



Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail

PROCES VERBAL

Séance ordinaire du 30 septembre 2025

5^{ème} séance de l'année



ORDRE DU JOUR

La F3SCT ordinaire s'est réunie le 30 septembre 2025 à 8h30 pour traiter des points suivants :

AVIS

1. Approbation des procès-verbaux des séances de la F3SCT du 11 juin 2025 et du 02 juillet 2025
2. Validation de l'expérimentation de la semaine de 4,5 jours au centre de documentation

INFORMATION

3. Point d'informations – Cellule de médiation
4. Conduite à tenir en cas d'agression au CPOS – Point reporté
5. Bilan FEI violences 2024
6. Certification HAS : présentation au 6^{ème} cycle
7. Projet recueil dématérialisé du consentement du patient
8. Politique de la qualité et de la sécurité des soins du GHT 45
9. Point d'actualité parcours patients : Projet mise en place d'une cellule territoriale des lits
10. Analyse et traitement des DGI

QUESTIONS DES ORGANISATION SYNDICALES

11. Demande d'un point de situation sur PRESTA DOM, NEO SANTE, IDE HAD au SAU

QUESTIONS DE LA DIRECTION

12. Quels critères les membres de la F3SCT souhaitent retenir pour définir les cas où la Direction doit les informer des situations de violence et/ou d'agressions à l'encontre des agents ?

L'enregistrement audio de cette instance est disponible à la direction des ressources humaines.

PRESENTS :

Président : Monsieur Thierry ARRIL, Directeur Général par intérim

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL MEDICAL (avec voix délibérative) :

Docteur BONNET

Docteur SKARZYNSKI

REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL NON MEDICAL (avec voix délibérative) :

SYNDICAT CFDT

Madame CHANCEL Céline, titulaire CFDT

Monsieur DELA Christophe, titulaire CFDT

Madame BOURACHOT Patricia, titulaire CFDT

Monsieur LARUE Erick, titulaire CFDT

Madame LECOMTE Laetitia, titulaire CFDT

Monsieur DURIN François, suppléant CFDT

Madame DUKUZEMUNGU Speciose, suppléante CFDT

SYNDICAT CGT

Madame LEMASSON Dorine, titulaire CGT

SYNDICAT SUD

Madame LEFRANCOIS Marie, titulaire SUD

Madame BOUZOUINA Charlotte, titulaire SUD

Monsieur CHANSARD Adrien, titulaire SUD

Madame PIQUEPAILLE Gaëlle, titulaire SUD

Madame LAMBERT Johanna, titulaire SUD

Madame VOILLOT Alexia, suppléante SUD

Madame CHARLES Aurore, suppléante SUD

REPRÉSENTANT DU PERSONNEL NON MEDICAL (sans voix délibérative) :

Madame BELLIL-MATELA Yamina, suppléante CFDT

Madame SOPAJ Gentiana, suppléante SUD

Assistent à la séance :

Monsieur DI MASCIO, Directeur des Ressources Humaines

Madame TRANSON, Directrice des Ressources Humaines adjointe

Madame LIAUDOIS, Coordinatrice générale des Soins

Monsieur HAUDRY, Responsable des Ressources Humaines

Madame BOUDINET, Ergonome

Docteur GUELA, médecin du travail – arrivée à 09h45

Monsieur ARRIL ouvre la séance à 08h30.

AVIS

1. Approbation des procès-verbaux des séances de la F3SCT du 11 juin 2025 et du 02 juillet 2025

Une représentante de la CGT signale juste une erreur sur le PV du 11 juin. À la 6^{ème} ligne de la page 21, il y a écrit « un gros problème-soucis ».

Pas d'autres remarques des organisations syndicales.

Monsieur ARRIL met au vote.

16 VOTANTS – 16 POUR

2. Validation de l'expérimentation de la semaine de 4,5 jours au centre de documentation

Madame BRUGNEAUX dit qu'elle travaille au centre de documentation et qu'ils ont pu expérimenter la semaine de 4 jours puis de 4 jours et demi. Elle dit que pendant 6 mois ils ont expérimenté la semaine de 4 jours, qu'avant cette expérimentation ils étaient en horaires 09h – 17h et ils avaient remarqué que les internes arrivent pour travailler au centre de documentation le soir après 17h, donc l'équipe partait dans les heures où ils arrivaient. Ils se sont dit que cette expérimentation sur la semaine de 4 jours leur permettrait de modifier leurs horaires, donc ils ont testé 08h30 – 18h30. Elle dit que pour l'expérimentation du matin, ils n'y ont pas vu grand intérêt car en ouvrant à 09h30 ils ne ciblaient pas forcément un public qui a besoin d'eux étant donné qu'ils ont leurs badges pour rentrer dans la salle et travailler sans qu'ils soient présents. Elle dit qu'en revanche le soir c'était plutôt utile car ils ont leur salle avec tous leurs ouvrages médicaux qu'ils sont obligés de fermer à clés pour éviter les vols, donc le soir cela permettait aux internes de pouvoir emprunter plus longtemps, d'avoir l'équipe à disposition quand ils avaient besoin d'aide et puis ça leur permet de pouvoir organiser des formations pour les internes le soir assez facilement. Elle dit qu'elles ont testé pendant 6 mois mais que ça ne leur convenait pas vraiment car elle n'avait que 3 jours de travail en commun avec sa collègue, elles se voyaient moins c'était beaucoup moins pratique et ça faisait une amplitude horaire qui était un peu longue. Elle dit qu'elle s'est rendue compte que sur la fin de journée elles avaient une perte d'efficacité au travail un peu importante, qu'à partir de 17h30 elles ne commencent pas des tâches trop importantes et trop grosses, et donc en fin de semaine il n'y a pas la même rentabilité sur les tâches effectuées à la semaine. Elle dit qu'en terme d'organisation personnelle ça ne leur convenait pas non plus donc elles ont demandé à tester la semaine de 4,5 jours. Elle dit que la semaine de 4,5 jours leur convient beaucoup plus et ça leur permet de finir à 18h00 au lieu de 18h30, donc elles ont quand même 1 heure de plus le soir pour accueillir les internes. Ça leur permet d'avoir du temps pour faire les formations même si elles sont plus ponctuelles donc ça ne la dérange pas de finir plus tard de manière irrégulière. Elle dit que 09h-18h elles ont trouvé que c'était un bon compromis, que cette organisation du service satisfait les internes qui viennent pour travailler le soir, et pour elles dans leur organisation personnelle et dans leur efficacité au travail puisque maintenant elles ont 5 jours de travail en commun et qu'elles ont plutôt une bonne répartition du temps de travail en faisant 09h-18h.

Une représentante de SUD remercie Madame BRUGNEAUX pour sa présentation, et dit avoir beaucoup apprécié qu'elle donne tous les détails même de leurs essais en changeant d'horaires. Elle trouve qu'elles s'adaptent bien. Elle dit qu'il n'y a pas de raison de voter contre un projet qui leur convient et que ça rentre dans l'ordre des choses.

Une représentante de la CGT confirme, et dit que si ça leur convient elle ne voit pas l'intérêt d'aller plus loin dans les débats sur ce sujet. Elle dit qu'ils sont pour aussi.

Une représentante de la CFDT dit que c'était agréable de lire leur document, que c'était bien de voir toutes les étapes de l'évolution de leur réflexion et l'impact que ça avait entre la vie perso et la vie pro parce que c'est souvent ce qui ressort mais on a moins les répercussions. Elle dit qu'il n'y a pas de soucis et qu'elle est ravie qu'elles aient trouvé un équilibre entre les 2.

Un représentant de SUD ajoute que les impacts sur la santé des agents est reconnu sur 10h00 alors il laisse imaginer sur 12h00.

Le Docteur BONNET dit que la différence entre les 10h, les 12h et les 8h, ce que tout le monde reconnaît, en tout cas du côté médical, c'est que le centre de documentation ils font le job, ils sont tout le temps là que ce soit par mail, par présence avec un vrai sens dans le travail. Il dit qu'il remercie encore une fois Madame BRUGNEAUX, qu'elle a une conscience complète de sa mission et que c'est une vraie mission. Il dit que c'est pour cela qu'il y a des adaptations qui peuvent être plus souples et qu'il y a de la flexibilité, car quelque part il y a le sens. Il dit que ce n'est peut-être pas que les 10h, c'est par rapport à tout ce qui est dit, ils ont tellement la conscience de leur mission qu'ils ont toujours tout adapté pour faire. Il dit qu'effectivement les 10h dans ce système là c'était peut-être trop à un moment, on l'a entendu elles ne se voyaient pas assez. Ce n'était pas un problème de fatigabilité au travail c'est aussi un problème de transmission.

Une représentante de SUD dit qu'elle le précise bien verbalement et que c'est écrit, elles ne prenaient pas la même charge de travail sur la fin de journée.

Le Docteur BONNET dit bien sûr, mais qu'il y a peut-être des endroits où ce n'est pas comme ça. Il dit qu'il est plutôt fan du centre de documentation donc il n'est pas très objectif il y a toujours eu cette sensation-là d'aller jusqu'au bout de la mission.

Une représentante de SUD dit qu'elle trouve qu'elles sont très impliquées et qu'elles ne le prouvent rien qu'avec leur présentation du projet. Elle dit que c'est là que l'on voit une réelle différence par rapport à certains projets qu'ils voient arriver ici et ils n'ont pas ça. Elle dit que jamais ils ne constatent qu'il y a tout un développement autour du projet, comparé à d'autres projets qui sont présentés il y a quand même un fossé. Elle dit que là ils se sont adaptés sur tout : travail, vie personnelle ; il y a tout qui rentre dedans. Elle dit qu'elle tire son chapeau là-dessus, elle trouve qu'elles ont pris tout en compte.

Monsieur ARRIL met au vote.

16 VOTANTS – 16 POUR

INFORMATION

3. Point d'informations – Cellule de médiation

Le Docteur BOUTRAIS présente EMOI 45 qui est un espace de médiation ouvert au GHT et inter-professionnel. Elle dit que pour faire la différence entre une conciliation et une médiation. Elle dit qu'une conciliation c'est essayer de trouver la solution qui va aider les 2 parties en conflit ; une médiation c'est les accompagner et ce sont les 2 parties qui vont trouver la solution. Donc il y a vraiment une différence au niveau de l'objectif même si l'idée c'est quand même d'apaiser les conflits. Elle dit que c'est un processus amiable de résolution des conflits qui s'inscrit dans un cadre règlementaire, qui prévoit que la saisine du médiateur régional ou interrégional est ouverte que lorsque le différent n'a pas pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de médiation ou de conciliation. Il y a eu une formation en février 2025, ils ont été une douzaine dont des cadres, des médecins, des sages-femmes, à être formés sur cette médiation. Elle dit que c'est un peu la suite d'une cellule de médiation qui existait auparavant à laquelle elle appartenait et dans laquelle ils n'étaient plus que 3. L'idée c'était de reformer tout le monde de la même façon pour pouvoir débriefier quand il y a des difficultés à gérer, des entretiens, des conclusions. Elle dit que l'idée, c'est que ceux qui font partie d'EMOI ils soient hospitaliers, qu'ils appartiennent au GHT, qu'ils soient volontaires, qu'ils soient formés. Ils ont travaillé sur une charte de fonctionnement envoyée à tout le monde. Elle dit qu'ils ont essayé d'ouvrir la formation sur le GHT mais il y a uniquement une directrice de Daumezon qui a pu participer à cette formation. Elle dit que les valeurs, c'est le point vraiment important, ils tiennent à souligner l'indépendance totale de cet espace de médiation. Il n'y a aucun retour sur ce qui s'est passé ou sur les conclusions au niveau de la Direction ou d'une hiérarchie quelconque. Ils sont neutres donc ils ne doivent pas influencer le débat, ils sont impartiaux et l'idée c'est que tout ce qui est dit et écrit reste confidentiel. Elle dit que la neutralité est assez facile à respecter parce que les médiateurs qui vont être proposés ne doivent pas connaître les gens qui sont en conflit ou les futurs médiés. Elle dit que pour saisir cet espace de médiation, ce sont directement les personnes concernées qui saisissent EMOI ou bien c'est par un responsable avec l'accord préalable des protagonistes et les protagonistes doivent envoyer un mail en souhaitant une médiation. Pour eux c'est impératif, ils ne peuvent pas faire une médiation entre des personnes qui n'ont pas vraiment envie d'avancer sur la problématique, ils n'ont pas de temps à faire perdre à tout le monde. Elle dit qu'actuellement il y a une médiation qui est en cours, c'est une médiation collective et ils ont reçu 10 demandes de médiation, et ils n'auraient pas lancé la médiation s'ils n'avaient pas eu les 10.

Elle dit qu'ils ont l'adresse mail mediation.emoi@chu-orleans.fr.

Elle dit que pour le fonctionnement, il y a un bureau dans lequel ils sont 4 et les membres actifs sont 8. Le bureau est élu pour une durée de 2 ans et il est composé d'un Président donc elle, de 2 vice-présidents Typhanie GREZE qui est cadre infirmier et Manon STEEGMANS qui est psychologue à la médecine du travail et de Claire CECCALDI qui est secrétaire. Elle dit qu'il n'y a que les 4 membres du bureau qui ont accès à cette boîte mail. La saisine est étudiée par le bureau qui statue de la recevabilité de cette demande de médiation. Elle dit que cette recevabilité est importante parce que s'il y a besoin d'un arbitrage qui soit judiciaire, par exemple si quelqu'un met la main aux fesses de quelqu'un d'autre ils ne vont pas faire une médiation là c'est la justice. De la même façon si quelqu'un arrive systématiquement en retard de 2 heures ce n'est pas une médiation, c'est soit un arbitrage disciplinaire soit un arbitrage administratif mais ils ne font pas des médiations pour tout. Cette saisine est donc étudiée par le bureau qui statue la recevabilité de cette demande de médiation et qui va présenter ensuite aux membres actifs, ça par contre ils n'ont pas le choix, cette demande de médiation pour qu'ils puissent choisir des médiateurs qui ne connaissent pas les parties en cause. Elle dit qu'idéalement ils essaient de proposer aux 2 parties une liste de 2 noms de médiateurs qui sont à choisir, s'ils n'arrivent pas à s'entendre sur le médiateur c'est le bureau qui décide qui fera la médiation. Elle fait un petit aparté, elle a présenté EMOI dans une instance dans le GHT où ils se posaient la question s'ils allaient ou non créer également un espace de médiation, elle dit qu'elle y a vu beaucoup d'intérêt à ce qu'il y ait une autre cellule de médiation qui se crée dans un autre hôpital parce que ça leur permettra d'être encore plus neutres. Et de la même façon par rapport à la neutralité, c'est intéressant que ceux qui vont partir en retraite puissent continuer à être dans la cellule de médiation parce qu'ils quittent un petit peu l'hôpital mais ils gardent ce regard bienveillant pour les médiations et sans conflit de personnes. Alors comment ça se passe exactement, elle dit que le médiateur va recevoir chacun des médiés d'abord individuellement une fois ou plusieurs fois ça dépend et dans un 2^{ème} temps le médiateur va recevoir les 2 médiés conjointement. Dans le cadre d'une médiation collective ils vont être 2 médiateurs. De la même façon ils peuvent recevoir les médiés à plusieurs reprises s'il y a besoin. À la fin de la médiation il y a une synthèse qui est élaborée et qui va être présentée au 2 médiés qui vont la lire et qui vont la signer s'ils sont d'accord. S'ils ont envie de changer quelques mots ils les changent. Mais l'idée c'est que cette synthèse soit approuvée par les 2 médiés, elle leur est remise après ils en font ce qu'ils en veulent. L'original de la synthèse est gardé par le médiateur dans ses affaires et personne n'y a accès. Sauf s'ils décident de passer au stade au-dessus du niveau de médiation et que le médiateur régional se saisit de la problématique. Une fois que la synthèse est faite, que la médiation est terminée, si les parties le souhaitent ils peuvent poursuivre sur un temps quand même assez limité l'accompagnement pour aider à appliquer ce qui a été décidé pendant la médiation. Donc ils peuvent continuer à suivre un peu les gens. Elle dit qu'à la toute fin, ils écrivent à la fin d'année un rapport d'activité qui est bien évidemment anonymisé il garantit donc le respect de la confidentialité, pour eux c'est hyper important et il sera présenté aux instances compétentes : combien de

médiations ont été faites, par quel médiateur, peut-être le temps passé c'est une proposition parce que c'est long une médiation à gérer, et bien évidemment ces médiations ont lieu sur le temps de travail que ce soit les médiateurs ou les personnes médiés.

Une représentante CGT dit que le projet leur avait déjà été un peu présenté et qu'il est plutôt bien. Que malheureusement il y aura des conflits de plus en plus importants entre professionnels, ils vont le voir après sur les FEI de violences. Elle demande s'il n'y a pas des possibilités de former des médiateurs dans les paramédicaux c'est-à-dire infirmières, aides-soignantes ou même dans les techniques. Elle pense que, même si les médiateurs ont la neutralité etc. les agents n'ont pas forcément la même façon de parler quand c'est une sage-femme, elle pose la question si c'est une possibilité que certains agents soient formés pour ça tout en gardant cette neutralité.

Le Docteur BOUTRAIS répond que c'est une bonne idée, plus ils ont de gens qualifiés et mieux c'est. Elle dit que ce n'est pas parce qu'il y a des médecins dans l'équipe que ce sont ces médecins-là qui vont faire des médiations entre 2 praticiens hospitaliers qui se crèpent le chignon. Elle dit qu'une fois qu'ils sont formés, ils sont formés pour faire des médiations quel que soit la profession. Elle dit que c'est long, que la formation elle est longue et qu'une médiation c'est long c'est facilement 10 à 15 heures de travail pour les médiateurs. Elle trouve que c'est une bonne idée mais elle se demande si c'est faisable.

La représentante de la CGT dit que c'est sa question mais déjà c'est une bonne idée.

Le Docteur BOUTRAIS répond que bien sûr c'est une bonne idée. Ce qu'ils s'étaient dit c'est qu'ils allaient reposer une formation dans 2 ans car c'est vraiment important et que c'est un outil obligatoire. Ce qui l'ennui, c'est qu'ils ne sont pas assez interpellés. Ils sont interpellés quand le conflit est enkysté et cela s'est compliqué. Elle dit qu'il n'y a pas très longtemps, un chef de service est venu la voir pour lui dire qu'il y avait un conflit dans le service, elle lui a dit pourquoi pas faire une médiation, et là il s'est positionné avec un mouvement de retrait en disant qu'ils n'allaient quand même pas aller jusqu'à la médiation. Moyennant quoi, l'un des 2 PH qui était en conflit a quitté l'établissement, c'est dommage parce qu'il faut se servir de cet outils là dès qu'on peut. Toute la pratique habituelle hiérarchique qui apaise le dixième des conflits faut la garder, l'idée ce n'est pas de les remplacer, mais il faut vraiment essayer de penser à cet espace de médiation dès qu'on sent qu'un conflit ne va pas passer. Elle dit qu'on s'en fiche de qui est en conflit, les médiateurs ont fait énormément de travail ensemble, ils sont tous bons. Que ce soit une infirmière, une sage-femme, on s'en fiche il faut s'y coller. Elle dit qu'on a besoin d'une médiation parce qu'il y a un trou dans la communication, parce qu'il y a eu des émotions qui nous ont débordées, parce qu'on n'a pas été entendu ou trop entendu, ce qu'il faut c'est faire sortir ça et après on essaye de discuter tranquillement, on appelle ça une purge émotionnelle, une fois que ça a été évacué on a moyen de relancer le discours, on ne demande pas de s'aimer on demande juste d'être professionnel.

Une représentante de SUD dit que depuis qu'elle les avait rencontrés elle avait adhéré au projet, que c'est très intéressant à l'heure actuelle. Sauf que ce qu'elle disait, c'est que son doute porte plutôt sur le fait que ce sont les cadres sup qu'il faut motiver pour qu'ils saisissent la cellule plus tôt. À l'heure actuelle ce n'est pas dans les mœurs d'utiliser la médiation surtout qu'elle pense que les cadres ont cette vision où c'est à eux de régler le problème mais elle trouve que ça leur permettrait de ne pas finir par prendre parti à un moment donné selon des conditions. Elle trouve que ça leur permettrait de ne pas devoir franchir le pas de prendre une décision parce qu'elles se basent aussi sur des choses de service, tout va rentrer en ligne de compte, tandis que la médiation c'est à part, ça permet de pouvoir gérer les agents avec moins d'a priori dans la tête.

Le Docteur BOUTRAIS répond que c'est pour ça que la saisine doit être faite par les personnes concernées, faut qu'elles arrivent à suffisamment s'entendre pour demander la médiation quand elles pensent que la hiérarchie est au bout de ses ressources. Elle dit que son boulot à elle c'est de réussir à toucher tout le monde : l'ambulancier, la secrétaire, la sage-femme qui est pommée dans son coin parce qu'ils n'osent pas, parce qu'ils ne connaissent pas. L'idée c'est de présenter cet EMOI dans les bureaux de pôles mais aussi de faire des petites affichettes et d'envoyer sur everyone pour que chacun sache qu'il y a moyen de saisir EMOI.

La représentante de SUD dit que le problème c'est que les gens vont attendre, c'est comme les représentants du personnel c'est vraiment quand ça explose. C'est pour ça qu'elle vise plus l'encadrement, c'est parce que c'est eux qui vont repérer leurs agents, quand un conflit va se présenter ils vont plus le voir plus rapidement que l'agent lui-même qui va laisser trainer. Elle dit qu'elle a un gros doute là-dessus mais que c'est vrai qu'il faut l'utiliser. Elle dit qu'elle fait déjà de la pub, mais il faut que ça fonctionne et à temps, c'est là qu'elle émet un doute.

Un représentant de SUD dit qu'il trouve ça pas mal, ça permet aux cadres de ne pas prendre parti un collègue ou un autre et de ne pas se mettre son équipe à dos non plus. Il demande comment ça se passe s'il y a qu'une seule personne qui est demandeuse et que la 2^{ème} refuse.

Le Docteur BOUTRAIS répond qu'il n'y aura pas de médiation. Elle dit qu'éventuellement ils peuvent se déplacer, aller rencontrer cette personne, il y a la possibilité de passer un coup de fil. Mais si elle ne veut pas, la médiation d'emblée sera nulle.

Le représentant de SUD demande quelle est la valeur de la synthèse après la médiation, consultative ou après elle fait foi.

Le Docteur BOUTRAIS répond que la synthèse est signée par les 2 personnes qui quelque part s'engagent et après ils en font ce qu'ils en veulent. Si l'une des personnes veut montrer la synthèse à sa cadre, libre à elle, mais ça ne viendra pas d'eux. La synthèse est intéressante si le conflit n'est pas réglé et qu'on a besoin d'une médiation régionale.

Un représentant de la CFDT dit que dans l'esprit de la loi, c'était la transposition des médiateurs de la République, c'est de créer des espaces de discussions. On est obligés de s'adapter à une société qui est en mouvement ce qu'il n'y avait pas forcément avant. Il dit que sur le principe est-ce que c'est bien d'avoir une cellule de médiation, on est obligé de dire que maintenant oui. Avant ça se réglait autrement que par des médiations, maintenant on a mis un pallier c'est eux le pallier avec leur bureau et les médiateurs pour avoir un espace de discussion. Comme ça a été dit précédemment, dans la formation il y a aussi une approche psychologique et c'est bien parce qu'il y a aussi la santé au travail parce qu'il faut qu'il y ait un psychologue donc c'est bien au niveau de l'instance du bureau. Il dit que sur le bureau, c'est dommage qu'ils n'aient pas pu avoir un agent, même s'il y a une cadre de santé. Ils ont bien dit qu'il y a une indépendance, on sait ce qu'on dira si on leur pose la question, mais la question c'est que les personnes qui saisissent peuvent se dire qu'il n'y a pas les personnes qui les représentent au bureau. Ça peut être un frein de se dire que les personnes qui vont décider ne sont pas de notre corps. Il dit qu'après sur le principe si cette cellule permet un espace de discussion et à régler des conflits au contraire il faut s'en saisir et le plus tôt possible. Ils disent que c'est souvent sur des situations qui sont enkystées mais c'est comme pour eux c'est au dernier moment, on ne vient pas les saisir quand tout va bien donc là c'est la même chose, ils seront saisis quand on sera arrivé au bout du bout. La question c'est comment on fait pour rattraper du monde, quand c'est des docteurs parce qu'on les connaît les médecins des fois c'est un peu pugnace entre eux et ils arriveront à une situation où il n'y a plus une entente possible. Il pense que la cellule connaît bien le corps médical et fera le poids pour mettre un peu la pression notamment chez les docteurs pour éviter qu'on en arrive à des situations enkystées, des querelles de personnes, d'égo, qu'on peut avoir. Il dit que ça se fait aussi chez les agents. Ils peuvent effectivement intervenir sur les problèmes de services en sachant qu'à chaque fois il faut que tous les agents soient d'accord, ils ont quand même un prérequis pour dire qu'il faut toutes les personnes signent une charte et s'engagent à. Il y a un contrat à respecter. Il remercie la cellule pour tout ce qu'ils font.

Monsieur ARRIL remercie le Docteur BOUTRAIS.

Une représentante de SUD ajoute qu'elle trouve que maintenant on laisse pourrir les situations, il n'y a plus de relation, on laisse pourrir et après à un moment donné on dit soit la sanction soit. Elle dit que tout est fait pour laisser pourrir les situations et autant saisir là, parce que on peut commencer déjà par ça. Elle trouve qu'à l'heure actuelle ce que l'on voit dans l'hôpital c'est laisser pourrir les situations. On se dit qu'on ne se mêle pas, l'encadrement ça lui est égal de ne pas agir. Il y a des choses où ça devient de plus en plus grave, de plus en plus violent, elle dit que c'est quand même de la faute de la Direction, ils incitent à laisser pourrir.

Monsieur ARRIL dit qu'il rejoint ce qui vient d'être dit et qu'il ne voit pas l'intérêt de laisser pourrir une quelconque situation.

La représentante de SUD dit qu'eux ils n'ont pas l'habitude de dire qu'ils n'ont pas le temps ou quoique ce soit dans leur métier. Mais par contre ils l'entendent beaucoup venant de la Direction, de dire que là ça sera plus tard, des dates énormes. Elle dit que dans le soin ils ne sont pas comme ça, dans le soin c'est direct il faut que ce soit fait rapidement. Elle dit que la Direction a une vision beaucoup plus à long terme et elle pense que c'est ça qui fait pourrir. Elle précise que c'est sa vision. Elle dit que la Direction se donne des délais plus ou moins grands tandis qu'eux n'ont pas cette vision là et qu'ils laissent trainer. Même si la Direction dit qu'elle gère, elle gère sur un temps énorme. Elle dit qu'elle ne comprend pas quand on lui dit que ça met un mois, deux mois.

