



Centre Hospitalier
Rives de Seine

Procès-verbal de la F3SCT

du jeudi 21 mars 2024

Président :

- **Monsieur François PATRIER**, directeur des ressources humaines et des affaires médicales.

Présents :

Direction :

- **Madame Valérie PONS PRÊTRE**, directeur général (intérim du DRM) ;
- **Madame Saliha TOUZZALI**, directrice des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de la qualité, de la gestion des risques et des usagers ;
- **Madame Manon WAILLY**, élève directrice d'hôpital.

Représentants du personnel :

- **Monsieur Ali BAKKALI**, DRM, représentant CFDT ;
- **Madame Sandra COULON**, USLD, représentante suppléante CFDT ;
- **Madame Virginie DELPY**, unité d'obstétrique, représentante suppléante CFDT ;
- **Madame Julie FERRON**, SSR gériatrique, représentante CFDT, **secrétaire-adjointe** ;
- **Madame Saadia JRAY-QNIA**, DRH, représentante CFDT ;
- **Madame Dalinda MEDINI**, unité d'obstétrique, représentante suppléante CFDT ;
- **Madame Mireille TOUSSAINT**, psychogériatrie, représentante CFDT, **secrétaire** ;
- **Madame Bernadette DE SA**, USLD, représentante FO ;
- **Madame Laurence NGUYEN HUU**, pharmacie, représentante suppléante FO ;
- **Madame Alexandra PIETTE**, pharmacie, représentante FO ;
- **Madame Vanessa LECARPENTIER**, médecine polyvalente, représentante CGT ;
- **Monsieur Seang KHA**, plateau de rééducation fonctionnelle, représentant suppléant CGT.

Invité(e)s :

- **Madame Aude CUBILLE**, IDE, service de prévention et de santé au travail ;
- **Madame Aurélie CUSSAC**, cadre hygiéniste ;
- **Monsieur Kevin DESROSES**, adjoint au DRH ;
- **Madame le Dr Marta MARENGO**, médecin du travail, service de prévention et de santé au travail ;

Excusé(e)s :

- **Monsieur Christophe AUVINET**, ateliers généraux, représentant CFDT ;
- **Monsieur Rachid EL GOURCHE**, sécurité incendie et sûreté, CFDT ;
- **Madame Elsa LAURENT**, CAMSP Colombes, représentante FO ;
- **Monsieur le Dr DA SILVA GUIMARAES Ricardo**, Président du CLIN, membre consultatif ;
- **Madame le Dr Céline LEPRINCE LOGE**, pharmacien hygiéniste du GHT, invitée ;
- **Madame le Dr Hélène PEJOAN**, chef du pôle Femme-Enfant, représentante de la CME ;
- **Madame Céline SUREAU**, inspectrice du travail, membre consultatif ;
- **Madame Emilie TISSIER**, CRAMIF, membre consultatif ;
- **Madame Aline VERDIN**, psychologue du travail, service de prévention et de santé au travail.

Secrétaire de séance :

- **Madame Marilynne PRUNIER**, assistante de la direction des ressources humaines.

Le Président ouvre la séance à 09h30

ORDRE DU JOUR :

1. Approbation du procès-verbal de la réunion du 14 décembre 2023
2. Présentation pour information de la régularisation des reclassements (M. DESROSES - Adjoint au DRH)
3. Présentation pour information de la nouvelle organisation du service de prévention et de santé au travail, en lien avec l'arrivée du Dr MARENGO, nouvelle médecin du travail (Dr MARENGO)
4. Présentation pour information de la feuille de route sur la prévention des risques psycho-sociaux et des violences sexistes et sexuelles au CHRDS (Mme WAILLY - Elève directrice d'hôpital)
5. Présentation pour information de la procédure « canicule » (Mme PONS PRÊTRE, intérim du DRM)
6. Point pour information sur « établissement sous vidéo-surveillance » (Mme PONS PRÊTRE, intérim du DRM)
7. Questions diverses

1. APPROBATION DU PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU 14 DECEMBRE 2023

➤ **Aucune observation n'étant formulée, le procès-verbal de la réunion du 14 décembre 2023 est approuvé à l'unanimité.**

2. PRESENTATION POUR INFORMATION DE LA REGULARISATION DES RECLASSEMENTS

Cf présentation du reclassement administratif

M. DESROSES précise que les 30 agents concernés sont des agents pour lesquels la situation administrative n'a pas été régularisée suite à leur changement de métier. L'idée est d'accompagner les agents à travers des entretiens individuels au cours desquels M. DESROSES leur expose la situation, les écoute pour comprendre comment ils ont été amenés à changer d'affectation, et leur explique comment leur situation va pouvoir être régularisée. Le choix appartient à l'agent, et deux possibilités existent : soit une intégration dans un nouveau corps et grade, soit la procédure de reclassement est prise pour raison de santé.

L'idée est de mettre à jour toutes les situations administratives, mais aussi de voir les perspectives professionnelles dans les années à venir sur le nouveau grade. En termes de communication, une procédure sur le reclassement administratif professionnel est finalisée et peut maintenant être diffusée.

M. PATRIER ajoute que cette procédure qui a été finalisée très récemment sera présentée à la prochaine F3SCT et que les organisations syndicales pourront faire les remarques nécessaires sur cette procédure.

Mme PIETTE dit que si elle a bien compris, c'est une réponse à un besoin de l'institution de régulariser des dossiers anciens d'agents qui ont été reclassés de manière fonctionnelle et qui, à l'époque, n'avaient pas été informés des conséquences de ces reclassements et qui ont accepté sans vraiment être conscients des enjeux qui pouvaient avoir des conséquences jusqu'à la retraite. Un certain nombre d'agents qui arrivent en fin de carrière se retrouvent dans une situation de remise en question sur la date de départ à la retraite rallongée de plusieurs années, et un montant de pension de retraite bien inférieur à ce qui était prévu dans leur carrière initiale. Il s'agit d'agents qui sont reclassés souvent suite à des accidents de travail ou à des maladies professionnelles.

Mme PIETTE explique qu'au moment où ces agents ont pris la décision d'accepter ce reclassement fonctionnel, ils n'avaient pas toutes les informations pour avoir un consentement libre et éclairé dans le contrat tacite et implicite que l'hôpital leur a proposé. Elle dit ne pas savoir dans quelle mesure l'établissement est tenu d'appliquer la réglementation rétroactivement sur des dossiers passés pour des agents qui sont proches de la retraite. Certains agents se sont vus proposer de retourner dans des services de soins avec un aménagement de poste comme par exemple le port de charges lourdes limité à un certain nombre de kilos. Cela est, concrètement et dans la réalité, mettre l'agent en difficulté par rapport à ses collègues et le mettre tous les jours en face de son impuissance à travailler normalement et de son handicap au quotidien. Il existe un préjudice sur le moral des agents qui ne peut pas être sous-estimé. Mme PIETTE demande si tout cela est pris en compte. Elle parle des personnes qui sont reclassées depuis des années à qui il n'a jamais été parlé de cela et qui se retrouvent avec un départ à la retraite retardé de plusieurs années, avec parfois plusieurs centaines d'euros en moins sur leur pension. Elle demande quelles sont les issues en faveur des agents pour qu'ils ne finissent pas leur carrière dans de mauvaises conditions.

M. DESROSES répond sur les différents points. Sur la question de l'impact sur la retraite, 2 points sont à regarder :

1) dans le cadre du reclassement il y a à la fois le salaire à l'instant T, c'est-à-dire au moment du reclassement, et le salaire au moment de la retraite. Lors des entretiens il expose les 2 parties. Il fait une simulation de salaire avec les éléments liés à la rémunération, le salaire actuel et le salaire futur. Les agents ont la possibilité de voir déjà la différence entre les 2 salaires. La plupart des agents qu'il a rencontré et pour lesquels il a fait des simulations y gagnent en indice majoré (IM) parce qu'ils doivent être reclassés à un IM égal ou directement supérieur, et la majorité des agents sont sur des IM supérieurs. Deuxièmement, les agents gagnent également sur le grade. C'est-à-dire que les AS de nos jours sont depuis moins d'un an en catégorie B. Si le reclassement avait été effectué il y a un an, les agents auraient été sur un grade d'adjoint administratif. A ce jour, ils sont positionnés sur un grade d'AMA, voire adjoint des cadres pour des métiers d'encadrement, type aux admissions. Ce ne sont pas les mêmes grilles, et cette grille est plus intéressante. Les agents y gagnent financièrement sur l'aspect du traitement indiciaire et sur le grade également pour les perspectives. Cela a un impact important, surtout pour la retraite. Les agents qui partent à 4-5 ans vont pouvoir avancer en échelon et donc en IM. S'ils sont sur des grilles indiciaires plus intéressantes, ils vont partir sur des IM beaucoup plus intéressants que s'ils avaient été sur un grade antérieur ou un grade d'AS. En termes de pension de retraite, ils vont y gagner sur ce point-là.

2) Sur l'entretien avec M. ANDAMAYE qui peut répondre à la question de la pension dans 4-5 ou 10 ans et que M. DESROSES propose à tous les agents, ce qui remonte c'est qu'au moment de la retraite, il y a l'âge légal de départ et le nombre de trimestres cotisés. La majorité

des agents qui ont cette démarche de reclassement n'ont pas assez cotisé. C'est la raison principale pour laquelle ils vont perdre de la pension. De ce fait, M. DESROSES demande à M. ANDAMAYE de faire une simulation sur un taux plein. Si un agent part sur un taux qui n'est pas plein (AS, ASH), sa pension est entre 800 et 1000€, ce qui est difficilement acceptable pour une carrière aussi longue et sur des métiers assez pénibles. Il faut alors « travailler plus pour gagner plus ». Dans ce cadre-là, lorsque l'agent travaille en ayant des trimestres à taux plein, c'est à ce moment-là qu'on voit la différence entre le métier soignant et le métier administratif. Dans la majorité des cas, les agents qui sont reclassés sur des métiers administratifs ont une pension plus importante en tant qu'administratif qu'en tant que soignant parce qu'ils ont été reclassés sur un IM plus important 4 ou 5 ans en arrière.

Concernant la perte de pension qu'évoque Mme PIETTE, M. DESROSES explique qu'il existe des nuances et que chaque carrière est différente avec des motifs. Il demande à M. ANDAMAYE, lors des entretiens, de bien l'exposer aux agents pour qu'ils aient toutes les réponses.

M. PATRIER explique que la DRH est en train de régulariser des situations pour lesquelles il y avait un manque d'accompagnement dans le passé. Pour les nouveaux agents qui seront en reclassement, une procédure claire existera avec une communication. C'est la raison pour laquelle la DRH dans sa globalité essaye d'être la plus présente possible. Il y a l'entretien avec M. DESROSES, avec M. PATRIER si besoin dans le cas de situations problématiques, Mme LESAGE rencontre également les agents, et M. ANDAMAYE les reçoit pour les questions de la retraite. La DRH essaye d'avoir un accompagnement global, et elle tentera de répondre au mieux à l'incertitude du professionnel sur ce basculement d'un métier à un autre.

Mme DE SA revient sur le fait que l'agent doit travailler plus pour gagner plus, et elle est d'accord avec M. DESROSES, mais ces agents qui sont déjà reclassés sont des AS ou des ASH qui ont travaillé dans des services relativement lourds, qui ont eu de gros problèmes de santé et qui n'ont pas eu le choix que d'être reclassés. Il a été très compliqué pour eux de faire le deuil de leur métier. Si par exemple 1 AS passe en catégorie B et est actuellement AMA, il va peut-être falloir qu'elle travaille plus parce qu'elle n'aura pas suffisamment au niveau de la retraite. Cela est un peu contradictoire dans ce que dit M. DESROSES dans le sens où ce sont des agents qui sont « cassés », et il va falloir qu'ils travaillent plus pour pouvoir gagner plus. Le syndicat FO n'est pas d'accord sur ce principe-là.

Mme PIETTE demande combien de contractuels sont concernés.

M. DESROSES répond qu'il n'a pas le chiffre exact, mais il pourra le donner.

Mme PIETTE fait remarquer que M. ANDAMAYE s'occupe uniquement des dossiers de retraite des titulaires et demande comment font les contractuels pour les simulations.

M. DESROSES répond que M. ANDAMAYE a quand même une expertise pour les contractuels, mais il les oriente vers la CNAV qui fait les simulations. Tous les agents ont la possibilité d'avoir une simulation sur le site Info Retraite.

M. DESROSES revient sur les situations antérieures qui remontent à plusieurs années, et explique que pour la plupart de ces agents, leur situation administrative est restée en attente. Le dossier a été bloqué pendant x temps. Les agents pensaient qu'administrativement tout avait été réglé, mais ce n'est pas le cas. Sur le point de l'accompagnement pour ces agents-là, il n'y a pas de pression qui leur est mise. Il essaye de leur expliquer de la manière la plus simple possible comment ils peuvent y gagner. L'idée n'est pas de les mettre en difficulté. Si les agents étaient restés sur leur grade d'AS et s'ils n'ont pas assez cotisé de trimestres, ils partiraient avec une pension assez basse, qu'il y ait un reclassement ou pas. La plupart des agents font des comparaisons alors que chaque agent a sa situation personnelle, et chaque carrière est différente. Quand un agent a travaillé 17 ans dans les soins, il peut partir à 57 ans. Il existe plusieurs dispositifs parallèles qui peuvent permettre à l'agent de partir plus tôt, même s'il y a un reclassement. L'élément le plus important est la pension de l'agent, et combien il va percevoir au moment du départ à la retraite. M. DESROSES lui expose combien il pourrait gagner en restant soignant et en restant administratif.

