



# Comité Social d'Etablissement

## PROCES VERBAL

Séance extraordinaire du 6 mai 2025

3<sup>ème</sup> séance de l'année

Direction des Ressources Humaines

# ORDRE DU JOUR

Un CSE extraordinaire s'est réuni le 6 mai 2025 à 14h30 pour traiter des points suivants :

## AVIS

1. Réorganisation du service de pneumologie
2. Revue des organisations dans le cadre du plan de retour à l'équilibre
  - a. Introduction de Madame Liaudois
  - b. Pôle Médecines vasculaires
    - i. Augmentation du capacitaire de lits dans le service d'hospitalisation conventionnelle de Cardiologie
    - ii. Redéfinition de l'amplitude horaire des AS sur l'unité des Urgences cardiologiques dans le service de cardiologie dans le cadre du PRE
    - iii. Restructuration du service de Neurologie suite aux départs successifs de Neurologues
  - c. Pôle de médecine inflammatoire, infectieuse et longévité
    - i. Réorganisation du service de médecine infectieuse et tropicale
    - ii. Réorganisation du service de dermatologie
    - iii. Réorganisation du service de médecine interne
    - iv. Réorganisation du service de médecine aigüe-gériatrique
    - v. Réorganisation du service de médecine polyvalente post-urgences
    - vi. Réorganisation du service de rhumatologie
3. Projet d'organisation en 12 heures du service d'accueil des urgences adultes – Unité d'hospitalisation de courte durée

## INFORMATION

4. Mesures de retour à l'équilibre concernant le personnel médical
5. Mesures de retour à l'équilibre concernant le titre 3

## **PRESENTS :**

**Président :** Monsieur Arrii, Directeur général adjoint

## **REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL (avec voix délibérative) :**

### **SYNDICAT CFDT**

Madame Chancel, titulaire CFDT

Madame Bellil-Matela, titulaire CFDT

Madame Riva, titulaire CFDT

Monsieur Larue, titulaire CFDT

Madame Bourachot, suppléante CFDT

Madame Lecomte, suppléant CFDT

Monsieur Durin, suppléant CFDT

### **SYNDICAT SUD**

Monsieur Quinet, titulaire SUD

Madame Lefrançois, titulaire SUD

Madame Bouzouina, titulaire SUD

Madame Voillot, titulaire SUD

Madame Piquepaille, titulaire SUD

Madame Kervern, titulaire SUD

Monsieur Chansard, suppléant SUD

### **SYNDICAT CGT**

Madame Lemasson, titulaire CGT

## **REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL (sans voix délibérative) :**

Madame Lambert, suppléante SUD

## **REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL MEDICAL (sans voix délibérative) :**

### **Assistent à la séance :**

Monsieur Di Mascio, Directeur des ressources humaines

Madame Transon, Directrice des ressources humaines adjointe

Madame Liaudois, Directrice des soins, coordinatrice générale des soins

Monsieur Haudry, Responsable ressources humaines

La CGT souhaite partager un communiqué en début de séance. Elle déplore l'absence de Monsieur Boyer, directeur général et de la santé au travail puisqu'on va parler de réorganisation qui va avoir un impact sur les conditions de travail.

Un représentant de SUD déplore également l'absence de la santé au travail et indique qu'il ne peut pas y avoir de CSE sans leur présence.

Monsieur DI MASCIO indique que la santé au travail a bien été invitée à ce CSE.

La représentante de la CGT précise qu'il y a un impact sur tous les agents, qui sont en souffrance. Elle indique que les représentants du personnel ne peuvent pas siéger en instance sans la présence d'un représentant de la santé au travail.

Monsieur ARRIL demande aux représentants du personnel qui souhaite siéger afin de savoir s'il peut ouvrir la séance.

Un représentant de SUD indique qu'ils ne peuvent pas siéger sans expert des conditions de travail.

Monsieur ARRIL rappelle que les experts ont été invités et il pense que les conditions sont réunies pour tenir la réunion du CSE. Il redemande si les représentants du personnel souhaitent siéger ou s'il n'y aura pas de CSE ce jour.

Un représentant de SUD indique qu'on souhaite présenter aux instances des documents sur des services dans lesquels les équipes n'ont pas été intégrées aux travaux ou que certaines choses présentées aux équipes ont été modifiées. Certains encadrements n'ont pas été associés et tout à été fait par les cadres supérieurs. Il n'y a aucun travail sérieux. La seule volonté de la direction est médico-économique en faisant des économies et en imposant des choses dont même les médecins ne sont pas d'accord.

Monsieur ARRIL indique que le débat pour avoir lieu si le CSE est ouvert.

Le représentant de SUD rappelle qu'ils ne veulent pas siéger s'il n'y a pas la santé au travail lorsqu'on parle des conditions de travail.

Monsieur ARRIL indique qu'il faudra bien que le CSE se réunisse.

La représentante de la CGT rappelle qu'il y a un ordre du jour dans lequel il y a des points pour lesquels les organisations ont déjà été mises en place.

Une représentante de SUD indique que s'il avait vraiment un but de débat et d'échange, ce ne serait pas mis en place. Il est juste demandé de faire l'instance pour répondre à la réglementation.

Monsieur ARRIL précise que si cela avait été le cas, ça aurait été fait en séance ordinaire et au cours d'une seule instance et non deux comme il est prévu ce mois-ci.

Un représentant de SUD demande si on trouve normal que des agents pleurent lorsqu'ils vont les rencontrer pour préparer les documents. Il indique ne pas avoir été associé aux travaux comme il avait été prévu pour participer aux maquettes. Il dit que la direction ne respecte pas le personnel et ne s'en soucie pas d'eux. Il dit que la direction avait dit qu'on ne toucherait pas au personnel.

Monsieur ARRIL rappelle qu'il est prêt à avoir un débat mais dans le cadre du CSE. Il est prêt à répondre aux questions dans le cadre de l'instance. Il demande aux représentants du personnel s'ils souhaitent siéger ou pas.

Un représentant de SUD dit qu'il n'y a pas la santé au travail.

Monsieur ARRIL demande s'il peut ouvrir le CSE.

Le représentant de SUD dit qu'il veut qu'il y ait la santé au travail.

Monsieur ARRIL indique qu'il va appeler le premier point et qu'il laisse les représentants du personnel choisir s'ils siègent ou non.

Les représentants du personnel demandent une suspension de séance à 14h45.

Les représentants du personnel reviennent en séance à 14h49.


Un représentant de SUD dit à Monsieur ARRIL qu'il peut ouvrir la séance.

**Monsieur ARRI ouvre la séance à 14h50.**

## AVIS

### 1. Réorganisation du service de pneumologie

Présentation par Madame Sarah POINTU et le Docteur CHAMPEAUX-ORANGE.



**Réorganisation Service Pneumologie**  
**1<sup>er</sup> avril 2025**

Pôle des médecines oncologiques

Dr Champeaux-Orange Cheffe de pôle  
Mme Gerhards Directrice de pôle  
Mme Pointu Sarah Cadre supérieure de santé

**CSE 6 Mai 2025**

## Contexte

1) Départ du Docteur Morel au 01/12/24

=> Nécessité de réinterroger le capacitaire en lien avec les effectifs médicaux :  
passage de 34 lits à 28 lits ( 6 USC+ 16 HC+ 2 PSG + 4 HP)

2) Départ du Docteur Xu au 01/04/25

=> Nécessité de réinterroger le capacitaire en lien avec les effectifs médicaux :  
passage de 28 lits à 24 lits ( 6 USC+ 10 HC+ 2 PSG + 6 HP)

## Maquette organisationnelle 28 lits 16 HC+ 6 USC+ 4 HDS+ 2 PSG

PHNEUMOLOGIE HC, HDS et USC 28 lits -	Matin	Jour	Soir	Nuit	ETP jour	ETP nuit	ETP de référence
IDE	3	1	3	2	11,9	5,0	16,9
IDE WE	3		3	2			
AS	3	1	3	2	11,9	5,0	16,9
AS WE	3		3	2			

## Maquette organisationnelle 24 lits 10 HC+ 6 USC+ 6 HDS+ 2 PSG

Le contexte du PRE a été pris en compte dans l'ajustement des effectifs au nouveau capacitaire

PHNEUMOLOGIE HC, HDS et USC 24 lits -	Matin	Jour	Soir	Nuit	ETP jour	ETP nuit	ETP de référence
IDE	3		3	2	8,8	5	14,8
IDE WE	2	1 le samedi sur secteur 1 HC	2	2			
AS	3		3	2	9,5	5	14,5
AS WE	2		2	2			

Le week-end (fermeture HDS), l'équipe IDE/AS nuit assure un renfort sur l'UH : gestions des entrées, soins complexes, prises des constantes, nursing...