Monsieur DI MASCIO répond qu'il entend mais dit que quand il y a des procédures qui remontent au niveau de l'administration, ils doivent respecter non seulement la réglementation et toujours instruire à charge et à décharge. Il dit entendre la frustration des personnels quand c'est une situation difficile qui pour eux est très limpide et sur laquelle c'est facile de prendre des décisions, sauf qu'eux en termes de responsabilité ils doivent instruire dans les 2 sens et qu'ils respectent aussi les délais réglementaires et ça peut effectivement donner des délais qui sont allongés.

La représentante de SUD dit qu'il y a des placebos à mettre en place et qu'ils ne sont pas mis en place. Elle dit qu'il a juste une vision purement technique de dire que l'instruction va se faire comme ça. Elle dit qu'elle est d'accord avec lui, on lui demande de respecter les choses donc elle ne va pas aller à l'encontre de ce qu'il dit là sauf qu'il y a des placebos entre, il y a des choses qui peuvent être faites mais qui ne sont pas faites.

Un représentant de SUD dit qu'il y a aussi des encadrements qui ont de plus en plus peur des agents, qui n'osent pas régler les conflits. Il dit qu'il a déjà vu des agents se quereller et des cadres qui s'enferment dans le bureau. Ils ne s'interposent plus donc c'est une bonne chose, ça leur permettra de se décharger de ce côté-là aussi et d'apaiser les services.

4. Conduite à tenir en cas d'agression au CPOS – Point reporté

Madame LIAUDOIS dit qu'ils sont en train de le travailler pour produire une procédure.

La représentante de la CGT demande pourquoi il était marqué reporté.

Monsieur DI MASCIO répond que c'est parce qu'il y a un travail en cours.

La représentante de la CFDT dit que c'est juste ce qu'elle voulait savoir.

Une représentante de SUD demande pourquoi eux ils ne sont pas dans le travail.

Madame LIAUDOIS répond qu'ils viennent de commencer mais que bien sûr ils seront invités à le relire.

La représentante de SUD que c'est un travail qui aurait pu être commun.

Une représentante de SUD répond qu'on commence que maintenant mais les agressions c'était en mai.

Monsieur DI MASCIO répond que le travail a commencé il y a longtemps mais ils n'ont pas été destinataires de la 1^{ère} version de la procédure.

5. Bilan FEI violences 2024

Présentation par Madame BIANCO et le Docteur HERMELIN.

Madame BIANCO présente le bilan 2024 des FEI violences, elle précise que ce ne sont pas des statistiques, c'est simplement une extraction des déclarations faites par les professionnels concernant la thématique violences. Donc les ingénieures qualité, Madame TEIXEIRA et Madame RENONCET, font ce bilan annuellement. Elle dit qu'au total, sur cette thématique violence, nous avons 4970 FEI déclarés en 2024, ils ont remis la tendance 2023 avec les éléments de 2024 et ils ont repris par MCO, pôle Personnes âgées lors du dernier Copil Violences ils avaient présentés des éléments incomplets car ils n'avaient pas différencié les formes de violences sur le pôle PA. Donc ils ont enrichi d'un côté le volet pôle PA, le MCO et ensuite ils ont regroupé, sur la thématique conflits entre professionnels, sur l'ensemble de l'établissement. Elle dit qu'ils peuvent voir d'une manière générale une hausse du nombre de FEI sur cette thématique, elle précise que ces situations de violences ne sont pas exhaustives, si on reprend le bilan sécurité ou si on reprend le bilan du service de santé au travail, le bilan peut être un peu différent ou compléter ces éléments, elle ajoute que cette thématique est sous déclarée par les professionnels.

Madame BIANCO fait la présentation du BILAN violences 2024.



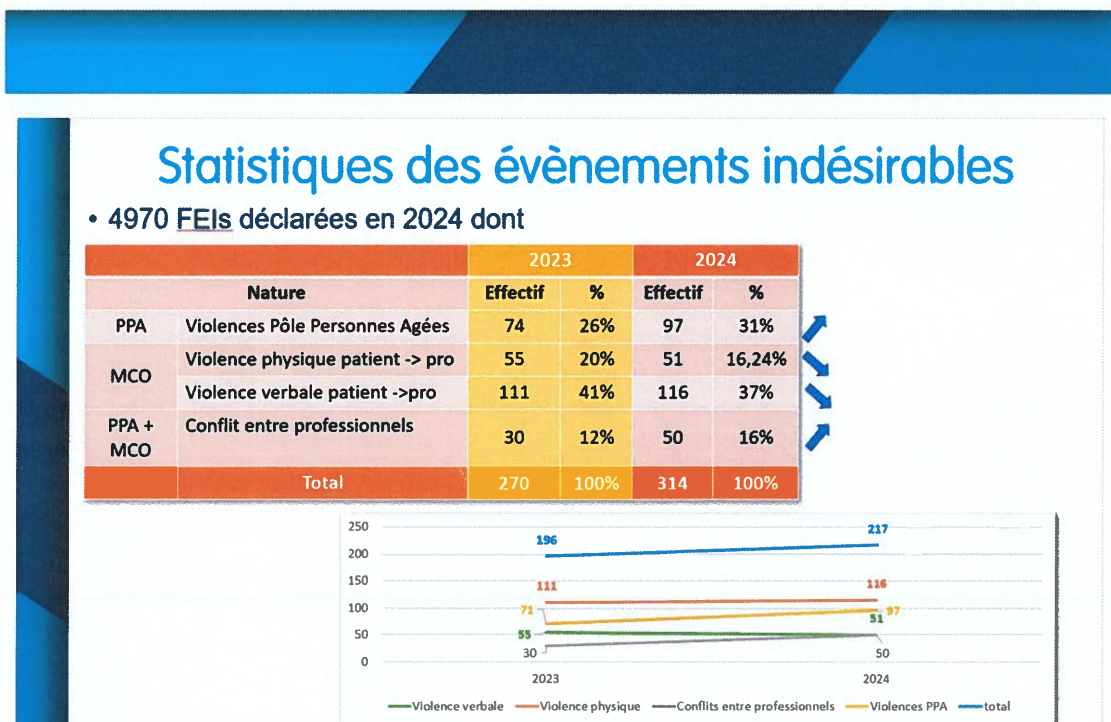
Bilan 2024 des FEIs « Violences »

COPIL Violences

Direction Parcours, Qualité et Usagers

Virginie TEIXEIRA

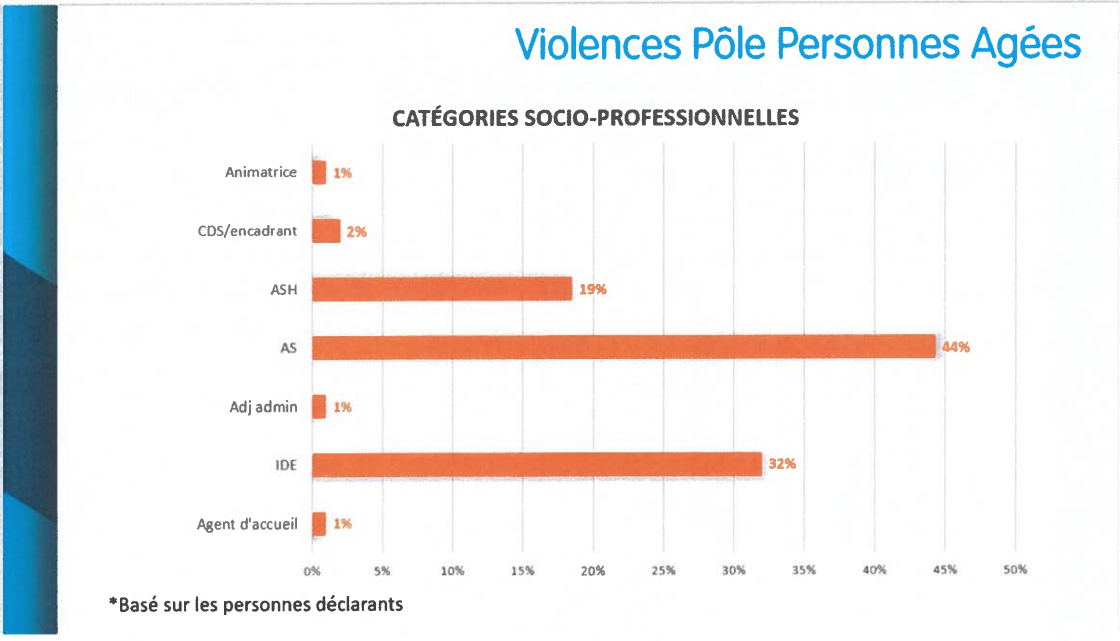
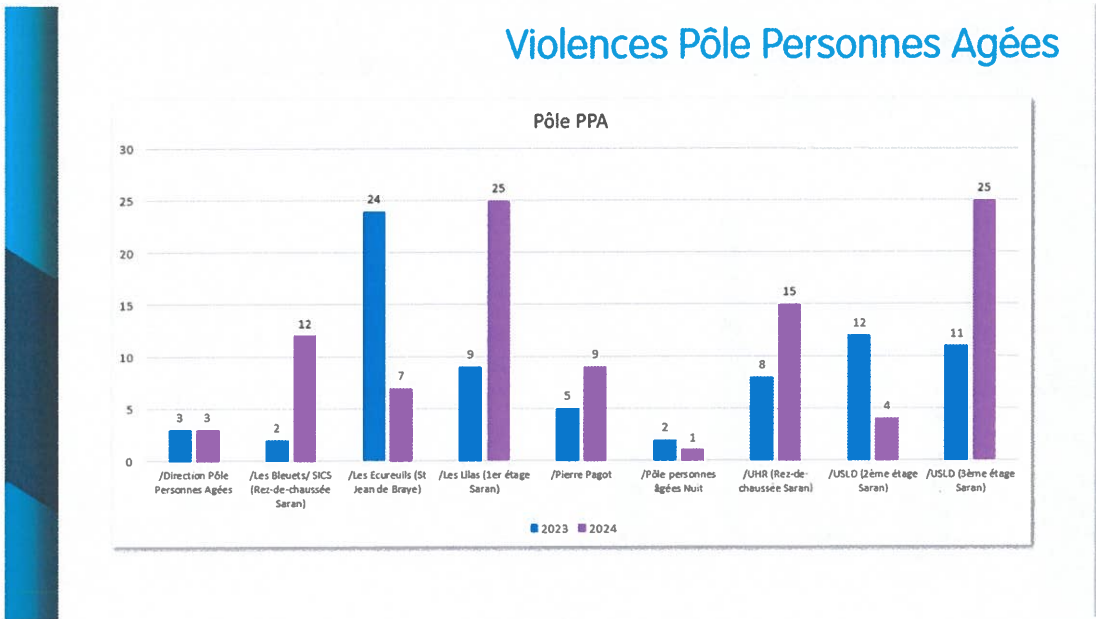
Manon RENONCET



Violences Pôle Personnes Agées

	2023		2024	
Violences physiques résidents -> professionnels	23	31,1%	38	26,2%
Coup de pied /genoux	2	4,3%	8	21%
« Agression » (tirer cheveux / gestes brusques...)	7	35%	13	34,26%
Gestes déplacés (tendances sexuelles)	2	8,7%	4	10,5%
Attrape le poignet	5	21,7%	3	7,9%
Griffures	1	4,3%	1	2,6%
Coup de poing / gifle	6	26%	9	23,7%
Violences verbales résidents -> professionnels	29	39,2%	78	53,8%
Insultes	16	55,2%	32	41%
Incivilités / irrespect	7	24,1%	35	44,8%
Menaces de mort	0	0	2	2,6%
Menaces de représailles	1	3,4%	2	2,6%
Racisme	5	17,2%	7	9%
Violences Famille <-> professionnels/résidents-> famille	2	2,7%	7+2	6,2%
Violences entre les résidents	17	22,9%	20	13,8%
Incivilité / irrespect	13	76,5%	7	35%
Gestes déplacés	4	23,5%	10	50%
Coups	0	0	3	15%
Total	74	100%	145*	100%

* Cet effectif total peut être différent du nombre de déclaration (diapo 2) car dans une FEI il peut y avoir différentes formes de violence

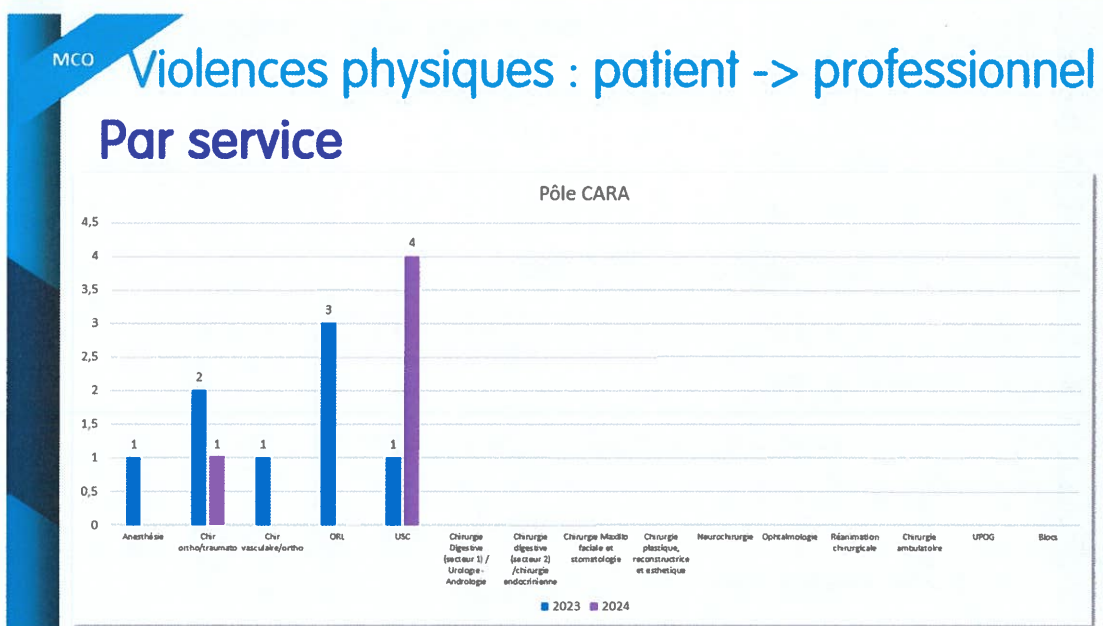
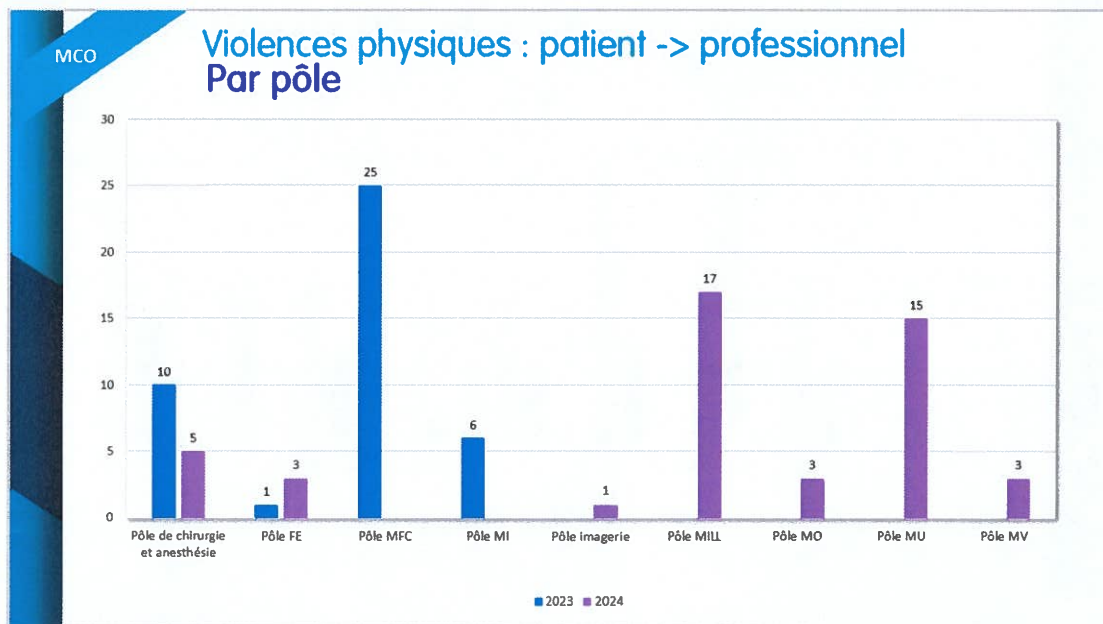


MCO

Violences physiques : patient -> professionnel

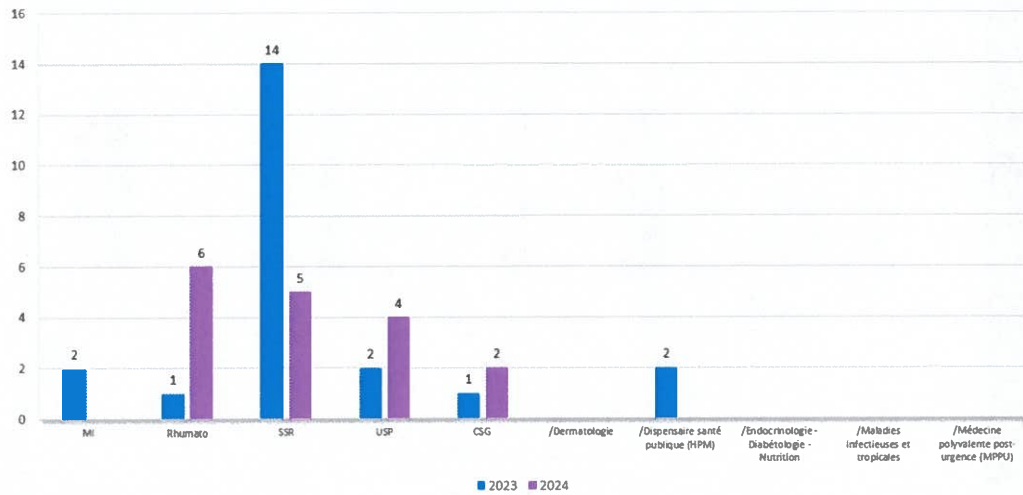
Nature	2023		2024	
	Effectif	%	Effectif	%
Coup de poing / Gifle	18	31%	8	12%
Coup de pied /genoux	7	12%	8	12%
Coup de tête			2	3%
Lancement objets			6	9%
« Agression » / Menace couteau	18	31%	18	27,5%
Crachat			5	8%
Morsure	3	5,2%	2	3%
Etranglement			2	3%
Tire les cheveux			1	1,5%
Gestes déplacés (tendances sexuelles)	2	3,5%	2	3%
Attrape le poignet	2	3,5%	8	12%
Griffures	1	1,7%	4	6%
Coup de coude	2	3,5%		
Gestes brusques	5	8,6%		
Total	58*	100%	66*	100%

*Cet effectif total peut être différent du nombre de déclaration (diapo 2) car dans une FEI il peut y avoir différentes formes de violence



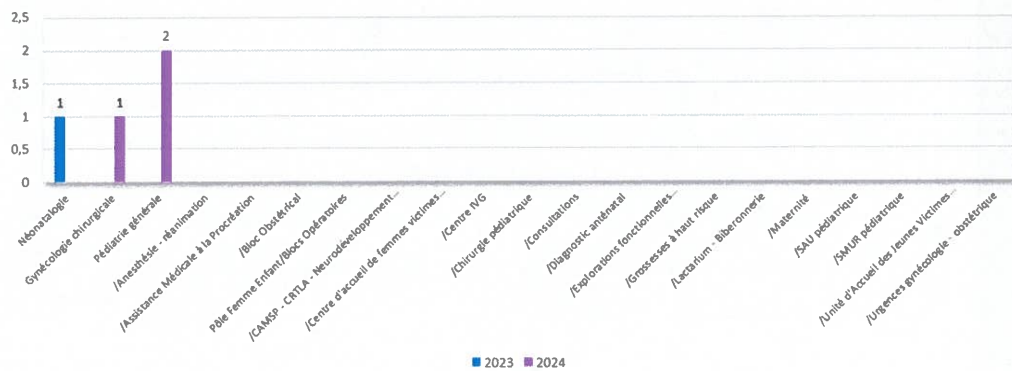
Violences physiques : patient -> professionnel Par service

Pôle MILL



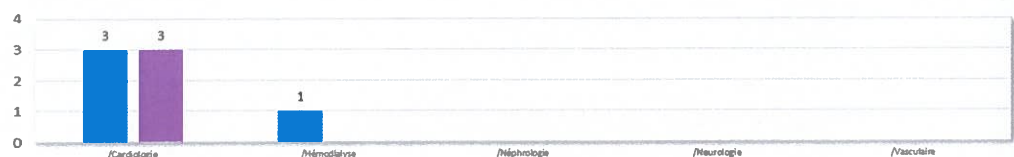
Violences physiques : patient -> professionnel Par service

Pôle FE

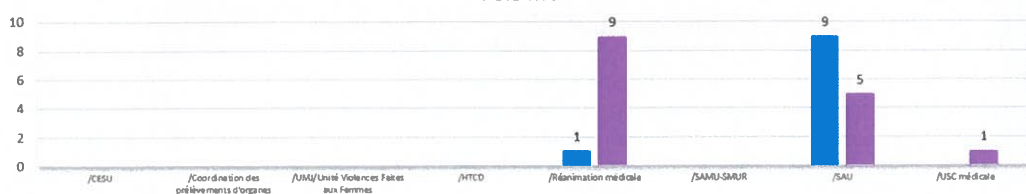


Violences physiques : patient -> professionnel Par service

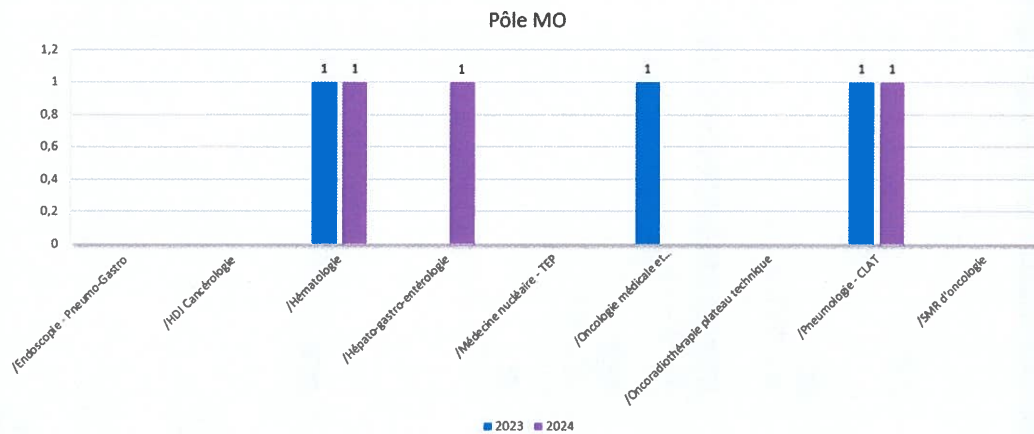
Pôle MV



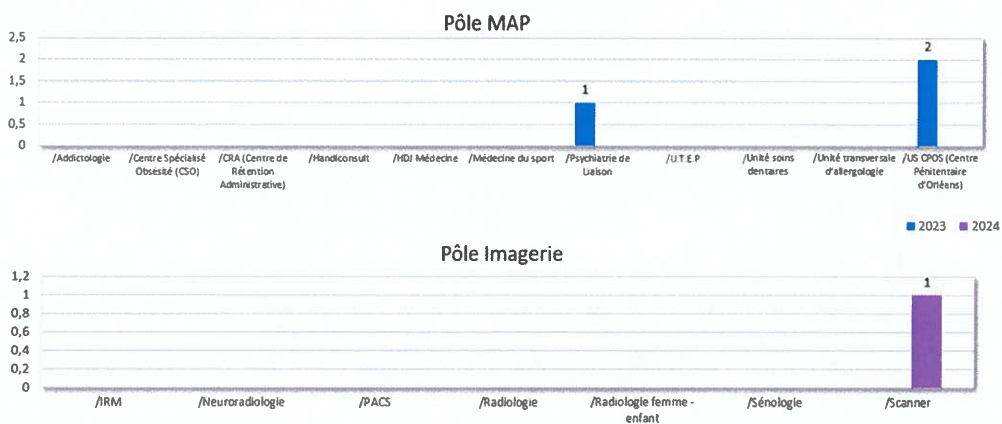
Pôle MU



Violences physiques : patient -> professionnel Par service

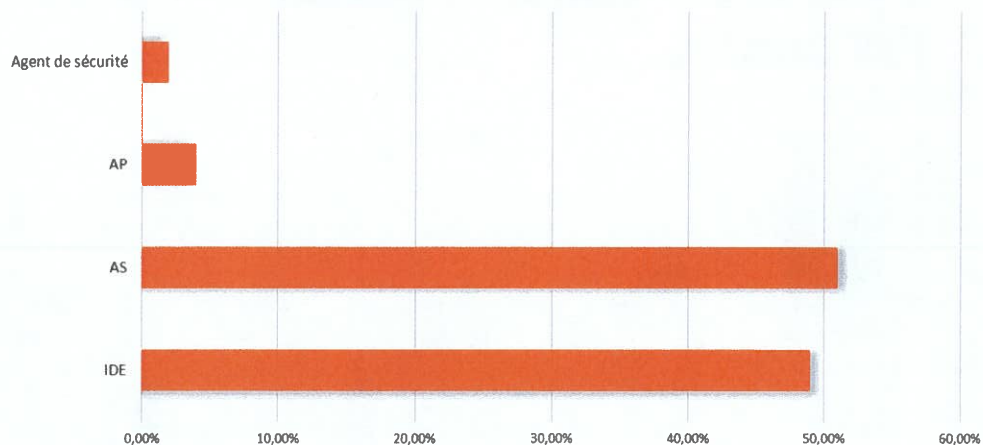


Violences physiques : patient -> professionnel Par service



Violences physiques : patient -> professionnel

CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES



*Basé sur les personnes déclarants

Violences verbales : patient -> professionnel

Nature	2023		2024		
	Effectif	%	Nombre	%	
Incivilités/irrespect	50	39,4%	83	51%	↗
Insultes	39	30,7%	29	18%	↘
Menaces de représailles	25	19,7%	33	20,5%	↗
Menaces de mort	7	5,5%	8	5%	↗
Racisme	7	3,9%	5	3%	↘
Harcèlement sexuel	1	0,8%	0	0%	↘
Filmer			4	2,5%	
Total	127*	100%	162*	100%	

*Cet effectif total peut être différent du nombre de déclaration (diapo 2) car dans une FEI il peut y avoir différentes formes de violence

Une représentante de SUD demande des précisions sur ce qui est sous-entendu par incivilités et irrespect parce qu'elle voit insultes en dessous donc elle veut savoir la différence (diapositive 15).

Madame BIANCO répond que c'est plus fort, c'est par exemple un patient qui passe à côté d'un professionnel qui est en train de nettoyer et il balance son papier ou jette sa poubelle au pied de l'agent pour qu'il ramasse.