Mme PIETTE demande, si un agent est lésé par ce changement, si la DRH accepterait de faire une entorse à la réglementation puisque ce n'est pas du ressort de l'agent si la situation a été figée. C'est du cas par cas, mais est-ce que dans certaines situations il y a des possibilités de négociation à quelques années de la retraite.

M. PATRIER répond que c'est du cas par cas, et vu le nombre de dossiers assez faible au niveau de l'établissement, la DRH regarde chaque situation et regarde l'ensemble des possibilités.

Mme LECARPENTIER indique qu'elle rejoint les propos de FO. Elle revient sur le fait que M. DESROSES dit que le reclassement ne lèse pas l'agent. 1 agent qui a travaillé 20 ans en tant qu'AS, qui a été « cassé » par le métier et qui se retrouve reclassé, ce n'est pas pareil qu'un agent qui vient de commencer et qui a un reclassement. Les grilles d'AS commencent à 1.836,20€ bruts, alors qu'elles commencent à 1.806,66€ pour les adjoints administratifs.

M. DESROSES répond que les AS ne sont pas positionnés sur un grade d'adjoint administratif, mais sur un grade d'AMA.

Mme LECARPENTIER indique qu'elle a vu la fiche de paie d'1 AS qui a été reclassé et il n'est pas indiqué AMA, mais agent de gestion administratif.

M. DESROSES répond qu'il y a la notion de grade et de métier. Tout agent est rémunéré sur un grade.

Mme LECARPENTIER demande quel est l'impact pour l'AS qui se retrouve agent de gestion administrative.

M. DESROSES répond qu'il y a aucun impact sur sa rémunération. Il précise qu'il reste à la disposition des agents pour les rencontrer.

M. DE SA ajoute qu'il n'y a pas d'impact au niveau du salaire, mais il y en a un au niveau de la retraite. D'après les simulations qui ont été faites auprès de M. ANDAMAYE, il existe une perte au niveau de la pension de retraite.

M. DESROSES répond que c'est parce que les agents n'ont pas cotisé assez de trimestres. Si un agent doit cotiser 172 trimestres et qu'il a cotisé 150 trimestres, il est AS et bascule sur le grade AMA avec ses 150 trimestres, en effet on peut voir une différence de pension. La simulation est effectuée à ce jour et sera différente à 4 ou 5 ans.

Mme FERRON indique que la notion de titulaires et de contractuels n'a pas été abordée. Les titulaires perdent beaucoup et les contractuels beaucoup moins puisque le calcul est fait sur les 25 meilleures années, contrairement aux titulaires où le calcul est fait sur les 6 derniers mois.

M. DESROSES précise que les modalités de calcul de pension entre les titulaires et les contractuels ne sont pas les mêmes. C'est un élément propre à chaque statut.

Mme LECARPENTIER indique que les titulaires sont protégés par une loi pour les reclassements, ils ne peuvent pas être licenciés. Par contre, les contractuels ont tout intérêt à faire attention aux termes et comment va être remplie le certificat parce qu'une inaptitude au travail peut donner lieu à un licenciement. Il faut bien expliquer les enjeux aux agents.

M. DESROSES répond qu'il évoque ce point lors des entretiens et précise que ces entretiens RH, dans le cadre d'un accompagnement, sont très importants.

M. BAKKALI explique que la CFDT a accompagné et assisté quelques agents dans cette démarche avec M. DESROSES, et les choses se sont bien passées. La CFDT sent qu'il existe un côté humain pour trouver une solution. La DRH est à l'écoute des représentants qui font des propositions. Il a entendu dire que certains agents allaient gagner, et d'autres perdent, mais c'est aux représentants de les assister et de les défendre pour qu'ils ne perdent pas au niveau du salaire et de la retraite.

M. PATRIER ajoute que lorsqu'il existe une inaptitude, la DRH accompagne aussi les agents dans le cadre de leur reclassement vers un nouveau projet professionnel. C'est également ça les enjeux d'avoir une organisation bien structurée de la part de la DRH et de pouvoir aussi faire le lien avec de la formation et de l'accompagnement vers ce nouveau métier. Il note le besoin d'avoir une information plus claire sur l'ensemble des déterminants du reclassement. La DRH va continuer à rencontrer les agents, et un point de situation sera fait avec la procédure à la prochaine F3SCT.

3. PRESENTATION POUR INFORMATION DE LA NOUVELLE ORGANISATION DU SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL (SPST), EN LIEN AVEC L'ARRIVEE DU DR MARENGO, NOUVELLE MEDECIN DU TRAVAIL

Cf présentation du service de médecine de prévention et de santé au travail

Le Dr MARENGO explique le rôle du SPST et présente l'équipe.

Elle indique que le poste d'AMA est vacant et 1 IDE est en arrêt maladie depuis longtemps, mais le service est bien géré grâce à Mme CUBILLE qui est infirmière diplômée en santé au travail. Le SPST a la chance d'avoir une psychologue du travail en la personne de Mme VERDIN.

Le SPST est situé au sous-sol à Neuilly et à Courbevoie, et des locaux sont en train d'être aménagés au rez-de-chaussée à Puteaux. Elle précise que toute l'équipe du SPST est soumise au secret professionnel, ce qui est très important de savoir pour les agents qui souvent se demandent si le SPST est en lien avec la DRH et parle de leurs soucis.

Concernant les décisions prises pour un agent, ce sont des actions qui sont faites quand la santé a un impact sur le travail ou quand le travail a un impact sur la santé. Le Dr MARENGO indique qu'elle ne prescrit pratiquement jamais de télétravail. Elle prescrit du télétravail quand l'agent a des soucis et ne peut se rendre sur son lieu de travail pour une très courte durée, mais le télétravail n'est pas une réponse au fait que l'agent ne peut plus se rendre sur son lieu de travail.

Le SPST fait des aménagements quand un agent lui déclare une grossesse. Le Dr MARENGO indique qu'elle a créé un protocole qu'elle va présenter en congrès national de médecine du travail. Si des agents ont des questions sur la grossesse et les risques chimiques et biologiques, et les rayonnements ionisants, mais aussi par rapport aux conjoints, s'ils sont inquiets pour leurs enfants nés ou à naître face aux risques de l'hôpital, ils peuvent revenir vers le SPST.

Concernant les pro-actions pour prévenir l'impact que le travail peut avoir sur la santé des agents, les visites de suivi sont obligatoires tous les 2 ans. Le Dr MARENGO explique que pendant ces visites réglementaires, elle fait un entretien et un examen clinique classique : examen des urines, dépistage du diabète, examen de la vision, bilan sanguin adapté au métier, et si besoin des vaccinations sont faites sur place (pas de dépistage pour la drogue et l'alcool).

Le Dr MARENGO indique qu'elle n'en a pas encore parlé avec la DRH, mais elle a pensé à faire aussi des visites pour les arrêts prolongés de plus de 30 jours non consécutifs pour essayer de voir s'il existe derrière un problème au niveau des soins, et si les agents sont bien suivis en ville ou pas.

Le Dr MARENGO précise que les objectifs du 1^{er} semestre sont des objectifs de service et indique que beaucoup de travail a été déjà fait en 2 mois, mais il en reste encore à faire. Les actions de prévention sont surtout en objectifs du 2^{ème} semestre. Le Dr MARENGO s'excuse de ne pas avoir pu organiser « Mars bleu » cette année, mais le SPST va réorganiser les campagnes de prévention sur les cancers du sein, du colon, et les mélanomes. Les campagnes de vaccination vont être remises en place, comme celle de la grippe.

Le Dr MARENGO dit prendre très au sérieux les douleurs au niveau du dos, et le SPST essaiera de faire des actions de prévention sur ce sujet en essayant de promouvoir le sport. Elle précise que d'autres projets sont en réflexion et qu'elle est à l'écoute de toutes idées.

Elle souhaite rappeler que si des agents ont des questions personnelles, ils peuvent demander des visites « à leur demande » tout au long de leur carrière auprès d'elle-même ou de Mme CUBILLE. Le SPST est à l'écoute et est plutôt réactif.

M. PATRIER remercie le Dr MARENGO pour cette présentation. Il indique que sur la logique que le Dr MARENGO a prise et qui est la bonne, c'est de remettre en place les bases d'un SPST. C'est-à-dire des protocoles, revoir l'ensemble des agents sur 30 mois pour régulariser les situations. Il précise qu'avant de se lancer dans des projets plus ambitieux, il faut pouvoir répondre aux premières missions d'un SPST. Cela est en train d'être fait avec une équipe qui est encore à consolider. Malgré cela, le SPST est dans la bonne dynamique, et l'établissement compte sur lui pour renforcer ses actions de prévention.

Dr MARENGO ajoute que plusieurs protocoles sont encore en cours d'écriture. Le SPST a déjà mis en place un suivi plutôt régulier avec beaucoup de visites par semaine. Elle remercie Mme CUBILLE qui est pleinement engagée. Elle indique que des réunions avec les préventeurs de l'hôpital ont déjà eu lieu, comme par exemple la radioprotection, et qu'elle a déjà visité beaucoup de services, surtout sur Courbevoie. Elle avait prévu de visiter les services de Neuilly, mais suite à un accident elle a dû reporter ces visites. Les visites de tous les services seront faites pour repérer les risques et en vue de travailler sur une fiche d'entreprise qui est un document qui est dans le DUERP.

Mme FERRON demande si pour les travailleurs de nuit qui doivent bénéficier d'une surveillance renforcée normalement de par leur activité, il serait possible de les voir assez rapidement et en priorité du fait du risque important à exercer de nuit.

Le Dr MARENGO répond qu'avec Mme CUBILLE elles ont déjà vu quelques travailleurs de nuit, mais pour l'instant pas sur leur temps de travail, ce qui est très important parce que les visites réglementaires doivent être faites sur le temps de travail. Par contre, elles ont essayé d'aménager leurs horaires pour les voir. Le suivi particulier renforcé est une des premières actions à mettre en place. Les agents de nuit bénéficient d'un suivi particulier renforcé dans le privé et dans la fonction publique d'état. Dans la fonction publique hospitalière, le suivi réglementaire est tous les 2 ans pour tous les agents, et pas que pour les travailleurs de nuit. Le Dr MARENGO sait que les travailleurs de nuit font partie d'une des catégories qui a été moins vue par son prédécesseur dans les 3 dernières années. Elle rappelle que la visite réglementaire est tous les 2 ans pour tout le monde, mais elle peut estimer que dans certaines situations et dans certains cas en particulier pour certaines pathologies, elle peut revoir plus souvent les agents. Elle insiste sur le fait que tout agent peut, à tout moment, demander une visite à sa demande, même en tant que représentant d'une équipe ou d'un collègue pour lui présenter certaines situations.

Mme TOUSSAINT demande si une planification des visites réglementaires est prévue, et comment sont convoqués les agents.

Le Dr MARENGO répond que les visites sont déjà en cours depuis plus d'1 mois. Elle priorise pour l'instant les visites d'embauche et les visites à la demande des agents. A son arrivée elle avait demandé le listing de l'ensemble du personnel de l'établissement, et un tri a été fait de tous les agents qui n'ont pas eu de visite médicale durant les 2 dernières années (85%). Lors du recrutement d'une AMA au SPST, il est prévu de mettre en place le suivi réglementaire qui est en partie déjà en cours. Elle a déjà vu plusieurs équipes de l'hôpital et a fait à peu près 130 visites réglementaires. Elle explique que pendant les visites à la demande, elle regarde le dossier et si l'agent n'a pas eu de visite en 2023 elle en profite pour faire une visite classique de suivi.

Mme TOUSSAINT pense que le télétravail peut être une solution si le lieu de travail n'est pas adapté pour l'agent qui peut être en difficulté.

Le Dr MARENGO répond que si le lieu de travail n'est pas adapté à l'agent, des aménagements du poste de travail sont faits. Le télétravail est une solution quand l'agent ne peut pas se rendre sur son poste de travail parce qu'il existe un souci en amont, et il a besoin d'un arrêt. Elle explique qu'il lui est arrivé cette semaine de mettre sur la fiche de suivi qu'un agent avait besoin de télétravail pour 20 jours parce qu'il avait des examens à faire et qu'il était en cours de diagnostic. Mais dans 99% des cas, elle ne va pas prescrire de télétravail de x jours jusqu'à la fin de la carrière car cela n'a aucun sens. Il n'y a pas de situation qui peut être résolue avec un jour en plus par semaine de télétravail.