Données corrigées le 05/05 pour CSE du 06/05

## La maquette organisationnelle amène à reconsidérer les moyens humains

	ETP THEORIQUES 28 LITS 01/12/24	ETP RÉELS	REDEPLOIEMENTS AU 01/12/24	ETP THEORIQUES 24 lits 01/04/25	ECART	REDEPLOIEMENTS AU 01/04/25
IDE JOUR	11,9 + 0,6 UER soit 12,5	11,2 (-1,3)		9,8 + 0,6 UER soit 10,4	(+0,8)	1 ETP IDE CDD sur PV UH
IDE NUIT	5	6,4 (+1,4)	1 ETP sur PV IDE nuit en HGE Baisse des HS en PNO	5	(+1,4)	1 ETP sur PV IDE nuit en HGE + 0,4 ETP baisse des HS en PNO
AS JOUR	11,9	11,6 (-0,3)		9,6	(+2)	1 ETP AS CDD en oncologie sur CLM 1 ETP AS CDD en Hématologie sur CLM
AS NUIT	5	6 (+1)	1 ETP sur CM+ congé maternité en HGE puis CM+ congé maternité en PNO	5	(+1)	1 ETP sur CM+ congé maternité en HGE puis CM+ congé maternité en PNO

UER = Unité d'éducation respiratoire

## Modalités d'accompagnement

- Réunion Cheffe de pôle, Directrice de pôle, équipe médicale, encadrement
- Réunion encadrement, équipe paramédicale
- Entretien d'accompagnement CSS/ CS
- Redéploiement accompagné : temps de formation, respects des temps partiels, des congés annuels

Merci de votre attention



Une représentante de SUD demande si lorsqu'il y a un arrêt sur l'équipe de l'unité hivernale, l'agent de pneumologie qui est redéployé dans le service est retiré.

Madame POINTU répond que non car l'unité hivernale est en 12h00 donc on ne peut pas changer les horaires des agents. C'est un renfort ponctuel sur l'unité hivernale.

La représentante de SUD indique que la phrase *Le week-end (fermeture HDS), l'équipe IDE/AS nuit assure un renfort sur l'UH : gestions des entrées, soins complexes, prises des constantes, nursing...* laisse penser qu'ils doivent faire un tour de change sur l'unité hivernale.

Madame POINTU indique que les deux équipes travaillent ensemble pour évaluer les besoins et s'organiser dans leur nuit pour voir ce qui est envisageable de faire sans être préjudiciable aux patients de pneumologie.

Madame Liaudois précise que ce n'est pas un transfert de poste.

La représentante de SUD indique que l'IDE de réhabilitation respiratoire n'apparaît pas.

Madame POINTU indique qu'elle est indiquée dans la maquette organisationnelle (+0,6 ER) qui correspond à ce temps.

La représentante de SUD demande si les redéploiements sont déjà effectifs.

Madame POINTU indique que c'est fait depuis le 01/04/2025. La perspective est de reconsidérer le capacitaire de pneumologie ce qui permettrait aux professionnels en CDD de réintégrer le service.

Une représentante de la CGT indique ne pas revenir sur quelque chose qui a déjà été mis en place. Elle souhaite relayer le retour de l'équipe qui indique une surcharge de travail pour les IDE et les AS ; une augmentation de la prise en charge avec des secteurs de plus en plus lourd ; de plus en plus de soins palliatifs ; beaucoup de changement de chambres entre l'USC et les classiques ce qui engendre beaucoup de surcharge ; une inquiétude de la cadre de santé sur l'été car il va manquer beaucoup d'IDE ; des projets en cours qui ne bougent pas (projet filière asthme) ; des IDE qui travaillent avec des scops qui sont tous défectueux malgré des demandes à la direction. Leur demande est d'avoir des scops fonctionnels avec des retours sur les téléphones. Ils proposent également à la direction de venir les voir pour un vis ma vie.

Une représentante de SUD revient sur les fiches postes, qu'elle appellerait plutôt fiche métier et fiches de tâches. Elle dit que fiche de tâches n'existe pas dans la fonction publique. Sur la fiche métier/de poste AS, il y a 4 points alors qu'il est indiqué 3 secteurs. Il est indiqué un week-end sur deux travaillé alors qu'on impose des repos sur des week-ends. Il est écrit que le service est composé de 49 lits. Elle indique qu'ils n'ont pas les moyens de se former ou de participer à des colloques, il faudrait que l'établissement donne les moyens de partir en formation car en réduisant les effectifs dans les services, les agents ne peuvent plus partir en formation. Elle indique qu'on ne parle pas des transmissions pour les AS. Elle demande dans quel but on demande à des AS de faire du temps de recherche et avec quel moyen ? Dans le savoir être il y a loyauté mais envers qui, envers quoi.

Madame LIAUDOIS précise que la loyauté a été introduite par les membres de commission de soins dans le projet de soins par rapport aux valeurs professionnelles.

La représentante de SUD dit que vu les réductions de personnel dans les services, il vaut mieux oublier ses valeurs car sinon on ne peut pas travailler.

Madame LIAUDOIS précise que c'est une valeur professionnelle.

Une représentante de SUD demande si on doit accepter la maltraitance avec la loyauté.

Madame LIAUDOIS indique ne pas parler de loyauté hiérarchique, ce n'est pas comme cela que ça a été vu par la commission des soins.

Une représentante de SUD indique qu'il faudrait que les directeurs soient loyaux également. Elle dit qu'aujourd'hui il est demandé aux professionnels de s'asseoir sur leurs principes et d'avoir une loyauté sur les finances et non vis-à-vis des patients.

Une représentante de SUD indique qu'il est demandé une polyvalence polaire alors que ça peut être difficile avec les spécialités.

Une représentante de SUD indique que ça aurait sa place dans une fiche métier mais pas dans une fiche de poste.

Une représentante de SUD indique que pour les IDE, ce sont les mêmes remarques. Pour les fiches de tâches, il est indiqué un travail avec la coupure alors qu'il n'y en a plus.

Madame POINTU indique que l'équipe a proposé que sur les deux AS qui sont le secteur de l'HDS et du sommeil, il y en a une qui est transverse.

La représentante de SUD demande pourquoi le binôme IDE/AS n'est pas maintenu le week-end sur la prise de conscience. Sur la fiche de tâches des IDE de soir, il est indiqué une pause de 20 minutes au lieu de 30 minutes. Sur la fiche de tâches des IDE en hospi classique du week-end, elle finit à 15h30 et il y a quand même des tâches après.

Madame LIAUDOIS souhaite faire un rappel sur les fiches de tâches. Elles ont été harmonisées sur la forme suite au dernier plan de retour à l'équilibre en 2017/2018. Il avait été fait la remarque qu'elles étaient très

discordantes et très différentes les unes des autres, et donc il avait été fait un travail d'harmonisation des fiches de tâches où on mettait les soins directs d'un côté, les soins indirects de l'autre côté, pour donner une lisibilité plus claire sur les soins faits aux patients et tout ce qui était préparation de commandes, préparation de matériel. Donc les fiches de tâches que vous avez sous les yeux correspondent au modèle qui avait été demandé suite au dernier plan de retour à l'équilibre. Et donc c'est un projet du CHU, ce n'est effectivement pas réglementaire, comme la fiche métier qui est dans le répertoire des métiers de la fonction publique et les fiches de poste qui là, du coup, sont réglementaires.

Une représentante de SUD précise qu'on ne leur a pas donné les fiches de poste. Elle rappelle que la loi est claire qu'il faut les fiches de poste. Elle dit qu'en 2017/20218, il n'était pas indiqué fiche de tâches mais fiche de poste.

Madame LIAUDOIS dit que c'était bien le cas. Elle précise que c'est elle qui a demandé ces fiches de tâches et que cela lui semblait plus éclairant puisqu'on y voit les activités que font les professionnels.

La représentante de SUD précise que les fiches de poste ont toujours été détaillées. Elle demande pourquoi le nom a été changé et qu'on doit communiquer ce qui doit l'être.

Monsieur DI MASCIO indique que l'enjeu est d'avoir un type d'organisation.

La représentante de SUD indique qu'il faut donc l'appeler fiche de poste.

Monsieur DI MASCIO demande s'il manque des informations.

La représentante de SUD répond qu'il manque que ce soit marqué fiche de poste et fiche métier pour pouvoir s'en servir. Elle demande où est le problème de changer l'intitulé.

Le Docteur CHAMPEAUX-ORANGE précise que les projets sont figés et que sur le plan médical cela ne leur fait pas du tout plaisir parce que clairement on attire aussi les docteurs avec des projets. Elle dit qu'il y a des beaux objectifs dont un recrutement et la réouverture des lits. Pour les scops, elle va relancer le sujet car elle sait que c'est pénible. Elle vient de l'apprendre donc il faut avancer sur ce sujet.

Monsieur ARRIL met au vote le projet de réorganisation du service de pneumologie. Un vote à bulletin secret est demandé.

14 votants – 11 CONTRE – 3 ABSTENTION

2. Revue des organisations dans le cadre du plan de retour à l'équilibre
  - a. Introduction de Madame LIAUDOIS

Madame LIAUDOIS souhaite présenter des éléments de méthodes sur le travail réalisé.



## CONTEXTE

- Plan de retour à l'activité
- Révision des maquettes organisationnelles du CHU suite à l'accompagnement du CHU par EUROGROUP

## OBJECTIFS

- Corréler les moyens à l'activité :

Augmenter l'activité du CHU

Réduire les dépenses : Administratives, techniques, logistiques

Soignantes : médicales, paramédicales :

Pour les paramédicaux : systématiser l'attribution des moyens à l'activité,

## MISE EN OEUVRE

- A partir du 1<sup>er</sup> décembre 2024 :

La DS reprend les maquettes paramédicales par pôle et par service, recherche la simplification des maquettes ;

Considère les HJ et consultations, les postes transverses ;

Considère l'aspect quantitatif et qualitatif.