Le Docteur HERMELIN dit au pôle PA « vous devez donner à manger à ma mère parce que vous êtes payés pour ça », ce genre de remarque. Ce n'est pas une insulte au sens injurieux. Insultes ce sont des mots vraiment vulgaires et des insultes qui sont profanées vis-à-vis des personnes.

Madame BIANCO dit que insultes c'est vraiment tous les noms qu'on peut imaginer.

Le docteur HERMELIN dit que ce qu'il y a de plus en plus, c'est des patients ou des familles qui enregistrent et filment à leur insu les professionnels. C'est quelque chose qui a eu lieu 1 ou 2 fois cette année, ils se sont aperçus que les professionnels étaient enregistrés à leur insu, des médecins aussi. Alors est-ce que c'est pour après dire « vous aviez dit que vous feriez ça et vous l'avez pas fait comme ça parce que là j'ai la preuve vous l'aviez dit ». Elle dit qu'il faudrait vraiment que l'établissement communique là-dessus pour dire que ça fait partie des choses qu'il faut déclarer parce qu'il y a eu 4 déclarations en 2024. Il ne faut vraiment pas hésiter à dire qu'il faut déclarer ce genre de situations qui sont inadmissibles.

Une représentante de la CFDT répond que le problème c'est qu'il faut le savoir.

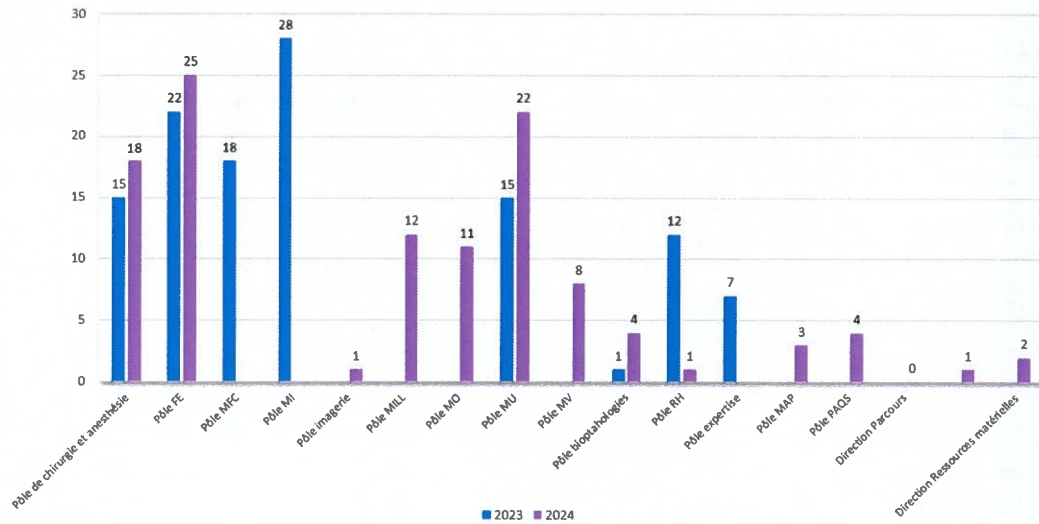
Le Docteur HERMELIN répond que oui on ne s'en rend pas toujours compte.

Madame BIANCO dit qu'elle parle à l'insu des agents, donc ils ne s'en aperçoivent pas.

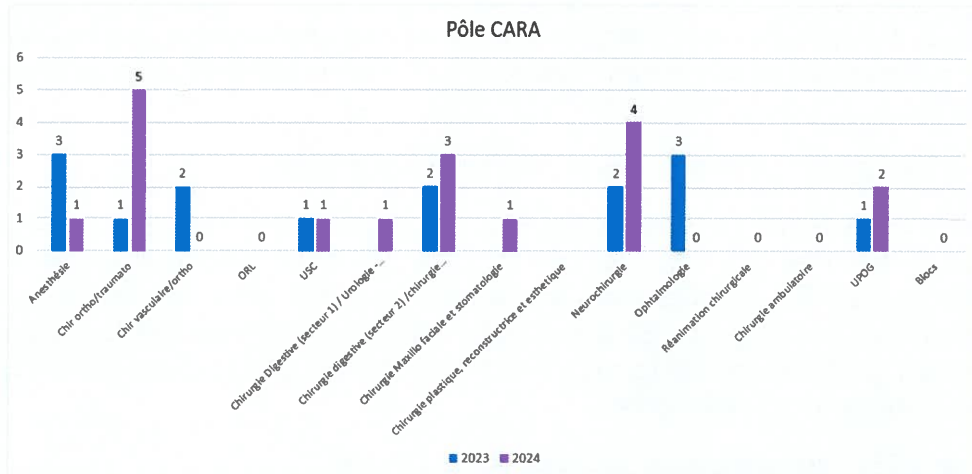
Le Docteur HERMELIN dit qu'ils ont eu le cas il n'y a pas très longtemps d'un médecin qui s'en est aperçu à la fin de la consultation parce que le patient avait le téléphone sur les genoux et il l'a déclaré comme ça mais il ne l'avait pas vu au début.

Madame BIANCO précise qu'entre 2023 et 2024 on passe de 127 déclarations à 162, ça ne veut pas dire qu'il y en a plus, mais tout au moins les professionnels déclarent. Ça c'est plutôt positif. De plus en plus insistent à ce que les professionnels déclarent de plus en plus.

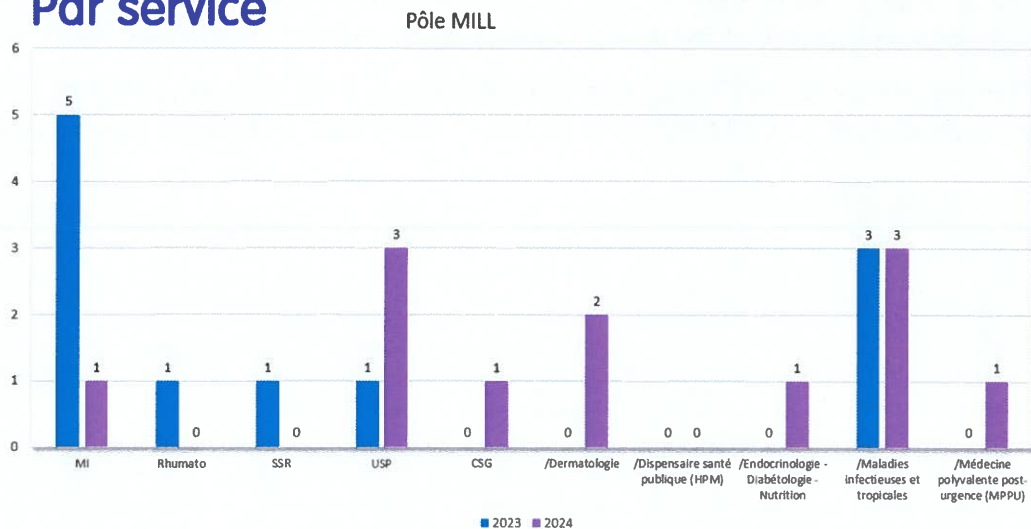
Violences verbales : patient -> professionnel Par pôle



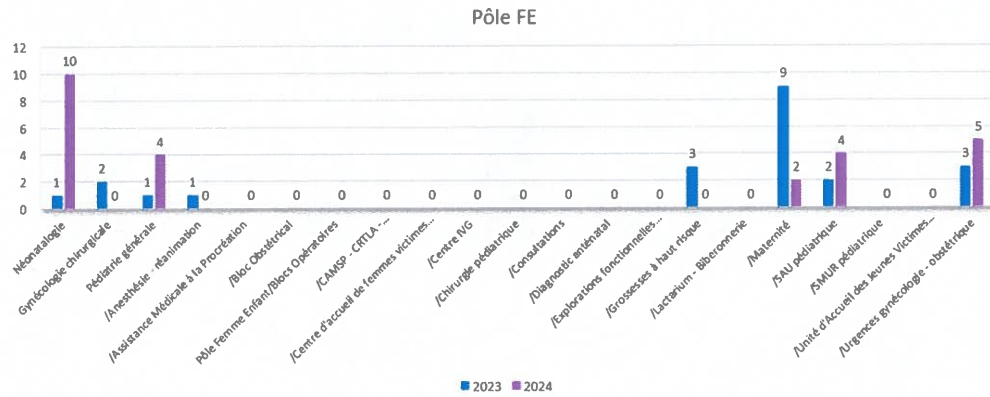
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



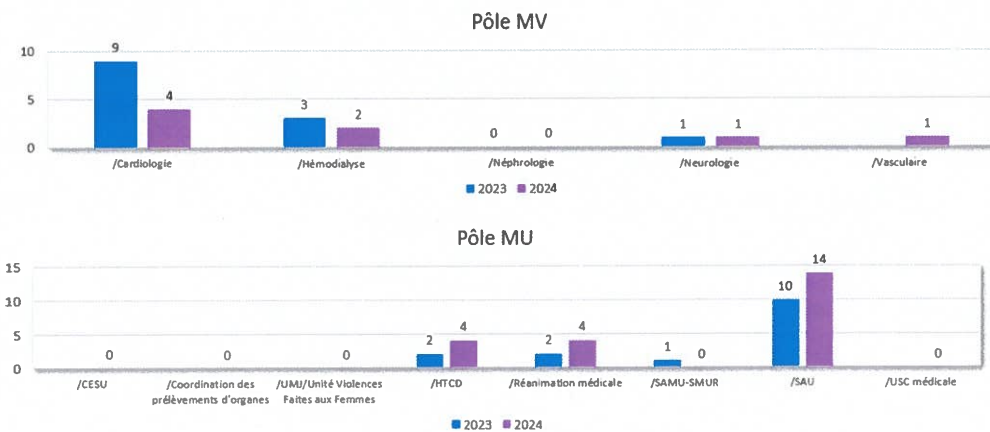
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



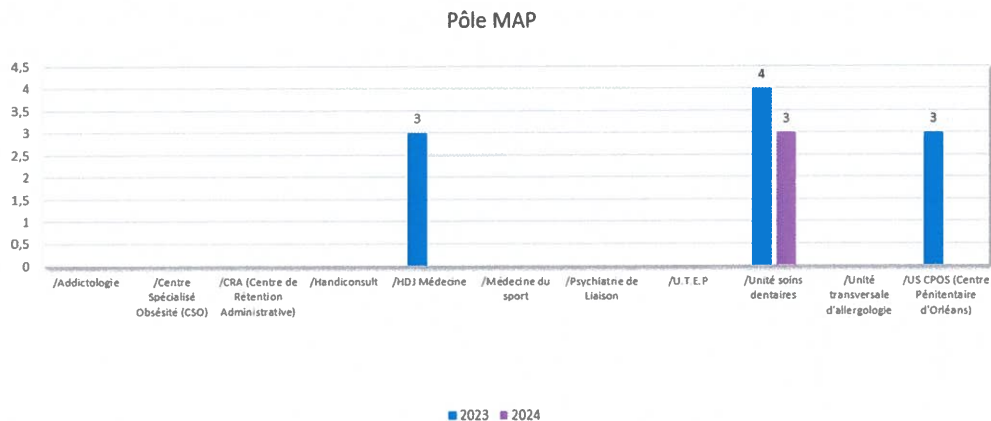
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



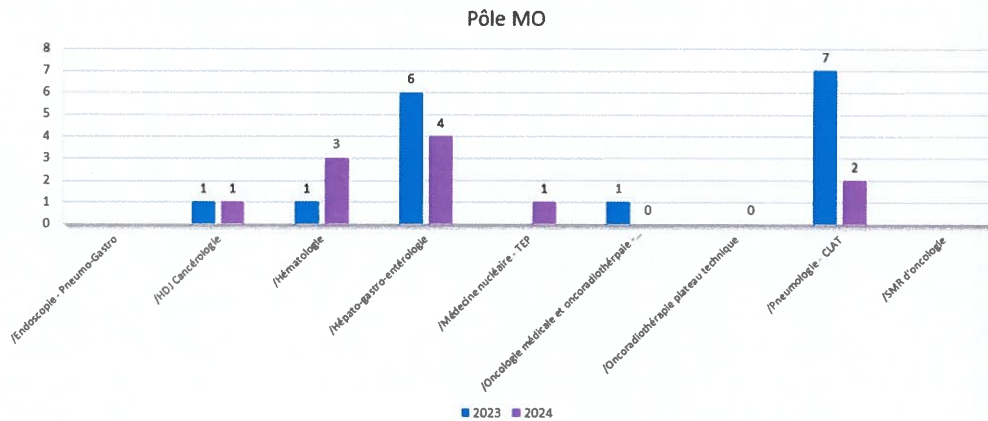
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



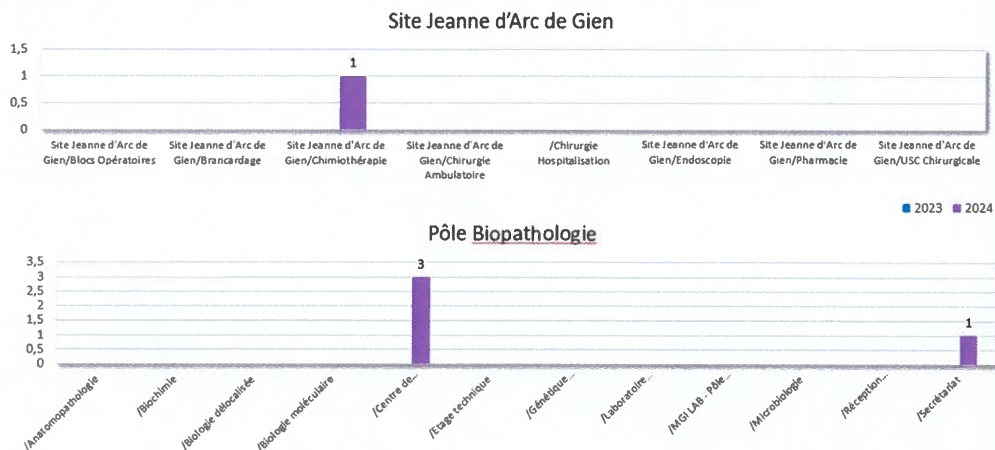
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



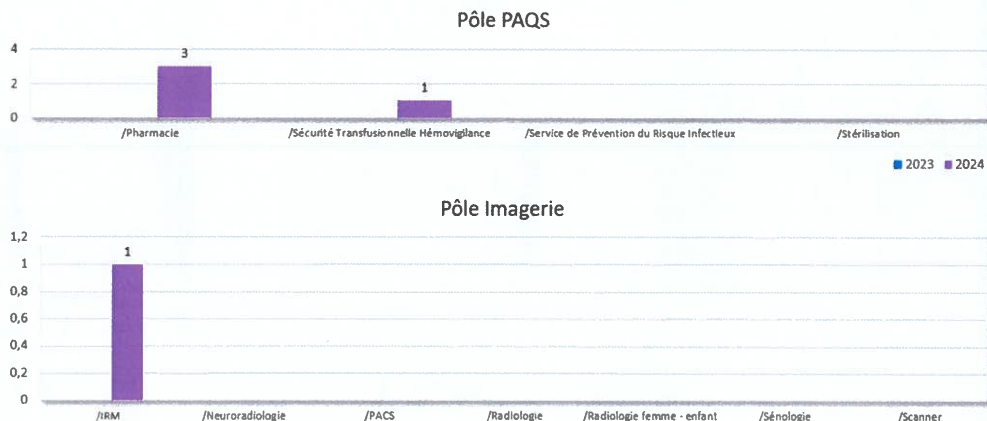
Violences verbales : patient -> professionnel Par service



Violences verbales : patient -> professionnel Par service

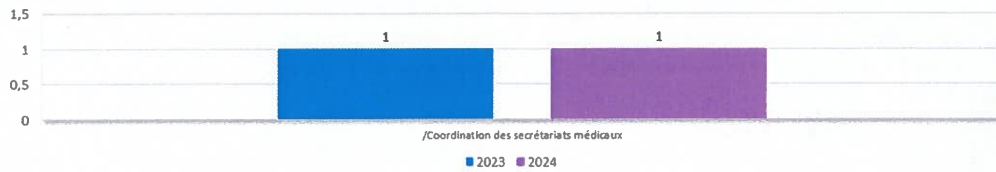


Violences verbales : patient -> professionnel Par service

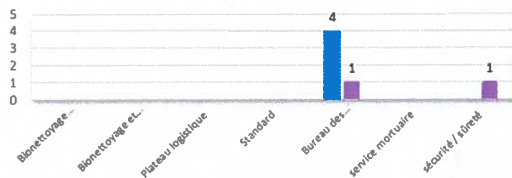


Violences verbales : patient -> professionnel Par service

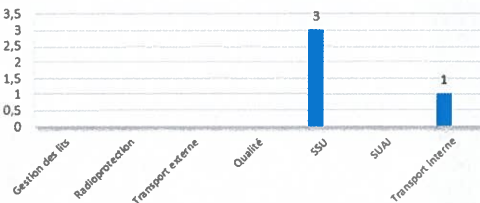
Pôle Ressources Humaines



Direction ressources matérielles et financières

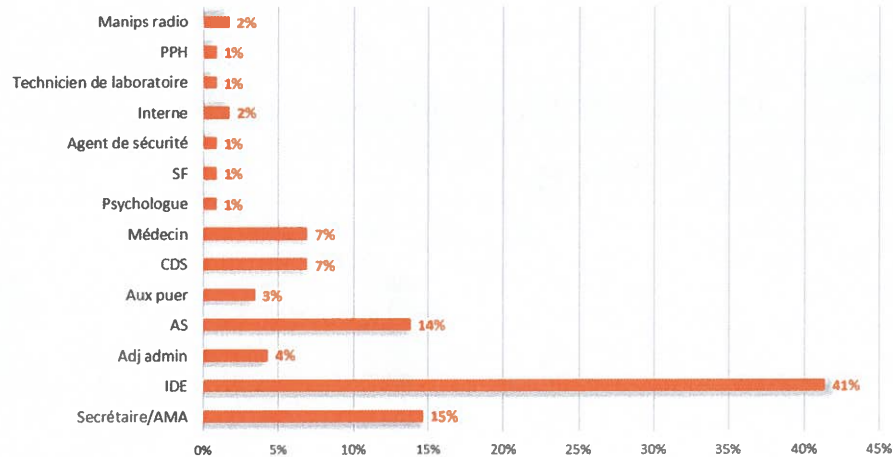


Direction Parcours



Violences verbales : patient -> professionnel

CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES



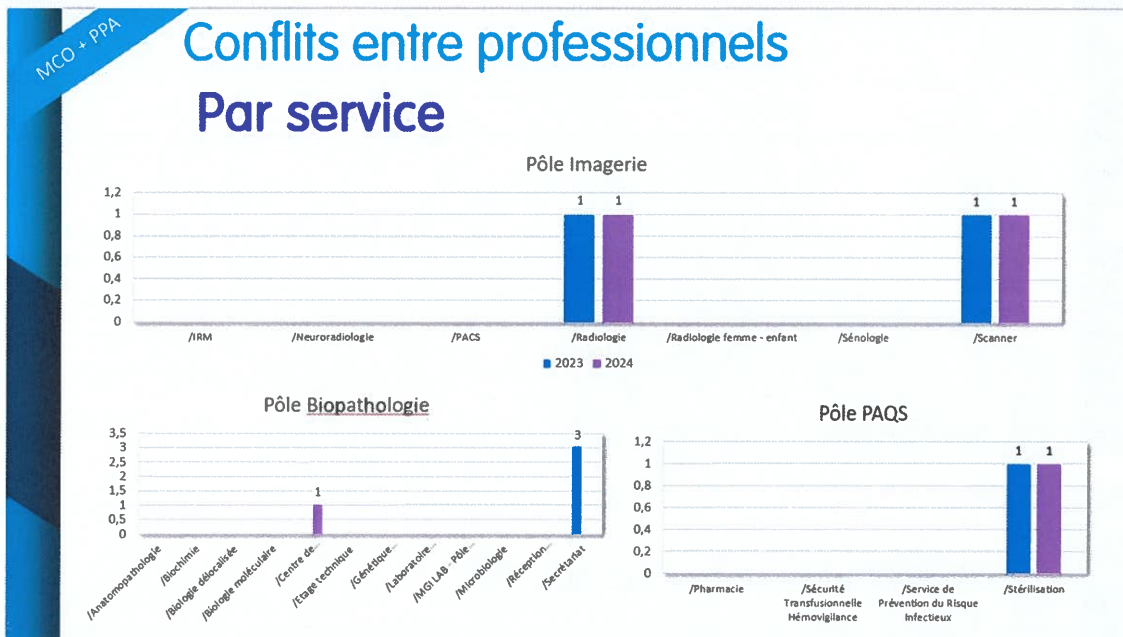
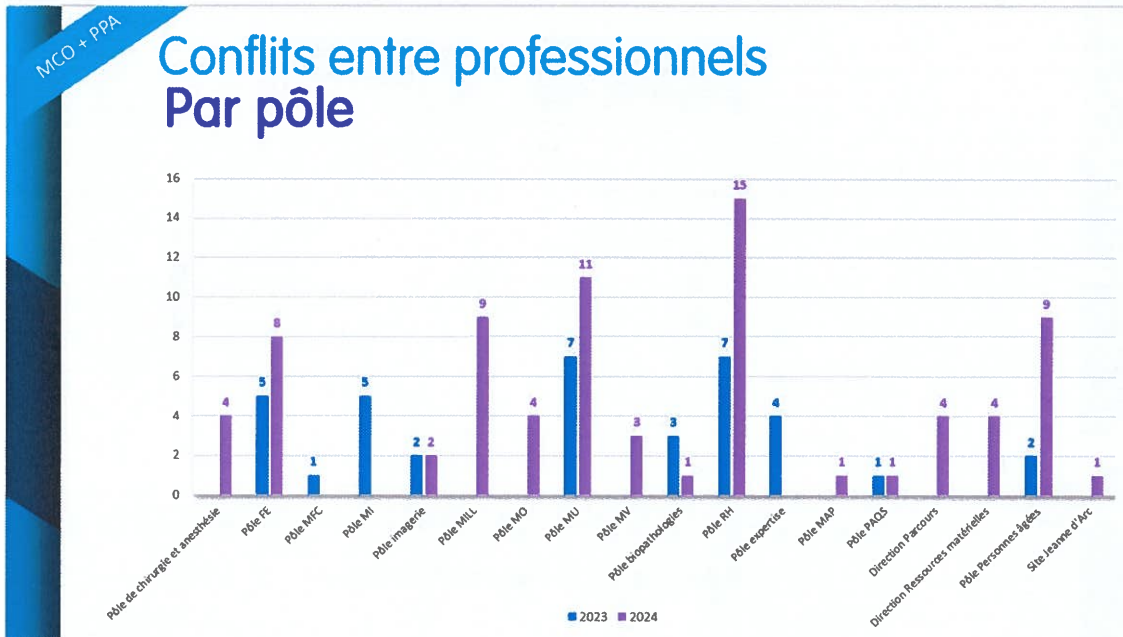
*Basé sur les personnes déclarants

Conflits entre professionnels

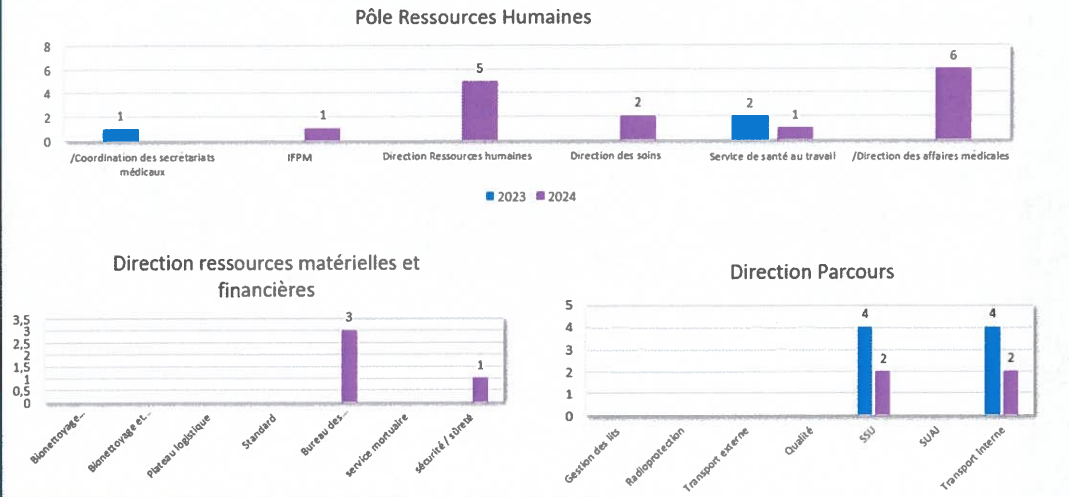
Nature	2023		2024	
	Effectif	%	Nombre	%
Conflit concernant le travail	12	41,4%	17	27%
Insultes	7	24,2%	6	9,5%
Comportement inadapté (tendance sexuelle)	3	10,3%	21	33,5%
Conflit d'ordre managérial, de leadership	3	10,3%	2	3%
Conflit de relation	3	10,3%	9	14%
Menaces	1	3,5%	8	13%
Total	30	100%	63*	100%

*Cet effectif total peut être différent du nombre de déclaration (diapo 2) car dans une FEI il peut y avoir différentes formes de violence

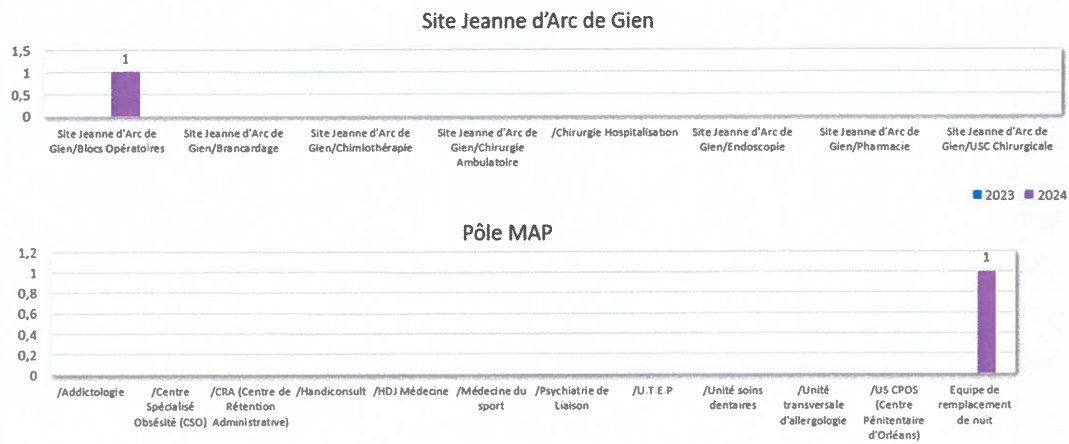
Le Docteur HERMELIN insiste au niveau du F3SCT, il y a un groupe de travail qui a été soutenu par la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines concernant la médiation donc il y a eu des professionnels de formés en début d'année, cadres, médecins. Elle dit que c'est très important de mettre en place ces médiations avec le groupe EMOI pour essayer d'améliorer ces situations et d'éviter qu'elles surviennent.