M. DESROSES complète sur l'aspect du télétravail en précisant que dans le décret lié au télétravail, les éléments liés à l'état de santé qui sont mentionnés sont seulement les éléments liés à la grossesse. Le fait de donner du télétravail pour raison de santé en dehors de ce cas n'est pas mentionné dans le décret.

Mme LECARPENTIER demande qui reçoit les agents qui sont arrêtés depuis plus de 30 jours.

Le Dr MARENGO répond que c'est le SPST qui doit voir l'agent à la reprise. Pour l'instant, le SPST n'est pas en mesure de savoir qui est en arrêt.

Mme LECARPENTIER explique que plusieurs agents sont en arrêt et doivent revenir sur la même période. Elle demande au Dr MARENGO si elle priorise, et comment se fait la communication parce que l'agent ne peut pas reprendre tant qu'il n'a pas le certificat d'aptitude à la reprise.

Le Dr MARENGO répond que pour l'instant, elle reçoit les rendez-vous urgents même le soir, ou bien elle arrive plus tôt le matin. Elle dit à Mme LECARPENTIER que si elle a le cas d'un agent qui était en arrêt et qui a été prolongé par son médecin traitant parce qu'il a eu au téléphone le SPST qui ne lui a pas donné de RV, elle aimerait avoir son nom car elle est certaine que ce cas n'est pas arrivé.

Mme LECARPENTIER expose le cas d'un agent qui ne savait pas qu'il devait prendre un rendez-vous de reprise auprès du SPST, et lorsqu'il a appelé 2 jours avant sa reprise, le délai était court et il n'a pas eu de RV et s'est fait prolonger. Elle pense que ce n'est pas un cas isolé.

Mme COULON demande si cela pose un problème si un agent a repris le travail après un arrêt de plus de 30 jours sans voir le SPST.

Mme LECARPENTIER indique qu'il faut une aptitude.

Le Dr MARENGO répond qu'elle ne pense pas que cela soit arrivé depuis son arrivée. Le SPST est très réactif au téléphone et traite tous les mails dans la journée. Elle ajoute que l'agent a la possibilité avant de reprendre le travail de faire une visite de pré-reprise à sa demande, ce qui permet d'anticiper les actions à mettre en place avant la reprise. Elle aimerait avoir la liste des agents à qui le SPST a refusé un rendez-vous.

Mme DE SA pense que l'agent peut reprendre son travail et avoir sa visite de reprise 15 jours après.

M. DESROSES répond que l'agent doit avoir sa visite 8 jours après sa reprise. Il explique qu'en l'absence de médecin du travail, la DRH devait adresser des courriers aux agents qui avaient des arrêts supérieurs à 30 jours pour les renvoyer vers un médecin agréé bien avant leur reprise. Cela n'a été fait qu'une seule fois en 8 mois, ce qui n'est pas normal. Cela va être discuté avec M. PATRIER, le Dr MARENGO et l'équipe du SPST pour résoudre ce problème et pour anticiper au maximum les agents qui ont une absence supérieure à 30 jours. Dès lors qu'un agent a un arrêt maladie supérieur à 30 jours, il faut adresser automatiquement le courrier.

Mme COULON demande s'il s'agit d'un arrêt initial ou de prolongation de 30 jours, ou de 2 arrêts de 15 jours.

M. DESROSES répond que dès lors que l'agent est absent plus de 30 jours, il doit voir le médecin du travail à sa reprise, que ce soit un arrêt initial ou une prolongation d'un arrêt initial.

M. BAKKALI dit avoir l'impression que le Dr MARENGO est réticente au télétravail et lui demande si, dans le cas où un agent de l'établissement ne peut pas venir sur son lieu de travail parce qu'il s'est blessé le bras ou la jambe et qu'il ne peut pas conduire ou prendre les transports, et que pour nécessité de service il ne fait pas d'arrêt maladie et demande du télétravail, elle y serait favorable ou pas.

Le Dr MARENGO répond que c'est au cas par cas selon le métier, la situation et l'état de santé de l'agent. Le SPST essaye aussi d'appeler le médecin traitant. Elle indique qu'elle a déjà commencé à prendre contact avec les cadres. C'est-à-dire que quand elle envisage un aménagement, elle appelle le cadre en présence de l'agent pour savoir ce qui peut être mis en place pour d'un côté la continuité du service, et d'un autre côté le maintien au poste de l'agent. Elle indique que même dans une situation de maladie, le travail peut être curatif.

M. PATRIER ajoute que le risque de mettre un agent en télétravail c'est de perdre son suivi quand il est à son domicile, et de l'« invisibiliser » car il ne sera plus relié à l'équipe, au lieu de travail, et le recours au SPST sera toujours plus compliqué.

Le Dr MARENGO ajoute que ce qui la questionne pendant la visite c'est si l'agent qui ne peut pas se rendre sur son lieu de travail n'a pas plutôt besoin d'un arrêt.

M. BAKKALI répond qu'il va lui envoyer le cas concret.

Le Dr MARENGO indique que le SPST fait du cas par cas, et qu'elle attend de voir cet agent en visite.

Mme COULON demande s'il est possible d'avoir une affiche pour expliquer à tous les agents qu'après 30 jours d'arrêt, ils doivent absolument prendre rendez-vous auprès du SPST avant la reprise.

Mme DE SA demande qui informe les agents.

M. PATRIER répond qu'il faut que ce soit une information institutionnelle. Il fait le lien avec un projet qui est l'intranet qui devrait être mis en place fin du premier semestre 2024 ou à la rentrée de septembre 2024, où il y aura un onglet sur le SPST et cette information sera accessible tout le temps et sur l'ensemble des postes informatiques. Il ajoute qu'une note d'information peut être faite si besoin.

Mme COULON pense que l'intranet ne sera pas un bon outil d'information car la majorité des agents qui travaillent dans les postes de soins soignent les patients et sont déjà sur le nouveau logiciel, et ils ne l'ouvriront pas. Elle donne l'exemple des AS et des ASH qui ne consultent jamais les mails. De ce fait, si les agents ne consultent pas l'intranet, l'information passe inaperçue. Elle sait qu'il faut limiter le papier, mais elle pense qu'il peut y avoir d'autres moyens.

M. PATRIER répond que l'accès à la bonne information est un débat parce que beaucoup de notes d'information ont été publiées ces derniers temps, et il existe une saturation des notes d'information. Il est fait un Flash RH qui est une forme de support recto-verso sur lequel sont mises les actualités. Aujourd'hui les informations sont également ajoutées sur BlueKango, mais BlueKango est censé être un outil pour qualité et gestion des risques. L'intranet n'existe pas pour le moment, et il faut voir s'il est adopté par les agents au moment où il va être mis en place. Il pense que le fait de se dire qu'à tel endroit l'ensemble des informations permanentes peuvent être trouvées sur la façon dont fonctionne le SPST et sur les questions sur la reprise au travail après un arrêt, peut être bien. Une sensibilisation par l'encadrement peut être un autre vecteur.

M. BAKKALI indique que des alertes peuvent être créées sur Octime et que cela peut être une bonne solution. En général les cadres savent qu'au-delà de 30 jours d'arrêt les agents doivent voir le SPST, à part peut-être les nouveaux cadres.

Mme FERRON pense que les agents ne le savent pas. Ils ont eu l'habitude de l'absence du médecin du travail et n'ont pas le réflexe de la visite de reprise, d'autant plus pour les nouveaux agents.

Mme LECARPENTIER signale qu'en DRH certains gestionnaires appellent les agents pour les informer qu'il n'y a plus d'arrêt et qu'ils doivent revoir leur médecin ou la médecine du travail pour leur reprise. Elle ajoute que cela va être compliqué si les cadres doivent tout gérer.

Mme CUSSAC explique que les cadres ne sont pas censés contacter les agents sur la période d'arrêt, et que parfois les agents ne préviennent pas forcément s'ils reprennent leur poste.

Mme FERRON pense que la DRH a tout son rôle sur le sujet. C'est-à-dire que lorsqu'elle reçoit les arrêts maladie, elle accuse bonne réception et rappelle qu'au-delà de 30 jours d'arrêt l'agent devra prendre contact avec le SPST pour une visite de reprise.

M. PATRIER note qu'il y a 2 volets : la communication et ce que fait la DRH. Sur le volet « organisation », il informe que la DRH est en train de se réorganiser, et le suivi de l'absentéisme long va être dans le périmètre d'un des gestionnaires, notamment pour faire cette alerte.

Mme LECARPENTIER reconnaît que des choses sont faites en DRH parce que les agents qui sont suivis par l'un des gestionnaires RH sont appelés une semaine avant.

M. PATRIER répond que tous les gestionnaires ne le font pas. Il faut qu'une étude soit faite sur leur charge de travail car cela peut représenter un travail important, d'où l'idée de mettre un gestionnaire en particulier sur le suivi de l'absentéisme long de l'ensemble de l'établissement. Une note d'information sur les différentes réorganisations de la DRH sera diffusée avec ce suivi de l'absentéisme long. La DRH va améliorer sa communication et proposer un circuit plus clair sur ces éléments.

M. PATRIER remercie le Dr MARENGO pour cette présentation ainsi que Mme CUBILLE pour son investissement quotidien.

4. PRESENTATION POUR INFORMATION DE LA FEUILLE DE ROUTE SUR LA PREVENTION DES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX ET DES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES AU CHRDS

Cf présentation Groupe de travail RPS - VSS

Mme WAILLY précise qu'un groupe de travail a été mis en place sur les violences sexistes et sexuelles (VSS) et les risques psycho-sociaux (RPS), et présente les premières actions qui ont été pensées avec ce groupe de travail :

- Sur les VSS :

- **Diffusion en avril d'un questionnaire sur les VSS** : Mme WAILLY indique qu'elle a appris que c'était aussi une volonté de la CFDT qui a lancé le 8 mars dernier une campagne VSS. Elle a échangé avec Mme JRAY-QNIA pour pouvoir se coordonner pour ne pas faire 2 questionnaires, 1 en avril et 1 en mai, et pour avoir des actions complémentaires qui ne se répètent pas. De ce fait, le calendrier changera peut-être.

- **Volonté de faire un appel à volontaire pour les membres de la cellule VSS** : il a été imaginé 2 ou 3 membres qui feraient le recueil des signalements, avec la possibilité de faire des signalements anonymes ou non. Une discussion avait eu lieu lors de la réunion avec les syndicats, et notamment avec Mme PIETTE, sur la nécessité de pouvoir signaler anonymement, parce que de donner son nom peut parfois empêcher les personnes de le faire par peur de représailles ou une envie de ne pas être identifiées. C'était un élément essentiel qui avait été identifié. Après cet appel à volontaire, il y aurait un entretien avec la DRH, la Direction des soins et la médecine du travail pour évaluer les motivations. Ensuite ces personnes seraient formées afin d'être capable d'orienter vers les bons acteurs, mais également de recevoir ces signalements. L'objectif est de lancer la cellule en septembre avec les référents qui seraient formés. Ce serait une adresse mail générique à laquelle seuls les représentants VSS auraient accès, avec la possibilité de faire un signalement anonyme ou non, et lorsqu'il y aurait un signalement, la personne serait reçue assez rapidement. Beaucoup d'exemples existent dans plusieurs établissements et il peut être inspiré de ce qui est fait ailleurs, même si le groupe de travail y réfléchit.

- Sur les RPS :

Les outils sont encore en cours de réflexion puisqu'il y avait toujours cette volonté de mettre en place un signalement anonyme. Par exemple, si un collègue voit qu'un autre collègue ne va pas bien, qu'il puisse le signaler. Il avait été pensé à la base que cela pourrait être

fait à la médecine du travail, mais le groupe de travail est en cours de réflexion sur la possibilité que ce soit un référent RPS pour qu'il y ait une indépendance de la médecine du travail, et que ce référent RPS puisse orienter vers le bon acteur.

Concernant les actions de sensibilisation et d'information, au-delà d'une personne référente, il est important de sensibiliser les personnes sur les RPS. C'est pour cette raison que l'établissement a signé le 17 janvier dernier un partenariat avec l'association Soins aux professionnels de la santé (SPS) qui a une plateforme d'écoute psychologique 24h/24h avec un numéro vert, elle répond instantanément, et une application mobile qui est assez facile à télécharger et qui permet d'être mis en contact directement avec un psychologue. Elle a également mis en place des fiches pratiques QVCT qui se trouvent sur BlueKango sur l'onglet de gauche qui s'appelle « fiches QVCT », et il y a également une partie pour l'encadrement sur le management. Chaque mois une fiche QVCT est mise en ligne sur le Flash RH avec un QR code et un résumé.

L'association SPS met en place des ateliers en visioconférence qui sont également sur le Flash RH. Il suffit de cliquer dessus et cela amène directement sur le lien d'inscription (lien Zoom). Mme WAILLY indique qu'il faut faire passer le message que l'agent doit préciser qu'il vient du CHRDS pour que la structure puisse être identifiée dans le cadre du partenariat.