- Conduite de projet :

Phase 1 :

Etat des lieux des maquettes HC, HDJ, HDS, consultations.... puis mesure des écarts

Phase 2 :

Montage des maquettes en fonction du capacitaire (EMAA : effectif moyen adapté à l'activité)

Phase 3 :

Adaptation des maquettes en fonction d'indicateurs : taux de rotation, taux d'occupation, PMCT notamment gravité avec DRH et DAF

Merci de votre attention



Une représentante de la CGT dit qu'elle n'a pas le même fonctionnement car on augmente l'activité et on réduit les dépenses notamment en supprimant des postes. Elle indique qu'on ne parle pas des agents, des réorganisations avec l'impact que ça peut avoir au niveau de la QVT et de la santé des agents. C'est le reflet de ce qu'on voit depuis le début, on fait des économies et on supprime des postes au détriment des agents qui eux font fonctionner l'activité. Dans les services, tous les agents sont en colère et posent la question de savoir si les directeurs vont faire des suppressions de postes ainsi que baisser leurs salaires.

Madame LIAUDOIS demande si elle souhaite qu'elle parle de l'organisation de la direction des soins.

La représentante de la CGT indique qu'elle parle de toute l'organisation.

Madame LIAUDOIS indique que ce sont des éléments de méthode qu'elle vient de donner.

b. Pôle médecines vasculaires

- i. Augmentation du capacitaire de lits dans le service d'hospitalisation conventionnelle de Cardiologie

Présentation de Madame EL KHALIL. Elle précise que le projet doit encore murir par rapport aux projets médicaux.



DIRECTION DES SOINS

**FICHE PROJET**

**Augmentation du capacitaire de lits dans le service d'hospitalisation conventionnelle de Cardiologie**

**DEFINITION DU PROJET**

Les maladies cardiovasculaires et leurs complications sont la première cause de décès dans le monde. En France, elles sont la deuxième cause de mortalité après les cancers, responsables de 140 000 morts chaque année, et la première cause de mortalité parmi les personnes âgées de 85 ans et plus. Elles sont aussi une cause majeure de maladie et de décès précoces, d'hospitalisation, et de handicap acquis. Jusqu'à 50 000 personnes font un arrêt cardiaque soudain chaque année, dont environ 5% survivent.

En 2022 [1], 5,6 millions de personnes étaient traitées pour une maladie cardiovasculaire, dont plus de 430 000 pour maladie aiguë. De plus, 8,5 millions de personnes étaient traitées pour un risque cardiovasculaire seul, avec un médicament anti-hypertenseur ou un médicament hypocholestérolémiant, et 4,3 millions de personnes étaient traitées pour un diabète, autre facteur de risque cardio-neurovasculaire. Au total, plus de 15 millions de personnes sont prises en charge en France pour maladie cardio-neurovasculaire, risque cardio-vasculaire ou diabète

**DENOMINATION DU PROJET = OBJECTIF GENERAL**

L'objectif de ce projet est

- D'augmenter la capacité d'accueil du service de cardiologie au regard des besoins populationnels du territoire de santé du Loiret
- D'optimiser qualitativement les prises en soins dans le service de cardiologie

## OBJET ET DIMENSION DU PROJET

### Organisation actuelle :

Le service de cardiologie est composé de :

- 13 lits d'USIC
- 6 lits d'USC
- 24 lits d'hospitalisation conventionnelle
- 10 lits d'HDS
- 8 lits ambulatoires
- 4 box d'Urgences cardiologiques

Géré actuellement au niveau paramédical par 2 cadres de santé et une IDE référente (faisant partie des effectifs IDE)

A ceci se rajoutent :

- Le plateau d'hémodynamique
- Les consultations

Le taux d'occupation des lits sur l'année 2024 :

- En hospitalisation conventionnelle : 92,35%
- En USC : 94,20%
- En USIC : 86,14%

Au niveau des DMS du service de cardiologie :

- USIC : 2,19 jours
- HC : 4,21 jours
- USC : 4,93 jour
- HDS : 1,23 jour

Ces différents éléments induisent la décision d'ouvrir 10 lits supplémentaires sur le service de cardiologie

### Projection organisation future :

- 13 lits d'USIC
- 6 lits d'USC
- 34 lits d'hospitalisation conventionnelle (24 + 10 nouveaux lits)
- 10 lits d'HDS
- 8 lits ambulatoires
- 4 box d'Urgences cardiologiques

**indications médicales** de ces 10 lits (HDS/ HDJ et HC):

- ✓ Bilan HTA
- ✓ Bilan TAVI
- ✓ Bilan pré greffe cardiaque
- ✓ Bilan pré chirurgie cardiaque (dans l'avenir)
- ✓ Prise en charge de la rythmologie des patients vus en consultations par les cardiologues du CHU, au niveau des établissements du GHT

- ✓ Prise en charge de l'insuffisance cardiaque
- ✓ Coronarographie et rythmologie en cas d'augmentation d'activité sur l'HDS et l'ambulatoire

Situation géographique des 10 lits : passerelle entre le 2<sup>ème</sup> étage orange et le 2<sup>ème</sup> étage jaune

**Projection organisation paramédicale des 10 lits :** du lundi au vendredi pour assurer la continuité des soins :

	Matin	Après midi	Nuit
IDE	1	1	0,5
AS	1	1	0,5

La continuité des soins la nuit sera assurée par l'équipe de MPPU au niveau IDE et AS  
 En revanche, afin de sécuriser les prises de poste des professionnels du MPPU la nuit, des temps de formations vont être dispensés

Ce qui donne en ETP

	Matin	Après midi	Nuit
IDE	1,77	1,77	1,25
AS	1,77	1,77	1,25

En fonction de la configuration, coordination et complexité du service dans la gestion du flux patients, un poste de cadre supplémentaire serait nécessaire

On passe de 2 cadres et 1 IDE référente à 3 cadres (2 cadres de santé et 1 faisant fonction). Ce qui entraîne 1 ETP supplémentaire IDE pour remplacer au sein des effectifs IDE , l'IDE référente actuellement

Au total :

Besoins en effectifs :

4,54 ETP IDE et 3,54 ETP AS ; service d'accueil pour les professionnels redéployés des autres services et de la cardiologie

Fiches de tâches de jour identiques à celles actuelles puisque c'est un développement de l'activité de cardiologie

Nouvelles fiches de tâches de nuit sur le secteur mutualisé



02\_2023 - FICHE DE TACHE IDE NUIT 10 lit FICHE DE TACHE AS NUIT 10 lits.doc

## REFERENTIEL PRIS EN COMPTE

- [Décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique](#) qui définit l'ensemble des soins infirmiers. Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'[ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels](#),
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers,

- [Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière.](#)

#### RESPONSABILITE(S)

Dr Goralski, Chef de Pôle Médecine interventionnelle, Chef de service cardiologie  
 F Gerhards Directrice PMI  
 C Liaudois Directrice des soins  
 M El Khalil FFCSS, S Jarémo, M Goussot, A Pavard Dessennes, CS cardiologie

#### ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL

Direction Générale  
 Direction des soins  
 Direction des ressources humaines  
 Direction des finances et du contrôle de gestion  
 Département d'Information Médicale  
 Direction du pôle des médecines interventionnelles  
 Directeur de pôle

#### RESULTATS ATTENDUS

Optimisation du parcours patients  
 Prise en charge de qualité des patients

#### EVALUATION DU PROJET

Evaluation du projet à 6 mois, 1 an  
 Données PMSI Pilot et Power BI :  
 Taux d'occupation  
 DMS  
 Satisfaction des patients

#### COMMUNICATION

Présentation du projet en bureau de pôle, COMEX

Un représentant de SUD demande combien d'agents il y a au total dans le service.

Madame EL KHALIL répond qu'il y a plus d'une centaine d'agent.

Le représentant de SUD indique qu'il y a maintenant des services hors soins où il y a un cadre pour 8 agents. Il dit qu'il manque de cadres dans les services de soins.

Une représentante de la CGT précise que d'après les agents, ils n'ont aucune information sur ce projet.

Un représentant de SUD confirme que les agents ne pas au courant et que l'encadrement non plus. Les cadres indiquent qu'avec l'effectif actuel, l'activité normale est difficile à maintenir et on veut rajouter 10 lits de plus. Il demande pour l'équipe de nuit qui est mutualisé pour les deux secteurs, où vont-ils devoir faire leurs transmissions. Il indique que ce sont deux spécialités différentes.

Une représentante de SUD indique ne pas avoir compris l'organisation. Elle ne comprend pas si c'est géré par des personnes du MPPU ou de la cardio. Elle précise qu'il va falloir que le projet soit plus travaillé.

Madame EL KHALIL précise que le projet a été travaillé avec le chef de service et qu'une réunion était prévue le 07 avril avec les équipes de cardiologie. Cette réunion n'a pas pu se tenir pour diverses raisons. C'est un projet des cardiologues.

Une représentante de SUD dit qu'il y a des fiches de tâches réalisées avec un titre indiquant cette mutualisation.

Madame EL KHALIL indique que cette organisation a été déjà testé lors de l'ouverture des 6 lits de cardiologie hivernale avec la même topographie de patients. Les équipes ont trouvés des organisations pour avoir les transmissions du MPPU d'un côté et de cardiologie de l'autre.

Madame LIAUDOIS précise que c'est un avant-projet et que les médecins doivent s'en emparer, retravailler sur les pathologies prévalentes et retravailler avant sur leur organisation médicale. Les organisations paramédicales découleront de cela.