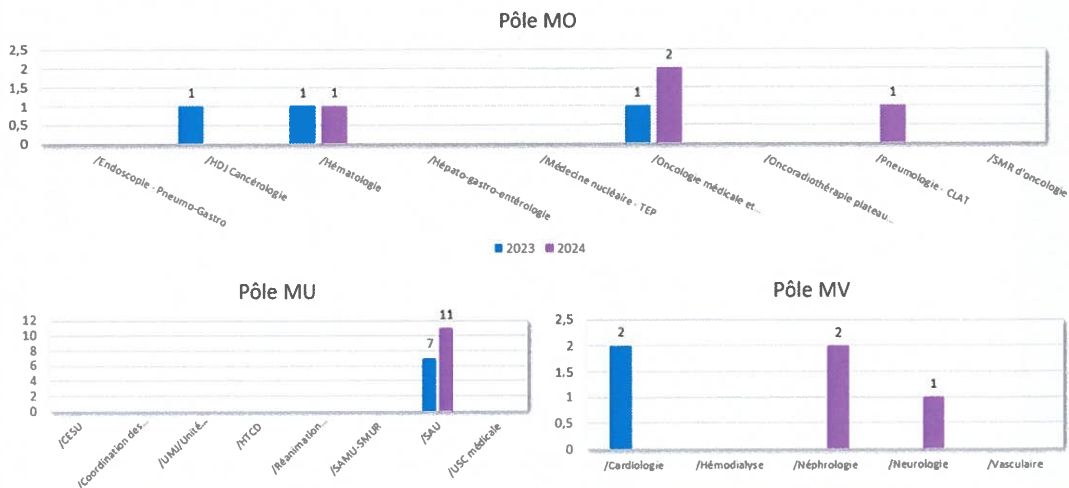
Conflits entre professionnels Par service



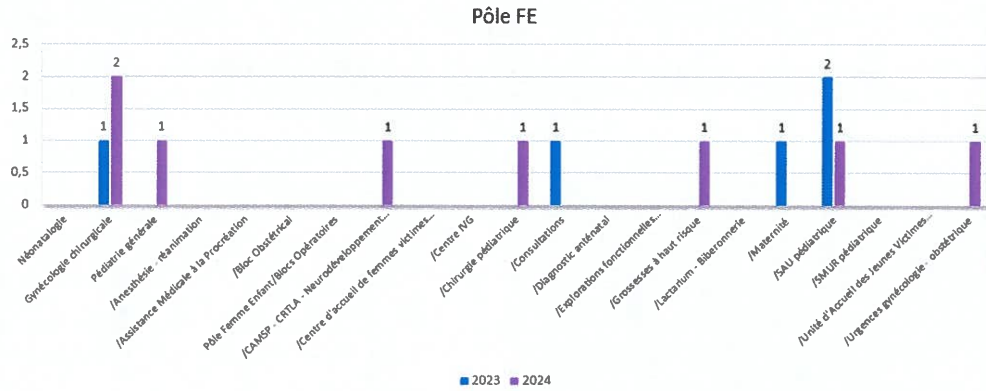
Conflits entre professionnels Par service



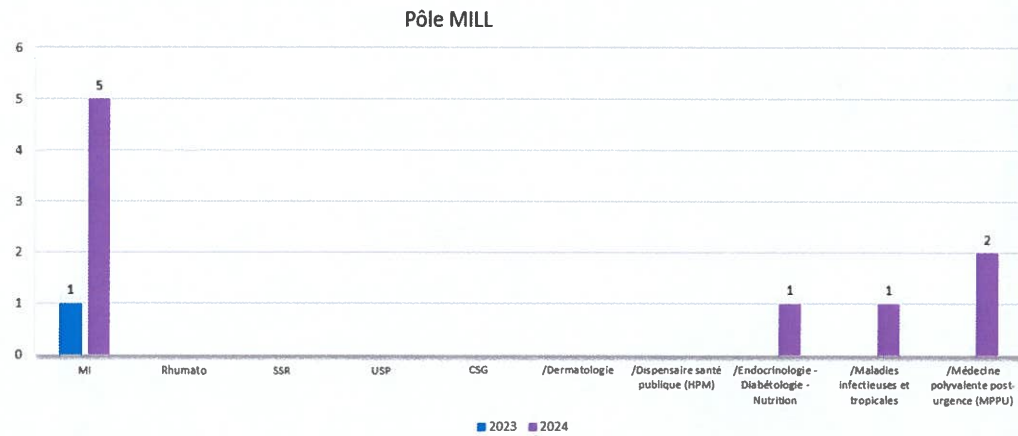
Conflits entre professionnels Par service



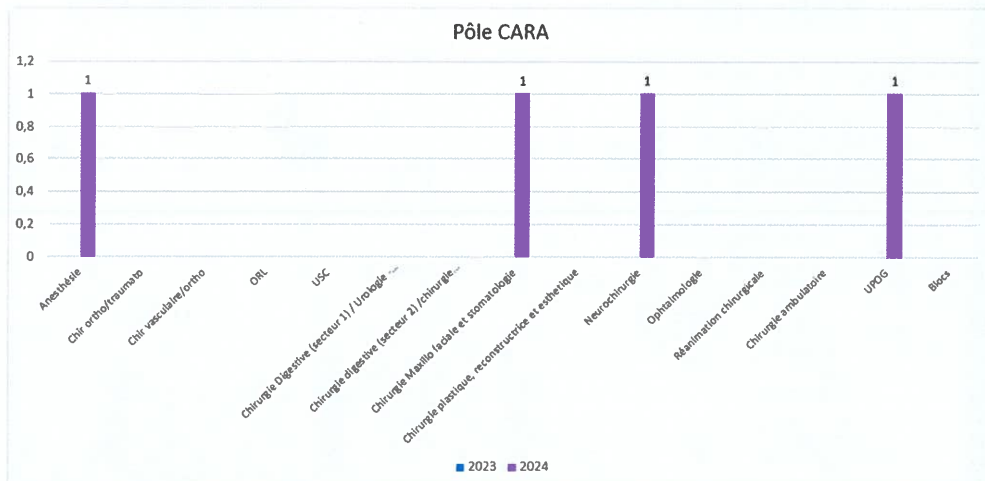
Conflits entre professionnels Par service



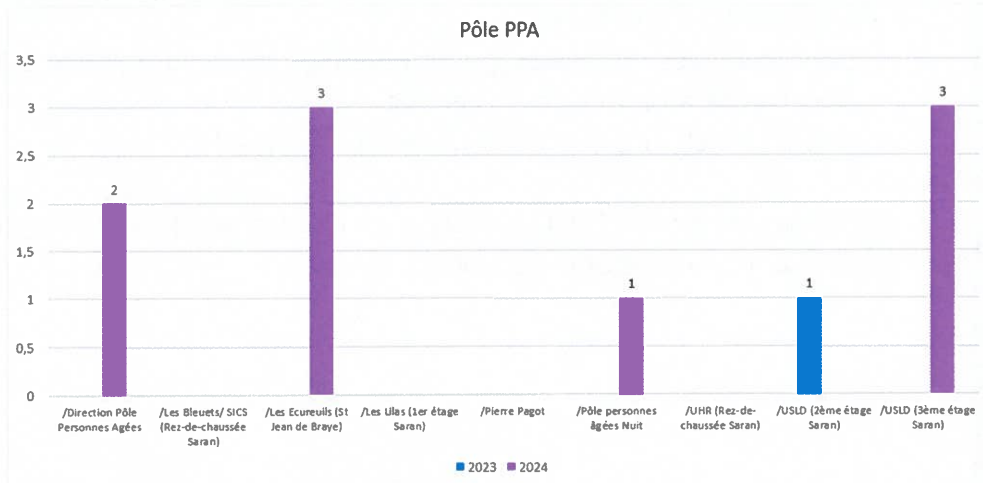
Conflits entre professionnels Par service



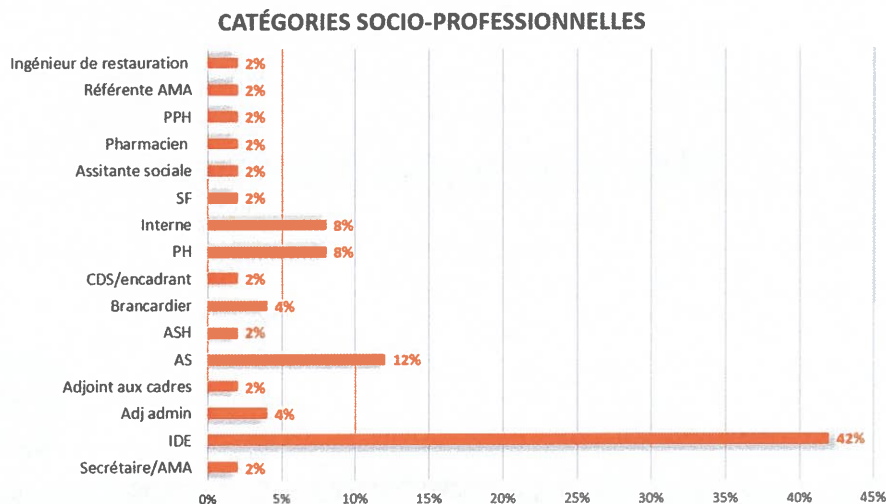
Conflits entre professionnels Par service



Conflits entre professionnels Par service



Conflits entre professionnels



*Basé sur les personnes déclarants

Mesures mises en place

- Courrier envoyé par la Direction des Soins aux professionnels paramédicaux victimes d'un acte de violence d'un patient.
- Accompagnement des professionnels par le service juridique pour déposer plainte.
- Gestion des conflits entre professionnels en première intention par l'encadrement de proximité. L'encadrement supérieur et la DSIRMT si nécessaire et sollicitation de la psychologue du travail si besoin.
- **Dépôts de plaintes**
- **Suites pénales**
- **Protection fonctionnelle**

Point de discussion

- Quel est le bon critère pour communiquer aux membres de la F3SCT ?
 - Implication d'une arme
 - Conséquences médicales graves (éventuellement sur alerte SST)
 - Récurrence à l'échelle d'un service
 - Impact psychologique (mais comment l'évaluer ?)
- Quelle action de la F3SCT ? Analyse à chaud d'une situation pratique vs analyse à froid des éléments statistiques

Merci de votre attention



Madame BIANCO commente la diapositive 38 en précisant que dans les mesures mises en place, systématiquement quand il s'agit d'un professionnel paramédical, lors de la cellule de veille qui se tient chaque semaine, la Direction des soins adresse un courrier à chaque professionnel qui a subi un acte de violence. Dans ce courrier il est mentionné qu'ils peuvent bénéficier d'une écoute auprès de la Direction des soins, on donne également des éléments pour orienter vers le service de santé au travail, et bien évidemment on se tient à sa disposition pour l'accompagner dans une démarche de dépôt de plainte. Le service concernant la Direction des usagers affaires juridiques, pour eux c'est tolérance zéro sur les services juridiques notamment sur les secteurs CPOS, CRA, Urgences et là dernièrement il y a eu des situations très particulières qui n'ont pas la même nature que les autres secteurs : le secteur personnes âgées. Quand elle dit tolérance zéro, c'est qu'ils ont constaté cette année une recrudescence des situations de violence dans ces secteurs d'activité et ils ont vu qu'elles étaient de plus en plus récurrentes et importantes de par leur nature. Suite à ça, systématiquement quand ils consultent les FEI avec les juristes ils appellent directement le service concerné, font un point de situation et appellent les agents concernés et leur demandent s'ils souhaitent déposer plainte et les accompagnent s'il y a lieu. C'est quelque chose qu'ils ont mis en place qui leur prend un temps considérable parce que c'est quasiment tous les jours et que se poseront à un moment donné les limites, c'est qu'honnêtement ils n'auront pas les moyens d'accompagner chaque professionnel au dépôt de plainte. Il y en a qui se débrouillent et y vont d'eux même. Elle dit que sur 2025 ce sont ces 4 secteurs qui sont suivis de très près. Ensuite la gestion des conflits entre professionnels en première intention par l'encadrement de proximité. Elle dit qu'il ne faut pas dédouaner les cadres de proximité dans leurs rôles de gérer les tensions au sein de leur équipe, l'encadrement supérieur et la Direction des soins si nécessaire et ensuite aussi la psychologue du travail qui peut être sollicitée. On peut rajouter la médiation, le dépôt de plainte. Elle dit que maintenant ils travaillent un peu différemment avec

le procureur adjoint qu'ils ont rencontré cet été suite à ces situations sur le CPOS, le CRA et les Urgences. Ils ont eu une très bonne écoute du procureur et ce qui est plutôt très positif c'est que maintenant ils font systématiquement une déclaration directement au procureur. C'est-à-dire que le service juridique ou Madame LIAUDOIS ont le mail du procureur adjoint et ils déclarent les événements qui se sont déroulés et auquel cas il s'en empare immédiatement puisque derrière s'ensuit une enquête. Il diligente une enquête donc ils ont maintenant des numéros de suivi de dossiers d'enquêtes judiciaires où là après les professionnels peuvent être reçus, interrogés, accompagnés et on aura un premier jugement. Parce que là le problème c'est que quand ils interpellaient la justice, il n'y avait pas de sanction derrière il ne se passait rien et là le procureur a vraiment la volonté. Normalement, dans les dernières nouvelles qu'ils ont eues, ils vont avoir des dossiers qui vont passer, qui vont être jugés au cours du 1^{er} trimestre voire 1^{er} semestre 2026 sur des faits qui se sont plutôt déroulés sur le 2^{ème} semestre 2025. Donc on va voir des jugements et des peines prononcées. C'est plutôt une évolution et c'est important pour les professionnels. On doit protocoliser avec le procureur, la Police, prochainement elle pense en octobre-novembre. Elle dit bien que c'est en projet, que ce n'est pas validé. La proposition qui était du procureur, et elle pense que ça serait vraiment très bien, il proposerait de tenir une permanence d'une demi-journée par semaine à l'hôpital pour recueillir les dépôts de plainte des agents. Elle donne un exemple : à ce jour ils ont 12-13 agents qui attendent pour déposer plainte, les délais ce n'est pas un problème il n'y a pas de compression de délais, parce que le commissariat n'est plus en mesure de pouvoir traiter toutes nos demandes, parce que si on se dit qu'on se saisit de chaque situation et que derrière on accompagne le dépôt de plainte, faut-il aussi que les forces de l'ordre suivent, ils sont aussi avec leurs contraintes. Donc là le procureur proposait éventuellement de faire une demi-journée de permanence sur l'hôpital et permettre notamment aux professionnels de pouvoir déposer plainte, donc ils sont reçus par un enquêteur. Ça serait l'idéal, elle espère qu'on y arrivera. Ils sauront d'ici la fin de l'année. La 2^{ème} chose aussi pour le CRA, ils en ont discuté avec le procureur il faut savoir que ce n'est pas la police nationale qui gère mais c'est la police des frontières donc ce n'est pas la même police. Il faut savoir que les policiers du CRA ont des mesures particulières de protection et de dépôt de plainte de par leurs statuts de policiers parce qu'ils sont au CRA. Donc ce qu'on a demandé c'est que pour les professionnels du CRA qui travaillent avec les forces de l'ordre sur place, bénéficient des mêmes mesures que les policiers. Donc ça ferait partie du protocole qui serait mis en place en octobre-novembre, donc éventuellement les agents pourraient bénéficier de la même protection que les policiers et la presse. Elle dit qu'il faut s'y attendre, que c'est la politique aussi du procureur, c'est que s'il y a des sanctions et qu'elles sont prononcées au 1^{er} semestre 2026, c'est que lui se chargera de communiquer dans la presse. Il estime qu'à un moment donné, si on ne communique pas dans la presse, en disant « on vient au service des urgences, on s'autorise tout » et qu'on ne fait rien c'est une impunité totale, donc si on dit que « monsieur untel est venu et qu'il a menacé une infirmière et qu'il lui a balancé je ne sais quoi à la figure et que monsieur se prend une amende de tant, ou qu'il prend une peine d'emprisonnement » ça va calmer les esprits.

Le Docteur HERMELIN dit qu'elle avait discuté là-dessus lors de la dernière certification, il y avait la présidente de CME de Brest, c'est ce qu'ils avaient mis en place. C'est pour ça qu'elles avaient beaucoup échangé à l'époque et elle avait dit qu'eux, quand il y a un jugement, ils l'affichent même par exemple aux urgences il y avait eu un cas, ils l'avaient affiché. Ce qui fait que quand les gens commencent à agresser les professionnels, les professionnels montrent en disant « regardez, il y a eu un jugement – 75 000 € » parce qu'on peut aller jusqu'à 75 000 € d'amende donc ça calme un peu.

Madame BIANCO dit que le procureur s'en chargera mais on a une opportunité là parce que ce sujet-là il s'en empare. Elle dit qu'il a vraiment envie de travailler et leurs relations avec les forces de l'ordre se passent plutôt bien. Donc elle pense qu'ils ont vraiment pris conscience que c'était un sujet qui tient à cœur à l'hôpital, et aussi au regard des événements qui ont été traités et de leur ampleur. Quand elle lui a présenté le nombre de situation, le procureur était assez surpris et lui a dit que tout n'était pas déclaré. Donc eux aussi prennent mesure de ce qu'on peut vivre, après il faut faire aussi avec les contraintes de la justice. Ce qui est intéressant c'est qu'on arrive à se rejoindre sur un sujet et essayer de faire quelque chose, elle pense que c'est plutôt positif. Pour en revenir au diapo, elle dit qu'il y a aussi la possibilité de mobiliser la protection fonctionnelle et elle ajoute qu'on l'a surtout mobilisée sur 2025, donc ça c'est important aussi c'est quelque chose qu'on retravaillera d'une procédure bien formalisée avec la DRH et la DAM. Elle dit que c'est un sujet dont ils se sont emparés, et d'avoir ce suivi là ça nous donne des signes d'alerte, on se dit « attention, là il se passe des choses ». Les choses sont suivies, parallèlement à la direction des affaires juridiques ça les amène à faire un travail de droit pénal qui au départ ne sont pas complètement dans nos attributions mais qui prennent une part importante au regard des situations. Ils ont mis des outils de tableaux de bords et de suivi de ces situations. Elle pense que l'année prochaine ils présenteront quelque chose de plus avancée en termes de bilan, sur des suites pénales, même sur la protection fonctionnelle. Pour le moment ils commencent seulement à travailler avec le procureur. Elle dit qu'ils pourront suivre plus précisément les évolutions et les actions menées surtout sur les Urgences, le CRA, le CPOS et le pôle PA.

Le Docteur HERMELIN dit que le décret d'application de la loi du mois de mai simplifiera peut-être les choses par rapport aux déclarations.

Madame BIANCO dit que sur la loi qui dit qu'on facilite le dépôt de plainte pour les professionnels, il y a un vide juridique encore. La loi part d'une bonne intention, c'est-à-dire que l'employeur procède au dépôt de plainte à la place du professionnel mais néanmoins on n'a

pas de décret d'application. C'est que derrière il faut que l'agent nous donne l'autorisation, deuxièmement ce qui pose parfois problème aux agents c'est de donner leur identité, on n'est pas exonéré de l'identité. Untel porte plainte contre quelqu'un, vous devez savoir qui porte plainte contre vous. Donc l'identité c'est quand même quelque chose qui peut des fois freiner les professionnels. Elle dit qu'à la fois quand elle a présenté le texte de loi au procureur adjoint, il a dit qu'il n'avait pas eu connaissance. Donc ça veut dire qu'eux aussi doivent s'organiser. C'est toute une procédure pour nous à construire en interne puis après travailler avec ces acteurs que sont la police, et que sont la justice. Voilà où ils en sont sur ce suivi des situations de violences ou d'agression sur des professionnels.

Une représentante de SUD dit qu'elle est contente de voir que ça avance un petit peu sur les déclarations parce que oui c'est vraiment sous-évalué, on n'a pas le temps de les faire. Il est vrai qu'on a aussi cette image de se dire « je vais faire mais ça va donner quoi, je vais perdre du temps pour rien » donc c'est vrai que ça peut avoir son impact. Elle pense que si ça passe dans la presse ça peut aussi faire son effet, même s'il y a des situations où elle dit qu'il y a des situations où elle pourrait s'énerver comme les gens s'énervent. Il y a des situations où c'est logique aussi, ils sont en détresse, il y a plein de choses qui viennent en compte.

Le Docteur HERMELIN dit que oui mais comme elles l'ont déjà évoqué ensemble, il y a des limites à ne pas dépasser.

La représentante de SUD répond que c'est vraiment sous-estimé.

Le Docteur HERMELIN dit que les médecins aussi, ce sont tous les professionnels qui doivent déclarer.

La représentante de SUD dit que tout le monde est touché, qu'il y a de plus en plus de violence.

Le Docteur HERMELIN dit que c'est un état de société.

La représentante de SUD dit exactement, mais qu'il y a sûrement des raisons pourquoi cette violence arrive comme ça. Elle trouve que c'est bien que ça évolue un peu sur nos pratiques et elle voit qu'il y a quand même un bond de fait.

Madame BIANCO dit que ce qui a été annoncé sur leurs relations, sur leurs procédures à venir, elle reviendra vers eux. Elle attend que ça soit acté sur le papier mais ça venait des propositions quand même du procureur adjoint. On a de la chance d'avoir cette écoute-là. Elle dit qu'il faut vraiment s'en saisir et qu'on n'a pas le choix, c'est une opportunité pour nous.

Un représentant de SUD dit qu'il va parler du pôle PA, il pense qu'en 2025 ça sera encore plus mauvais. Il y a des grosses dégradations des conditions de travail, il donne un exemple : la veille ils étaient censé être 13 aides-soignants, ils étaient 9. Comme un dimanche, mais on était lundi. Donc après les familles elles ont des exigences, elles payent quand même donc elles ne comprennent pas. Elles ne comprennent pas qu'elles payent et que leurs parents ne soient pas douchés, ne soient pas levés. Et ça risque d'être de pire en pire. Les prises en charge sont catastrophiques, ça ne fait pas plaisir ni aux agents ni à personne leurs conditions de travail. Il dit qu'il y a un autre point, ce sont les patients qui viennent de psychiatrie, aucun suivi donc aucun équilibre de traitement donc les médecins gériatres bricolent un peu les traitements mais ils ne sont pas spécialistes dans ça. La médecine c'est un peu comme le bâtiment, un plaquiste il va se débrouiller il va faire un peu de carrelage mais à un moment il a besoin d'un professionnel. Il dit qu'il faudrait peut-être que l'EPSM reprenne un peu en charge les résidents de temps en temps pour rééquilibrer les traitements. Ça éviterait beaucoup de comportement qui rentrent dans cette liste et qu'eux subissent au quotidien.

Une représentante de la CFDT dit qu'ils ont plusieurs remarques. Au début du document ils ont donné le chiffre des FEI de 2024 mais par rapport à 2023, parce qu'après on fait un comparatif des 2 années mais on n'a pas le chiffre de départ. C'est-à-dire est-ce que le nombre de déclaration de FEI a augmenté aussi par rapport à 2023.

Le Docteur HERMELIN répond que oui, elle s'excuse ils ont raison. Elle dit que ce qu'elles voulaient suivre avec la Direction qualité, c'était voir s'il y a des endroits où la situation s'enflammait, parce que le CRA elles sentaient bien que depuis l'arrivée ça montait. Elle dit qu'elle est admirative pour les infirmières et les médecins qui travaillent au CRA. Elle dit qu'elle pense qu'ils ont des conditions de travail qui sont hyper compliquées et ces gens-là ils méritent des médailles, il faudrait leur donner la légion d'honneur à tous. Parce que ce sont des professionnels hors-pairs, on l'entend dans les médias les personnes qui sont dans des CRA ils n'ont rien à perdre donc c'est là qu'on se retrouve avec des situations.

Madame BIANCO dit qu'ils ont quasiment un FEI par jour. Ou tous les 2 jours. Avec des notions plus ou moins fortes.

Le Docteur HERMELIN dit que sur le pôle PA, ils se retrouvent avec 2 familles où c'est catastrophique. Mais en fait là ce sont les familles, parce qu'il y a une résidente avec qui s'est compliqué, mais c'est aussi le petit fils d'une patiente et le fils d'une autre où là ça engendre des déclarations avec des situations bien justifiées. Ils en ont parlé avec M. COTELLE, il y a eu un agent de sécurité qui a été

mis mais ça coûte hyper cher, c'est compliqué. C'est vrai qu'il y a des contraintes financières mais en même temps on ne peut pas laisser non plus pour les humains les choses faire comme ça. Donc à chaque fois que ces familles-là sont rencontrées par Madame DESSES-MEZIERES et Madame BIANCO avec les juristes ils ont fait un gros travail aussi.

Madame BIANCO dit qu'ils ont revu dernièrement la situation, cette dernière ayant évolué le procureur est au fait. Elle pense qu'à un moment il sera en mesure de mettre en place des mesures.

Madame BIANCO dit qu'il y a 2 choses. Dans ces situations là nous on a notre part de responsabilité sur le fait qu'il faut prendre des mesures de police interne, c'est-à-dire que tant que nous on ne fait pas notre policier interne, c'est difficile après d'aller demander à la police nationale ou au juge de venir. Nous on a notre part de responsabilité, en tant que Direction et en tant qu'encadrement on doit faire en sorte au maximum de prendre les mesures nécessaires pour protéger les agents et faire en sorte d'éviter les événements qui surviennent. Après on a nos limites bien évidemment. Mais à un moment donné si nous on ne prend pas ces mesures-là, comment voulez-vous qu'à l'extérieur la police ou la justice se positionne. Il y a quand même une acculturation aussi à faire avec les relations avec la police et la justice, il y a des choses ce n'est pas forcément si clair que ça pour les équipes. Ils ne comprennent pas pourquoi la police ne vient pas, ils se demandent que fait la justice, etc. C'est comprendre quel est le champ de responsabilité à chacun et à quel niveau on active les niveaux supérieurs. Mais le premier niveau, déjà nous que ce soit même les professionnels, les professionnels soignants auprès des patients, des résidents ou des familles c'est qu'est-ce que je mets en termes de mesures aux médecins, qu'est-ce que je mets pour sécuriser ou autre. Après 2^{ème} niveau ça peut être la Direction qui prend des mesures de police interne, des interdictions de visites, des fins de contrats de séjour, etc. Il peut y avoir différentes mesures qu'on peut actionner sur un 2^{ème} niveau. Puis après, quelqu'un qui ne respecte pas les mesures de police interne, alors la police et la justice ont tout lieu d'intervenir. Elle dit que c'est un peu nouveau dans la connaissance et dans la manière de considérer aussi ces situations de relations conflictuelles, d'agression ou de violence. Et on y était moins confronté avant. Parce que nous aussi on apprend au fur et à mesure, c'est des choses qui prennent une dimension sur les affaires juridiques. Eux ils sont là pour régler les contentieux en première intention les plaintes et les réclamations des usagers. Ils se retrouvent à faire finalement autant de droit pénal que de s'occuper des plaintes et des réclamations, des contentieux en lien avec la prise en charge des patients. Mais c'est ce à quoi on est confronté aujourd'hui, sur lequel on doit apporter des réponses, sur lequel on doit réfléchir autrement et sur lequel à un moment donné faut que les professionnels déclarent, qu'ils n'hésitent pas. Elle dit qu'eux il faut qu'ils se saisissent du rouage du système qu'ils auront mis en place pour justement arriver à ce que les gens comprennent que ce n'est pas parce qu'on vient à l'hôpital d'Orléans qu'on s'autorise à tout et qu'il y a une impunité totale. Et même pour les professionnels de se dire qu'ils ont été agressés et derrière il ne se passe rien, ce n'est pas acceptable.