L'association SPS a également une maison des soignants à laquelle les agents peuvent accéder gratuitement, et un partenariat avec l'association Morphée pour les personnes qui ont des troubles du sommeil. Une évaluation est faite et il peut ensuite y avoir un suivi médical.

Mme WAILLY indique qu'il y a un vrai lien sur le Flash RH, et que l'établissement a une volonté de mettre en avant ces outils pour les faire connaître (le numéro vert, les fiches QVCT, et les ateliers). Ils vont être remis chaque mois sur le flash RH pour que cela devienne un réflexe de s'inscrire et d'accéder à toutes les fiches. C'est une des actions fortes qui va être menée cette année sur le volet des RPS.

Mme LECARPENTIER rappelle que l'année dernière, la CGT avait demandé ce qui avait été fait par rapport aux agents des urgences ou autres qui étaient victimes de violence. Une fiche réflexes « j'ai été victime de violence » avait été faite. Des choses avaient déjà été mises en place, mais les agents ne sont pas au courant. La CGT avait imprimé et distribué cette fiche à certains agents. Aujourd'hui, l'établissement a retravaillé sur un projet pour remettre des choses en place dont certaines sont similaires à ce qui avait déjà été fait. Elle demande comment vont être communiquées toutes ces informations.

M. PATRIER répond que c'est lui qui a fait cette fiche réflexes et qui a demandé à Mme WAILLY de faire le Flash RH. Le but est de faire du lien entre toutes les démarches. Il y aura sur l'intranet le Flash RH sur lequel il peut être envoyé ces fiches réflexes qui, dans le cadre de violences et notamment violences entre soignants et patients dont étaient victimes les soignants, étaient les premières mesures à prendre et la conduite à tenir. Elles avaient un objectif très visuel. Elles existent et il faut en effet recommencer dessus. La question c'est comment trouver le meilleur canal de communication avec l'ensemble des services et avec les agents.

Mme LECARPENTIER précise qu'elles n'étaient pas affichées dans les services, hormis dans le service de médecine, ce qui est dommage parce qu'il y avait le côté pour la victime, le rôle du cadre et du responsable et pour un témoin.

M. PATRIER répond que c'est toujours le risque, c'est-à-dire la tendance à oublier ce qui a été fait. L'établissement va reconnecter les différents éléments et voir si ces fiches réflexes sont toujours à jour. L'établissement essaye d'avoir le plus d'outils à disposition de l'ensemble des professionnels. Il faut relier toutes les initiatives pour gagner en cohérence.

Mme FERRON indique qu'elle a compris que les organisations syndicales étaient conviées à la première réunion, mais pas forcément aux suivantes, et elle ne comprend pas pourquoi.

Mme WAILLY précise que le groupe de travail a été constitué avant, et les organisations syndicales ont été invitées à une réunion pour leur présenter l'avancée des travaux, mais elles peuvent revenir si elles le souhaitent.

Mme FERRON répond que la demande d'intégrer la démarche était pour participer sur du long terme.

Mme LECARPENTIER demande si tout le monde peut se porter volontaire pour devenir membre de la cellule VSS, y compris le personnel soignant.

Mme WAILLY répond que toute personne volontaire pourra candidater.

Concernant les RPS, **Mme LECARPENTIER** fait remarquer que ce qui est compliqué c'est de pouvoir cibler si ce sont vraiment des RPS ou pas. Les RPS vont-ils être listés.

Mme WAILLY répond que ce qui lui semble essentiel, c'est que la personne qui sera référente RPS soit formée pour faire la bonne orientation et bien détecter qu'il s'agit bien d'un RPS en tant que tel.

M. PATRIER ajoute que sur la prévention des risques, la liste des RPS est longue et le souhait c'est également d'avancer sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Là-aussi l'établissement va trouver un référent en interne, le former, et pouvoir avoir un plan de prévention. Il y a beaucoup de ramifications parce qu'il faut du matériel, de la formation, avoir une personne référente, et penser à des financements de matériel réguliers chaque année avec une ligne dédiée à cela. Il informe avoir missionné Mme WAILLY qui assistera à une formation dispensée par la CRAMIF dans 2 mois. L'idée, sur l'ensemble des RPS, c'est de pouvoir les catégoriser, pouvoir avoir un système de prévention en interne pour les professionnels du CHRDS, et de toujours faire le lien avec le DUERP.

Mme JRAY QNIA précise que la démarche de la CFDT n'a rien à voir avec celle de l'établissement. C'est une démarche que la CFDT a entreprise parce qu'elle a eu quelques doléances et qu'elle s'est saisie de ce sujet car cela commençait à prendre une ampleur importante.

Mme LECARPENTIER rappelle que le Dr DUTECH avait travaillé sur un plan égalité femmes-hommes comprenant les dispositifs de signalement des actes de violence, de discrimination, de harcèlement et d'agissements sexistes. Elle demande quel est le suivi des dossiers depuis le départ du Dr DUTECH. Mme WAILLY a retravaillé sur ce plan d'actions, mais qui va reprendre le suivi lorsqu'elle va partir. Des choses ont déjà été faites, mais elle se demande quelle est l'utilité de toutes ces démarches si elles n'arrivent pas être mises en place.

Arrivée de Mme PONS PRÊTRE à 11h00.

M. PATRIER répond que l'établissement cherche la pérennité des actions, et à les encrer dans des organisations et non pas sur des personnes. Le Dr DUTECH a quitté l'établissement et Mme DENIS, sage-femme, et Mme BESSELIEVRE, cadre de santé des urgences, ont été nommées en tant que référentes égalité femmes-hommes, une communication devra être refaite.

Mme LECARPENTIER demande si elles ont repris ce qui avait déjà été entrepris.

Mme PONS PRÊTRE répond qu'elles n'ont pas repris, il y a eu un changement de la CME et Mme DENIS, en tant que sage-femme, a été désignée par la communauté médicale de l'établissement comme référente sur le sujet. Il était intéressant aussi qu'il y ait une continuité au niveau des urgences puisque pour le Dr DUTECH, au-delà de l'appétence pour le sujet et la thématique, il y avait son rôle de chef de service des urgences, et l'établissement a essayé de retrouver quelqu'un aux urgences. En lien avec la Direction des soins, c'est Mme BESSELIEVRE qui a été désignée. Ce sont des sujets qui sont travaillés dans plusieurs instances et endroits, au-delà d'être travaillés en interne de l'établissement, donc c'est aussi travailler la coordination de ce qui se fait au-delà de la désignation de référents sur ces thématiques. C'est la reprise des axes qui avaient été portés, et donc ces personnes vont s'inscrire dans la continuité. L'établissement a eu quelques difficultés à trouver des noms, à restructurer, et il est aussi tributaire des *turn-over* des personnes, et donc à chaque fois se remettre dans la continuité c'est réécrire une histoire, même si les travaux qui avaient été initiés sur le sujet vont être repris.

5. PRESENTATION POUR INFORMATION DE LA PROCEDURE « CANICULE »

M. PATRIER rappelle que ce point avait été évoqué en F3SCT après l'été, à la suite d'un épisode caniculaire qui avait eu un impact sur les services où il y avait eu certains dysfonctionnements relevés. Il s'était engagé à présenter le plan et la procédure canicule mis à jour avant l'été 2024, et avant tout risque d'épisode caniculaire.

Mme PONS PRÊTRE précise qu'elle intervient en tant qu'intérim sur la Direction des ressources matérielles. Elle indique que la procédure canicule a été revue sur la partie DRM, mais comme elle ne peut pas se départir de la multiplicité de ses casquettes, la procédure n'a pas été revue sur la partie jouée par la commission des actes et consultations non-programmés (CACNP). Tous ces points sont en train d'être repris avec Mme AMMARI et le Dr QUITTELIER. Elle nécessite un toilettage et une revoiture, et c'est assez logique qu'en terme de démarche qualité et de CACNP elle n'ait pas été reprise parce que le plan Orsan est en train d'être revu sur toutes ces thématiques. Elle informe qu'elle pourra venir en instance sociale représenter le plan de gestion des risques au sens large, et la canicule fait partie des risques sanitaires comme tous les autres risques (le risque NRC, l'afflux massif de victimes...). La complétude de la procédure sera présentée ultérieurement. A ce jour, la procédure a été reprise sur les aspects DRM avec la bonne identification des locaux climatisés et des locaux non climatisés, et sur les sujets d'approvisionnement.

Indépendamment de la procédure qui reste encore en travail sur toute une partie, **Mme PONS PRÊTRE** informe qu'il a été décidé dans le Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) d'investir à hauteur de 30.000€ ou 40.000€ pour mettre en conformité les locaux du 1^{er} étage du site de Neuilly, c'est-à-dire la pédiatrie. La pédiatrie pose des problèmes puisqu'il y a maintenant un secteur d'urgences qui prend en charge de plus en plus de patients. Il n'y a pas de locaux fermés où peuvent être regroupés les patients. En pédiatrie, les salles d'attente sont ouvertes sur les couloirs donc difficilement climatisables, et la salle dite de jeux, de famille, est totalement vitrée et ne peut absolument pas être ramenée à une température correcte si des pics de canicule sont atteints. Deux espaces sont en train d'être travaillés pour pouvoir y regrouper les patients adultes et les petits patients qui attendraient dans les salles d'attente, pour être dans une zone rafraîchit en cas de pic de canicule. L'ensemble des plans et des travaux seront communiqués aux organisations syndicales. L'établissement va essayer de réaliser ces travaux avant l'été, mais il est soumis à une demande d'autorisation de travaux (DAT), et s'il n'est pas autorisé à faire ces travaux par la mairie il se met un peu dans l'illégalité. Il met donc tout en œuvre pour que ce soit fait dans les délais les plus courts possible.

La climatisation de la salle de soins en pédiatrie va être faite. Il y aura 2 espaces : la salle de soins et un espace où peuvent être regroupés les patients de pédiatrie. Une zone est quand même climatisée en pédiatrie dans le bâtiment B avec 8 box qui sont climatisés, mais cela ne règle pas le problème des personnes qui attendent de façon parfois longue et permanente.

Concernant l'approvisionnement en eau, en brumisateur et en ventilateur, il existe plusieurs logiques qui s'affrontent, c'est à dire la logique de la chaleur et la logique du développement durable et de l'éco-responsabilité. La décision a été prise de n'approvisionner en bouteilles d'eau les services que pour les patients et les résidents. L'établissement n'approvisionnera pas en bouteilles d'eau pour les professionnels parce que cela veut dire autant de bouteilles d'eau que l'établissement approvisionne, autant de plastique qui repart dans la nature. Le débat se pose souvent dans les établissements de santé avec les fontaines à eau. Il existe 2 systèmes avec le même problème : les fontaines à eau à bonbonnes qu'il faut remettre dans la nature, et les fontaines à eau branchées sur le circuit d'eau de l'établissement. Ces fontaines à eau posent des problèmes de nécessité de prélèvement de légionnelle tous les trimestres, ce qui a un coût et avec un système d'eau qui n'est pas complètement toujours stabilisé. Ce n'est pas la même chose de brancher des fontaines à eau sur un système d'eau que de tirer de l'eau des robinets. Il existe dans l'ensemble des services des carafes, et l'accès à l'eau est normalement possible,

mais l'établissement ne peut pas mettre pour les professionnels 250 carafes à eau dans des frigos car il y a aussi la question de mise à disposition des frigos dans les unités. L'établissement a réfléchi à une solution qui ne va pas complètement résoudre tous les problèmes, mais pour partie. L'ensemble des professionnels va être équipé d'une gourde à l'effigie de l'établissement, sur laquelle il sera possible d'inscrire son prénom. Chacun fera ce qu'il veut de sa gourde qui pourra être stockée dans le frigo.

Mme LECARPENTIER dit que c'est une solution, tant que les agents peuvent stocker leur gourde dans les frigos pour avoir de l'eau fraîche, car il lui semble qu'il avait été remonté des difficultés dans certains services parce que les carafes prenaient énormément de place.

Mme PONS PRÊTRE pense qu'il y aura peut-être un sujet de frigos dans certains endroits, mais l'établissement va partir sur ce dispositif. Il ne peut pas continuer à distribuer des centaines de bouteilles d'eau. Il y aura des distributions d'eau, de brumisateurs et de ventilateurs pour les patients qui peuvent aussi servir dans les salles de soins. La procédure va être totalement retoiletée avec le plan Orsan sur les aspects de fond, mais elle est à jour sur les aspects ressources matérielles. Mme PONS PRÊTRE propose qu'à une prochaine instance sociale, à l'orée de l'été, elle vienne dire exactement les organisations avec la notion de déshébergement. Cette notion est très importante parce que tous les espaces ne sont pas climatisés et il faut avoir la possibilité, selon le risque d'hyperthermie ou de déshydratation, de pouvoir prioriser les espaces climatisés pour les patients qui sont dans cette configuration. Il faut que l'établissement ait cette stratégie de pouvoir déshéberger des patients pour en héberger d'autres dans les zones climatisées.