Monsieur ARRIL reprend que le projet n'est pas encore prêt.

Madame EL KHALIL indique que des médecins sont à courant puisqu'il y a eu une discussion avec des médecins qui parlaient davantage d'HDJ que d'hospitalisation conventionnelle. Donc le projet est à revoir dans sa globalité car elle ne connaît pas typologie des patients. Les documents pour le CSE étant à rendre il y a longtemps, ils sont un peu caducs car les dernières discussions remontent à la semaine précédente le CSE.

Un représentant de SUD indique que l'infirmière référente allait passer cadre car elle n'était pas au courant.

Madame LIAUDOIS rappelle que c'est elle qui accompagne les parcours de professionnalisation et qu'elle n'a jamais rencontré cette personne sur ce sujet.

Le représentant de SUD reprend qu'il est indiqué dans les documents les noms des cadres mais qu'eux ne sont pas au courant de ce projet.

Madame EL KHALIL répond que les cadres sont au courant du projet. Ils savent qu'il va falloir rouvrir les 10 lits et ont reçu le projet. Ils sont au courant qu'un 3<sup>ème</sup> poste de cadre avait été demandé.

Monsieur ARRIL remercie Madame EL KHALIL pour ce point d'information.

- i. Redéfinition de l'amplitude horaire des AS sur l'unité des Urgences cardiologiques dans le service de cardiologie dans le cadre du PRE

Madame EL KHALIL présente le projet.



DIRECTION DES SOINS

## Projet : Redéfinition de l'amplitude horaire des AS sur l'unité des Urgences cardiologiques dans le service de cardiologie dans le cadre du PRE

### CONTEXTE ET DEFINITION DU PROJET

- Les urgences cardiologiques du CHU d'Orléans sont ouvertes de 7H30 à 19H pour l'accueil patient dans le service de cardiologie
- Elles disposent de 4 box scopés et d'un box non scopé servant pour les échographies cardiaques
- Les professionnels de cardiologie affectés dans cette unité, commencent à 7H00 et finissent à 21H
- Il y a un binôme IDE/AS du matin : de 7h00 à 15H30, un binôme IDE/AS de 13H30 à 21H, une IDE transverse de 8H à 16H
- Les premiers patients arrivent à partir de 7H15/7H30 et les derniers patients admis arrivent vers 18H30
  
- Dès l'ouverture des urgences cardiologiques, des patients sont présents
- Pic d'activité important entre 8H30 et 16H30
- Décroissance considérable après 16H30
- Durée d'hospitalisation aux Urgences cardiologiques
  - Entre 3H et 4H pour la majorité des patients
  - Durée inférieure quand le diagnostic cardiologique n'a pas été retenu
  - Durée supérieure à 4H en attente de résultats de laboratoire

### OBJECTIFS POURSUIVIS

- Optimiser la présence AS pour répondre à l'afflux des patients au niveau de l'unité des Urgences cardiologiques sur une plage horaire de 10H suite au PRE

### RESULTAT(S) ATTENDU(S)

Mettre en adéquation le temps de présence de l'aide-soignante par rapport à la présence des patients hospitalisés au niveau des urgences cardiologiques

## DESCRIPTION DE L'ORGANISATION (OU PRESENTATION DU PROJET)

### Organisation actuelle :

- Actuellement 1 AS du matin et 1 AS du soir du lundi au dimanche

### Organisation projetée :

- Redéfinition des horaires de l'AS des urgences cardiologiques
  - Présence de 8H30 à 19H
  - Redéploiement de 1 ETP AS

DATE DE MISE EN ŒUVRE SOUHAITEE :1/07/2025

## CONDUITE DE PROJET - METHODOLOGIE

- ◇ Mise en place d'un groupe de Travail pour établir la nouvelle fiche de tâches le 14/04/2025
- ◇ Information et mise en place de groupes de travail avec mobilisation des professionnels après le CSE
- ◇ Processus d'accompagnement pour 1 AS

### Nouvelle fiche de tâches



FICHE DE TACHE AS  
Urgences cardio PRE :

## REFERENTIEL PRIS EN COMPTE

[Arrêté du 22 octobre 2005](#) relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant.

[Décret n° 2007-963 du 15 mai 2007](#) relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture modifiant le code de la santé publique.

[Décret n° 2007-1301 du 31 aout 2007](#) relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique.

Fiche métier du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie (fonction publique hospitalière).

## RESPONSABILITE(S)

Chef projet : M EL KHALIL

Equipe projet : cadres de cardiologie

## ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL

Directeur de Pôle

Direction des soins

## EVALUATION DU PROJET

à 1 mois et 6 mois

Indicateurs d'évaluation et de suivi

- PMSI Pilot avec nombre de passage aux Urgences cardiologiques
- Evaluation de l'activité via Power BI
- Questionnaires de satisfaction des patients

## COMMUNICATION

Présentation du projet au CSE du 06/05/2025

Une représentante de la CGT demande ce qu'il se passe en cas d'urgence alors que l'agent est seul. Les équipes indiquent qu'aucune information ne leur a été donnée à ce sujet et qu'il est impossible qu'une aide-soignante soit de journée pour la prise en charge optimale des patients mais aussi pour la sécurité des infirmières.

Une représentante de SUD demande comment les chiffres ont été obtenus sur les urgences cardio alors que le service des urgences arrête d'envoyer les patients à compter d'une certaine heure. Il pourrait donc y avoir plus d'activité après.

Madame EL KHALIL précise qu'elle a aussi récupéré les chiffres de l'activité des urgences et a constaté que l'activité était importante à partir de 09h00 et jusqu'à 18h30 – 19h00. C'est un projet qui nécessite du travail en amont sur les amplitudes horaires.

Une représentante de SUD demande comment on peut laisser une infirmière seule alors qu'on se trouve dans une situation d'urgence, sur un moment aigu et qu'on doit être en alerte.

Madame EL KHALIL indique que les soins intensifs se situent à 5 mètres des urgences et qu'il y a des effectifs. Il a été privilégié de mettre davantage de postes d'IDE que des AS pour la gestion des urgences vitales. Un 13<sup>ème</sup> box est toujours libre sur les soins intensifs ce qui permet de transporter les patients des urgences cardio vers les soins intensifs où il peut être pris en charge de suite par les infirmières de l'USIC.

Une représentante de SUD dit que les patients sont mis en danger. En ce qui concerne l'AS, elle demande à quel moment Madame EL KHALIL comptait présenter le projet et leur dire qu'elle ferait du 10h ?

Madame EL KHALIL indique qu'elle attendait le passage en CSE.

Un représentant de SUD indique que le projet se présente en équipe et que l'équipe doit être au courant même si le projet passe en CSE.

Une représentante de SUD indique qu'en passant en 10 heures, cela va avoir un impact sur la vie personnelle des agents. Il est très mal venu que ce soit les représentants du personnel qui se soient déplacés dans les services pour apprendre aux agents qu'ils allaient passer en 10h00.

Madame EL KHALIL indique que cette organisation est utilisée en cas d'absentéisme de dernière minute. Elle consent que ce changement d'organisation puisse ne pas convenir à tout le monde.

Une représentante de SUD indique que toutes les AS qu'ils ont rencontrés sont toutes contre cet horaire.

Un représentant de SUD demande pourquoi l'étude n'a été réalisée que sur un mois alors qu'elle aurait pu être faite sur 6 mois. Il précise que dans le cadre de la F3SCT, il va y avoir un travailleur isolé et demande les obligations de la sécurité en cas de travailleur isolé. Il dit que ce n'est pas dans le projet. Il faut garantir la sécurité des agents. Il demande la procédure du travailleur isolé s'il y a un problème. C'est une obligation de l'employeur.

Madame LIAUDOIS précise que le relais a été anticipé lorsque l'infirmière est toute seule.

Le représentant de SUD rappelle que la procédure est obligatoire. Il indique s'être battu pendant des années pour ne pas avoir de travailleurs isolés dans les instances sur tous les secteurs.

Un représentant de SUD demande s'il y a recours aux intérimaires car s'ils se retrouvent seuls, c'est encore plus inquiétant pour la sécurité.

Madame EL KHALIL indique qu'il n'y a plus de recours à l'intérim depuis décembre.

Une représentante de la CFDT indique qu'il manque le roulement de cette AS.

Une représentante de SUD revient sur les fiches de tâches. Elle demande pourquoi l'AS en arrivant fait des soins d'hygiène.

Madame EL KHALIL précise que cela dépend des patients mais qu'il peut y avoir des soins d'hygiène même si la majorité des patients sont autonomes.

La représentante de SUD demande pourquoi la préparation des boxes se fait à ce moment là alors que les patients sont déjà présents depuis une heure.

Madame EL KHALIL répond qu'il y a toujours des boxes disponibles et qu'ils se remplissent au fur et à mesure de la journée.

La représentante de SUD indique que la pause n'apparaît pas sur la fiche de tâches. Elle dit que la pause repas est indiquée en fonction de la charge de travail donc s'il y a trop de travail, l'AS ne mange pas.

Monsieur ARRIL précise que le point sera représenté pour avis lors d'une prochaine séance.

i. Restructuration du service de Neurologie suite aux départs successifs de Neurologues

Un représentant de SUD demande le report de ce point car lorsqu'ils se sont déplacés dans le service, ont leur a présenté des nouvelles fiches de poste qui n'ont pas été communiquées.

