limité.

Chaque visite s'attache aux spécificités du secteur visité : activité, métiers, expositions afférentes à chaque métier, respect des prescriptions de sécurité et prévention notamment.

Afin de s'assurer des conditions d'efficacité de la visite d'inspection, une préparation en amont est organisée.

## 3) La préparation de la visite :

Le choix du service à visiter est validé en réunion du F3SCT sur la proposition d'un des membres. Pour chaque visite. Le F3SCT se fixe comme objectif de réaliser a minima deux visites par an.

Une réunion préparatoire est organisée entre les membres qui participeront à la visite.

La présence d'un représentant de la Direction lors de la préparation et / ou de la visite n'est pas systématique mais est possible.

Le médecin de prévention et de santé au travail ou un membre de l'équipe du SPST ne participe pas nécessairement à la préparation mais est systématiquement invité à participer aux visites d'inspection.

Les horaires de visite sont à fixer avec le cadre de proximité et le cadre supérieur ou directeur fonctionnel. Pour les services de soins, il convient d'éviter le début et la fin de poste, à moins qu'une problématique particulière ait été signalée.



## PROCEDURE

### Visites du Comité Social d'Établissement réuni en formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)

Service émetteur  
Référence  
Version N°3  
Date d'application :  
00/00/2000  
Page 3 sur 4

#### Le recueil préalable des informations :

Un recueil préalable d'informations peut permettre d'affiner les objectifs et les points à observer.

Peuvent notamment être consultés :

- Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels : disponible sur Intranet
- Projet de service : à solliciter auprès du cadre de service
- Organigramme et Fiches de postes : à solliciter auprès de la DRH et du cadre
- Procédures spécifiques au service : disponibles sur Ennov
- Plannings de service : à solliciter auprès du cadre, disponibles sur Octime
- Revue de FEI : à solliciter auprès de la DRH (préventeur des risques professionnels)
- Etat des effectifs et absentéisme liés particulièrement à l'accidentologie au travail : à solliciter auprès de la DRH (préventeur)

Les membres du F3SCT participant à la visite peuvent solliciter en amont de la visite l'ensemble des documents auprès du cadre et auprès de la Direction des Ressources humaines par l'intermédiaire du secrétariat.

- a) La collaboration du cadre de proximité nécessite de l'avertir en amont de la visite. La présence d'un ou plusieurs responsables du service, sont nécessaires pour que les observations de cette visite soient partagées et accompagnées d'explications techniques.

Une rencontre est organisée entre les professionnels qui participeront à la visite et le cadre au moins un mois avant la visite, dans la mesure du possible. Cette rencontre permet d'informer le cadre et les professionnels des différents corps de métiers du service sur les objectifs et modalités de visite, de fixer conjointement une date et une heure de visites (ou plusieurs si nécessaire), de laisser au cadre les documents destinés aux professionnels du service et la boîte qui permettra le recueil des messages des agents.

- b) La contribution des professionnels du service visité :

Des grilles de recueil par métier peuvent être mises à disposition des agents du service via le cadre, en amont de la visite. Un délai de 15 jours est laissé aux agents. Passé ce délai, les grilles sont récupérées dans le service par un membre du F3SCT participant à la visite.

Les grilles sont analysées afin de permettre à l'équipe de visite de préciser les contours de la visite, de définir les points à observer en priorité.

En outre et de manière anonyme, une boîte à message peut être laissée dans le service pendant le même laps de temps, permettant aux professionnels qui le souhaitent de s'exprimer librement et de manière éventuellement anonyme sur leurs conditions de travail.



## PROCEDURE

### Visites du Comité Social d'Établissement réuni en formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT)

Service émetteur  
Référence  
Version N°3  
Date d'application :  
00/00/2000  
Page 4 sur 4

## 4) Le déroulement de la visite :

La visite des locaux permet notamment l'observation des risques à évaluer et la vérification des mesures de prévention réglementaires ou spécifiées dans les procédures et consignes internes de sécurité.

L'entretien avec les agents au fil de la visite complète la visite en abordant les problèmes organisationnels, les relations dans le travail, les difficultés rencontrées ou les dysfonctionnements occasionnels, si c'est à l'ordre du jour prévu : pour ce faire, et ne pas prendre les professionnels au dépourvu ou les gêner dans leur travail, il est indispensable qu'ils aient été prévenu à l'avance des entretiens éventuels.

## 5) Le suivi de la visite :

Un compte-rendu de visite est rédigé par le secrétaire de la FS SSCT ou la personne désignée parmi les participants à la visite. Il est ensuite validé en réunion du groupe ayant participé à la visite.

Le compte-rendu de visite est adressé à l'encadrement du service avec éventuellement des propositions de mesures de prévention ou demande de propositions de la part du cadre, et éventuellement des éléments sur leur état d'avancement si les actions sont déjà engagées.

Le compte rendu de visite ainsi complété par le cadre est présenté F3SCT pour avis (vote).

Les mesures proposées par l'encadrement ou la direction fonctionnelle concernées sont validées en F3 SCT.

Les actions retenues sont intégrées au plan d'actions global FS SSCT (tableau de suivi) dont la mise en œuvre est évaluée à chaque F3SCT.

Le compte rendu de visite avec proposition d'actions sont transmises au cadre du service pour affichage. Le cadre informe les équipes en réunion de service.

Une visite de suivi peut être réalisée dans un délai de 6 mois et faire l'objet d'une restitution en réunion du F3SCT (évaluation de la mise en œuvre des actions).