Il y a eu un changement, c'est un sujet aussi qui fait lien avec ce qui s'est passé à l'été 2003 sur le plan canicule, qui est l'augmentation du risque de décès, et c'est avoir des espaces mortuaires climatisés avec des tables réfrigérées. Cela sera retrouvé dans la procédure. De ce point de vue, l'établissement est aux normes, notamment avec le changement d'espace mortuaire qui est maintenant à Puteaux et qui est lui-même climatisé avec 24 casiers.

Par rapport à la procédure canicule, **Mme LECARPENTIER** indique qu'en instance, elle avait abordé le sujet du changement de tenue quand il fait très chaud. L'employeur est censé proposer des tenues pour que les agents puissent se changer. Il existe déjà des problèmes de tenue quand les agents travaillent 4 jours par semaine parce que souvent ils arrivent en fin de semaine et ils n'ont plus de tenue. En période de canicule, cela va être encore plus compliqué pour pouvoir se changer. Il avait été parlé de tee-shirt en coton.

Mme PONS PRÊTRE répond que la procédure canicule telle qu'elle existait dans l'établissement était une procédure canicule orientée vers la prise en charge des patients. Il n'y avait rien concernant les professionnels de santé. L'établissement est en train d'y introduire la notion de QVCT, et s'il faut prendre en compte cette notion des tenues et comment sont réapprovisionnées les professionnels en tenue, l'établissement le fera.

Mme PONS PRÊTRE s'engage à ce que dans la procédure qui sera très rapidement représentée aux instances avant l'été, il y ait cette notion des tenues. Après, elle ne peut pas le garantir car il y a ce qui est écrit dans une procédure, la volonté de l'employeur et le principe de réalité sur l'approvisionnement des tenues avec un marché qui a des limites. L'établissement pourra prendre un engagement à mieux approvisionner les professionnels de santé en tenue en cas de pic de canicule. Aujourd'hui, c'est un risque qui est beaucoup plus prégnant et qui est beaucoup mieux anticipé qu'auparavant. L'établissement doit pouvoir être, en tant qu'employeur, en capacité de mieux anticiper en approvisionnement et en moyens qui sont donnés aux professionnels et aux patients sur la prévention du risque. Par rapport à ce qui s'est passé en septembre, elle dit qu'il n'est pas admissible d'entendre que des bouteilles d'eau stagnent dans un espace de stockage, et qui ne sont pas redistribuées. Cela ne se reproduira pas. Il n'est pas normal qu'il appartienne aux services techniques de réaliser l'approvisionnement des bouteilles d'eau pour les patients le week-end, ce qui veut dire que l'astreinte technique est déclenchée. L'établissement est en train de revoir des processus beaucoup plus logiques d'anticipation, avec l'encadrement de santé qui est présent en plus grand nombre sur les jours ouvrés. On ne doit pas se retrouver un samedi ou un dimanche à devoir gérer un risque canicule annoncé depuis le mercredi par exemple. L'établissement met les moyens en œuvre pour que cela ne se reproduise plus.

Mme LECARPENTIER pense que pour les tenues, il faudrait autoriser les agents à travailler avec un tee-shirt en coton à partir du moment où ils s'identifient, avec un badge ou autre, en tant que personnel. C'est ce qui est fait au CH des 4 Villes en cas de canicule, et les agents peuvent ramener les tee-shirts de chez eux, ce qui peut éviter un surcoût pour l'hôpital.

Mme PONS PRETRE répond que dans ce type de situation, cela ne lui pose aucun problème.

Mme COULON informe que lorsqu'il y avait eu ce souci les autres années, ELIS avait répondu qu'en cas de canicule, les agents ne peuvent pas travailler et ne peuvent donc pas repasser le linge parce qu'ils sont encore plus dans la canicule que les autres. C'est pour cela que les blouses reviennent 3 fois moins vite. Cela pose aussi un problème, même hors canicule. Elle demande s'il serait possible d'avoir plus de blouses, car le problème des blouses est récurrent lorsque les agents travaillent beaucoup de jours.

Sur la question des tenues, **M. PATRIER** indique que si cela a lieu au CH des 4 Villes, cela veut dire que l'équipe opérationnelle d'hygiène a dû donner sa validation. Or, c'est une compétence partagée au niveau du GHT donc la conduite à tenir devrait être naturellement la même au CHRDS.

Il y a un enjeu plus global qui est l'adaptation aux locaux et aux structures de l'établissement au réchauffement climatique. Quand la climatisation est mise partout, il est mis en place le principe de « mal adaptation », c'est-à-dire qu'il va y avoir plus de climatisation qui va accélérer l'émission de gaz à effet de serre, ce qui *in fine* accélère le réchauffement climatique. L'idée c'est comment l'établissement essaye de trouver des solutions moins énergivores pour s'adapter. Il existe des films à coller sur les fenêtres qui permettent de ne pas récupérer toute la chaleur solaire, et de limiter le réchauffement au sein des locaux. Il prend l'exemple du 4^{ème} à Courbevoie, au SSR locomoteur, où les agents sont très exposés aux variations de température dans les locaux.

Mme PONS PRÊTRE informe que la salle de jeux va être équipée de films de protection pour essayer de limiter la chaleur.

M. BAKKALI indique que certains services ont parfois les bons réflexes comme mettre les ventilateurs, baisser les volets la journée, et éteindre la lumière. D'autres services n'ont pas ces réflexes. Il pense qu'un travail est à faire sur ce sujet.

Mme PONS PRÊTRE répond que tous les soirs quand elle part, les salles de réserve du 5^{ème} étage sont allumées et c'est elle qui les éteint. La pratique et la culture n'est pas la même pour tous.

6. POINT POUR INFORMATION SUR « ETABLISSEMENT SOUS VIDEO-SURVEILLANCE »

Cf présentation du système de vidéo protection au CHRDS

Mme PONS PRÊTRE précise que le seul élément nouveau entre la présentation au CSE et celle-ci c'est que l'établissement a obtenu des financements complémentaires pour aller plus loin dans la vidéo protection. L'établissement avait déposé un appel à projet à l'ARS, et a été retenu pour un montant de 46.500€. Quand l'ARS donne un financement, elle ne donne que la moitié. Il appartiendra donc à l'établissement d'investir à hauteur du même montant, soit un montant total de 93.000€ pour compléter la panoplie des caméras installées dans l'établissement.

7. QUESTIONS DIVERSES

Questions CGT :

1) Par rapport aux Jeux Olympiques de cette année, **M.KHA** demande s'il existe un protocole ou une démarche pour l'organisation du service des urgences, par rapport à la fréquentation et les conditions d'accueil des patients.

M. PATRIER recontextualise : aujourd'hui, le Dr HERVE n'est plus chef du service des urgences. L'intérim des urgences est assuré par le Dr ANDREOLETTI qui est chef de pôle. Une organisation interne existe car le service des urgences fonctionne énormément grâce au recours aux médecins intérimaires et vacataires : la gestion des plannings est assurée par la direction des affaires médicales, en lien avec le Dr GATEL qui est le vice-Président de la CME. L'aspect opérationnel est géré par le Dr QUITTELIER qui est chef du pôle PHLAME et ancien urgentiste de l'établissement. Il n'y a pas de questions à se poser en termes de continuité du service. Des appels à candidature et des offres de postes ont été lancés pour avoir un nouveau chef de service. A l'heure actuelle, le Dr HERVE reste praticien hospitalier du service d'accueil des urgences. Pour les Jeux Olympiques, l'établissement va rester sur la même organisation que celle actuelle. C'est-à-dire pour le moment l'ouverture totale 3 nuits (lundi, mercredi et vendredi), voire la renforcer sur certaines autres nuits en fonction des recrutements médicaux supplémentaires. L'établissement est dépendant du recrutement du personnel médical. Depuis le début de l'année, des recrutements de médecins inscrits à l'ordre sur des temps partiels ont eu lieu. Les plannings sont en train d'être consolidés sur les urgences.

Mme TOUZZALI ajoute que Mme BESSELIEVRE a anticipé ses plannings en faisant appel aux vacataires avec lesquelles elle travaille habituellement, et en ayant recours à l'intérim. Les demandes d'intérim du personnel soignant ont déjà été faites jusqu'au mois de juillet. A son retour de congés, Mme BESSELIVRE devrait poursuivre ses demandes pour le mois d'août.

M. PATRIER précise que pour le personnel médical, les agences d'intérim ainsi que les vacataires ont été contactés bien en amont pour consolider les plannings. Par rapport à la période d'été normale, il est attendu une hausse de 5 à 10% du nombre de passages aux urgences avec l'effet des Jeux Olympiques. Il y a également toute la préparation en cas d'afflux massif de victimes qui est travaillée dans le cadre de l'organisation de situations sanitaires exceptionnelles.

2) **Mme LECARPENTIER** demande ce qu'il en est du livret d'accueil des professionnels qui avait été présenté, avec notamment l'explication de la fiche de paie, et s'il est mis en circulation car il peut apporter beaucoup de réponses.

M. PATRIER répond que le livret d'accueil des professionnels est toujours d'actualité et qu'il est censé être en circulation et sur BlueKango.

3) **Mme LECARPENTIER** indique que lors de la dernière F3SCT, M. KHA avait interrogé quant au devenir de l'USC. M. PATRIER devait revenir vers eux pour leur répondre.

M. PATRIER répond que le dossier d'autorisation a été déposé pour l'USC qui va devenir une Unité de Soins Intensifs Polyvalents (USIP). L'établissement répond normalement aux différentes conditions. Les ratios de soignants par lit augmentent. C'est-à-dire que pour une USIP l'établissement sera sur une unité à 8 lits, ce qui va demander d'augmenter le capacitaire de 2 lits (6 lits actuellement en USC). Ce qui est proposé, c'est une augmentation des effectifs soignants en conséquence, mais progressive, le temps d'aller jusqu'à 8 lits. Un retour écrit sera fait.

Questions CFDT :

1) **Mme COULON** fait remonter la question qui concerne les AS, les IDE et les médecins du site de Puteaux par rapport au logiciel Orbis. Il existe de nombreux soucis avec le logiciel qui mettent à mal les soignants et les médecins parce qu'ils ne peuvent pas forcément bien faire les prescriptions médicales, et de ce fait les soignants ne peuvent pas les appliquer correctement. De plus, les anciennes transmissions ciblées

ne peuvent pas être bien relevées. Par rapport à la lourdeur de la prise en charge du travail du nouveau logiciel pour lequel, soit les agents n'ont pas été assez formés, soit les informaticiens ne sont pas assez disponibles pour tous les corps de métiers, cela provoque un inconfort pour toutes les équipes. Cela peut créer un souci par rapport à la prise en charge des patients.

M. PATRIER indique qu'il note le point et le fera remonter. Il demande si c'est l'ergonomie d'Orbis qui n'est pas forcément adaptée au secteur des soins de longue durée, ou si c'est un manque de formation, de sensibilisation ou d'accompagnement.

Mme COULON répond qu'elle pense qu'il s'agit des 2. Toutes les transmissions ciblées sont mélangées et ne peuvent pas être classées. Elle fait appel à la Direction avant que cela soit encore plus problématique.

Mme TOUZZALI ajoute qu'il faut échanger avec M. MOUHEB pour remettre un accompagnement. Elle indique qu'il a également été échangé de faire un audit, mais pas immédiatement.

Mme COULON précise que les agents ont été formés une ou deux journées, ce qui n'est pas suffisant. Elle indique que le logiciel Orbis est mis en place depuis le mois de juin, et seulement depuis 2 semaines sur le côté pharmacie.

M. PATRIER précise qu'il fera un retour.

2) Mme FERRON évoque la prise en charge des frais médicaux liés à un accident de travail (AT), et pense qu'il serait nécessaire de communiquer aux agents qui subissent un AT dans quelles mesures ils vont être indemnisés sur les frais qui en découlent. Elle demande que les contrats qui ont été choisis soient communiqués en instance, et pour quelles raisons ils l'ont été. Les agents qui sont en AT sont très mal pris en charge, ce qui peut provoquer des situations financières difficiles. Les soignants perdent les primes de dimanche et les primes de nuit pour certains.

M. DESROSES explique que sur la procédure des AT, il existe une différence entre les statuts car ce n'est pas le même circuit :

- Agents titulaires : les agents doivent déclarer leur AT avec un formulaire, et l'envoyer avec le certificat médical à la DRH qui étudie la demande :

- **AT imputable** : validé ;

- **doute sur l'imputabilité** : le dossier est envoyé au conseil médical pour avoir un avis sur l'AT. La DRH doit attendre l'avis pour donner un nouvel avis officiel ;

- **imputabilité refusée** : cela prend plus de temps.

- Agents contractuels : c'est la CPAM qui valide ou pas l'AT. De ce fait, dans l'attente, les agents doivent avancer les frais tant que la CPAM n'a pas validé l'AT.

M. PATRIER précise que dans 95% des cas, les AT sont imputables au service. La DRH part d'un principe de confiance par rapport à ce qui est écrit dans la déclaration d'AT.

Mme DE SA demande quelle est la suite lorsque la CPAM valide l'AT.