Madame EL KHALIL indique que les documents étaient à rendre rapidement. Elle a donc travaillé les fiches de poste avec les cadres et l'équipe a travaillé parallèlement. Elle indique ne pas avoir eu connaissance des fiches de poste que l'équipe a communiqué à SUD.

Le représentant de SUD indique que ces fiches de poste ont été faites sur la base de la dernière organisation qui a été présenté pendant les vacances de la cadre.

Une représentante de SUD reprend qu'elle ne comprend pas pourquoi on leur dit qu'on ne sait pas d'où viennent ces fiches.

Une représentante de la CFDT indique que le sujet est très inquiétant pour l'établissement. Que tous les services se questionnent sur ce qui va être fait des patients accueillis dans ce service. L'équipe de nuit doit également être associé à la réflexion du projet.

Un représentant de SUD indique qu'on a détruit un service de neurologie pour faire venir des nouveaux médecins et que maintenant qu'on ne veut plus de ces médecins, on les met dehors.

La représentante de la CFDT indique qu'il y a le service, mais aussi les consultations, l'exploration neuro-fonctionnelle. Il y a une grave perte de chance pour les patients.

Une représentante de SUD revient sur les 5 lits qui partent en réa-chir. Il est indiqué qu'on transfère 5 lits alors que c'est pour une activité occasionnelle qui peut ne pas arriver. Elle rappelle que les IDE et AS de réa-chir ne sont pas formés à la thrombolyse.

Madame LIAUDOIS précise que le déplacement des lits en réa-chir s'est fait suite à une concertation médicale entre les médecins de neurologie et de réa-chir. Ce sont eux qui ont pris cette décision pour être le moins délétère pour les patients qui ont fait un AVC.

La représentante de SUD indique qu'il y aura un problème la nuit.

La représentant de la CFDT demande ce qu'il se passera lorsque les lits seront tous pris. Aujourd'hui il y a un glissement vers les lits de neurologie générale qui ne sera plus possible.

La représentante de SUD indique que les kinés n'iront pas non plus à l'étage. La DMS des patients va s'allonger. Les gains ne seront finalement plus des gains. Il faut réfléchir au global.

Monsieur ARRIL précise qu'il ne s'agit pas de chercher des gains mais de trouver une organisation liée aux départs consécutifs de plusieurs médecins. Il indique que c'est un choix qui a été fait après concertation médicale.

Une représentante de la CFDT indique que c'est tout le plateau de rééducation qui est mis en péril. Les équipes se posent la question du devenir des staffs pluridisciplinaires et pluri décisionnels.

Une représentante de la CFDT indique qu'il va y avoir un impact important sur le service HDJ au niveau du pôle orange et que la cadre craint de perdre 30 à 40 % de son activité.

Monsieur ARRIL indique que c'est une organisation transitoire qui a vocation à évoluer lors de recrutements de nouveaux médecins. Il y a des perspectives de recrutement à court terme pour revenir à un fonctionnement plus normal.

Un représentant de SUD indique que de toute façon les fiches ne sont pas les bonnes donc ils ne peuvent pas voter.

Monsieur ARRIL prend acte et propose qu'on fasse venir des médecins pour présenter cette organisation.

Un représentant de SUD dit qu'il est bientôt 16h30 et qu'ils sont là depuis 08h00. Il demande si l'instance continue, s'ils seront en heures supplémentaires. Il dit qu'il faut respecter la réglementation sur le temps de travail. Il demande au président de l'instance de prendre une décision.

Monsieur ARRIL répond qu'on ne peut pas arrêter la séance alors que l'ordre du jour n'est pas terminé.

Une représentante de SUD indique qu'on ne pourra pas aller au bout de l'ordre du jour et qu'il y a une autre séance prévue pour épuiser les sujets. Elle dit qu'on ne leur a pas dit où on devait s'arrêter.

Le représentant de SUD dit que si on les fait continuer, ils doivent être rémunéré en heures supplémentaires sinon, la séance continuera le 21 mai.

Monsieur DI MASCIO indique qu'il avait été convenu de continuer l'instance jusqu'à 18h30.

Madame LIAUDOIS indique que le Docteur Ibrahim arrive et que par respect pour les intervenants, on peut présenter les sujets du pôle.

Le représentant de SUD indique que le temps de travail doit aussi être respecté.

c. Pôle de médecine inflammatoire, infectieuse et longévité

Présentation de Monsieur HAUDRY CHARREAU, Monsieur JOLIVET et le Docteur IBRAHIM. Il présente la méthodologie utilisée sur le pôle.

## Méthodologie

- Revue des maquettes organisationnelles afin de répondre aux enjeux économiques
  - Modèle de maquettes : 1 binôme IDE/AS pour 10 patients
- Evaluation de la faisabilité de l'application de ces maquettes pour le PMIL
  - Contexte du pôle : secteurs de gériatrie et secteur d'aval du SAU pouvant justifier de ressources supérieures aux maquettes institutionnelles
    - Etude de l'activité et profils patients pris en charge pour chaque unité => secteur d'hospitalisation et de consultation
  - Travail préparatoire : au regard de l'étude, proposition d'adaptation des maquettes d'hospitalisations ou de consultations
    - Direction des soins – Cadre supérieur de Santé – Chef de pôle - Directeur de pôle
  - Concertation sur la faisabilité du travail préparatoire : Etude de l'impact des organisations retenues
    - Trio de pôle – Chefs de service – cadres de santé

## Revue des organisations sur le PMIL

- Synthèse des revues organisationnelles pour le PMIL :
  - Secteur hospitalisation : - 9,1 ETP
  - Secteur de consultation : - 2,5 ETP

## Accompagnement des professionnels

- Chaque équipe a eu un temps d'échange sur le projet de revue des organisations dans ce contexte de PRE
- Revue des organisations faite avec les équipes : Réalisation de nouvelles fiches de tâches
- Accompagnement des mobilités des agents :
  - Priorisation sur les départs volontaires : disponibilités, départ en formation, démissions
  - Accompagnement individuel : par l'encadrement / binôme direction des soins-DRH



## Evaluation

- Fin de mise en œuvre de l'ensemble des maquettes prévue pour septembre 2025
- Evaluation à 1, 3 et 6 mois après la mise en œuvre de nouvelles organisations => ajustement des organisations si nécessaire.



DIRECTION DES SOINS

## Revue des organisations des soins du pôle MIIL dans le cadre du PRE

### Table des matières

INTRODUCTION .....	27
Maladies infectieuses et tropicales .....	28
Dermatologie.....	31
Médecine interne .....	33
Médecine Aigue Gériatrique .....	36
Médecine Polyvalente Post-Urgences .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Rhumatologie.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Synthèse des réorganisations PNM du pôle MIIL.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
ANNEXES.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## INTRODUCTION

Dans le cadre de l'engagement continu envers l'augmentation de l'offre de soins et le retour à l'équilibre du CHU, une réflexion est entreprise sur l'accroissement de l'activité et une revue approfondie des organisations paramédicales. Ce document a pour objectif de présenter les propositions de maquettes organisationnelles visant à instaurer un binôme IDE/AS pour 10 patients.

Le pôle MIIL étant composé de plusieurs unités dédiées à la prise en charge des patients gériatriques et plusieurs services d'aval prévalents pour le SAU, nous avons examiné différentes configurations d'organisation possible, afin de maintenir une réponse adaptée aux besoins spécifiques de patient accueillis. Parallèlement, nous avons accordé une attention spécifique aux activités en dehors des unités d'hospitalisation, dans le but d'optimiser les ressources et de répondre aux défis économiques actuels.

Pour évaluer la pertinence des maquettes organisationnelles, nous avons analysé l'activité de chaque unité ainsi que les profils des patients pris en charge. Cette analyse a été réalisée de manière collaborative entre la Direction des soins, le cadre supérieur de santé, le chef de pôle et le directeur de pôle. Suite à cela, il a été organisé des temps de concertation avec les cadres de santé et les chefs de service pour affiner cette évaluation et fixer les futures maquettes organisationnelles que nous vous présentons ci-dessous.

# Maladies infectieuses et tropicales

## SYNTHESE DE LA REVUE D'ORGANISATION

Le service des maladies infectieuses et tropicales compte un périmètre d'hospitalisation de 20 lits + 2 lits supplémentaires, une activité de consultation et une équipe mobile d'infectiologie et de prévention.

Récemment, une revue des organisations de travail en 12 heures a été réalisée sur le secteur de l'hospitalisation de jour. Les résultats de cette réorganisation ont été présentés lors du dernier Comité Social et Économique (CSE), et l'impact général de ce projet a été jugé positif. Ainsi, nous avons fait le choix de maintenir d'actualité ces organisations.

Parallèlement, une réflexion a été engagée concernant le secteur des consultations. En 2023, un projet d'équipe mobile d'infectiologie et de prévention a été mis en place, avec la création d'un Équivalent Temps Plein (ETP) IDE. Le bilan de cette activité est non concluant en raison de divers paramètres, ce qui a entravé la mise en œuvre des activités prévues. En conséquence, n'ayant pas de perspective favorable à une reprise des activités pour cette équipe, il a été décidé de restituer le poste d'IDE dans le cadre du PRE.