Une représentante de la CFDT dit qu'elle est d'accord parce qu'après ça ne génère pas de déclaration, d'où certainement les sous-déclarations qu'on a. Entre autres le temps que ça peut prendre. Elle dit qu'ils n'arrêtent pas de leur répéter que c'est hyper important. Elle demande pourquoi dans les tableaux on parle d'effectif et de nombres.

Madame BIANCO répond que ce sont toujours les déclarants, c'est pour ça que ce ne sont pas des statistiques. Ils extraient ce que les gens déclarent.

Une représentante de la CFDT dit que pour les menaces de mort, on en a que 2 dans le 1^{er} tableau mais c'est déjà 2 de trop. Elle demande s'il y a eu effet derrière ou pas.

Madame BIANCO répond que oui, tous ces signalements-là ont été signalés au procureur systématiquement.

Le Docteur HERMELIN dit que tout à l'heure quand ils évoquaient que des choses allaient au pénal c'est notamment celles-ci.

La représentante de la CFDT demande pour tout ce qui est gestes déplacés, il y a un bond énorme.

Madame BIANCO dit que c'est en nombre de déclarants, donc ça peut être sous déclaré. Mais est-ce qu'il y en a plus, où est-ce que c'est plus déclaré on n'en sait rien.

La représentante de la CFDT dit que la question c'est est-ce que les campagnes qu'on a fait sur la procédure harcèlement qui existe au sein de l'établissement a porté ses fruits et que les agents enfin déclarent.

Une représentante de SUD dit que la procédure ne passe pas par le FEI donc elle était étonnée de voir apparaître dans les tableaux.

Le Docteur HERMELIN dit que les gens font peut-être les 2. Elle dit que parfois en cellule de veille ils le disent, il y a des choses qui leur sont signalées ce n'est pas forcément une FEI qu'il faudrait faire.

La représentante de SUD dit que si on peut prendre un autre moyen, on prend un autre moyen. Le tout c'est que ce soit fait. C'est pour ça qu'elle était étonnée de le voir, la procédure n'est pas faite.

Le Docteur HERMELIN dit qu'elle pense que c'est conjoint.

Une représentante de la CFDT demande s'il y a eu des effets. Tout à l'heure on parlait du problème du dépôt de plainte parce qu'il faut donner son nom et dans ce genre de situation là c'est extrêmement compliqué. Elle demande si les agents ont été jusqu'au bout de la démarche.

Madame BIANCO répond que dans les conflits entre professionnels, ils ne déclarent pas au procureur. C'est des relations au travail, c'est plutôt au DRH. Après ça remonte à la DAM ou à la DRH, ça peut être l'occasion d'actionner le lien avec la médiation. Ce qu'il faut suivre aussi c'est les arrêts de travail qui sont en lien avec ces situations de violence et d'agressivité. C'est intéressant de suivre, de savoir ce qu'il se passe. De l'autre côté c'est aussi d'avoir des chiffres, de compter les arrêts de travail en lien avec des conflits ou tout au moins des choses où on a pu solliciter des médiations. Et c'est ça qu'il est intéressant après de croiser dans le suivi. Elle dit qu'ils arrivent à une situation où d'un côté ce qui est mis en place en termes de dispositif que ce soit en interne ou en externe, le suivi qu'on peut avoir, le suivi du service de santé au travail, le suivi de Monsieur COTELLE, ce ne sont pas forcément les mêmes événements qu'on va avoir les uns les autres. On a des bases qui font qu'on peut suivre les choses correctement, analyser et de se dire qu'on peut éventuellement réfléchir à des mesures et agir. C'est ce qui est en train de se passer actuellement, on enclenche un niveau où on agit. On essaye de structurer des choses.

Une représentante de la CFDT dit qu'il communiquer auprès des agents.

La représentante de SUD demande où on en est pour la formation obligatoire sur la laïcité.

Monsieur DI MASCIO demande quel est le rapport.

La représentante de SUD dit qu'à un moment ils parlent de racisme. À un moment donné on doit être formé laïcité, donc même eux dans leur comportement et dans ce que l'on peut projeter ça en fait partie. Elle dit que c'est une formation obligatoire dans la fonction publique hospitalière.

La représentante de la CGT dit que les agents sont les victimes collatérales de ce qu'il se passe avec la violence, il y a quand même un sujet qui est important au pôle PA, il a fallu attendre un DGI cet été pour les bleuets pour mettre en place des choses. Elle pense que les agents voient des choses, mais il faut faire les choses rapidement. Des fois c'est ce sentiment là qu'ils ont, de dire qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce que la direction fait. Elle dit qu'ils se sentent quand même en danger, notamment les bleuets de cet été avec le fils d'une résidente. Elle pense qu'il y a beaucoup de choses à faire et qu'effectivement il y a du boulot. Elle est contente d'entendre Madame BIANCO dire qu'elle est responsable de la sécurité des agents c'est quand même important de le dire.

La représentante de SUD dit qu'elle a entièrement raison et que c'est rare d'entendre dire ça.

Madame BIANCO dit qu'on verra si les mesures se concrétisent avec la préfecture et la police mais ça semble plutôt bien parti.

La représentante de SUD dit qu'au moins ils ont eu la discussion.

Le Docteur HERMELIN dit qu'elle entend ce qu'elle dit, que les professionnels trouvent que ce n'est pas assez rapide, mais ça ne se fait pas en un tour de mains. Il y a d'abord les rdvs, puis ils sont très pris. Elle dit que c'est comme quand elle a des vols de stupéfiants, elle les appelle mais ils lui répondent qu'à La Source ils sont un peu occupés. Malheureusement tout ce qu'on vit nous à l'hôpital c'est un fait sociétal mais ça n'empêche pas que les choses sont prises en main mais ça ne va pas toujours aussi vite qu'on le voudrait. Elle dit que déjà si on arrivait à obtenir cette permanence une demi-journée par semaine ça serait vraiment top.

Madame BIANCO dit que systématiquement, même en dehors d'une action, quand les agents reçoivent d'une part le courrier de la Direction ou reçoivent le coup de fil de la juriste qui est prête à les accompagner au dépôt de plainte les gens sont déjà agréablement surpris et touchés. Ça veut dire que ça a été entendu, c'est le premier niveau et c'est extrêmement important. Mais derrière ça veut dire qu'on faut qu'on soit vigilant sur tout FEI, parce que nous c'est notre fenêtre on est sur la qualité et la sécurité des soins, ce n'est pas la fenêtre éventuellement du service sécurité ou la fenêtre du service de santé au travail. Ils s'attachent à ça, elle dit qu'ils essayent de faire en sorte déjà d'avoir ce premier niveau de contact avec l'agent.

Le Docteur HERMELIN dit pareil pour les internes ou les médecins, elle dit qu'elle a encore eu vendredi dernier un médecin en pleures au téléphone. Ça arrive à tout le monde d'être agressé et de très mal le vivre. Donc le fait de les appeler, de leur dire tout ce qu'on fait

derrière ça va peut-être prendre un peu de temps mais qu'il y a des choses qui sont mises en œuvre. Ça fait que les professionnels voient qu'on ne les oublie pas.

Le Docteur GUELA dit qu'effectivement elle pense qu'ils n'ont pas les mêmes chiffres.

Le Docteur HERMELIN dit que la santé au travail est destinataire de tous les FEI.

Le Docteur GUELA dit qu'à moins qu'ils n'aient pas la même façon de nommer les choses, ce qui n'est pas impossible, elle pense qu'il faudrait effectivement comparer leurs dénominations. La 2^{ème} remarque c'est qu'ils nomment le côté police mais qu'il n'y a pas d'analyse du tout, alors qu'on est du domaine de la science, des raisons de ces violences. Alors quand elle entend que c'est sociétal, avec ça on ne sait pas où on va aller parce que ce n'est pas une analyse. L'analyse c'est comment on remonte, on regarde chaque violence pour pouvoir en trouver non seulement la nature mais justement les fondements. Et il n'y a pas ça. Parce que si on veut à un moment limiter la violence, ce n'est pas la répression ou le fait d'avoir la police qui vient écouter les faits. C'est un des volets de l'action mais ce n'est pas le principal. Le principal c'est pourquoi, notamment le public, est-il aussi violent avec les professionnels de santé. Elle raconte une histoire : quand vous vous placez de l'autre côté est que vous devenez patient et non plus soignant, il y a beaucoup d'objets qui font que vous êtes effectivement très en colère contre les soignants. Non pas parce que c'est eux qui font défaut, non pas parce qu'ils ne sont pas compétents, non pas parce qu'ils ne sont pas suffisamment empathiques encore que, mais parce qu'en fait les organisations font que nous ne répondons pas correctement en partie au public, aux familles et aux patients eux-mêmes. Elle dit que c'est ça l'analyse. Que là c'est juste une analyse à la pelle mais vraiment il faut aller de l'autre côté pour se rendre compte que quand on est famille de patients et qu'on est angoissé de la maladie, de la mort, du traitement, et qu'on n'a pas de réponse, puis parfois pas de bonjour pas d'au revoir, on est maltraités, effectivement à un moment on devient violent en réponse à une autre violence. À cette violence de la non réponse. Ce qu'elle voudrait savoir c'est quand analyse-t-on ça ?

Madame BIANCO répond que dans la présentation qui a été faite dans le détail et dans les services qui sont principalement concernés il y a des secteurs très particuliers que sont le CPOS, le CRA puisque ce sont la majorité de nos situations de violence, et les Urgences. Donc c'est aussi la prise en charge d'un public particulier, spécifique qui fait qu'automatique ce sont des publics très particuliers dans des secteurs de prise en charge très particuliers. Donc ça aussi il ne faut pas le perdre de vue non plus, et sur les urgences bien évidemment, et le secteur personnes âgées puisque c'est les 4 secteurs principaux où ils vont justement travailler. Sur le pôle PA les 2 situations évoquées de 2025 sont beaucoup en lien avec des familles qui font que c'est plusieurs fiches d'évènements indésirables, il faut en compter peut-être 20 pour une seule famille. Elle dit qu'ils font cette analyse et ils la font aussi avec les professionnels, avec aussi les cadres, avec les directeurs qui sont en charge de ces secteurs, avec les médecins aussi. Après bien évidemment leur analyse a ses limites aussi parce que ce qu'attendent aussi les professionnels c'est d'être accompagnés et soutenus dans les situations qu'ils vivent. Elle dit que sur ce sujet-là ils ont tout intérêt de travailler avec le service de santé au travail et avec le service sécurité, et c'était tout l'intérêt aussi de ce Copil violences qu'il conviendrait vraiment de réactiver pour justement rassembler toutes nos sources et de pouvoir travailler ensemble tout cette démarche. Et elle la rejoint, la démarche d'analyse est sûrement à ce jour insuffisante mais elle pense que ça peut être l'objet aussi de ce travail-là dans ce Copil violences si on le réactive à partir de cette année ou de l'année prochaine.

Le Docteur HERMELIN dit concernant les FEI, c'est pour ça que la santé au travail est en copie, parce qu'ils conseillent aux professionnels de s'adresser à eux qui sont les professionnels, il y a une notion de secret professionnel. Ce n'est pas la qualité qui va recevoir et rentrer dans la confidentialité des choses. C'est pour ça qu'ils mettent la santé au travail en copie et qu'ils disent aux professionnels de santé de voir avec eux pour savoir ce qui pourrait être mis en œuvre. La qualité prévient la DRH, la DAM, pour voir et analyser le fond du problème. Evidemment qu'il faut trouver les causes pour essayer de les diminuer. On évoquait tout à l'heure sur le pôle PA les problèmes d'effectif, c'est évident que c'est une des causes qui font que derrière il y a des familles qui sont agressives, ils essayent il y a des hublos, il y a des FEI qui sont signalés parce qu'il y a des personnes qui doivent venir travailler qui ne viennent pas donc forcément derrière ça fait une souffrance pour les professionnels qui restent sur le terrain qui peuvent.

Une représentante de SUD dit maltraitants, c'est le mot. Il faut l'avouer. On n'a pas le choix.

Le Docteur HERMELIN dit que c'est inconscient aussi des fois.

La représentante de SUD dit que non, c'est conscient. Ils sont conscients dans la maltraitance sauf qu'ils n'ont pas le choix. Leur métier, tel qu'on leur présente, ils n'ont pas le choix. Elle demande comment on fait pour faire manger quelqu'un quand vous en avez on ne sait combien à faire manger. Elle dit vous croyez qu'on prend notre temps. Ça les répugne de le faire mais ils le font car c'est leur paye à la fin du mois. Elle dit qu'ils sont totalement conscients d'être maltraitants, c'est ça qui est grave d'ailleurs.

Le Docteur HERMELIN dit que tout le monde est à mal de cette situation.

La représentante de SUD dit que c'est la que c'est grave, c'est quand on sait qu'on est maltraitant. Ce n'est même pas de l'inconscient, on sait. Sauf qu'ils n'ont pas le choix parce qu'ils se disent que les autres il faut aussi qu'ils mangent. Donc ils le font, ils le font d'une façon. Elle dit qu'elle trouve ça grave, en plus on leur met cette responsabilité-là. Par contre on sait un jour leur dire qu'ils sont maltraitants, que là ça ne va pas parce qu'une famille les aura vus. Parce qu'à un moment donné il y aura une réflexion de faite « ah vous êtes maltraitants » là on va les juger, là par contre ils vont passer au conseil de discipline et tout ça. Pourtant, ils auront été maltraités à plusieurs, toute l'équipe aura été maltraitante. Mais non, là ça convient. Elle dit que c'est exactement comme aux urgences quand ils ont entassé des gens sur un secteur ça convenait. C'est de la maltraitance pure et dure, mais on faisait parce que c'est une organisation qui est bien. Elle dit qui porte le chapeau de la maltraitance, ce sont ceux qui font.

Le Docteur GUELA dit qu'ils ont parlé de secteurs différents avec des publics différents, les urgences ce n'est pas un public différent des patients hospitalisés dans les étages. Donc elle ne comprend pas bien ce qu'ils disent quand ils parlent de public différent. Elle dit que ce n'est pas le CPOS qui fait un public particulier mais on peut se poser la même question : pourquoi c'est un public particulier, il y a des raisons à cette violence aussi. Peut-être que ce public particulier-là n'a pas de réponse à ses questions non plus ou l'attention qu'il faudrait. Donc là on est au cœur du sujet avec ce que vient de dire la représentante de SUD. À un moment, l'analyse ce n'est pas d'aller individuellement se plaindre. L'analyse ce n'est pas que les sanctions ou l'écoute policière. La problématique des professionnels c'est une conséquence des organisations et de la maltraitance des organisations donc effectivement le cœur du sujet c'est les souffrances des soignants qui s'appelle une souffrance éthique, qui est ravageur aujourd'hui, qui est vraiment une pathologie, un symptôme silencieux, des bombes à retardement. Uniquement parce qu'effectivement ils sont toujours obligés de souscrire et de se soumettre à une organisation qui est maltraitante parce qu'on ne peut pas répondre ni correctement éventuellement à ses collègues, mais surtout pas correctement ni aux patients ni aux familles. Et ça pour un hôpital c'est insupportable. Elle dit que c'est son analyse, il y a des analyses qu'on pourrait ajuster. Mais en attendant vu son ancienneté et son expertise notamment sur les violences et sur l'analyse des violences, on retrouve toujours ça. Il n'y a pas qu'elle qui le dit, si on regarde l'observatoire des violences, qui n'a qu'un tout petit bout de la lorgnette des soignants, des plaintes des soignants puisque nous on ne le faisait même pas encore, elle ne le sait pas si on le fait depuis, ce qui est quand même un problème d'ailleurs parce que c'est une organisation nationale qui analyse des choses. Il y a un moment dans le contexte d'aujourd'hui on pourrait être amenés à repenser comment faire ou pas des diminutions de ressources humaines, alors qu'on n'en a déjà pas suffisamment pour répondre aux besoins des patients, on va supprimer encore des postes, on supprime des interactions de soins qui sont le fondement des métiers des soignants. Et après ils pensent répondre par des actions policières. Elle dit que si ce n'était pas à pleurer il faudrait en rire. Elle dit que ce n'est pas comme ça qu'on va réussir à diminuer ces actions de violence, ces souffrances de soignants et d'autres personnes parce qu'on répond aux violences par une autre violence. Elle dit qu'elle est arrivée en 2019 et que l'une des premières réunions qu'elle fait, c'est sur les violences. Elle dit qu'hormis les budgets, qui sont sans doute louables, donnés à la sécurité, on en est toujours au même point au niveau de l'attention et du soin apportés aux soignants, c'est-à-dire à peu près à zéro.

La représentante de SUD dit qu'il y a eu un petit bond avec les propositions d'une demi-journée. Elle dit que ça peut aider sur certains principes.

Le Docteur GUELA dit que ça ne fera pas diminuer la violence.

La représentante de SUD dit qu'elle ne dit pas ça, ça va peut-être aussi simplifier les démarches, ils n'auront pas à aller passer 3 heures à porter plainte. Elle dit que pour les analyses on parle de racisme, mais la formation laïcité ne parle pas à Monsieur DI MASCIO, donc on sait qu'on ne fera pas de progrès là-dessus.

Monsieur DI MASCIO répond que si elle veut on ressortira les 5 FEI en question.

La représentante de SUD dit qu'on reçoive le racisme ou qu'on le projette, c'est une formation pour les 2. Normalement c'est ça une formation. Ce n'est pas simplement « je reçois que du racisme ». Elle dit que laïcité c'est ça.

Une représentante de la CFDT dit que pour elle la laïcité ce n'est pas ça, c'est tout ce qui concerne les signes ostentatoires.

La représentante de SUD dit que ce n'est pas que ça. Qu'au moins les agents seraient au clair, ils sauront qu'ils n'ont pas le droit d'être attaqués à ce niveau-là, qu'ils peuvent porter plainte. C'est dit dans cette formation laïcité. Elle dit qu'il y en a dans la fonction publique qui ont automatiquement cette formation-là quand ils rentrent dans la fonction publique.

Une représentante de SUD dit qu'elle veut revenir sur les critères pour communiquer aux membres de la F3SCT parce qu'on a vu qu'il y a des cas de violences importants et graves qu'ils ont appris par hasard dans des couloirs. Elle demande sur quoi ils se basent pour leur remonter ces violences.

Monsieur DI MASCIO répond que justement c'est une difficulté qui devait être abordée dans les questions diverses mais qui peut être abordée dès maintenant. Il dit que les membres de la F3SCT les avaient alertés en disant qu'ils n'étaient pas au courant de telle ou telle situation. Il dit que des situations de violences il peut y en avoir des milliers dans l'année, il demande quels critères on retient pour faire une information automatique que ce soit via la cellule de veille avec la Direction Qualité ou bien la Direction des ressources humaines. Il demande, sur tous les critères qui leur ont été présentés, quels éléments on leur transmet de manière immédiate.

La représentante de SUD dit que quand il y a une prise d'otages ça lui paraît quand même un critère important.

Monsieur DI MASCIO répond qu'effectivement il y a eu des cas où il y a eu des couteaux qui sont sortis, il peut y avoir des complications médicales graves. Il dit qu'il y a plusieurs critères comme ça qu'on peut identifier comme étant source d'alerte de la F3SCT.

La représentante de SUD dit que quelqu'un qui se fait étrangler, ça ne passe pas.

Monsieur DI MASCIO dit que la question c'est de définir quelque chose d'exhaustif. Il dit que si on leur transmet que les FEI où quelqu'un se fait étrangler, ça ne fera pas le tour du sujet. Il dit qu'on n'est pas obligés de le décider là.

La représentante de SUD dit que normalement ils doivent informer la F3SCT dès qu'il y a quelque chose de grave. Elle demande si quelqu'un qui s'est fait étrangler ce n'est pas grave.

La représentante de la CGT demande s'il veut voir le baromètre de la gravité.

Monsieur DI MASCIO dit que la question c'est est-ce qu'ils leur envoient les 4900 FEI, pourquoi pas il n'a pas d'opposition à ça. Ou quel est le niveau d'information qu'ils souhaitent.

Le Docteur HERMELIN dit qu'ils ne vont pas envoyer tous les FEI, mais éventuellement les 200 qui concernent la violence. De la même façon qu'ils mettent la santé au travail en destinataire, elle dit que s'ils donnent des interlocuteurs ils peuvent tout à fait les mettre en destinataire. Elle dit qu'ils n'envoient pas les FEI par mail car ce n'est pas possible avec le logiciel. En revanche ce qui est possible, parfois il y a des gens qui déclare quelque chose en mineur ou modéré et eux se disent que non ce n'est pas mineur, souvent il y a une sous-estimation. Elle dit que par exemple le pôle PA systématiquement ils sont au courant, ça fait la boucle. Elle imagine que dès qu'il y a une FEI au pôle PA elle imagine qu'ils sont au courant par leurs collègues, que ça tourne. Pour les autres, on leur donne des destinataires. Elle dit qu'il y a des représentants de la F3SCT à la COVIRISQUE, est-ce que ce sont ces personnes-là qui sont destinataires. Elle dit qu'avec ENOV c'est nominatif, il faut des référents, des noms.

Madame BIANCO dit qu'ils ne peuvent pas mettre 10 personnes, il leur faut 2 noms.

Monsieur DI MASCIO dit qu'il y a une secrétaire.

Le Docteur HERMELIN demande combien il y en a, une et une suppléante.

Une représentante de SUD répond deux, secrétaire et adjointe.

Madame BIANCO note les noms de la secrétaire de la F3SCT ainsi que celui de son adjoint pour les mettre en destinataires des prochains FEI.

Une représentante de SUD demande si au niveau des FEI, il n'y aurait pas la possibilité d'augmenter les critères. Ça a évolué et peut-être qu'on peut faire évoluer les FEI pour que les déclarations soient plus fluides parce qu'un agent ne va pas dire « tiens je vais dire un critère au hasard ». C'est un problème qui s'est réellement passé parce que ce n'était pas dans le descriptif.

Madame BIANCO répond que ce sont eux après qui essaient de classer les formes de violences en fonction de ce que les agents déclarent. Elle dit que dans ENOV il y a 2 intitulés pour les violences, ce sont les agents qui choisissent un grand champ et après ils décrivent.

Le Docteur GUELA dit que sur l'appréciation elle est parfois bizarre. Elle dit qu'il est arrivé de répondre qu'une violence était graduée faible quand c'est une insulte sexiste elle dit qu'elle n'appelle pas ça faible. Elle dit qu'il va falloir s'entendre sur le baromètre de la gravité. Elle dit que l'insulte sexiste n'est pas faible, d'autant plus que c'est fait pas un professionnel qui devrait être formé puisqu'il est garant d'une forme de sécurité. Elle dit qu'elle est toujours un peu étonnée de la hiérarchisation de la gravité des violences.

Une représentante de SUD dit qu'ils soient mis au courant avec les FEI c'est une chose, mais elle demande sur certains faits vraiment très grave s'ils ne sont pas censés être mis au courant tout de suite maintenant.

Le Docteur GUELA répond que si tout de suite.

Le Docteur HERMELIN dit qu'elle est sûre que même eux ne sont pas au courant de faits très graves tout de suite. Qu'ils ne pourront communiquer que ceux dont ils ont connaissance.

La représentante de SUD dit que le sujet sur lequel ils doivent discuter c'est à quel moment ils sont mis au courant tout de suite.

Une représentante de SUD dit que normalement c'est automatique, que les textes sont clairs. Normalement dès qu'il se passe quelque chose de grave la F3SCT doit être réunie.

Madame BIANCO dit que là après ça sort de leur champ. Elle précise qu'ils ont qu'un champ qui est dans le champ de la qualité et gestion des risques, mais après ça peut être une situation de violence où c'est le service sécurité qui est plus impliqué et qu'eux ils n'en ont pas forcément la déclaration et que l'agent en priorité n'a pas fait sa déclaration ça peut se comprendre. Elle dit qu'ils n'ont pas l'exhaustivité des situations.

Le Docteur HERMELIN dit que s'ils veulent l'exhaustivité des situations, il faut voir avec les cadres des services concernés ou les agents eux-mêmes, les médecins ou chefs de service, ou responsables. Parce qu'il n'y a pas que les services médicaux, il y a aussi les services techniques.

Une représentante de SUD dit qu'à partir du moment où ça remonte à l'administrateur de garde c'est à ce moment-là qu'ils sont censés être mis au courant.

Madame BIANCO répond que oui normalement c'est à ce moment-là, sauf que ça doit même remonter jusqu'au Directeur ou administrateur de garde.

Un représentant de SUD dit qu'il y a eu des cas où ça n'est pas remonté au Directeur. Elle dit que par exemple l'agent de sécurité qui s'est fait agresser n'a pas vraiment eu le temps de faire sa FEI.

Madame BIANCO dit que justement c'est pour ça que ce ne sont pas eux qui sont en première intention, forcément les plus à même. Ils ne vont pas faire leur FEI en première intention. Elles les ont plutôt après à postériori.

Une représentante de SUD demande donc à quel moment ils sont informés.

Monsieur DI MASCIO dit qu'effectivement c'est ça le sujet et ça vaut le coup d'en rediscuter à tête reposée et sans agressivité. Il a en tête des situations dans certains secteurs, il pense à la pédiatrie et des situations très lourdes et compliquées à gérer pour les professionnels. Il demande comment on les informe et derrière comment la F3SCT peut gérer ce genre de sujets. Il pense à la pédiatrie, il a plein d'exemples en tête. Il dit que parfois il y a des conséquences pour l'agent, par exemple en termes de blessures, et parfois indépendamment des blessures il y a un impact psychologique qui la encore n'est pas complètement évident à mesurer parce que pour que ça remonte au niveau de la direction il y a un certain nombre de filtres. C'est-à-dire que le cadre reçoit l'information, il la transmet à son N+1 et la façon dont s'est présenté, le sujet peut revenir d'une façon dont on a le sentiment que c'est parfaitement maîtriser, que l'agent il a repris le boulot, que ça va etc. Donc aller identifier une situation qui en réalité quand bien même l'agent a repris le travail et bien enfaite il est hyper choqué de ce qui s'est passé etc. Il dit que ce n'est pas si facile à identifier. C'est pour ça que c'est un travail qui doit être fait conjointement, il dit qu'eux aussi ils ont leurs alertes par les professionnels. Il faut qu'on puisse poser le sujet, il parle de critères parce que c'est le terme. Est-ce que c'est les conséquences médicales, est-ce que c'est l'impact psychologique, c'est ça qu'il faut définir.