M. DESROSES répond que les frais sont pris en charge par la CPAM.

Mme DE SA explique que certains agents ont eu des séances de kiné qui au départ étaient pris en charges, et ils sont obligés de les arrêter parce qu'elles ne sont plus prises en charge, et que les agents ne peuvent pas avancer les frais.

Mme FERRON ajoute que la façon dont ont été gérées les choses par Gras Savoye est inacceptable.

M. PATRIER répond qu'il faut faire une réunion avec Gras Savoye pour simplifier les circuits.

Mme LECARPENTIER explique que les agents qui passent aux urgences dans le cadre d'un AT, qu'ils soient titulaires ou contractuels, reçoivent une facture de la trésorerie, et cela nécessite une démarche de la DRH. Elle pense que la procédure est à revoir.

M. DESROSES dit que cela revient au besoin d'avoir une fiabilisation sur l'absentéisme long. L'AT est un élément supplémentaire.

Mme FERRON demande s'il serait possible de refaire un appel à marché pour changer de prestataire, et d'échanger ensemble, pour que les agents soient correctement pris en charge quand ils sont victimes d'un AT.

M. PATRIER répond qu'il va faire le point sur ce marché et essayer de rencontrer Gras Savoye pour échanger sur les situations problématiques pour fluidifier le circuit. Il pense que sur le circuit des AT, il est nécessaire de faire une mise à jour et une communication.

Mme FERRON ajoute qu'en plus de la mauvaise gestion, le prestataire « torpille » l'établissement en disant que c'est de sa responsabilité et que la faute lui revient.

3) Mme FERRON demande quelle est la temporalité concernant la mutuelle obligatoire.

M. PATRIER répond qu'il faut travailler sur le sujet. Il y avait la réflexion collective au niveau du GHT qui avait été lancée il y a 6 mois, mais pas grand-chose à ce jour. La DRH a déjà été sollicitée par rapport à cela par différents groupes, et va le remettre à l'ordre du jour.

M. DESROSES ajoute qu'il y a la mutuelle, et éventuellement la question de la prévoyance.

Mme FERRON demande si cela va se travailler en GHT ou de façon institutionnelle.

M. PATRIER répond que pour le moment, la réflexion est côté GHT. Il faut que chaque établissement présente son cahier des charges et voir à partir de cela si c'est lancé en GHT ou au niveau de chaque établissement.

Mme FERRON demande s'il est possible que soit communiqué le cahier des charges.

M. PATRIER répond que les organisations syndicales seront tenues informées. Pour le moment, il n'y a pas d'informations nouvelles par rapport à cela. Ce sujet va être la priorité lors des réunions mensuelles avec les DRH du GHT. L'entrée en vigueur de la mutuelle obligatoire est fixée au 1^{er} janvier 2026.

**L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 12h00.
La prochaine F3SCT est prévue le 20 juin 2024.**

La Secrétaire

Signé

Mireille TOUSSAINT

Le Président

François PATRIER

Le reclassement administratif


-

Régularisation des situations administratives

21/03/2024

Contexte



1. Historique : agents reclassés fonctionnellement suite à des problématiques liées à leur état de santé, ou à des volontés de nouvelle orientation professionnelle ;
 2. Problématique : il n'y a pas eu d'accompagnement et de mise à jour administrative
 3. Solutions : rencontre RH avec les agents afin de leur expliquer leur situation et d'envisager une régularisation administrative.
- 

Volumétrie et avancée des régularisations

- 30 agents concernés ;
- Majoritairement des mises à jour concernant des agents soignants vers des postes sédentaires ;
- Les rencontres ont débuté au cours du dernier trimestre 2023 ;
- Poursuite des rencontres avec pour objectif une mise à jour des situations administratives avant la fin du premier semestre 2024.

Communication en cours

- Rédaction d'une procédure en cours sur le reclassement administratif professionnel ;
- Réflexion sur une affiche/tryptique simple afin de permettre aux agents d'accéder à l'information et/ou de prendre contact avec les différents intervenants.

Merci !

Direction des Ressources Humaines
30 rue de Kilford
92400 COURBEVOIE
DRH-CHRDS@ch-rivesdeseine.fr

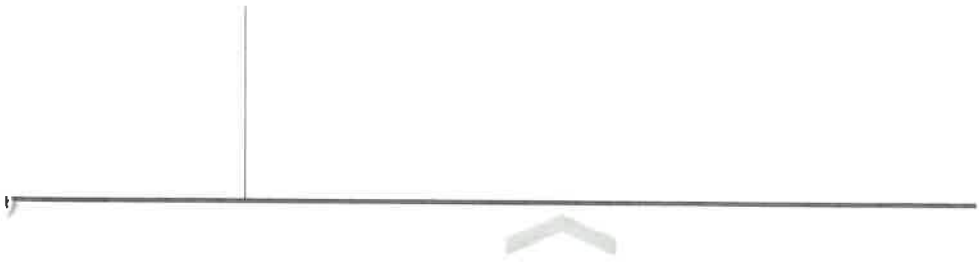




LE SERVICE DE MÉDECINE DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL

DR MARTA MARENGO





—



RAPPEL DE TEXTES

" Le médecin de prévention exerce son activité médicale en toute indépendance [...] dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des agents ..." (article 11-1 du décret de 1982 relative à la médecine de prévention dans la fonction publique)

" Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance" (article 8 du Code de déontologie médicale)

ROLE ET MISSION DE L'ÉQUIPE

RÔLE EXCLUSIVEMENT PRÉVENTIF

« prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail »

Mais aussi

MISSION DE **CONSEIL ET ACCOMPAGNEMENT**

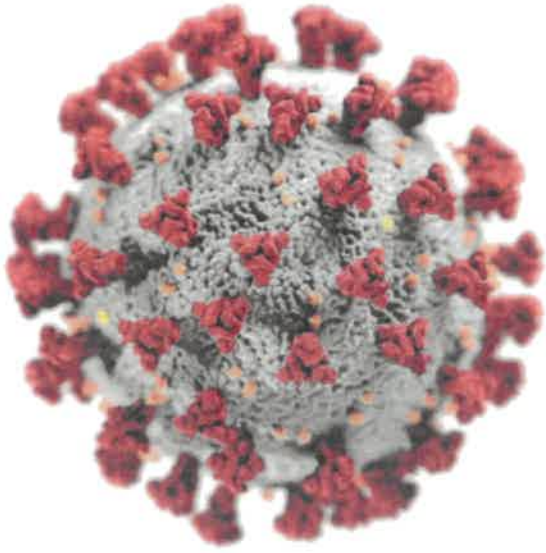
- DES AGENTS
- DE LA DRH
- LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL



1 L'ÉQUIPE DU SPST - CHRDS

EQUIPE :	POSTE / DECT :	LIGNE :	
Dr MARENGO Médecin en Santé au Travail		lignes du SPST: 01 49 04 30 85 01.40.88.62.95	
XXXXXXXXXX Assis. Médico-Admin.	DECT : 2 82 19		ligne directe : 01.49.04.30.34
BENSOUSSAN Virginie IDE CUBILLE Aude IDEST	DECT : 2 86 25		ligne directe : 01 40 88 63 14
DANIERE Linda Assistante Sociale	DECT : 4 30 34		
VERDIN Aline Psychologue du Travail	DECT : 2 83 57		

2 actions si travail/santé



3 proaction: prevenir



LE SUIVI MÉDICAL

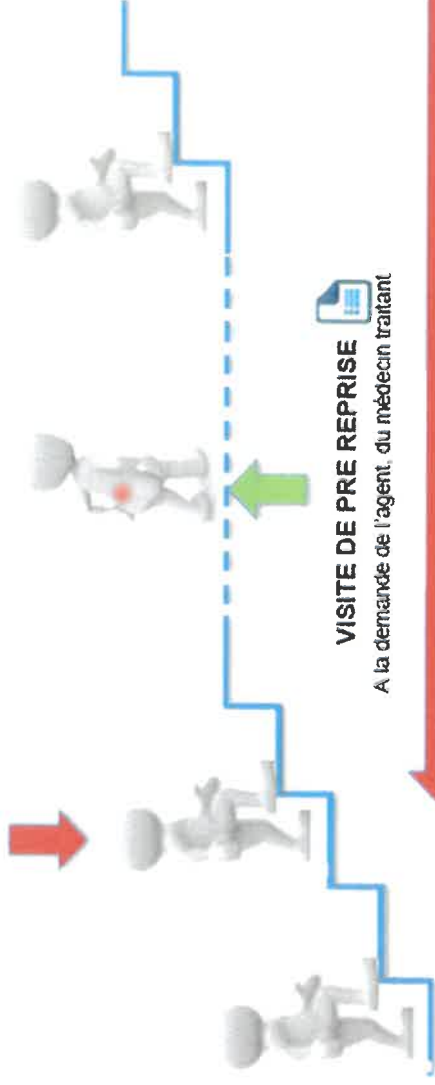
FPH - CHRDS

Surveillance simple (max 2 ans)

Surveillance particulière
(pénodicité définie par le médecin)

VISITE PERIODIQUE*

VISITE DE REPRISE



VISITE DE PRE REPRISE

A la demande de l'agent, du médecin traitant

VISITE D'EMBAUCHE*
ET ENTRETIEN IDEST

VISITE A LA DEMANDE DE LA DRH
VISITE A LA DEMANDE DE L'AGENT

VISITE A LA DEMANDE DU MEDECIN DE PREVENTION

Entretien IDEST : suivi AES

Visite heure de grossesse

Reprise après Arrêt maladie > 30 jours (y compris TPT, CLM, CLD inclus après comité medical)

Visite de réintégration post disponibilité, post détachement, post congé parental

A la demande du médecin du travail en réponse à arrêts récurrents

Ne pas confondre avec
la visite d'aptitude.

A réaliser avant
l'embauche



OBJECTIF DE LA VISITE MÉDICALE

1. Apprécier l'adéquation entre l'état de santé et la situation de travail
2. Dépister des situations de travail nocives lors de la consultation
3. Répertorier les risques professionnels
4. L'entretien singulier
5. L'examen clinique
6. +/- les examens complémentaires spécifiques

INTERET :

Recueillir des informations sur la situation de travail

Définir les modalités de la surveillance

Donner des conseils en matière d'hygiène et de sécurité

Orienter le cas échéant vers le médecin traitant ou le spécialiste



LA VISITE MÉDICALE (SUITE)

Attestation d' aptitude tous les 2 ans destiné à la DHR et à l'agent

Demande d'un aménagement de poste de travail

Demande d'un reclassement professionnel

Contre-indication temporaire ou définitive



OBJECTIFS: 1^{er} semestre

- Recrutement AMA
- Création et mise en place des protocoles Visites / Vaccinations / Suivi aes / Suivi cas contact tb ou autre / Rougeole / Examens complémentaires / Urgences téléphoniques et en présentiel....
- Développement entretien infirmiers préalables à l'aptitude dans les visites d'embauche
- ✓ Revue de codes
- ✓ saisir d'rieets
- Acquisition du logiciel SPST
- Numérisation des dossiers et les sécuriser
- ✓ Organisation de la radioprotection
- Contact direct avec les cadres, chefs de service médecin, chef de pole si aménagement du poste de travail pour nouveau poste (maintien dans l'emploi)
- ✓ Re-mise en place du suivi des agents
- ✓ Suivi AES
- ✓ Prise en Charge cas contacts

OBJECTIFS: 1^{er} semestre (suite)

Mme Verdin - Prévention et sensibilisation RPS (groupes de paroles) par

(Pour cadres déjà fait) conflits de valeurs, Burn out, communication en équipe, relation soignant-soigné

Mme Danière - Crèches entreprise



un bon travail de la part de...

OBJECTIFS: 2^èr semestre

Visite des locaux pour FE

Prévention douleur dos – promotion du sport

Poursuite des campagnes de vaccination (ex grippe) et de prévention (cancers...)

Rattraper le retard des visites réglementaires (30 mois)

Et d'autres projets de prévention en réflexion pour l'avenir une fois que le service sera bien lancé (à changer)



Groupe de travail RPS - VSS

Objectifs

Risques psycho-sociaux (RPS) :

- Mettre en place des actions pour **prévenir**, **détecter** et **prendre en charge** les RPS ;
- Recenser **les initiatives** de chaque service pour en généraliser certaines.

Violences sexistes et sexuelles (VSS) :

- Mettre en place une **cellule de recueil des signalements** et de prise en charge (enquête, orientation, etc.).