## MAQUETTES AVANT ET APRES PROJETS

### Maquette avant la réorganisation

Equipe mobile d'infectiologie et de prévention	Du lundi au vendredi	ETP nécessaire
IDE	1	1

### Maquette après la réorganisation

Arrêt de l'activité IDE de l'équipe mobile d'infectiologie et de prévention

## REORGANISATION DES TACHES

Arrêt de l'activité IDE de l'équipe mobile d'infectiologie et de prévention.

## ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

L'IDE identifié sur cette mission, pour des raisons personnelles, a été accompagnée sur l'une des créations de poste de jour ouverte au sein du nouveau service de médecine polyvalente située au 4ème étage. Ainsi, nous n'allons pas la remplacer et restituer ce poste.

Un représentant de SUD demande pourquoi le personnel n'a pas été associé à l'analyse de l'activité pour évaluer la pertinence des maquettes organisationnelles. Il demande si l'avis du personnel a été demandé, s'il y a eu concertation ou si c'est une tambouille entre la direction des soins, les cadres supérieurs, les chefs de pôles, directeurs de pôle, cadres de santé et chef de service.

Le Docteur Ibrahim répond qu'on ne peut pas parler de tambouille. Qu'on à leur a donné un cahier des charges dans un délai extrêmement restreint. Depuis janvier, il y a une certaine pression pour rendre des choses faisables et réalisables. Elle explique que les équipes ont toujours été intégrées à toutes les discussions ces deux dernières années sur le pôle et que donc le binôme chef de service et cadre de santé sont censés travailler avec leurs équipes. Elle explique qu'au vu du délai il était impossible de réunir chaque service avec tous les membres du personnel, en incluant les secrétariats, les rééducateurs, etc. L'idée était de rencontrer les binômes cadres et chef de service pour leur délégué ce travail de terrain.

Elle indique que dans le pôle, sur les 5 dernières années, il y a eu beaucoup de transformation d'activités et que les organisations soignantes n'avaient pas été revues. Ce qui est présenté permettra le lisage par rapport à l'activité du pôle. Il y aura un suivi rapproché auprès des équipes qui sont réorganisées pour s'assurer que tout se passe bien.

Un représentant de SUD revient sur les secrétaires car il ne comprend plus. Il croyait que les secrétaires ne faisaient plus partie des services. Il indique qu'en retraçant les CSE, on ne sait pas à qui appartiennent les secrétaires. Certains médecins ont dit que les secrétaires ce n'était plus leur problème. Il demande quelle est la politique de gestion des secrétariats et profite de la présence de Monsieur JOLIVET.

Monsieur JOLIVET pense qu'il n'y a pas de notion d'appartenance pour les secrétaires. Elles font partie des services et sont un maillon essentiel. Sur la question des organisations présentées ce jour, elles ne portent pas sur le périmètre des secrétariats. On s'attache à avoir une vision polaire des questions des organisations des secrétariats. Il y a une coordination métier assurée par Marianne JULIEN et une référence par pôle.

Le représentant de SUD indique que les secrétaires ne savent pas ce qui va se passer dans les organisations des services, elles ne connaissent pas les impacts. Parce que les coordinatrices ne communiquent pas. Les secrétaires attendent de savoir comment ça va se passer pour eux. Il demande qu'on lui présente les impacts sur les secrétaires et aussi le besoin des services.

Monsieur ARRIL précise que l'objet est de présenter les réorganisations.

Le représentant de SUD rappelle qu'il est indiqué dans le règlement intérieur du CSE qu'on doit présenter les activités transverses lors de la présentation des projets en instance.

Monsieur HAUDRY CHARREAU répond que l'ensemble des réorganisations ne prévoient pas d'impact sur les fonctions transverses.

Le représentant de SUD indique que cela doit être indiqué dans le projet.

Monsieur HAUDRY CHARREAU en prend note.

Un représentant de SUD indique être allé rencontrer l'IDE de l'équipe mobile d'infectiologie et de prévention. Il est indiqué que le bilan de l'activité est non concluant. Elle lui a dit que le projet avait été lancé puis qu'elle était partie en congé maternité. A son retour, on l'a mis ailleurs et ça n'a jamais existé. Il pense que la prévention est importante.

Le Docteur IBRAHIM répond car c'est lié au projet médical du service. Elle précise que la maladie infectieuse était à 30 lits, ils sont passés à 20 lits sans rendre de personnel car ils ont monté des projets pour garder le personnel. L'équipe médicale ne s'est pas organisée pour maintenir cette activité. Ça n'a jamais été mise en place et elle pense que c'est dommage car c'était une vraie chance de développer quelque chose sur la prévention. Elle indique que le poste ne pouvait pas être maintenu alors qu'il n'y a pas de projet derrière.

Une représentante de SUD avoir un problème avec le vocabulaire utilisé sur l'emploi du mot accompagnement d'agent. Elle trouve que c'est facile de dire cela alors qu'on dit à un agent d'aller à tel endroit. Elle espère sincèrement que ça s'est passé autrement mais dans ce cas, l'IDE indique ne pas avoir eu le choix. Elle dit que d'un point de vue général, on laisse les gens prendre rendez-vous avec les cadres supérieurs et se débrouiller. Elle demande donc comment est fait l'accompagnement.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique que lorsque l'agent est revenu de congé maternité elle attendait une place dans une crèche extérieure pour garder ses horaires de journée. Comme elle souhaitait reprendre une activité, elle a pu obtenir une place en crèche à l'hôpital mais il fallait qu'elle ait des horaires d'extrémités. Elle a donc fait le choix de retourner dans un service en 12h00 (unité hivernale). Elle n'a pas réussi à avoir de place en crèche extérieure donc ne pouvait pas avoir des horaires de journée donc pour des raisons personnelles, un poste a été trouvé dans un service de soins. Elle espérait qu'au bout d'un an et demi, elle pourrait récupérer son poste et c'est à ce moment qu'on lui a indiqué que ce ne serait pas possible vu que le poste serait supprimé.

Pour le reste des accompagnements, il indique attendre le soutien de la DRH car il va y avoir des situations individuelles à gérer.

Madame TRANSON indique que la DRH s'astreint chaque jour à recenser les postes vacants ce qui permet ensuite d'orienter vers les cadres supérieurs.

Monsieur ARRIL met au vote.

15 VOTANTS – 14 CONTRE – 1 ABSENTION

# Dermatologie

## SYNTHESE DE LA REVUE D'ORGANISATION

Le service d'hospitalisation en dermatologie compte 10 lits, et à ce jour un binôme IDE/AS est constitué pour prendre en charge ces patients.

L'évaluation des activités de consultation a montré une réduction du nombre de consultations de 41% depuis 2019, s'expliquant par diverses réorganisations médicales. La baisse principale est constatée en partie sur l'activité de consultation d'urgence de dermatologie. En réponse à ces évolutions, il a été décidé de restituer les temps dédiés à la consultation d'urgence.

Dans les projets d'amélioration de l'offre de soins de dermatologie, l'équipe médicale à travailler sur la prise en charge de la petite chirurgie de dermatologie en consultation, jusqu'à ce jour très peu développer.

## MAQUETTES AVANT ET APRES PROJETS

### Maquette avant la réorganisation

Consultation dermatologie	d'urgence	de	Du lundi au vendredi	ETP nécessaire
IDE			1	1
AS			0.5	0.5

Consultation dermatologie	générale	de	Du lundi au vendredi	ETP nécessaire
IDE			1	1.2

### Maquette après la réorganisation

Consultation dermatologie	d'urgence	de	Du lundi au vendredi	ETP nécessaire
IDE			0	/
AS			0	/

Consultation dermatologie	générale	de	Du lundi au vendredi	ETP nécessaire
IDE			1	1.2

## REORGANISATION DES TACHES

Le temps IDE alloué pour l'activité de consultation générale de dermatologie est à ce jour suffisant pour assurer l'exécution de toutes les missions attendues sur ce secteur, y compris celle de la consultation d'urgence et l'activité de petite chirurgie.

## ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

Pour la mise en œuvre de ces futures organisations, la mise en disponibilité d'un IDE en hospitalisation fin août 2025 va permettre l'ajustement sans avoir besoin d'accompagner de mobilité interne. Cependant, un accompagnement sera mis en

place pour l'agent qui occupe le poste d'AS à 0,5 ETP. Il sera réalisé en collaboration avec la direction des soins et la direction des ressources humaines.

Une représentante de la CGT demande si on a bien supprimé une AS en consultation (0,5 ETP). Elle indique que cette AS est en grande détresse, qu'elle aide beaucoup les médecins. Au bout de 35 ans de service, elle ne sait pas ce qu'elle va devenir.

Une représentante de SUD confirme qu'elle ne va pas bien. Elle indique qu'un médecin a dit qu'il y aurait un impact de perdre cette AS. Elle fait 0,5 ETP sur Handiconsult et elle a permis aussi de faire du rattrapage de codage. Selon le médecin, il n'y aura pas de gain. Quand elle parle d'accompagnement, pour cette agente qui a 19 ans de service, qu'on la trouve en pleurs parce qu'il n'y a aucune perspective pour elle.

Madame TRANSON indique qu'on cherche activement pour cette agente.

Une représentante de SUD attaque la direction sur la gestion de cette situation et reproche qu'on laisse l'agent sans informations sur sa situation et son devenir au sein de l'établissement. Elle précise qu'heureusement qu'elle a de bons médecins autour d'elle pour la soutenir.