Une représentante de SUD dit qu'il le dit lui-même, on ne peut pas attendre les conséquences vues que les conséquences peuvent mettre des mois des fois.

Monsieur DI MASCIO dit que des fois dans des situations d'agression qu'ils ont eu à traiter en F3SCT, en premier niveau l'administratrice de garde avait le sentiment que c'était géré qu'au fond l'agression n'était pas si grave. Les conséquences on les voit après parce qu'on a l'information médicale qu'enfaite l'agent a une blessure très grave et invalidante, etc. Il dit que c'est le caractère d'immédiateté. On est prêts à les informer de façon immédiate des choses graves, ce qu'il dit c'est que définir la gravité à chaud ce n'est pas si évident que ça parce qu'on a l'information du cadre, différents canaux. Vous avez l'agent qui va dire en premier niveau que ça va, qu'il gère, qu'il n'y a pas de problème sauf qu'il est hyper choqué par ce qui s'est passé et ça a des graves conséquences.

La représentante de SUD dit qu'elle ne comprend pas ce qu'il dit parce que c'est de la que doit se faire la réunion du F3SCT. Vu qu'il y a le médecin du travail présent il y a tous ceux qui sont concernés qui vont pouvoir discuter de ça. Donc il n'y a pas de discussion de grave ou pas grave, la gravité elle se verra sur le jour même.

Monsieur DI MASCIO dit que pour faire la F3SCT ils doivent dire que là c'est suffisamment grave pour faire un sujet F3SCT. Il dit qu'il y a des trucs qui vont être limpides, quelqu'un qui est blessé avec un diagnostic vital engagé.

Une représentante de SUD dit que jusqu'à aujourd'hui ça ne s'est pas fait.

La représentante de la CGT dit que ce n'est pas si limpide que ça.

Monsieur DI MASCIO dit que c'est ça le sujet, sur quelle base. S'il y a des choses qui vont être évidentes, d'autres ça va être un peu plus délicat à analyser. Et sur la masse, une masse qui est extrêmement conséquente parce qu'on a les chiffres là et ça donne une vision de caractère malheureusement très récurrent de ces problèmes-là.

Une représentante de SUD demande quel est l'intérêt d'avoir ces critères-là s'il dit que parfois pour certains agents c'est minoré, et Monsieur DI MASCIO l'a remarqué les cadres considèrent parfois que ce n'est pas un incident grave. Elle demande à quoi ça sert d'avoir ce critère de gravité, finalement est-ce qu'il sert à quelque chose dans la prise en charge des FEI.

Madame BIANCO dit qu'eux ils ne posent pas le critère de gravité. Eux ils recueillent simplement les formes de déclarations des agents, c'est-à-dire les formes que ça prend mais eux n'impliquent pas un critère de gravité. Systématiquement, en fonction de ce qu'ils peuvent percevoir, que ce soit mineur ou plus grave, tout agent a un courrier. Dans lequel on lui dit qu'il peut s'adresser au service de santé au travail, qu'on est à sa disposition et qu'on peut l'accompagner au dépôt de plainte et qu'on est à son écoute. Elle dit qu'ils ne mettent pas de seuil donc c'est systématiquement. Et à partir de là sur les situations qu'on peut entrevoir dans les FEI, les juristes reprennent contact avec les professionnels pour comprendre un peu, discuter avec les cadres pour savoir si on va jusqu'au dépôt de plainte, est-ce qu'on fait un signalement au procureur etc. c'est cette discussion qu'ils font en deuxième intention après avec l'encadrement et les agents. Elle dit que souvent en première intention les agents disent que ce n'est pas grave, et on sait très bien que souvent en première intention ça peut ne pas être grave et puis après ça a des conséquences ultérieures.

Le Docteur GUELA demande si elle est en train de dire qu'à chaque fois qu'il y aurait une FEI, qui en plus sont sous-estimées par rapport au nombre de violences, ils vont rencontrer les agents.

Madame BIANCO dit qu'ils rentrent en contact avec eux pour certains.

Le Docteur GUELA demande si c'est pour tous.

Madame BIANCO répond quasiment. Son service rentre en contact avec certains.

Le Docteur GUELA dit que c'est que pour certains.

Madame BIANCO dit que c'est pour certains. Par exemple en USC où c'est un patient souffrant d'un trouble cognitif où il a griffé l'agent ils font une demi-mesure mais ils discutent, ils sont très souvent en contact avec Karen RETORET sur ces situations puisqu'elle gère la situation des risques. Elle dit que comme elle l'a dit tout à l'heure, ils essayent. Ils ne sont pas exhaustifs, ils n'ont pas la prétention de traiter toutes les FEI. Mais au regard de ce qui est décrit, elle dit que si les gens ont pris la peine de faire une FEI c'est que c'est important pour eux et qu'à un moment donné faut se poser des questions. Deuxième niveau, au regard de ce qu'ils écrivent, elle dit qu'humblement ils essaient de comprendre. Ils essaient de prendre contact avec le service, ils essaient de discuter avec le cadre, ils prennent contact avec l'agent. Elle dit que des fois les gens sont même surpris, ils disent qu'ils ne vont pas aller jusqu'au dépôt de plainte mais c'était important pour eux de le signaler. Elle dit qu'ils n'ont pas la prétention de faire cette analyse, ils n'ont pas les moyens et ce n'est pas leur boulot mais tout au moins c'est de porter déjà une attention et une écoute. Et de se dire comment eux, en tant que responsable de la qualité et de la sécurité des soins et le domaine relation police-justice puisqu'elle a cette casquette-là, comment ils peuvent faire avancer les choses humblement.

Le Docteur HERMELIN dit que ce qui pourrait être intéressant c'est de voir par rapport à toutes les FEI qu'on leur transmet, le taux des professionnels qui contactent le service de santé au travail pour savoir s'ils vont les accompagner, s'il y a une aide psychologique. Elle dit qu'eux ils n'ont pas le retour.

Le Docteur GUELA dit que ce n'est pas dans le sujet.

Le Docteur HERMELIN dit que si, ça serait aussi important de savoir par rapport aux violences qui sont signalés par des agents qui ont vécu un évènement comme une violence à un moment donné, est-ce qu'ils sollicitent le service de santé au travail pour une aide psychologique.

Madame BIANCO que ça pourrait être intéressant la proportion.

Le Docteur GUELA dit que ce n'est pas le sujet sur l'analyse. Elle dit que la prévention qui se base essentiellement sur des préventions collectives, si on veut qu'il y ait un impact, la plupart des violences, dans ce qui sort des ministères mais aussi des sciences sociales sont liées aux organisations. Ça n'empêche pas qu'individuellement ils viennent les voir, mais ça ne reflète pas la problématique. C'est une conséquence. Elle pense qu'on n'agit pas sur les causes en traitant les conséquences. Il faut identifier une cause, et donner des moyens aux causes pour éviter les conséquences. Elle demande comment traiter avec la cellule qualité, avec le F3SCT, avec le service de santé au travail, comment définit-on les critères de gravité. Dans la gravité c'est comme les accidents de travail, il y a la gravité dès qu'il y a une violence physique et/ou un arrêt de travail donc il faudrait les croiser, et puis il y a la fréquence. Ce n'est pas parce que l'insulte est une incivilité on se dit que ce n'est pas grave, mais quand c'est répété 10 fois par jour pour le même soignant ça devient super grave. C'est les mêmes critères quand ils analysent les accidents de travail, il faudrait aussi analyser les FEI de la même façon. Ces critères là on peut effectivement les définir tous ensemble pour pouvoir trouver à la fois les causes en les définissant mieux tous ensemble dans le même but. Quand Monsieur DI MASCIO parle de filtre on ne sait pas lesquels, on ne comprend pas bien. On a des filtres au service de santé au travail, on a des filtres chacun individuellement. Elle dit qu'il ne faut pas avoir des filtres chacun individuellement ou sur la vitesse du vent. Il faut avoir des filtres communément admis, qui peuvent aussi être évolutifs et puis voir ce que ça en fait en analysant tous ensemble, c'est comme ça qu'il faut commencer. Parce que sinon on ne sait pas ce qui passe à travers le filtre. Elle dit qu'un critère de fréquence sur une incivilité où on pense que ce n'est pas grave, et finalement c'est grave. Elle dit qu'on voit bien qu'on n'a pas les mêmes critères. Si on se met tous autour de la table à un moment de façon répétée, soutenue, volontaire, institutionnelle, on va arriver à quelque chose. Elle dit que ça fait 6 ans qu'elle est là, 6 ans qu'on parle toujours de la même chose et peu de choses ont avancé notamment pour venir en aide aux soignants et pour venir répondre à la santé, à la sécurité à la fois des soignants mais aussi des patients. La sécurité des soins ne peut pas répondre à des critères de qualité quand les soignants ne sont pas en nombre, quand ils sont maltraitants.

Madame BIANCO dit que c'est pour cela qu'ils ont pris le sujet à bras-le-corps.

Le Docteur GUELA dit que si on ne traite pas ça très en amont en traitant les causes et en ayant des actions pour trouver ces causes, dont les critères quantitatifs montrés tout à l'heure mais aussi de tri, de filtre, de priorisation. Il faut tous se mettre d'accord sur ce qui définit effectivement un critère de violence. Il faut qu'on soit tous d'accord pour qu'on parle de la même chose. Sinon on ne parle jamais de la même chose et on ne sera jamais d'accord.

Le Docteur BONNET dit que quand ils se sont demandé comment évaluer l'impact psychologique, c'est clairement l'impact sur la santé au travail.

Monsieur ARRIL dit qu'il faut définir qui le fait, quand on le fait et dans quelles conditions. Peut-être pas aujourd'hui mais il dit être prêt. Il y a des éléments qui nous transcendent. Ce n'est pas pour autant qu'il faut les écarter ou les occulter, en revanche on n'est pas une officine du CNRS. Il demande en local, que peut-on faire. Même s'il y a des éléments, parce qu'ils nous transcendent, que l'on doit faire remonter. Il faut que l'on puisse définir en local ce que l'on fait et comment on agit. Il y a une volonté qui s'est exprimée. Il faut que ça rentre dans les faits, qu'on la rende agissante cette volonté. Il dit qu'il s'y engage à le faire avec eux, il faudra définir quelles sont les parties prenantes. On ne peut pas être mille, mais il faut un petit groupe qui travaille sur ces sujets-là.

Le Docteur HERMELIN dit que c'était l'idée du groupe de travail qu'ils avaient créé avec Monsieur CHEVALIER. Quand elle est arrivée à la coordination des risques en 2023, avec M. DI MASCIO ils avaient demandé à M. CHEVALIER de créer un groupe où ils avaient associé les syndicats, la santé au travail, pour avancer là-dessus. C'est vrai qu'ils n'ont pas pu avancer aussi vite qu'ils voulaient, mais elle pense qu'il y a eu des petites choses qui ont été faites, il y a eu des formations supplémentaires qui ont été réalisées, il y a eu des affiches. Elle dit que ce n'est pas suffisant mais il y a plus de déclaration donc ça veut dire aussi que les soignants ont compris qu'il fallait déclarer. Elle pense qu'ils ont essayé de faire avancer, pas aussi vite qu'ils le voudraient mais c'est un sujet qui leur tient à cœur. Elle remercie Monsieur ARRIL de répondre à cette demande.

Une représentante de SUD dit que sur les FEI elle avait demandé si c'était possible de faire en anonyme, on lui avait répondu que si.

Le Docteur HERMELIN confirme.

La représentante de SUD dit qu'elle avait essayé et que ce n'était pas possible.

Le Docteur HERMELIN répond que c'est peut-être avec la nouvelle procédure, en tout cas avec l'ancienne on pouvait. Elle dit qu'elle a des agents au niveau de la pharmacie qui en ont fait en anonyme et ça marchait. Elle dit qu'ils les voient arriver et il n'y a pas de nom, et sur ces FEI là quand elles arrivent en cellule de veille elles sont au nom de l'ingénieur qualité qui fait les extractions Manon RENONCET. Elle dit que peut-être il faut rediffuser la procédure. Ça veut dire que ce n'est pas clair. Elle va demander à ce que ça soit recommuniqué.

Une représentante de SUD dit qu'elle a un problème avec la FEI en tant que telle. Elle dit que la FEI à la base était faite pour faire un travail dessus. On la retrouve en conseil de discipline où on nous sort les FEI. Jamais une FEI ne doit être mise sur un conseil de discipline, c'est fait pour l'étude donc jamais ce n'est fait pour inculper quelqu'un sur des faits.

Le Docteur HERMELIN demande qui ressort le FEI, si ce sont les cadres.

La représentante de SUD répond que c'est leur Direction et des cadres.

Madame BIANCO répond que normalement ça n'a pas lieu.

La représentante de SUD répond qu'on est d'accord, sauf que là c'est ce qui est fait.

Le Docteur HERMELIN dit que quand les analyses sont réalisées les RMM, et même ce qui est déclaré à l'ARS, ils sont vigilants à ce que tout soit anonymisé et en fin d'année il y a un travail qui est fait avec les ingénieurs qualité parce que parfois quand on déclare des FEI il y a même les noms des patients. Donc ils anonymisent tout, à la fois les noms des patients et les noms des soignants.

La représentante de SUD dit que ça joue beaucoup sur le fait de pas vouloir. Elle dit qu'ils vont devenir de plus en plus réticents.

Le Docteur HERMELIN dit qu'elle est déjà allée dans des services où il y avait des tensions, elle a en tête un service où il y avait notamment des tensions entre le corps médical et l'encadrement. Elle a été amenée à aller en réunion de service pour réexpliquer à tout le monde les FEI. Et donc ces FEI là ont été supprimés puisqu'elle avait réexpliqué aux professionnels concernés que les FEI n'étaient pas des moyens d'échanger et de critiquer tel ou tel collègue. Donc ces FEI, quand ils les voient arriver en cellule de veille, ils les suppriment et après ils font ce travail là auprès des soignants.

La représentante de SUD dit qu'il faudrait avoir la discussion avec la Direction qui n'a pas l'air de comprendre ce genre de chose et qui ne renvoie pas aux cadres qu'une FEI n'est pas à utiliser sur un conseil de discipline.

Monsieur DI MASCIO dit que ça a pu arriver qu'ils mettent une FEI dans les éléments qu'ils ont pour porter au dossier. Il dit qu'il est prêt, si c'est la doctrine de la qualité, à ne jamais utiliser de FEI en cas de conseil de discipline. Il dit que des fois quand ils ont des alertes on leur dit qu'ils n'ont rien fait alors qu'il y a eu une FEI de faite. Il y a aussi ça, on a des éléments il faut bien les exploiter aussi.

La représentante de SUD dit qu'il faut surtout arrêter d'être toujours dans la sanction. Elle dit qu'il faut respecter ce qu'est une FEI sauf que jusque là ils ne le faisaient pas. Elle dit l'avoir dit plus d'une fois que ça n'avait pas lieu d'être dans un conseil de discipline.

6. Certification HAS : présentation au 6^{ème} cycle

Madame BIANCO dit cap sur 2027, on va revivre la visite des experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé normalement en avril 2027. Dans le cadre de cette certification, il faut savoir que la FHF a diffusé un nouveau cycle donc le 6^{ème} cycle qui fondamentalement reste à l'identique du 5^{ème} cycle, excepté quelques points de vigilance ou de modifications mais dans l'état d'esprit ça reste à l'identique.

Elle fait la présentation.



Les 3 ambitions du 6^{ème} cycle

- ❖ Renforcer les exigences sur les enjeux clés (environnement, numérique).
- ❖ S'adapter aux priorités de santé publique (mortalité infantile, erreurs médicamenteuses, antibiorésistance).
- ❖ Faire du patient un partenaire des professionnels de santé pour sa prise en charge individuelle et à l'échelon collectif des structures de soins (projet des usagers, patients experts).

Généralités – Ce qui ne change pas



Le Docteur HERMELIN dit que la dernière fois pour les problèmes de stockages dans les frigos et pour la prise en charge de la douleur aux urgences ce sont les 2 grands items qui leur avaient été mis en exergue comme étant non satisfaisant, et ils avaient eu pour ces 2 items là plusieurs fiches anomalies. Dorénavant, il y aura pour un problème, qu'une seule fiche anomalie. Mais il faut savoir que pour les établissements qui ont vécu cette nouvelle certification soit en expérimentation, soit maintenant que c'est lancé, des établissements qui étaient à 90-95% de satisfaction comme nous avons pu l'être c'est fini maintenant. Dès qu'il y a une anomalie qui est détectée ça engendre une fiche anomalie notamment pour les critères impératifs, dès qu'il y a un seul « non » ça entraîne une chute. Ce qui fait que globalement les établissements qui étaient à 95% la dernière fois, tombent à 75%. C'est national c'est comme ça. Ce qui fait qu'un établissement qui a été certifié comme nous, au lieu d'être à 95 % on sera à 75 %.

Une représentante de SUD dit que c'est un peu plus réaliste.

Le Docteur HERMELIN dit que l'idée c'est d'améliorer le calcul des scores pour être plus réaliste par rapport au terrain. Mais c'est toujours pareil, il y a toujours 3 chapitres avec le même nombre d'objectifs par chapitre. Mais il y a un meilleur équilibre des critères, certains critères qui n'étaient pas impératifs le sont devenus, d'autres critères impératifs ne le sont plus, ça s'équilibre. Elle dit qu'il peut y avoir une replanification d'une nouvelle visite dans les 6 mois à 2 ans lorsqu'il y a des choses qui ne vont pas.

Madame BIANCO dit qu'on définit des critères qui seront revus par cette commission de certification, ou bien sûr qu'en fonction de la criticité des dysfonctionnements, l'ampleur des améliorations et la capacité de l'établissement à rebondir, à partir de là ils replanifieront la visite entre 6 mois et 2 ans. Ils ont annoncé clairement ces critères-là, ils les ont rééquilibrés et harmonisés. Elle poursuit la présentation.

Généralités – Ce qui change

Fiches anomalies:

- ❖ 1 seule fiche anomalie ouverte par critère Impératif (dès qu'il y a un « Non » pour un élément d'évaluation)
- ❖ Dans une fiche anomalie, plusieurs anomalies peuvent être listées

Optimisation : amélioration du calcul des scores

- ❖ 3 chapitres avec un même nombre d'objectifs par chapitre
- ❖ Meilleur équilibre des critères

Replanification des visites: entre 6 mois et 2 ans, date définie par la commission de certification sur la base de 3 critères :

- ❖ Criticité des dysfonctionnements
- ❖ Ampleur des améliorations à apporter
- ❖ Capacité de l'établissement à se mobiliser

4

Généralités – Ce qui change

-  De nouveaux critères sont intégrés.
-  Des critères standards passent en critères impératifs.
-  Des critères avancés passent en critères standards.



118 critères (132 dans le 5^{ème} cycle) → Thèmes moins dispersés, rassemblement des critères pour plus de lisibilité (ex: hygiène, check-list, ...)



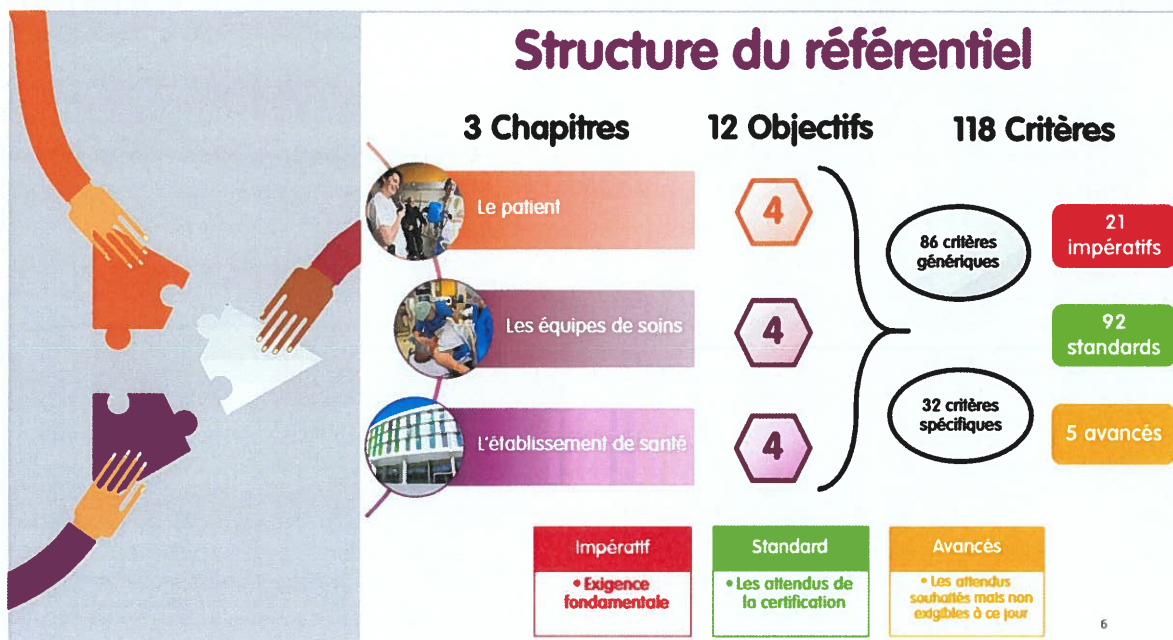
21 critères impératifs (4 de plus que dans le 5^{ème} cycle !)



5 critères avancés

5

Structure du référentiel



6

Structure du référentiel



Le patient

Objectifs

4

Le respect des droits du patient

L'information du patient

L'engagement du patient dans son projet de santé

L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

6 critères impératifs

7

Structure du référentiel



Les équipes de soins

Objectifs

4

La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

La maîtrise des risques liés aux pratiques

La sécurité dans les secteurs à risques majeurs

Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

12 critères impératifs

8

Structure du référentiel



L'établissement de santé

Objectifs

4

Le management global par la qualité et la sécurité des soins

La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Le positionnement territorial

L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

3 critères impératifs

9

Renforcement des exigences sur :



Secteur des urgences
Dont filière d'hospitalisation directe personne âgée, lien ville-hôpital et intra-filières

Nouveau critère impératif:

L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées



Santé mentale et psychiatrie
Dont pratiques d'isolement / contention, risque suicidaire et PEC somatique

Nouveaux critères impératifs:

Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

Les équipes respectent les bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention des patients hospitalisés sans consentement

10

Une représentante de SUD demande si la prévention des transferts évitables de personnes âgées est vraiment un critère impératif.

Madame BIANCO confirme que oui, elle dit que ça peut nous poser problème mais pas qu'à nous.

Le Docteur HERMELIN dit qu'avant c'était conseillé mais que maintenant ça fait partie des critères impératifs.

Une représentante de la CFDT dit que là on est mal.

Madame BIANCO dit que tout au moins il faut montrer notre intention d'avoir un projet ou des actions qui font que l'on travaille sur ce sujet-là, et bien sûr ils ne peuvent pas le faire tout seul puisque ça nécessite de travailler avec l'extérieur, avec la ville. Elle pense que c'est un sujet qui pour nous peut être un peu compliqué mais il ne faut pas oublier que c'est aussi l'intention qu'on a et les actions que l'on a menées pour concourir à améliorer. C'est toujours dans cet état d'esprit là. Elle dit qu'on ne va pas cocher de manière merveilleuse tous les critères, mais c'est de se dire par rapport à cette notion de transferts évitables des personnes âgées ou tout au moins qu'ils évitent le passage par le service des urgences, que fait l'établissement pour limiter ou faire en sorte que. Elle dit qu'on sait très bien qu'on n'aura pas de réponse car le contexte est compliqué sur notre département, donc on sait très bien qu'on ne va pas résoudre tous les problèmes. Elle poursuit la présentation.

Renforcement des exigences sur :



Patient partenaire
Dont patient expert, PROMS et projet des usagers

Nouveau critère impératif:

La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte



Enjeux environnementaux
Dont soins éco-responsables, transition écologique

Nouveaux critères standards:

L'établissement s'engage dans des soins éco-responsables

L'établissement agit pour la transition écologique

11

Madame BIANCO dit que c'est quelque chose qui a été plutôt bien travaillé dans l'établissement parce qu'il y a Isatis, ils ont fait toute la refonte de leurs questionnaires de satisfaction, ils ont amélioré le taux de retour et ils ont mis en place le recueil du récit expérience

patient. Chose qu'ils ont piloté depuis l'année dernière, ils se sont formés au recueil du récit de l'expérience patient. Il faut savoir qu'ils l'ont développé sur 3 parcours de soins et qu'ils en font un dispositif de formation qu'ils proposent dans le cadre du GHT. Ils espèrent pouvoir en faire un parcours inter-établissements dans le cadre du recueil de cette expérience patient. Le projet des usagers il est déjà existant puisque nous sommes dans notre 2^{ème} réitération de notre projet des usagers et la dernière avec la CDU ils sont en train de procéder à l'évaluation à 1 an de sa mise en œuvre où ils ont quand même avancé plusieurs actions. Elle poursuit la présentation.

Une représentante de SUD demande ce que sont des soins éco-responsables.

Le Docteur HERMELIN dit qu'ils ont travaillé déjà avec le Docteur MATHONET et Laurent BOULAIN notamment en réanimation médicale. Les éco-soins c'est par exemple, quand ils font les marchés car elle est responsable des marchés des médicaments, bien sûr ils prennent en compte le prix du médicament, mais à prix égal ils vont privilégier une fabrication française au moins avec des usines en France pour faire travailler des français, sinon Europe, et à défaut au monde. Ça ils l'ont intégré avec le GCS de Blois avec qui ils travaillent pour les achats dans leurs notations pour les fournisseurs. Elle dit que c'est un critère de choix, elle dit que quand la pharmacie reçoit des médicaments, ils essaient qu'ils viennent de France, elle pense notamment aux héparines de bas poids moléculaires. Aussi, il y a un but dans la pertinence des soins et donc dans les économies, par exemple sur de l'usage unique on essaie de revenir des fois à du re-stérilisable parce que ça fait moins de déchets. Ils ont travaillé au printemps, ils ont récupéré les poubelles du bloc opératoire, de l'anesthésie, de la réa néonatal, de la réa médicale et c'est une étude qui a été faite à l'échelle nationale et le CHU d'Orléans a participé. Ils avaient mis des gants et puis ils regardaient ce qu'il y avait dans les poubelles et ils notaient tout pour tracer. L'idée c'est d'arriver vers des soins où ils auront moins de déchets et où la production des produits qu'ils achètent est plutôt en France pour avoir des bilans carbone les plus bas possibles. Ils ont fait le bilan carbone de la réa médicale en 2023 et 2024. En 2023, le CO2 dégagé par le bilan carbone, sans être hyper précis, c'était à peu près la taille du nouvel hôpital. Elle dit que ça inclut les produits de santé, les transports des patients, les transports des professionnels, la consommation. Ils incluent tout un tas de critères, si ça les intéresse le Docteur MATENET et elle peut leur fournir les études.