➔ lien fait avec le projet d'établissement et les obligations réglementaires



Vous retrouvez le dispositif de signalement sur l'intranet, onglet « Le CH4V et moi » rubrique « La qualité de vie au travail au CH4V »

Méthode

Composition du groupe de travail :

- Co-pilotage DRH-DSIRMT : Mme WAILLY, Mme ELBOUJBAOUI
- Psychologue du travail : Mme VERDIN
- Représentants PNM : Mme BOSANCU, Mme LECLERCQ, Mme BESSELIEVRE
- Sages-femmes : Mme BOMBLED, Mme DENIS
- Représentants PM (F3SCT) : Dr BERGE, Dr PEJOAN
- Direction : M. CLAVIER

Livrables :

- **Elaboration d'une feuille de route ;**
- **Rétroplanning sur 2024/2025.**

→ *Les syndicats ont été conviés à une réunion du groupe de travail*

Premières actions

- **Avril** : diffusion d'un questionnaire sur les VSS au format électronique et papier
- **Mai** : appel à volontaires pour devenir membres de la cellule VSS
- **Juin** : formation de 2/3 membres de la cellule VSS et élaboration des outils
- **Septembre** : lancement de la cellule de recueil des signalements VSS, actions de communication

Les outils spécifiques à la cellule VSS :

- Une adresse mail générique accessible seulement aux représentants VSS
- Mise en place d'un formulaire de signalement pouvant être anonyme

Les outils spécifiques à la prévention / prise en charge des RPS :

- Formulaire pouvant être anonyme
- Référent RPS
- Actions de sensibilisation et d'information

Réflexions en
cours avec le
groupe de
travail

Partenariat avec l'association Soins aux professionnels de la Santé (SPS)

Offre de services

→ Convention signée le 17 janvier dans le cadre du lancement du FLASH RH.

1. Plateforme d'écoute psychologique 24h/24h

PRENDRE SOIN C'EST AUSSI APPELER À L'AIDE

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES EN FRANCE

LE RÉSEAU NATIONAL DU RISQUE PSYCHOSOCIAL EN CONSULTATION SUR VOTRE TERRITOIRE : www.asso-tps.fr/reseau-national-du-tps

2. Application mobile pour joindre des psychologues



3. Des fiches pratiques QVCT

Comment remédier à l'insomnie quand on est professionnel de la santé ?

Être bon dormeur, c'est adapter ses bons comportements à son rythme de vie et de sommeil.

Être bon dormeur, c'est adapter ses bons comportements à son rythme de vie et de sommeil.

Offre de services

4. Ateliers en visioconférence sur diverses thématiques :

# 3.2.2024	15.2.2024	30.2.2024	22.2.2024	27.2.2024
Sommeil, parlons en simplement Vincent Attalin	Gérer son stress avec l'intelligence émotionnelle Béatrice Fornari	Prévention du suicide : Osons en parler, osons intervenir Jean-Louis Terra	Yoga selon l'approche Viniyoga Isabelle Boukhouf	Prévenir le burn out Alicia Mangeot Sandon
inscriptions ouvertes EN SAVOIR +	inscriptions ouvertes EN SAVOIR +	inscriptions ouvertes EN SAVOIR +	inscriptions ouvertes EN SAVOIR +	inscriptions ouvertes EN SAVOIR +

5. Groupes de parole en visioconférence (17h30-19h30) :

- Traumatisme sur son lieu de travail ;
- Difficultés à lier la vie personnelle et la vie professionnelle ;
- Etc.

6. Des formations en visioconférence et présentiel :

- Souffrance au travail : prendre en charge et accompagner ;
- Gestion des tensions et conflits ;
- Prévention crise suicidaire ;
- Etc.

Focus sur la Maison des soignants

- **Adresse** : 4 rue de Traktir – 75116 Paris
- **Ouverte les mardis et mercredis**
- <https://www.maison-des-soignants.fr/>

Services :

- **Consultations psychologiques ;**
- **Entretiens Bilan Sport Santé ;**
- **Ateliers ;**
- **Conférences.**

MAISON des Soignants

Se soigner, s'informer, se ressourcer

4 rue de Traktir - 75116 Paris - Bureau Central de Soins Soins - Médecine Générale - 2 et 3 étages

PRENEZ SOIN DE CEUX QUI SOIGNENT

FAITES UN DON

Agenda de la rentrée

Tous les actions de la Maison des soignants sont gratuites, les frais de réservations de 10€ sont remboursés, à condition que votre présence soit attestée.

PERMANENCE	FORMATION	FORMATION	FORMATION
13.8.2023 de 9h00 à 12h00 Consultations psychologiques BOUTIQUE	13.9.2023 de 9h00 à 17h00 Formation - souffrance au travail des professionnels de santé : prendre en charge et accompagner ses pairs 1/2 BOUTIQUE	14.9.2023 de 9h00 à 17h00 Formation - souffrance au travail des professionnels de santé : prendre en charge et accompagner ses pairs 2/2 BOUTIQUE	PERMANENCE 27.9.2023 de 9h00 à 12h00
ATELIER 13.8.2023 de 17h00 à 19h00	PERMANENCE 20.9.2023 de 9h00 à 12h00		

Actualités

Souffrance au travail des professionnels en santé : prendre en charge et accompagner ses pairs

Une formation SPS les 21 et 22 juin en visioconférence



Forum infirmiers : mes droits, mes démarches, mes ressources

Le 16 mai 2023 en présentiel à la Maison des Soignants (Paris)



Lien avec le FLASH RH

- Mise en avant d'une fiche pratique ;
- Rappel des ateliers et événements SPS du mois ;
- Rappel du numéro d'aide psychologique et de l'application mobile.

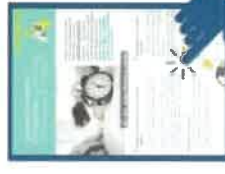
L'application Asso SPS



Conseils qualité de vie au travail du mois



Pour en savoir plus



Comment remédier à l'insomnie quand on est professionnel de la santé ?

Pour une bonne nuit de sommeil et une journée réussie, adoptez de saines habitudes de vie. Les comportements recommandés consistent à :

- Respecter des horaires de sommeil réguliers
- Limiter l'exposition aux écrans
- Pratiquer la relaxation ou une activité calme
- Veiller à une bonne alimentation
- Maintenir une activité physique

Vous pouvez évaluer votre sommeil avec le questionnaire du Réseau Morphée : <https://questionnaires.asso-sps.fr/morphee/>.

Numéro gratuit d'aide et d'accompagnement psychologique : 0 805 23 23 36

Rendez-vous du mois



Webinaires SPS

- 08 février : Sommeil, parlions-en simplement
- 13 février : Et l'alcool, si on en parle ?
- 15 février : Gérer son stress avec l'intelligence émotionnelle
- 09 février, 17h30-19h30 : Espace d'écoute, d'expression et de soutien avec d'autres professionnels de santé

Inscription sur le site internet www.asso-sps.fr



Ateliers maison des soignants

- 07 et 28 février : Permanence consultations psychologiques
- 14 et 28 février, 9h15-12h30 : Shiatsu sur chaise
- Chaque mardi après-midi : Entretiens bilan sport santé

Inscription sur le site internet www.maison-des-soignants.fr

Les permanences RH PNM**

Service Incorporé Adaptabilité Techniques Linguistique Châtiée	Pôle RUSECC PH/ASST	Pôle ASST/AD	Pôle Famille/ Enfant	Vendredi 08h-17h	Vendredi 08h-12h	Lundi 9h-12h
Neuilly-sur-Seine Médiant 6 BDC						
Courbevoie Médiant 6						
Puteaux Médiant A entresol						

**100 heures périodes de paie (10 premiers jours du mois)

Permanences Octime

- Courbevoie (salle de formation 2e étage) : 02.02, 14h-17h
- Puteaux (salle de réunion 3e étage) : 08.02, 14h-17h
- Neuilly-sur-Seine (modulato, salle DFI) : 22.02, 14h-17h

NOTICE DESCRIPTIVE DU SYSTEME DE CENTRALISATION DE LA VIDEO PROTECTION DES 5 SITES DU CENTRE HOSPITALIER RIVES DE SEINE

Dans le cadre de la sécurisation des établissements de santé en Ile de France nous vous présentons les installations de vidéo protection au centre hospitalier.

La présente notice descriptive concerne :

- 1 - Site de Neuilly 36 boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine
- 2 - Site de Courbevoie 30 rue Kilford 92400 COURBEVOIE
- 3 - Site de Puteaux 1 boulevard Richard Wallace 92800 Puteaux
- 4 - Site du CAMPS de Courbevoie 42 rue Emile Deschanel 92400 Courbevoie
- 5 - Site du CAMSP de Colombes 5 boulevard Edgard Quinet 92700 Colombes

Présentation

Afin d'avoir une gestion de l'ensemble de la vidéo protection du centre hospitalier Rives de Seine (5 sites) il a été installé de nombreuses caméras de vidéo protection et enregistreurs avec une visualisation centralisée au poste de sécurité de Neuilly. Les images sont utilisées selon la réglementation en vigueur, des déclarations préfectorales ont été faite pour notre système de vidéo protection

Déclaration :

- Arrêté CAB/DS/BPS n°2018 du 15 mai 2018
- Arrêté CAB/DS/BPS n°2018 du 24 mai 2018
- Dossier 2015/0455

- Visualisation en temps réel des images au poste de sécurité du site de Neuilly car présence des agents de sécurité 24h/24h 7j/7j, visionnage sur 3 écrans.
- Enregistrement des images des caméras pendant 10 jours minimum et 15 jours maximum

Le système de vidéo protection actuelle au Centre hospitalier est composé de :

- 93 caméras au total répartis sur les 5 sites
 - 47 caméras sur le site de Neuilly
 - 25 caméras sur le site de Courbevoie
 - 19 caméras sur le site de Puteaux

- 1 caméra sur le site du CAMSP de Courbevoie
- 1 caméra sur le site du CAMSP de Colombes
- Les 8 enregistreurs NVR pour la sauvegarde des images des caméras sont disséminés sur chaque site.
- 2 Ecrans de visualisation au PC de sécurité de Neuilly visionnant les images de Neuilly et Puteaux

Les 2 écrans au poste de sécurité de Neuilly



Descriptif de l'extension du système de vidéo protection qui est envisagé d'être installée au Centre hospitalier.

- Installation d'un serveur de vidéo protection sécurisée sur le site de Neuilly dans les salles serveurs informatiques financement dans le cadre de l'appel à projet du ministère de la santé pour la sécurisation des établissements de santé.
- Installation de 2 écrans supplémentaires au PC de sécurité de Neuilly permettant la visualisation de l'ensemble des 93 caméras du CHRDS
- Installation de 5 caméras supplémentaires sur le site de Neuilly
 - 1 caméra visionnant l'entrée piétons coté quai de livraison
 - 1 caméra visionnant le deuxième accès piétons du parking
 - 1 caméra visionnant l'accès piétons extérieur du bâtiment F
 - 1 caméra visionnant l'accès piétons de l'escalier bâtiment C
 - 1 caméra visionnant l'accès au tableau général électrique (TGBT et groupe électrogène)
- Installation de 3 caméras supplémentaires sur le site de Courbevoie
 - 1 caméra visionnant l'entrée livraison bâtiment A
 - 1 caméra visionnant l'issue de secours piétons bâtiment A
 - 1 caméra visionnant l'issue de secours piétons bâtiment D
- Installation de 3 caméras supplémentaires sur le site de Puteaux
 - 1 caméra visionnant l'accès au parc extérieur
 - 1 caméra visionnant l'accès piétons au 1^{er} étage passerelle
 - 1 caméra visionnant l'accès piétons au 2eme étage passerelle

Documents joints en annexe

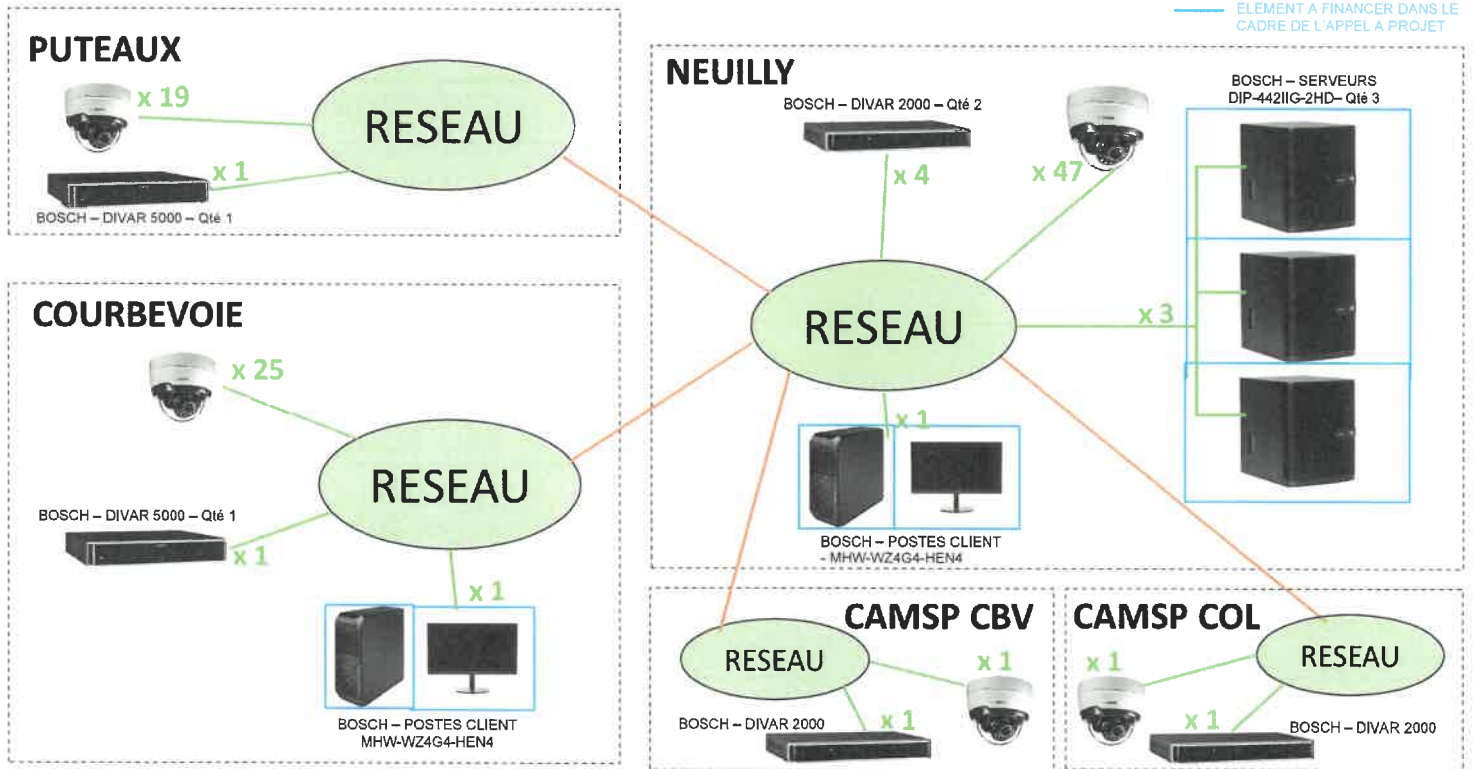
- Synoptique du système de vidéo protection
- Le listing des caméras existantes