Monsieur HAUDRY CHARREAU répond que cette agente a été reçue par sa cadre et lui-même. Il lui a été dit qu'elle resterait sur Handiconsult. Il laissera la Docteur IBRAHIM revenir sur le contexte médical et ce qui a conduit à la décision de restituer ces postes. Il précise qu'au regard des compétences de l'agent et de ses restrictions médicales, un travail est engagé pour lui trouver un poste. Quelques propositions lui ont déjà faites. Il pense que c'est important qu'elle digère l'information et qu'elle puisse étudier les propositions qui lui sont faites car elle a développé la compétence de l'hypnose et doit rester auprès des patients. Il pense que des postes peuvent lui correspondre mais il faut qu'elle accepte de quitter la dermatologie. C'est une situation individuelle complexe mais il a le souci de lui proposer des postes qui lui correspondent.

Le Docteur IBRAHIM rajoute que des décisions sont prises en fonction des projets médicaux. Les urgences dermatologiques ont fermé et malgré le recrutement de nouveaux médecins, ils ne veulent pas reprendre cette activité. On ne peut pas laisser du temps IDE et AS sur les consultations alors que d'autres services n'en ont pas.

Un représentant de SUD indique que c'est toujours le personnel qui trinque.

Le docteur IBRAHIM répond que sur la dermatologie, il n'y a pas que le personnel paramédical qui est impacté puisqu'une réflexion est engagée sur des pistes côté médical. Elle indique que pour l'agent, il faut qu'elle puisse voir ses choix, qu'elle a besoin de temps pour digérer et qu'on doit lui offrir des opportunités qui lui permettront de finir sa carrière la tête haute. C'est une vraie priorité et c'est pour cela qu'on ne va pas trop vite.

Le Docteur IBRAHIM que cette aide-soignante réalisait presque des tâches de médecins et qu'elle n'était plus en sécurité sur son poste. Elle indique que les médecins sont inquiets car ils lui confiaient certaines missions qui ne relèvent pas de ces missions propres d'aide-soignante et qu'on ne confierait même pas à une IDE sous protocole de coopération. Elle doit faire un travail d'aide-soignante.

Monsieur ARRIL met au vote.

15 VOTANTS – 14 CONTRE – 1 ABSTENTION

Les représentants du personnel demandent une suspension de séance à 17h00.

i. Réorganisation du service de médecine interne

## Médecine interne

### SYNTHESE DE LA REVUE D'ORGANISATION

Le service de médecine interne dispose actuellement de 30 lits d'hospitalisation, auxquels s'ajoutent 3 lits supplémentaires. Il est structuré en deux activités : 20 lits sont réservés à la spécialité de médecine interne, tandis que 10 lits sont destinés aux urgences pour des patients ayant des profils de médecine polyvalente.

L'analyse de l'activité a révélé que cette unité prend en charge des patients nécessitant une attention technique significative, avec une moyenne d'âge de 55 ans. Elle fait partie des services d'aval prévalent du SAU et son activité de flux est majoritairement présente du lundi au vendredi.

Il est donc proposé d'adapter les maquettes organisationnelles aux attentes du projet PRE, en établissant un binôme IDE et AS pour 10 malades. Cependant, le maintien d'un IDE transverse est jugé nécessaire au regard de l'étude d'activité.

### MAQUETTES AVANT ET APRES PROJETS

#### Maquette avant la réorganisation

Médecine interne – service d'hospitalisation - équipe de jour	Du lundi au vendredi			Week-end et jours fériés			ETP
	M	C	S	M	C	S	
IDE	3	1	3	3	0	3	11.9
AS	3	1	3	3	1	3	12.4

#### Maquette après la réorganisation

Médecine interne – service d'hospitalisation - équipe de jour	Du lundi au vendredi			Week-end et jours fériés			ETP
	M	C	S	M	C	S	
IDE	3	1	3	3	0	3	11.9
AS	3	0	3	3	0	3	10.6

### REORGANISATION DES TACHES

Pour la future organisation, une revue de tâches est en cours avec l'équipe afin de reventiler les missions de la transverse AS vers les soignants du matin et du soir.

### ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

La mise en œuvre des nouvelles maquettes organisationnelles pour les aides-soignants se déroulera dans un contexte de départ d'un agent prévu fin avril, qui ne sera pas remplacé. Pour atteindre l'objectif ETP, deux autres options sont envisagées, sans impact sur les agents en poste :

- La première option concerne un départ potentiel d'une aide-soignante vers une promotion professionnelle pour suivre une formation d'Infirmier.

- La seconde option concerne la fin de mission d'une aide-soignante actuellement en pause de scolarité, qui reprendra ses études en juillet 2025.

Une représentante de SUD indique être impressionnée qu'on retire une coupure sur ce service. Sur des services lourds comme ceux-là, elle ne comprend pas qu'on enlève l'AS, cela va alourdir le travail.

Le Docteur IBRAHIM répond qu'on sera amené à reparler de la médecine interne prochainement. Car encore une fois c'est lié au projet médical. Elle précise qu'elle préférerait dire qu'on a fait un super plan de retour à l'activité, qu'on a fait de l'offre pour les patients, qu'on a créé des lits d'hospitalisation, qu'on a des bonnes DMS et que tu coup, on garde tout le personnel. C'est ça qu'elle veut faire, qu'elle se bat depuis un an pour ça. Le service de médecine interne c'est complétement l'inverse, on recrute des médecins, deux médecins vont partir en congé maternité et que la demande des médecins c'est de fermer des lits. Aujourd'hui on supprime la coupure AS car on ne récupère plus de patients des urgences. Le besoin AS paraît moins présent qu'il l'a été à une époque et l'IDE a été préservée car elles réalisent plus d'actes techniques.

Il y a un accompagnement important de l'équipe médicale en leur disant que si l'activité se transforme en hospitalisation de semaine, de ne plus faire de l'hospitalisation complète, de réduire la capacité pour faire de l'hyper spécialité, d'avoir des patients jeunes et de l'HDJ, ils risquent de perdre encore des effectifs paramédicaux.

Une représentante de SUD revient sur l'âge moyen et indique que la médecine interne gère les DREP et que ce sont des jeunes, ce qui fait chuter la moyenne d'âge des patients.

Le Docteur IBRAHIM indique que ça a été pris en compte.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique que la question a été largement débattue et que l'organisation ne pouvait être mise en place que sous couvert d'une réelle réorganisation médicale.

Un représentant de SUD revient sur l'accompagnement des professionnels. Il est indiqué dans le document « sans impact ».

Monsieur HAUDRY CHARREAU explique que cela veut dire qu'il n'y a pas de nécessité à imposer un départ non volontaire.

Un représentant de SUD demande ce qu'il se passerait si les médecins se décidaient à travailler. Est-ce qu'on demanderait qu'ils fassent leurs preuves pendant un an avant de remettre du personnel.

Madame LIAUDOIS indique qu'il y a un travail sur la synchronisation médicale et paramédicale et qu'à partir du moment où il y a des médecins en capacité de faire plus d'activité ou de rouvrir des lits, la direction des soins est contrainte d'amener les moyens.

Le représentant de SUD dit que c'est une garantie qu'il souhaite avoir.

Monsieur ARRIL indique qu'il n'attend que ça et qu'il aimerait présenter des projets de réorganisation avec des projets de développement de l'activité et les personnels associés. C'est ce qu'il souhaite impulser.

Une représentante de SUD demande ce qui va être fait en cas d'arrêt sur le service.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique que le service se réorganisera en fonction.

La représentante de SUD dit qu'il faut prévoir des procédures dégradées car il est arrivé dernièrement qu'il n'y ait que 2 AS pour 33 patients dans le service de médecine interne. Quand il n'y a pas de procédures dégradées le soignant devient maltraitant car il doit bâcler son travail.

Une représentante de SUD demande à quel moment on va commencer à taper sur la tête des médecins qui ne veulent pas travailler, qui ne veulent pas monter des projets.

Monsieur ARRIL concède qu'il est difficile d'imposer aux médecins de développer une activité si ça ne correspond pas à un projet. C'est pour cela qu'il est demandé de travailler des projets de développement d'activité et c'est sur cette base qu'on pourra construire une réorganisation qui ressemble plus à un plan de développement d'activité.

Le Docteur IBRAHIM reprend qu'on ne peut pas laisser dire que les médecins ne font rien mais qu'il y a une vraie réorganisation du travail de médecin aujourd'hui. La génération actuelle de praticiens veut faire de l'ambulatoire, de la consultation et gérer les patients dans les lits ça devient compliqué. On doit gérer les difficultés sociales, les familles et c'est tout ça qui fait fuir les médecins hospitaliers aujourd'hui. Les médecins font différemment.

Une représentante de SUD rappelle qu'il doit aussi y avoir des efforts de fait sur la direction et quel travail elle fournit. Il ne faut pas parler que des médecins et des paramédicaux. Elle dit que rajouter des directeurs ne fait pas baisser la dette. Elle revient sur le fait qu'on refuse toujours de lui donner la masse salariale des directeurs.

Un représentant de SUD indique que les cadres sont en souffrance, qu'il manque des cadres dans les services de soins. Il dit qu'il y a trop de cadres dans les services ouvriers et administratifs.

Monsieur ARRIL met au vote.

13 VOTANTS – 13 CONTRE

# Médecine Aiguë Gériatrique

## SYNTHESE DE LA REVUE D'ORGANISATION

Le service de la Médecine Aiguë Gériatrique (MAG) compte 30 lits d'hospitalisation et 1 lit supplémentaire.