Une représentante de la CFDT dit qu'on va revenir comme avant.

Le Docteur HERMELIN répond qu'on ne va pas revenir comme avant mais l'idée c'est peut-être aussi de privilégier au niveau des achats, parce qu'un des gros points c'est vraiment les achats des produits de santé pour un hôpital, c'est d'essayer de privilégier la production au moins française voire européenne. Ça c'est important déjà si on peut.

Renforcement des exigences sur :

Maternité et périnatalité
Dont risques obstétricaux majeurs, prise en charge du nouveau-né

Nouveaux critères impératifs:

- Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs
- Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né

Nouveau critère standard (ancien critère avancé):

- Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité

Une représentante de SUD dit que c'est pour ça qu'ils ont relancé la préparation à l'accouchement.

Madame BIANCO répond qu'elle n'était pas au courant et qu'elle l'apprend. Elle dit que c'est une bonne nouvelle. Elle dit que durant la semaine sécurité patient, comme ce secteur est à risques majeur et va être très fortement étudié par les experts visiteurs, ils ont lancé l'enquête de sécurité des soins sur le bloc obstétrical pour voir le niveau d'acculturation des professionnels du bloc obstétrical sur la notion de sécurité des soins et de gestion des risques donc c'est un atout aussi. Parce qu'à partir de là, de cette enquête, ils vont pouvoir lancer un plan d'action et pouvoir travailler avec les professionnels sur cette thématique-là. Dans la semaine sécurité patients, c'est aussi un plus, le pôle femme-enfant a été très moteurs sur la thématique « sécuriser les soins dès la naissance ».

Renforcement des exigences sur :



Prise en charge médicamenteuse
Dont prescription, administration,
antibiotiques et auto-administration (PAAM)

Nouveaux critères impératifs:

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments 🚫

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments 🚫

Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse 🚫

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée 🚫

Nouveau critère standard (ancien critère avancé):

Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées 🚫

Nouveau critère avancé:

L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation 🚫

13

Le Docteur HERMELIN dit qu'il y a un nouveau critère standard anciennement critère avancé sur la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées. Elle dit qu'ils ont réalisé une analyse de risques sur les circuits des produits de santé, ils ont l'info en avant-première, ça va être dit aussi en CME. Il y avait certains services où ils allaient beaucoup, ils vont peut-être moins y aller au niveau des pharmaciens cliniciens ils n'ont pas plus de moyens. L'idée c'était de faire une analyse de risques sur le circuit en fonction de différents critères, c'est le travail de thèse d'une étudiante qu'elle encadre pour sa thèse et qu'ils font en partenariat avec Tours. L'idée c'est de voir des services, MPPU ils vont y aller c'est définitif, les chir elles vont toutes y aller, la pédiatrie où on ne les voyait pas trop elles vont y aller davantage, les EHPADs. Ils vont valider en systématique toutes les prescriptions d'EHPADs, ce qu'ils ne faisaient pas forcément. Ils vont reconsidérer tout ça parce que maintenant c'est un critère standard.

Une représentante de SUD demande qu'est-ce qu'on entend par « auto-administrations ».

Madame BIANCO répond que c'est le patient qui gère son traitement.

Le Docteur HERMELIN confirme et dit comment c'est tracé surtout. C'est-à-dire qu'ils l'avaient déjà, mais il faut qu'ils retrouvent s'ils avaient défini des critères qui décide que tel ou tel patient peut prendre son traitement de façon sécuritaire. Elle dit que comme c'est un critère avancé, ils se sont dit qu'humblement ils pourraient commencer par la maternité, ils ne se mettent pas trop en danger avec leurs profils. Ça montre notre bonne intention.

Le Docteur HERMELIN dit qu'ils ont déjà travaillé dessus, les choses ont progressées mais pas aussi bien qu'ils le voudraient.

Madame BIANCO dit qu'ils se sont dit qu'ils allaient éviter de passer par la médecine gériatrique, ça risque d'être un peu plus compliqué. Elle dit que c'est peut-être l'occasion d'avancer sur la maternité dans cette réflexion.

Renforcement des exigences sur :



Numérique et intelligence artificielle
Dont télésanté et dispositifs médicaux numériques

Nouveaux critères standards :

L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient

L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

Nouveau critère avancé:

L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

14

Madame BIANCO explique que le critère avancé sur « les outils technologiques sans finalité médicale pour améliorer son organisation » ça peut rejoindre le projet qu'ils avaient sur la gestion des plannings via l'IA. C'est un critère avancé donc ça peut montrer qu'on est un petit peu dans cette dynamique. Et peut-être d'autres sujets qu'on aura pu avancer sur ce domaine d'ici 2027.

Récapitulatif : les critères impératifs

1 Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé

2 Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur

3 Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante

4 Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités

5 La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte

6 Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments

7 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments

8 Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse

9 Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène

10 La pertinence des prescriptions des antibiotiques est argumentée et réévaluée

11 L'établissement impulse la déclaration des événements indésirables, dont les presque accidents

12 La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée

13 Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales

Enfants et adolescents

14 Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté

Psychiatrie et santé mentale

15 Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

16 Les équipes respectent les bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention des patients hospitalisés sans consentement

Maternité

17 Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né

18 Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs

Chirurgie et interventionnel

19 Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles

20 Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »

Personnes âgées

21 L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées

Déjà connu / Reformulation

Nouveauté / Exigence renforcée

Récapitulatif : les critères avancés

- 1 La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients (PROMs)
- 2 L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)
- 3 Des médecins et des équipes médicales sont accrédités
- 4 L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de simulation en santé
- 5 L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle

16

Madame BIANCO que le critère avancé 3 « des médecins et des équipes médicales accrédités », individuellement ils ont le listing, peut-être pas complètement exhaustif, des médecins accrédités. Et il faut savoir qu'on a une équipe médicale accréditée, c'est l'hépatogastro.

Le Docteur HERMELIN précise depuis de nombreuses années.

Madame BIANCO dit qu'un autre point important c'est celui sur les outils de simulation. Elle dit que c'est un point qu'ils vont revoir avec le centre de simulation pour répondre à ce critère avancé.

Méthodes d'évaluation - évolutions



Patient traceur & Observations : pas de changements



Parcours traceur : Intégration d'échanges avec le patient lors de la réalisation du parcours physique



Traceur ciblé: Ajout de 3 nouvelles cibles:

- Secteurs interventionnels (*chirurgie et interventionnel*)
- Electroconvulsivothérapie (ECT) (*Psychiatrie et santé mentale*)
- Isolement et contention (*Psychiatrie et santé mentale*)



Audit système : Ajout d'un audit système encadrement (Médical et Paramédical)

- Rôle de l'encadrement en termes de déclinaison opérationnelle sur le terrain, de management RH; Formation de l'accompagnement des managers à la réalisation de leurs missions (formation: gestion harcèlement, violences sexuelles et sexistes)

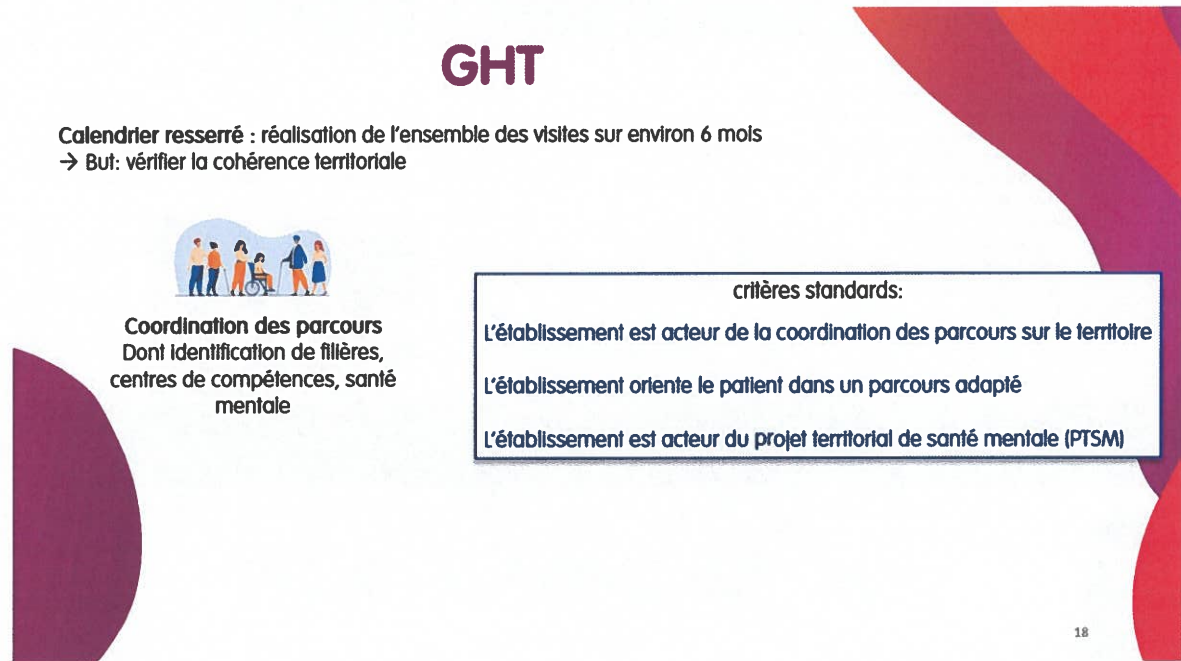
17

Au niveau des méthodes d'évaluation et d'évolutions, étant donné qu'il n'y a plus de médecin ETP sur l'hôpital depuis le départ en retraite du Docteur TOUQUET-GARNEAU, elle a assuré l'intérim avec le Docteur MATHONET, ils se sont partagés à minima ce qu'ils pouvaient sur ces missions qu'elle occupait. Au 1^{er} septembre ils ne pouvaient plus continuer. Ils ont maintenu les ETP qui existaient, ils n'ont pas pu en initier des nouvelles ni réaliser d'audit hormis les audits des frigos puisque comme c'était un critère défaillant lors de l'ancienne certification c'est là-dessus qu'ils vont être contrôlés. Au moment de la certification, ils regardent toujours ce qui n'allait pas la fois d'avant. Elle espère que les choses vont évoluer, ils en ont discuté avec les médecins qui sont experts visiteurs sur l'hôpital que sont le Docteur AUCHERES, le Docteur RUPP et Docteur ARNOULD. Elle dit que là ils ne sont pas bons parce qu'ils n'ont pas fait de patient traceur

depuis 2023, pas de parcours traceur ni de traceur ciblé. Elle dit qu'ils ont fait un traceur ciblé sur la blanchisserie au moment où il y a eu les problèmes de linge pour essayer d'avancer et de trouver des solutions.

Madame BIANCO dit qu'il faut qu'on réactive absolument dès cette année.

Le Docteur HERMELIN dit que l'on aura des parcours traceurs comme Pithiviers avait eu la dernière fois, où il y avait un parcours qui incluait un passage par la cardio du CHU d'Orléans. L'idée c'est de mettre en place des parcours traceurs toujours avec cette logique de lien ville-hôpital, de parcours de patients, peut-être des parcours sur l'ensemble des établissements du GHT. Ça serait de faire des parcours inter-établissements, c'est un des objectifs de la politique qualité du GHT.



Le Docteur HERMELIN dit qu'il y a un travail sur l'EPSM. Ils ont des FEI de GHT. Ils se sont réorganisés sur la gestion des FEI de GHT et il y a un gros travail qui est fait avec l'EPSM de Daumezon. Notamment l'autre jour, Dorine MARTIN FF Cadre de santé, sur le parcours qualité et gestion des risques et une ingénieure qualité ont rencontré les collègues de l'EPSM pour revoir des documents, la prise en charge et les hospitalisations.

Madame BIANCO dit entre nous et puis l'EPSM.

Le Docteur HERMELIN dit ce qui était évoqué tout à l'heure avec ces parcours de patients entre nos 2 établissements qui peuvent parfois poser problème.

Madame BIANCO dit que notre cellule de veille au sein du GHT on l'a restructurée en ce sens qu'on travaille les parcours patients inter-établissements. Quand on travaille sur des FEI, si par exemple ce sont des FEI entre Orléans et Pithiviers-Neuville aux Bois, les entités qualité des 2 établissements se rencontrent, ils échangent et ils voient comment ils répondent à la problématique et ce qu'ils peuvent actionner de part et d'autre au sein des établissements pour faire en sorte que ces événements ne se reproduisent pas.

Le Docteur HERMELIN dit qu'ils font des réunions en visio, uniquement les établissements concernés, et ils font une réunion en présentiel par an.


Madame BIANCO dit que s'ils peuvent ils en font 2 en physique, une en juin et une en décembre.

Monsieur ARRIL quitte la séance à 10h50.

7. Projet recueil dématérialisé du consentement du patient


Madame BIANCO dit que certains ont déjà eu la présentation. Elle dit recueil dématérialisé du consentement du patient que l'on appelle communément le eConsentement. Elle donne la parole à Monsieur MASCARENHAS pour les aspects périmètre du projet, aspects techniques et ils préciseront ensuite comment les choses vont se développer.

Monsieur MASCARENHAS fait la présentation.



Recueil dématérialisé du consentement patient

Copil qualité GHT du 3 mars 2025
Comité Des Usagers de GHT du 7 mars 2025
CMG du 13 mars 2025
CSIRMT CHUO du 20 mars 2025
CME CHUO du 24 mars 2025
COSTRA GHT du 28 mars 2025
CSIRMT GHT du 2 avril 2025
CTDS du 22 avril 2025
COPIL Qualité PIV-NAB du 21 mai 2025
F3SCT du 03 juin 2025
CME GH PIV NAB 25 juin 2025
F3SCT du 30 septembre 2025



projet « eConsentement » de GHT

1. Périmètre du projet
2. Bénéfices attendus
3. Fonctionnalités
4. Interface Utilisateur et Applicative
5. Modalités de déploiement

2

1 – Périmètre du projet

- Dématérialisation de tout type de consentement patient
 - ✓Consentement du patient à la recherche
 - ✓Consentement au soin
 - ✓Consentement à une intervention chirurgicale
- Dématérialisation de la signature électronique
 - ✓Document contractuel
 - ✓Document juridique (hospitalisation sans consentement)
- Déploiement dans tous les ES du GHT



→ La solution Clevernet éditée par G5 Digital a été retenue par un groupe de travail transversal GHT au cours du 2ème semestre 2023.

3

2- Bénéfices attendus du projet

- Traçabilité et simplification du processus de recueil des consentements par le patient et praticien
- Gain de temps pour libérer du temps administratif et médical
- Réduction du risque et coût juridique
- Contribution à la mission publique de recherche pour le CHU (Entrepôt de données)
- Valorisation des données patients

3 - Fonctionnalités

- Circuit du recueil du consentement patient dans Clevernet
 - Professionnel de Santé: dans un contexte UF donné, choix d'un type de consentement dans une liste, partage au patient
 - Patient : signature après consultation de la Fiche information
 - sur place en présence d'un professionnel de santé 
 - ou à domicile via un portail d'accès dédié 
- Scénario de signature par les parents pour un mineur
- Révocation du consentement
- Accès à l'historique des modifications avec auteur et date
- Signature de document hors santé (contractuel, juridique) conforme à la norme européenne eIDAS niveau « signature électronique avancée avec un certificat qualifié »

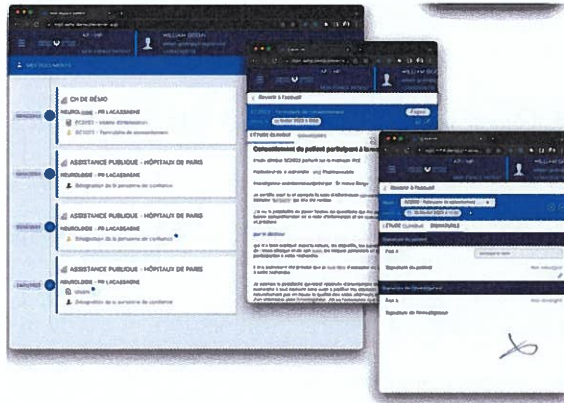
Madame BIANCO précise qu'Easily communique avec Clevernet. C'est souvent la question, on empile une solution mais ça ne communique pas entre les 2.

Madame BIANCO précise que sur la signature électronique, notamment pour l'hospitalisation sous contrainte, c'est quelque chose qu'il travailleront de manière très spécifique, il y avait une demande forte de l'EPSM donc ils sont intéressés pour travailler avec Clevernet compte tenu de leurs spécificités.

Monsieur MASCARENHAS ajoute qu'il y a 3 niveaux de sécurité, on est au 3^{ème} niveau européen donc ça certifie de manière assez probante. Ça remplace le papier quand on signe un document avec cette solution.

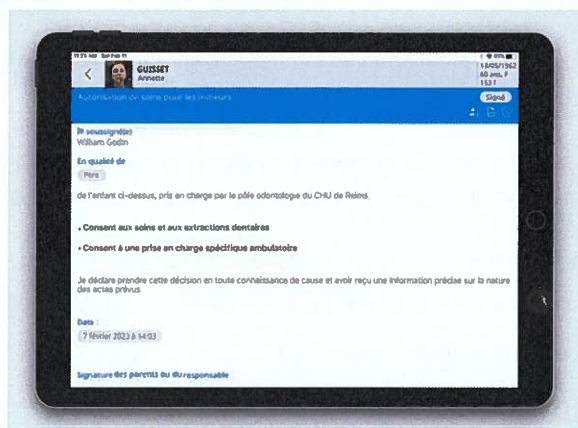
4 - Interface Personnel de Santé

- Accès à Clevernet direct ou via appel contextuel depuis le DPI



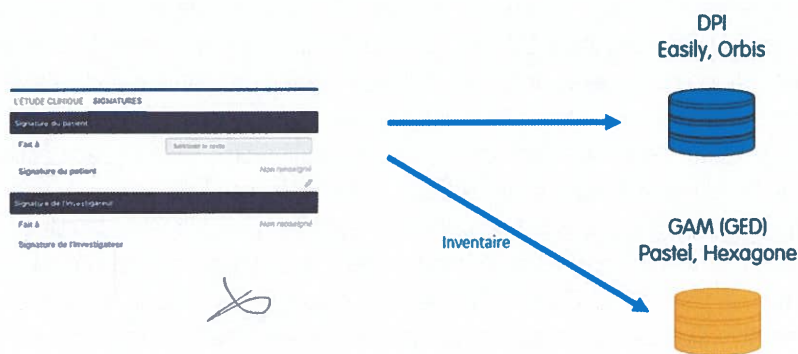
4 - Interface Patient

- Sur Tablette, PC et smartphone



Samsung Galaxy S9
Avec coque de protection
et poignée rotative

4 - Interface avec le Système d'Information



Consentement: dernier maillon de la chaîne de dématérialisation

5 - Modalités de déploiement

• Etape 1 : Déploiement sur le CHUO

- **Comité de projet** : V. Bianco (Directeur des soins Parcours, Qualité, Usagers) - F. Raffestin (Directeur DSN) - E. Mascarenhas (Chef projet DSN) - Dr I. Hermelin (Médecin Coordinateur Gestion des Risques associés aux Soins) - S. Pointu (Cadre supérieur pôle médecines oncologiques) - M. Julien (Coordinatrice des secrétariats médicaux) - J. Vilcot-Crépy (Directeur en charge de la Recherche) - E. Seche (Chef de projet de recherche) - L. Lerond (Juriste) - N. Mutez (Responsable du BCH) - Dr G. Muller (MIR) - Dr R. Popa (DIM-Identitovigilance) - J. Cadon (responsable Assistance aux Métiers du Soins, DSN) - K Montes Marin (DPO)
- **Recensement, harmonisation et révision (juridique) des documents de consentement existants** dans l'établissement
- **Formalisation du modèle de consentement pour l'utilisation des données personnelles** du patient à des fins de recherche ou à sa participation à un essai clinique
- **Service pilote** : Chirurgie urologique et digestive (3ème étage) ; e-consentement testé sur personne de confiance, directives anticipées, inventaire, autorisation d'opérer (adulte), autorisation anesthésie (adulte), recherche
- **Mise en place d'un « Groupe Ambassadeur »**
- **Suite au test, définition du calendrier de déploiement sur le CHUO** tout en intégrant au fur et à mesure des nouveaux consentements
- **Nécessité de travailler et de formaliser une procédure de gestion** du logiciel Clevernet

Madame BIANCO dit que le recensement et l'harmonisation des documents de consentement était un travail énorme. Quand ils se sont attelés sur le sujet ils ne pensaient pas qu'il y avait une charge de travail aussi colossale. Ils ont fait l'état des lieux avec Madame JULIEN sur tout ce qui était les consentements existants de l'établissement, entre ceux qui sont dans ENOV, ceux qui sont à la reprographie, ceux qui sont dans les services et pas forcément enregistrés, entre ceux qui sont dans un format différent, ceux qui sont conformes ou pas conformes d'un point de vue juridique. Elle dit que c'est énorme en termes de chantier. Ce comité de projet est assez conséquent parce qu'il interroge beaucoup de choses : l'aspect informatique, nos pratiques, l'aspect juridique. Il y a un travail d'actualisation qui est très conséquent. Elle dit que dans cette démarche projet et avec tout ce travail, c'était de savoir comment ils allaient s'y prendre. Ils se sont dit dans un premier temps qu'ils allaient essayer de trouver un service pilote, un service qui est volontaire et assez avancé dans la dématérialisation c'est-à-dire qui est assez sensible à la dématérialisation des documents y compris les équipes médicales, paramédicales, secrétariat, etc. le service qui leur est paru le plus à même de pouvoir faire ce test c'est le service de chirurgie urologique et viscérale.

Elle dit qu'au sein de ce service pilote ils ont testé le eConsentement sur personnes de confiance, qui est d'ailleurs une procédure GHT, mais ils se sont aperçus que ce formulaire était un peu obsolète puisque la DGOS avait sorti une nouvelle monture et qu'on ne l'avait pas actualisé. Ça veut dire qu'il faut revoir ce qu'on a mis dans notre GED dans ENOV, il faut la refaire valider au niveau du GHT et puis la mettre en version dématérialisée dans Clevernet. Elle dit que c'est ce qu'ils sont en train de faire, ils ont quasiment finalisé. Sur les directives anticipées, elle dit que c'est un vaste sujet et en plus sujet un peu complexe pour les soignants pour avancer. Ils se sont aperçus que le formulaire qu'ils pouvaient avoir pour les directives anticipées ce n'était pas non plus la dernière version. Elle dit avoir découvert que dans le DMP il y avait aussi les directives anticipées dématérialisées. Elle s'est dit qu'on n'allait pas faire notre propre

formulaire dématérialisé directives anticipées CHUO si c'est à l'identique de celui du DMP. Donc ils sont allés chercher dans le DMP pour reprendre la même monture des directives anticipées et qu'on soit tous alignés. Elle dit que pour l'inventaire on peut remercier le CHU de Poitiers parce qu'ils développent Clevernet et on travaille assez bien avec eux. Ils les ont rencontrés pour la cellule de gestion des lits. Ils leur ont dit qu'ils avaient travaillé sur l'inventaire, qu'il est prêt. Elle dit que sur l'inventaire, entre le CHU de Poitiers et nous, il n'y a fondamentalement pas de grande différence. Ils leur ont adressé, ils l'ont regardé et validé en Copil, ils ont juste aménagé quelques éléments qui étaient un peu plus spécifiques à Orléans. Et ils ont validé leur inventaire. Concernant aussi le domaine de la chirurgie, l'autorisation d'opérer. Normalement il y avait un travail qui avait été fait où tout le monde s'était accordé à avoir le même formulaire, donc la chirurgie semble s'accorder sur un formulaire, à part quelque chose à la marge comme l'autorisation d'opérer dans le cadre d'une amputation. Elle dit qu'ils ont découvert dans ce formulaire il était aussi demandé aux patients s'il était d'accord pour transmettre ses données à des fins de recherches alors qu'on n'a pas le droit d'un point de vue juridique. Sur une autorisation on ne peut pas solliciter l'autorisation du patient pour 2 éléments, donc ce qui veut dire que ça il fallait le retirer, il fallait réaménager aussi l'autorisation d'opérer et que tout ce qui concernait des éléments de données pour contribuer à des fins de recherches, il fallait l'extraire de ce document. Elle dit que c'est bon on y est arrivé. Ensuite, l'autorisation d'anesthésie. Elle dit que c'est un grand moment. Ils ont vu les autorisations d'anesthésie, on en a version papier, ils ont découvert aussi les autorisations d'anesthésier sur le site Jeanne d'Arc où on en a sous toutes les formes. Ils ont travaillé avec les juristes un nouveau formulaire d'autorisation d'anesthésie. Prochainement, elle doit rencontrer le Docteur MFAM pour lui soumettre et valider quelque chose qui soit conforme et qui puisse être appliqué aussi bien au CHUO qu'au site Jeanne d'Arc. Et puis la recherche, l'autre aspect que l'on développera sur ce service-là. C'est validé ils sont quasiment prêts.

Elle dit que suite à la période test sur ce service, on va voir combien de temps on met pour développer ces consentements sur les services de chirurgie urologique et digestive. Elle dit qu'ils ont restreint leur périmètre, adultes seulement, ils ne prennent pas les enfants.

Monsieur MASCARENHAS dit parcours 1 et parcours 2.

Madame BIANCO dit qu'il y a deux parcours, parce qu'il y a les patients de chirurgie c'est de l'hospitalisation programmée, et de l'hospitalisation non programmée. Donc automatiquement, pour la mobilisation des acteurs, et les lieux pour mobiliser les consentements ce n'est pas au même endroit. D'un côté il faut intégrer les professionnels des consultations externes et dans l'autre ce n'est pas nécessaire. Elle dit qu'il faut aussi penser parcours patient de chirurgie et appliquer ces consentements, de savoir quel professionnel va activer et à quel moment du parcours patient on active ces consentements. Elle dit que c'est un sacré travail. Et parallèlement il y aura aussi à former les professionnels à la manipulation de l'outil, les équipements ça y est on a pu faire des tests pour que ça passe bien dans toutes les zones. Mais par contre l'appropriation de l'outil et l'utilisation font qu'il est très ludique et très rapide.

5 - Modalités de déploiement

- **Etape 2** : Déploiement sur un établissement du GHT puis sur l'ensemble des établissements
- **En parallèle**: Déploiement de la signature électronique pour les documents administratifs
 - Déployé début mai 2025 au CHAM pour les directeurs
 - 3 déploiement en cours au CHU sur septembre/octobre 2025:
 - Direction des Achats
 - CESU
 - Direction des Services Numériques

Madame BIANCO dit qu'outre la dématérialisation du patient, l'avantage de l'outil c'est qu'il peut aider d'autres secteurs en dehors du soin à sécuriser leurs pratiques et c'était la demande de certaines directions et notamment du CHAM sur certains aspect.