Fait à Neuilly le 29 janvier 2024

Le Directeur des services des ressources matérielles

SYNOPTIQUE DU SYSTÈME DE VIDEO PROTECTION CENTRALISEE DU CHRDS

- LIAISON RESEAU ETHERNET
- LIAISON RESEAU FIBRE OPTIQUE
- ELEMENT A FINANCER DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJET



 <p>Centre Hospitalier Rives de Seine</p>	DATE	<h2>SYSTÈME DE VIDEO PROTECTION</h2>	REDACTEUR
	09/11/2023		C. AUVINET

CAMERAS VIDEO PROTECTION CHRDS

	DESIGNATION	SITE	SERVICE	FABRIQUANT
01	CAMERA 01 côté urg pédiatrie	NEUILLY	URGENCES	URA
02	CAMERA 02 salle attente adulte coté droit	NEUILLY	URGENCES	URA
03	CAMERA 03 circulation vers asc monte malades	NEUILLY	URGENCES	URA
04	CAMERA 04 accueil urgences	NEUILLY	URGENCES	URA
05	CAMERA 05 entrée principale côté extérieur	NEUILLY	URGENCES	URA
06	CAMERA 06 entrée ancienne cam extérieur	NEUILLY	URGENCES	URA
07	CAMERA 07 côté local police	NEUILLY	URGENCES	URA
08	CAMERA 08 attente côté enfant	NEUILLY	URGENCES	URA
09	CAMERA 09 entrée principale urgences coté intérieur	NEUILLY	URGENCES	BOSCH
10	CAMERA 10 sortie bâtiment B cam extérieur	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	URA
11	CAMERA 11 circulation Bat B depuis sortie extérieur	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	BOSCH
12	CAMERA 12 circulation depuis ascenseur self vers asc visiteurs	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	BOSCH
13	CAMERA 13 circulation devant monte malade -1 coté F	NEUILLY	URGENCES	BOSCH
14	CAMERA 14 circulation Bat B depuis angle ascenseur self	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	BOSCH
15	CAMERA 15 circulation Bat C depuis asc visiteurs vers asc self	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	BOSCH
16	CAMERA 16 circulation Bat C depuis asc vsiteurs vers Bat F	NEUILLY	CHIRURGIE 2EME	BOSCH
17	CAMERA 17 vu côté bureau infirmière	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
18	CAMERA 18 vu côté aile gauche Bat. FX	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
19	CAMERA 19 vu vers ascenseur et sortie Bat. FX	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
20	CAMERA 20 vu circulation Bat. F	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH

CAMERAS VIDEO PROTECTION CHRDS

21	CAMERA 21 guichets admissions/consultations	NEUILLY	RDC ADMISSIONS	URA
22	CAMERA 22 entrée coté rampe handicapé cam extérieur	NEUILLY	BATIMENT G RDC	HIK VISION
23	CAMERA 23 entrée côté sas portes vitrées cam intérieur	NEUILLY	BATIMENT G RDC	BOSCH
24	CAMERA 24 nouvelle salle attente	NEUILLY	URGENCES	BOSCH
25	CAMERA 25 parking allée principale	NEUILLY	PARKING	BOSCH
26	CAMERA 26 attente admissions/consultations	NEUILLY	RDC ADMISSIONS	BTICINO
27	CAMERA 27 ENTREE PRE-TRAVAIL MATERNITE	NEUILLY	MATERNITE 2EME	BOSCH
28	CAMERA 28 barrière accès quai de livraison	NEUILLY	RDC EXTERIEUR	HIK VISION
29	CAMERA 29 Entrée principale Bat. A	PUTEAUX	BATIMENT A RDC	HIK VISION
30	CAMERA 30 Entrée nuit ambulance Bat A	PUTEAUX	BATIMENT A RDC	HIK VISION
31	CAMERA 31 Entrée côté Groupe électrogène Bat. B	PUTEAUX	BATIMENT B SOUS-SOL	HIK VISION
32	CAMERA 32 Accès livraison Bat. B	PUTEAUX	BATIMENT B SOUS-SOL	HIK VISION
33	CAMERA 33 Hall entrée principale Bat. A	PUTEAUX	BATIMENT A RDC	BOSCH
34	CAMERA 34 quai de livraison /TGBT/ groupe électrogène	NEUILLY	RDC QUAI DE LIVRAISON	BOSCH
35	CAMERA 35 RAMPE PARKING	NEUILLY	PARKING SOUS-SOL	BOSCH
36	CAMERA 36 ENTREE PRINCIPALE ET ZONE DEVANT ASCENSEURS VISITEURS	NEUILLY	BATIMENT C RDC	DAHUA
37	CAMERA 37 REZ-DE-CHAUSSEE COTE BATIMENT F à côté du local technique	NEUILLY	BATIMENT F RDC	DAHUA
38	CAMERA 38 REZ-DE-CHAUSSEE ENTREE IMAGERIE BAT F	NEUILLY	BATIMENT F RDC	BOSCH
39	CAMERA 39 vu nurserie 4eme + bat F depuis ascenseurs monte malade bat F	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
40	CAMERA 40 vu nurserie 4eme	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
41	CAMERA 41 PARKING BOX VELOS	NEUILLY	PARKING SOUS-SOL	BOSCH
42	CAMERA 42 SALLE REUNION 5EME CIRCULATION	NEUILLY	BATIMENT F 5EME	BOSCH

CAMERAS VIDEO PROTECTION CHRDS

43	CAMERA 43 RAMPE PARKING	PUTEAUX	BATIMENT A PARKING	BOSCH
44	CAMERA 44 PARKING ENTREE PIETONS CENTRALE	PUTEAUX	BATIMENT A PARKING	BOSCH
45	CAMERA 45 PARKING INTERIEUR COTE RAMPE	PUTEAUX	PARKING INTERIEUR	HIK VISION
46	CAMERA 46 PARKING INTERIEUR COTE LOCAL ATELIER	PUTEAUX	PARKING INTERIEUR	HIK VISION
47	CAMERA 47 Salle d'effort N°1 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
48	CAMERA 48 Salle d'effort N°1 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
49	CAMERA 49 Salle d'effort N°2 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
50	CAMERA 50 Salle d'effort N°2 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
51	CAMERA 51 Salle d'effort N°3 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
52	CAMERA 52 Salle d'effort N°3 HDJ	COURBEVOIE	HDJ LOCOMOTEUR	URA
53	CAMERA 53 Entrée psychoge coté palier ascenseur	COURBEVOIE	PSYCHOGERIATRIE	BOSCH
54	CAMERA 54 extérieur vu du portail côté qual livraison	COURBEVOIE	EXTERIEUR	dahua
55	CAMERA 55 extérieur bâtiment modulaire	COURBEVOIE	EXTERIEUR	dahua
56	CAMERA 56 entrée coté jardin	COURBEVOIE	EXTERIEUR	BOSCH
57	CAMERA 57 entrée coté anciennes consultations	COURBEVOIE	CIRCULATION RDC BAT D	BOSCH
58	CAMERA 58 TGBT/entrée cuisine	COURBEVOIE	EXTERIEUR	BOSCH
59	CAMERA 59 extérieur bâtiment modulaire	COURBEVOIE	EXTERIEUR	dahua
60	CAMERA 60 extérieur bâtiment modulaire	COURBEVOIE	EXTERIEUR	dahua
61	CAMERA 61 local détente machine à café	COURBEVOIE	CAFETERIAT	BOSCH
62	CAMERA 62 entrée accueil standard	COURBEVOIE	CIRCULATION RDC BAT C	dahua
63	CAMERA 63 escalier secours coté imagerie	COURBEVOIE	CIRCULATION RDC BAT A	dahua
64	CAMERA 64 sortie côté livraison/chapelle	COURBEVOIE	CIRCULATION -1 BAT A	dahua

CAMERAS VIDEO PROTECTION CHRDS

65	CAMERA 65 exterieure entrée batiment D coté droit	COURBEVOIE	EXTERIEUR BAT D	dahua
66	CAMERA 66 exterieure entrée batiment D coté gauche	COURBEVOIE	EXTERIEUR BAT D	dahua
67	CAMERA 67 porte sortie RDC passerelle	PUTEAUX	CIRCULATION RDC	HIK VISION
68	CAMERA 68 zone parking dépose minute	PUTEAUX	EXTERIEUR	HIK VISION
69	CAMERA 69 plate forme fluide	NEUILLY	EXTERIEUR PLATE FORME FLUIDE	BOSCH
70	CAMERA 70 Accès vers parking escalier F RDC	NEUILLY	ESCALIER F RDC	BOSCH
71	CAMERA 71 Accès vers niveau 0 escalier F RDC	NEUILLY	ESCALIER F RDC	BOSCH
72	CAMERA 72 Circulation 4eme batiment C cote ascenseur logistique	NEUILLY	CIRCULATION 4EME	BOSCH
73	CAMERA 73 Circulation 4eme batiment C cote ascenseur visiteurs	NEUILLY	CIRCULATION 4EME	BOSCH
74	CAMERA 74 bloc operatoire zone patient debout	NEUILLY	BLOC OPERATOIRE	BOSCH
75	CAMERA 75 chambre mortuaire	PUTEAUX	CHAMBRE MORTUAIRE	BOSCH
76	CAMERA 76 chambre mortuaire	PUTEAUX	CHAMBRE MORTUAIRE	BOSCH
77	CAMERA 77 chambre mortuaire	PUTEAUX	CHAMBRE MORTUAIRE	BOSCH
78	CAMERA 78 sas entrée chambre mortuaire	PUTEAUX	CHAMBRE MORTUAIRE	BOSCH
79	CAMERA 79 sortie principale psychogériatrie coté service	COURBEVOIE	PSYCHOGERIATRIE	BOSCH
80	CAMERA 80 coté sortie secours 1 psychogériatrie	COURBEVOIE	PSYCHOGERIATRIE	BOSCH
81	CAMERA 81 coté sortie secours 2 psychogériatrie	COURBEVOIE	PSYCHOGERIATRIE	BOSCH
82	CAMERA 82 coté lieu de vie psychogériatrie	COURBEVOIE	PSYCHOGERIATRIE	BOSCH
83	CAMERA 83 parking interieur coté TGBT	PUTEAUX	PARKING	BOSCH
84	CAMERA 84 escalier extérieur passerelle 2eme	PUTEAUX	EXTERIEUR	BOSCH
85	CAMERA 85 zone extérieur accès mairie plan blanc	PUTEAUX	EXTERIEUR	BOSCH
86	CAMERA 86 entrée piétons parc extérieur	COURBEVOIE	EXTERIEUR	BOSCH

CAMERAS VIDEO PROTECTION CHRDS

87	CAMERA 87 Entrée principale	CAMSP COURBEVOIE	SAS ENTREE	BOSCH
88	CAMERA 88 Entrée principale	CAMSP COLOMBES	SAS ENTREE	BOSCH
89	CAMERA 89 parking interieur escalier central	PUTEAUX	PARKING	BOSCH
90	CAMERA 90 maternité 4eme batiment C coté ascenseur logistique	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
91	CAMERA 91 Circulation 4eme batiment C circulation centrale	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
92	CAMERA 92 maternité 4eme batiment C coté par acces F	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH
93	CAMERA 93 Circulation 4eme batiment C circulation centrale	NEUILLY	MATERNITE 4EME	BOSCH