La réflexion de la revue d'organisation pour le service de la MAG a été conduite sur l'intention de mettre en place des maquettes organisationnelles associant un binôme IDE / AS pour 10 malades. Cependant, une attention particulière a été accordée aux structures accueillant un public gériatrique, où la charge de travail repose majoritairement sur les soins fournis par les AS. L'organisation prévoyant un IDE pour 10 malades n'est pas modifiée. Pour les AS il a été décidé de maintenir l'effectif d'une AS pour 8 patients le matin, du lundi au dimanche.

Une vigilance accrue a été menée sur les équipes de nuit qui se composent d'un seul IDE pour 30 patients, assisté de 3 AS. Cette configuration a montré ses limites, notamment en cas de tension du Service d'Accueil des Urgences (SAU), car cela nécessite l'ajout d'une deuxième IDE pour augmenter la capacité de prise en charge. De plus, des dérives de pratique ont été observées, telles que des glissements de tâches par les AS. Pour remédier à ces problèmes, il a été décidé de mettre en conformité l'organisation de nuit en instaurant deux binômes IDE/AS par nuit.

Enfin, le service envisage l'ouverture de 10 lits supplémentaires en début d'année 2026, destinés à des patients en provenance de la ville, ce qui représente une opportunité attendue pour le territoire. Les moyens nécessaires pour cette augmentation seront évalués afin de maintenir la qualité et la sécurité attendue dans les soins.

## MAQUETTES AVANT ET APRES PROJETS

### Maquette avant la réorganisation

MAG – service d'hospitalisation - équipe de jour	Du lundi au vendredi			Week-end et jours fériés			ETP
	M	C	S	M	C	S	
IDE	3	0	3	3	0	3	10.6
AS	4	1	3	4	1	3	14.2

MAG – service d'hospitalisation - équipe de nuit	Du lundi au vendredi	Week-end et jours fériés	ETP
IDE	1	1	2.5
AS	3	3	7.5

### Maquette après la réorganisation

MAG – service d'hospitalisation - équipe de jour	Du lundi au vendredi			Week-end et jours fériés			ETP
	M	C	S	M	C	S	
IDE	3	0	3	3	0	3	10.6
AS	4	0	3	4	0	3	12.4

MAG – service d'hospitalisation - équipe de nuit	Du lundi au vendredi	Week-end et jours fériés	ETP
IDE	2	2	5
AS	2	2	5

### REORGANISATION DES TACHES

Pour la revue des réorganisations des tâches, une reprise des fiches de tâches a été faite en collaboration avec les équipes de la MAG.

⇒ Voir Fiches de taches AS du matin, AS du soir, AS de nuit et IDE de nuit en ANNEXE

### ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS

L'accompagnement des professionnels au sein des équipes d'Aides-Soignants de jour est en cours, avec l'accompagnement d'une AS qui a un projet de mobilité. Actuellement, un agent est en arrêt long et un autre va être en congé maternité prochainement, mais nous prévoyons de compenser seulement une de ces absences en attendant la mise en place du projet d'ouverture de 10 lits supplémentaires.

Pour les équipes de nuit, la revue des organisations permettra de prioriser l'ouverture des postes d'IDE de nuit pour les agents déjà en poste dans l'établissement. Pour les AS, un agent partira à la retraite à la fin de l'été 2025, et nous prévoyons d'accompagner un agent vers une mobilité afin d'atteindre l'objectif d'ETP attendu pour les futures organisations.

Une représentante de la CGT dit que les agents mettent un avant une baisse de la qualité de prise en charge au niveau des soins. Elles vont devoir faire des choix. Il y a un projet d'ouverture de lits en janvier 2026. L'AS en coupure est très importante à MAG.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique qu'ils se sont appuyés sur le projet d'ouverture de lits pour dire qu'il y aura une revue des organisations au regard de cette ouverture pour garantir une AS pour 8 malades. C'est le minimum. Il y a un agent hors soins qui contribue activement à la prise en charge des malades car il permet de gérer les entrées la semaine. Il coordonne la gestion des sorties donc on va s'appuyer sur la présence de cet agent pour que cette transition impacte le moins possible la qualité des soins.

Un représentant de SUD indique que dans la fiche de tâches il est indiqué une plage horaire de 2 heures pour les soins d'hygiène et de confort. Pour 8 patients, cela représente 15 minutes par patient avec les tâches de bionettoyage à faire.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique qu'elles commencent plus tôt. Il y aura des ajustements faits sur cette fiche de tâches.

Un représentant de SUD indique qu'il faudrait plutôt calculer le nombre de soignants en partant du temps de chaque tâche et du nombre de patients à prendre en charge par chacun.

Une représentante de SUD indique que le service prenait en charge des patients des urgences dès 10h00 le matin. Les AS disent qu'elles ne feront plus d'entrée à 10h00.

Monsieur HAUDRY CHARREAU rappelle que les entrées sont assurées par l'agent en horaire de journée.

Une représentante de SUD indique que l'équipe a dit que c'était la coupure qui le faisait.

Monsieur HAUDRY CHARREAU indique que le poste de la coupure était important mais que dans le service actuellement il y a un agent très investi et qui devrait permettre de faire la transition avant la réouverture des lits.

Une représentante de SUD indique que l'équipe craint une augmentation de la durée des séjours car ils ne pourront plus faire bouger les patients.

Le Docteur IBRAHIM indique qu'elle en est convaincue. Elle rappelle qu'elle est venue défendre le projet du MPPU et a obtenu un poste supplémentaire de coupure. Aujourd'hui la DMS ne fait que s'allonger malgré cela. Il y a un gros volet de l'organisation médicale sur la DMS.

Une représentante de SUD indique que l'équipe est inquiète sur les cadences.

Une représentante de la CFDT dit qu'elle est contente de voir revenir 2 IDE la nuit car même avec des AS compétentes il était très compliqué de prendre en charge des patients qui vont mal en même temps.

Une représentante de SUD dit que les compétences AS sont en baisses car l'hôpital ne permet plus de former correctement.

Une représentante de SUD revient sur les fiches de tâches et indique que les temps de pause ne sont pas bons. Il est encore indiqué une collaboration avec la coupure alors qu'il n'y en a plus. Elle s'interroge quand on lit que la charge de travail repose majoritairement sur les AS mais que l'on supprime les AS.

Un représentant de SUD indique que les représentants ne peuvent pas voter pour sur ces services. C'est l'un des pôles les plus lourds et ça représente 9 ETP.

Monsieur ARRIL met au vote.

13 VOTANTS – 13 CONTRE

Les représentants du personnel indiquent qu'ils n'ont pas eu le temps d'étudier plus de projet et indiquent que les autres projets seront donc présentés lors de la prochaine instance.

Monsieur ARRIL précise que l'ordre du jour n'est pas épuisé et que c'est la responsabilité des représentants du personnel de ne pas poursuivre la séance.

Une représentante de SUD répond que l'ordre du jour était trop lourd pour tout faire en une seule séance et que c'est pour cette raison qu'une nouvelle séance est prévue le 21 mai 2025.

Monsieur ARRIL indique que le trio de pôle est présent et qu'ils auraient pu finir leur présentation.

Une représentante de SUD indique qu'il suffit que tous les représentants du personnel votent contre les sujets pour qu'ils soient représentés la prochaine fois.

Un représentant de SUD propose de voter directement.

Une représentante de SUD dit qu'elle n'est pas d'accord car la prochaine fois, les sujets pourront être passés sans vote.

Un représentant de SUD dit que les sujets seront reportés à la prochaine séance.

La représentante de SUD dit qu'ils ne pouvaient pas préparer plus de dossiers, ils n'ont pas eu suffisamment de temps. Qu'ils ne font pas comme la direction, de bâcler les sujets.

Monsieur DI MASCIO précise que l'ordre du jour était pour cette séance.

Un représentant de SUD indique que la demande des organisations syndicales était que l'ordre du jour soit étalé sur deux séances.

Monsieur DI MASCIO précise que si le président décide de lever la séance alors que l'ordre du jour n'a pas été épuisé, on reconvoquera une séance et il a prévenu les organisations syndicales de manière informelle. Il dit qu'on propose ce soir d'aller jusqu'à la fin de la présentation du pôle MIIL et qu'il y a d'autres sujets à l'ordre du jour ensuite.

Le représentant de SUD indique que la demande des organisations syndicales était une deuxième séance pour cet ordre du jour. C'est le sens du mail qu'ils ont envoyés.

Les organisations syndicales quittent la séance.

**Monsieur ARRIL lève la séance à 17h35.**

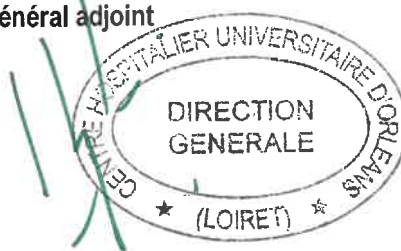
**PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DU COMITE SOCIAL D'ETABLISSEMENT**

**DU MARDI 6 MAI 2025**

Ont signé le présent procès-verbal,

**Le président du Comité Social d'Etablissement,**

**Monsieur ARRII, Directeur général adjoint**



**La secrétaire du comité social d'établissement,**

**Madame BOUZOUINA, auxiliaire de puériculture**

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal tail.