Merci de votre attention



Le Docteur BONNET dit qu'il a plusieurs remarques. Quand ils ont commencé la présentation ils ont parlé du consentement à la recherche, du consentement au soin et du consentement à la chirurgie. Il va parler pour sa discipline, il dit que le consentement à l'anesthésie ce n'est pas un détail. Une dame qui veut avoir une péridurale ou pas, quelque part elle n'a pas de chirurgie à la base, elle a juste à accoucher. Il aimerait bien qu'on évolue et qu'on pense que l'anesthésie ça vaut le même chose que la chirurgie, qui peut se faire d'ailleurs parfois sans autre anesthésie que celle faite par les chirurgiens. Chaque fois qu'un patient vient pour une chirurgie où il y a une anesthésie qui est nécessaire, il y a une règlementation qui dit qu'il y a une consultation d'anesthésie préalable. Donc finalement ils ont parlé tout à l'heure du parcours, il dit que le parcours il est simple. Le patient vient en consultation d'anesthésie, il est évalué, on lui donne son risque d'anesthésie et l'anesthésie qu'on lui propose. Derrière on lui donne également des documents d'information, ils ont parlé de fiche information, mais il dit qu'il y a un livret complet et qu'en plus de ce livret il y a la fiche d'information sur la transfusion sanguine qu'on ne donne pas toujours mais qu'on donne quand on pense que c'est une intervention potentiellement hémorragique. Il dit que ce n'est pas un petit détail. Il y a aussi des médicaments dérivés du sang et ils continuent de les donner dans ces cas-là. Il dit pourquoi pas, c'est sûrement très bien de tout dématérialiser. Il dit qu'on a déjà dans nos services, il pense qu'ils n'ont pas regardé non plus ils ne sont jamais venus le voir en tout cas, toutes les femmes qui sont vues en consultation d'anesthésie pour de l'obstétrique donc pour la péridurale, sont fléchées, sauf celles qui ont un problème qu'eux appellent la compétence internet ils ont soit pas le matériel soit pas la capacité de faire dans ce cas là ils sont obligés de venir directement chez nous avec tous les documents papiers, on ne peut pas exclure tous les gens qui n'ont pas la possibilité de se mettre en visio ou en téléphone ou d'avoir un PC, tous ces gens-là arrivent sur un portail déjà inclus dans « le patient CHR ». Ils arrivent sur un portail qui leur met les fiches d'information mais aussi des vidéos. Il demande s'ils vont mettre les vidéos sur le site Clevernet.

Madame BIANCO répond que non, ce n'est pas l'objet.

Le Docteur BONNET dit qu'on ne va pas décider qu'on ne fait plus l'information qu'on doit sur les femmes enceintes en termes d'anesthésie. Il dit qu'il y a plusieurs vidéos qu'ils doivent voir, ils ont derrière les fameux documents, un document spécial qui a été édité par une société savante qui s'appelle « le club d'anesthésie et de réanimation obstétrique » qui fait aussi partie des fiches d'informations qu'évidemment il ne va pas donner à quelqu'un qui vient nous voir pour une coloscopie. Par contre ils ont le document général parce que s'ils doivent avoir une anesthésie générale pour une césarienne parce que c'est une extrême urgence qui va arriver ou la péridurale qui ne marche pas, il faut qu'ils connaissent aussi les inconvénients de ce type de chose. Après tout ça, ils remplissent un questionnaire après s'être engagé avoir expliqué qu'ils avaient bien compris et certifier sur l'honneur qu'ils avaient vu les documents et pu lire et voir les vidéos. Qu'ensuite ils avaient bien compris qu'ils pouvaient poser toutes les questions au sujet des documents qu'on leur avait donné, et qu'ensuite ils avaient bien compris qu'au moment de leur consultation ils pourraient aussi poser toutes les questions qu'ils avaient à poser au médecin anesthésiste. C'est ça qui est préalable au remplissage du questionnaire d'anesthésie qui fait que l'on a le déclaratif qui est fait par la patiente et après derrière nous on récupère tout, toujours dans le site du CHR, au niveau du secrétariat, que la consultation elle soit faite en présentiel ou par téléphone, bientôt en vidéo parce qu'il ne veut pas faire recopier à ses secrétaires les rendez-vous d'anesthésie. Il dit que là-dedans, il a du mal à se projeter. Il dit que c'est un service qui a fait 8000 consultations externes et qui gère son information et son consentement.

Madame BIANCO dit qu'ils sont bien conscients de ça et que ce n'est pas un souci. Elle dit qu'humblement, vu le chantier, elle mesure ce qu'il dit. Par rapport à ça, c'était de se dire quelle méthode on utilise pour pouvoir déployer, comment on s'y prend. Comme elle a dit,

l'enfant ils l'ont écarté, son secteur ils l'ont écarté, la psychiatrie ils l'ont écarté parce que ce sont des domaines tellement spécifiques il faudra faire du sur mesure par rapport à ces secteurs ils en sont bien conscients. Là ils sont partis du principe où c'était le service qui était le plus enclin à vouloir le travailler qui était motivé, pour avoir sur ce genre de travail il faut aussi des équipes médicales et paramédicales qui sont partantes parce que c'est un gros travail pour eux derrière, même pour la DSN ou d'un point de vu juridique ou autre. Et même pour le secrétariat parce qu'avec tous ces documents c'est un gros travail. Elle dit qu'ils mesurent complètement et qu'elle partage son point de vue. Ce qui veut dire qu'à un moment donné, quand on est sur la personne de confiance et les directives anticipées c'est vrai qu'à la rigueur c'est presque simple. Ça on peut l'appliquer très rapidement sur tous les services. Après on aura des choses qui seront du sur mesure et qui seront automatiquement travaillées avec eux. Par exemple les orthopédistes ont dit qu'ils veulent quelque chose de spécifique pour les amputations, on peut très bien le comprendre avec les recommandations, sociétés savantes etc. elle dit qu'ils travaillent avec les chirurgiens, ils travaillent avec les anesthésistes, ils travaillent avec les équipes pour que ça soit conforme aux pratiques mais en même temps ce qui est intéressant c'est que ça interroge aussi les choses de qui fait quoi et de comment on peut le faire et comment on peut améliorer aussi. Elle dit que bien sûr tout ça ils l'entendent, et ils l'ont bien mesuré.

Le Docteur BONNET dit que de leur côté, des autorisations de consentements ils en ont. Il y a des choses qui ont été relativement fouillées, qui ont été travaillées par le Docteur LEGOUPY et leurs services. Il dit que dans son souvenir ça a dû prendre 8 mois.

Madame BIANCO dit qu'elle ne sait plus combien ils avaient de consentements. Elle dit qu'ils ont fait l'état des lieux, elle dit qu'ils étaient à 70. C'est-à-dire que dans cet établissement on a 70 consentements, avec des fois pour la même nature de consentement on peut avoir plusieurs formulaires. C'est là qu'ils se sont dit que c'est un sacré chantier.

Monsieur MASCARENHAS dit qu'ils ne vont pas définir un paramétrage qui va être appliqué partout pareil.

Madame BIANCO dit que l'inventaire ça pourra servir, ils l'ont même testé sur le secteur femme-enfant, pour être certains qu'il correspondait et ça répondait aux attentes des cadres sur le pôle Femmes-Enfants parce que les problèmes d'inventaires sur le pôle FE c'est un véritable sujet donc elles étaient ravies. Mais il y a des choses qu'ils feront par spécialités et par spécificités. On ne pourra pas y déroger ça c'est une évidence.

Monsieur MASCARENHAS dit, il y a des établissements qui ont déployé Clevernet uniquement avec l'inventaire patient. Il dit qu'on a choisi un socle plus large mais ils ne vont pas le déployer identique dans tous les services, ils vont évidemment prendre en compte les spécificités.

Le Docteur BONNET dit qu'il ne conteste pas l'intérêt de l'inventaire, il a été soignant aux urgences et il les faisait. Ce n'est pas pour rien qu'on les fait, parce que quand les gens disent qu'on leur a perdu quelque chose on leur dit bien que ce n'était pas noté etc. Ce n'est pas lui qu'il faut convaincre de ça. Ce qu'il dit c'est que l'impact d'un consentement et surtout une attestation d'information avec des gens qui ne lisent plus ce qu'on leur donne malgré ce qu'on leur explique, qui ne font surtout pas ce qu'on leur donne comme consignes que ce soit le jeun ou comme ce qu'il a eu récemment un souci avec une histoire de piercing qui est quand même une lettre de plainte avec une personne qui dit qu'on lui a fait de force un retrait de piercing alors qu'il a un joli document qui dit que l'infirmière anesthésiste a bien noté retrait de piercing avec consentement du patient.

Madame BIANCO dit qu'on a ce genre de situations maintenant.

Le Docteur BONNET dit que ça c'est un problème de piercing, mais imaginez ce qu'il se passe quand on discute par exemple un cathéter de péridurale qui s'est rompu, il a communiqué avec le service parce que ça ne faisait pas partie de l'information médicale qui est donnée par « le club d'anesthésie et de réanimation obstétrique » et la dame qui avait un cathéter dans le dos qui pour l'instant à zéro complications et qui n'en n'aura probablement pas vu qu'on va continuer à suivre puisque la littérature est un peu plus fournie que quand il a commencé l'anesthésie là-dessus, elle a dit que ce n'était pas marqué dans le document. Il dit que pour eux c'est important, pour lui l'histoire de l'information aux patients c'est extrêmement important. Ce n'est pas que pour la bonne pratique et le consentement éclairé, dans la vie quotidienne c'est tous les jours.

Madame BIANCO dit que dans nos formulaires dans la partie dématérialisée il y a bien la coche « je reconnais bien avoir eu les informations » et on détaille en fonction de ce que les chirurgiens souhaitent, « je reconnais avoir été informé etc. ». Elle le rejoint, on voit très bien dans les plaintes, les réclamations ou les contentieux qu'on a. Il y a un abus, c'est l'usager, il n'a pas toujours raison non plus. Maintenant tout est question de droits « j'ai droit à ceci, j'ai droit à cela, on ne m'a pas suffisamment informé » et si on n'est pas ne mesure de pouvoir retrouver la traçabilité dans le dossier c'est une problématique. La dématérialisation des consentements certes c'est un gros boulot, c'est un gros chantier et il faut vraiment le travailler avec les professionnels et en lien avec leurs spécificités, mais c'est même temps une sécurité pour les professionnels. C'est dire qu'on a informé, que les patients ont été bien informés mais on ne le retrouve pas dans le dossier et le doute peut donner des conséquences derrière par rapport à cette notion d'information.

Le Docteur BONNET dit que pour montrer le niveau où on en est dans le CHU, en tout cas dans certains secteurs qu'il connaît, mais quand vous l'expliquez gentiment aux gens que ce serait bien que ses secrétaires, on leur a demandé il a dit non, il a complètement interdit ça, de récupérer le consentement signé par les gens sur lequel ils disent qu'ils sont d'accord tout de suite après la consultation, ils n'ont même pas eu le temps de lire le document.

Monsieur MASCARENHAS dit d'où l'intérêt du portail patient.

Madame BIANCO dit d'où l'intérêt du portail patient, d'où l'intérêt de réfléchir en parcours patient et en lien avec les spécialités.

Le Docteur BONNET dit comme il l'explique la capacité internet, il demande comment on fait.

Le Docteur GUELA dit la capacité internet, la capacité cognitive et intellectuelle. Elle rappelle qu'un tiers de la population a ou aura bientôt 65 ans. Ils ne sont pas nés avec internet, ils ont des difficultés d'utilisation et de compréhension de matériel avec beaucoup d'absences d'envie de faire des signatures électroniques. On va être entourés, mais on l'est tous, de gens plus ou moins âgées qui disent qu'ils ne veulent pas signer et qu'ils ne comprennent rien. Elle dit que ça pose 2 questions, premièrement de la compréhension et donc comment vont être accompagnés tous ces gens-là parce qu'ils disent que c'est encore les soignants. Elle rejoint ce qu'on disait tout à l'heure en préambule que le premier sujet : si les soignants vont encore se coltiner une information de plus puis prendre le temps d'expliquer le portail patient, elle rappelle que ce sont des gens souffrants donc on n'a pas forcément envie de lire du blabla administratif quand on va être opéré pour des raisons X, Y, Z. Imaginons que vous possédiez déjà cette capacité-là. Elle dit qu'à un moment si c'est les soignants qui sont aussi obligés quel qu'il soit d'expliquer, de prendre le temps pour l'histoire de la tablette qu'elle n'a pas très bien compris si on la ramenait chez soi.

Madame BIANCO dit que non c'est ici.

Le Docteur GUELA dit qu'avec des gens qui ne comprennent pas, pour lesquels on n'a pas le temps. Elle rappelle tout à l'heure on disait déjà qu'on n'a pas le temps pour les soins, ça fait déjà partie de la relation du soin. En France et ailleurs cette formation du care est de plus en plus balayée pour des formations techniques.

Madame BIANCO dit qu'attention, les autorisations d'opérer par exemple, quand le chirurgien reçoit en consultation le patient pour l'opérer d'une manière ou d'une autre il fait cette information, il est tenu d'informer le patient de l'acte chirurgicale et du consentement du patient. Ce droit-là ne va pas changer en soi. L'avantage c'est qu'à partir de là, au lieu d'avoir un papier plus ou moins rempli qu'on ne trouve pas etc. ça pourra être intégré directement dans le dossier patient et se faire assez rapidement mais le patient en consultation il peut prendre le temps de le faire éventuellement avec l'infirmière de consultation, il peut le faire en présence du chirurgien, il peut le faire chez lui s'il le souhaite à distance ou on peut lui remettre aussi en version papier pour ceux qui souhaitent la version papier on conserve la version papier. Dans la logique aussi où tout ce qu'on intégrera dans Clevernet de toute façon il existera préalablement la procédure dans ENOV en gestion documentaire que les professionnels pourront éventuellement, si ce n'est absolument pas possible ou que les gens ne veulent pas, il y aura toujours possibilité d'imprimer le document papier comme on a là pour remettre au patient. Elle dit que dans l'idéal en matière de dématérialisation, d'un ça fait quand même gagner du temps pour les professionnels, de deux ça intègre le dossier patient informatisé, et de trois c'est aussi une sécurisation pour les chirurgiens, médecins, tous les praticiens.

Une représentante de SUD dit qu'elle aimerait savoir en quoi ils vont gagner du temps parce que la tablette c'est le professionnel qui va garder la tablette, ils ne vont pas la laisser au patient. Elle dit qu'aujourd'hui elle pose la feuille, elle donne 2-3 infos, elle laisse le stylo elle s'en va et elle va faire un soin et elle vient récupérer sa feuille. Elle dit que là il va falloir qu'elle reste avec sa tablette. Elle demande en quoi elle gagne du temps.

Madame BIANCO dit pas forcément, le patient peut avoir rempli son consentement avant de venir en consultation.

Une représentante de SUD dit si c'est sur des hospitalisations d'urgence.

Une représentante de SUD dit qu'avec les parents ils font la même chose. Ils arrivent avec leur enfant qui a un bras cassé, eux ils leur donnent les premières infos, ils leur laissent la feuille dans la chambre et une fois qu'ils se sont posés, compris ce qui leur arrivait à eux et leur enfant, là ils vont lire la feuille tranquillement à tête reposée. On ne va pas être là avec la tablette c'est aberrant.

Une représentante de SUD dit que s'ils ont leur téléphone il faudrait avoir le wifi gratuit comme ça ils le font de leur téléphone on gagne du temps.

Madame BIANCO dit qu'ils pourront le faire aussi sur leurs téléphones. Elle dit qu'ils peuvent garder les informations papier dans un livret d'information et après ça n'empêche pas que les gens ont le temps de se poser et de lire et après de faire signer sur la tablette aux patients.

Une représentante de SUD dit autre question, on est quand même spécialistes dans cet hôpital pour avoir des logiciels où normalement on n'a pas besoin de papiers mais faut quand même imprimer pour l'avoir dans un dossier papier parce qu'on sait mais, c'est vrai qu'on a des petits soucis informatiques. Elle demande si ça sera encore le cas.

Monsieur MASCARENHAS dit que non, le document est dans Clevernet mais il est poussé dans Easily.

Une représentante de SUD dit autre question, easily bug.

Une représentante de SUD dit qu'il bug et re-bug.

Une représentante de SUD dit un patient hospitalisé en médecine, en chir, Easily je rempli mon petit document je suis contente. Mutation en réa, pas le même logiciel. Elle demande comment ça se passe, s'ils ont accès ou pas.

Monsieur MASCARENHAS répond que le consentement reste dans Clevernet, il est consultable à tout moment.

Une représentante de SUD dit qu'en réa ils n'ont pas Easily.

Madame BIANCO dit qu'ils peuvent se connecter directement sur Clevernet. Une fois que c'est signé c'est pour le parcours du patient dans l'établissement.

Une représentante de SUD demande le coût du logiciel.

Madame BIANCO dit que l'acquisition c'était sur l'enveloppe de 2023.

Une représentante de SUD dit que c'était là on n'avait déjà pas d'argent.

La représentante de SUD dit qu'on était déjà dans le déficit.

Monsieur MASCARENHAS dit que c'est une licence globale, ce n'est pas facturé au nombre de documents. On peut en rajouter autant qu'on veut ça ne changera rien.

Madame BIANCO dit qu'à un moment donné le eConsentement c'est une exigence aussi de la HAS, il ne faut pas l'oublier. En termes de sécurisation des pratiques ça va s'imposer à nous.

Une représentante de SUD demande combien nous a coûté la sécurisation.

Madame BIANCO dit qu'elle ne sait pas elle ne peut pas dire.

Une représentante de SUD dit qu'elle aimerait bien savoir.

Madame BIANCO dit qu'ils leur communiqueront.

Une représentante de SUD dit que la sécurité ça coûte cher.

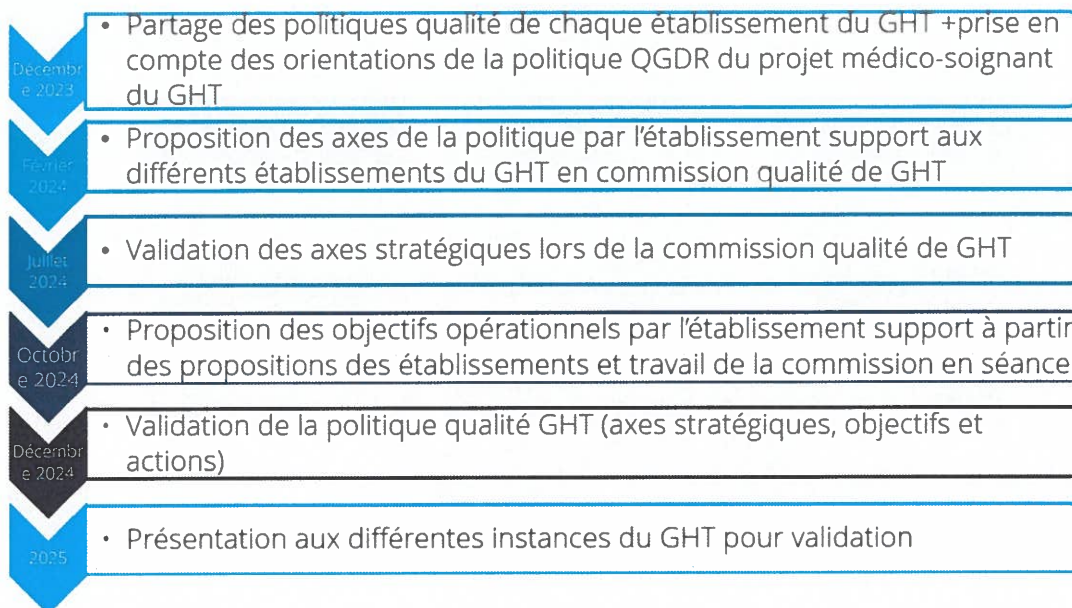
Une représentante de SUD dit qu'elle aimerait bien savoir parce que quand on voit pour l'IA on nous donne une certaine somme mais elle aimerait bien savoir le logiciel. Des logiciels on en a payé, faut voir le résultat. Quand on nous dit qu'il n'y a pas de problème ça va directement sur Easily mais les bugs qu'il y a avec Easily sont phénoménaux. Donc elle attend de voir. Elle veut savoir combien leur a coûté un logiciel comme celui-là qui au bout du bout on fera souvent signer sur papier.

Madame BIANCO dit qu'on verra, on va faire l'expérimentation sur la chirurgie viscérale et urologique qui sont plutôt très moteurs. Les professionnels sont plutôt motivés sur le sujet, on verra on fera le retour d'expérience, on fera le point sur ce déploiement et ils en discuteront. Elle dit que de toute façon c'est l'objet d'expérimenter sur un service, c'est de voir comment c'est approprié par les équipes et puis de voir ce qu'on peut améliorer ou adapter ça fait partie de l'expérimentation. Elle dit qu'elle fera un retour d'expérience, ça sera peut-être même les professionnels qui leur feront.

La représentante de SUD redemande le prix du logiciel.

Madame BIANCO dit qu'ils leur donneront.

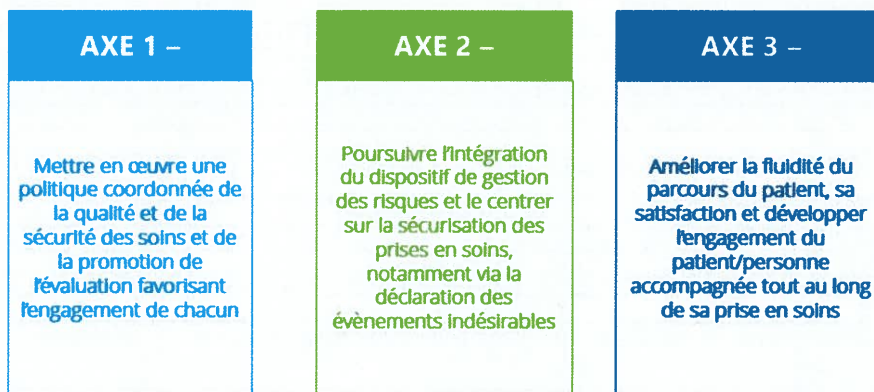
Concrètement



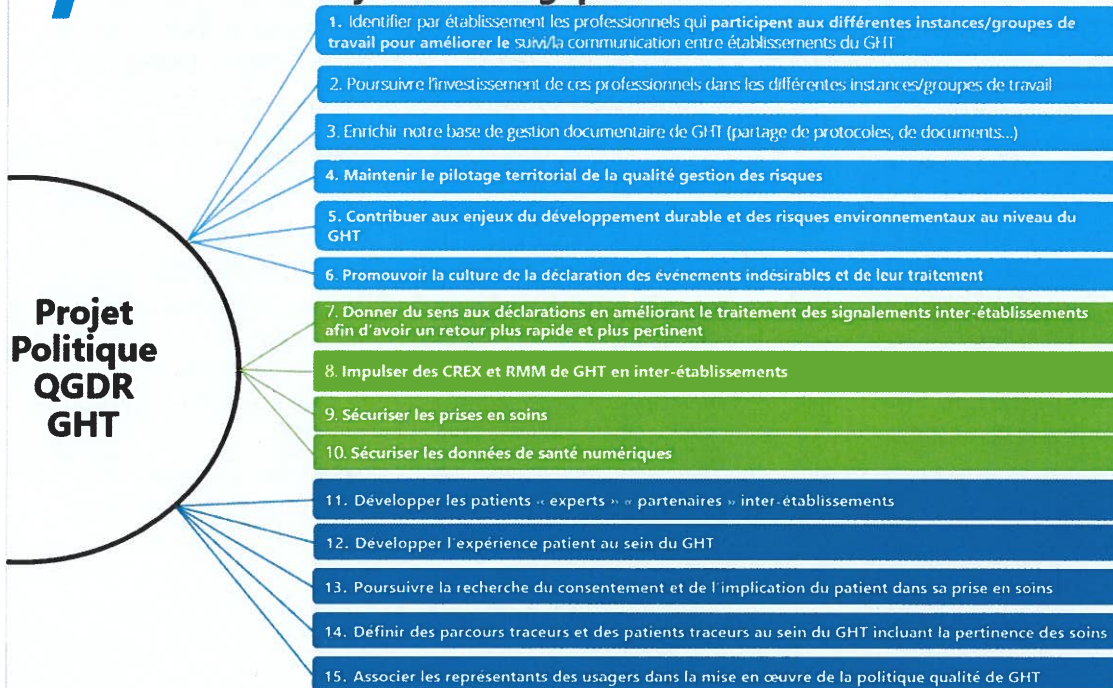
Contributeurs

- Mme BIANCO, Directrice Qualité CHUO
- Dr MFAM Willy, Président du CMG
- Dr HERMELIN, CGRAS CHUO
- Mme MARTIN, FF CSS CHUO
- Mme MEHDI, ingénieur qualité CHUO
- Mme ALICOT, ingénieur qualité CHUO
- Mme LEGROUX, Directrice CH Beaugency
- Mme ZEGROUR, qualitiennne CH Beaugency
- Mme LECLAND, Directrice Qualité CHAM
- Mme BECKER, ingénieur qualité CHAM
- Mme BOUIDGHAGHEN ADJED, ingénieur qualité CHAM
- Mme SURPLIE, responsable qualité CH Sully sur Loire
- M. CHAUFFOURD, GDRAS CH Sully sur Loire
- Mme AUGER, RSMQ et FFCSS EPSM
- M. GRANDJEAN, ingénieur qualité EPSM
- M. PRAX, responsable qualité CHPD
- Mme PERREAU, assistante qualité CHPD
- Mme HOORELBECK, responsable qualité CHP
- Mme OZOCAK, FF Directrice des soins et CGRAS CHP

3 axes stratégiques pour le projet QGDR du GHT



Déclinés en 15 objectifs stratégiques



Axe 1 - Mettre en œuvre une politique coordonnée de la qualité et de la sécurité des soins et de la promotion de l'évaluation favorisant l'engagement de chacun

Objectifs

1.1 Identifier par établissement les professionnels qui participent aux différentes instances/groupes de travail pour améliorer le suivi/la communication entre établissements du GHT

1.2 Poursuivre l'investissement de ces professionnels dans les différentes instances/groupes de travail

Déclinaison opérationnelle

Réaliser un annuaire de GHT (experts-visiteurs, directeurs, RSMQ, CGRAS, ingénieurs, référents vigilants, représentants des usagers...)

Identifier les professionnels de santé engagés dans des groupes de travail du GHT en lien avec les différentes instances du territoire

Mettre en place un forum ou une journée qualité avec des actions de sensibilisation au sein du territoire

Sensibiliser les professionnels par des actions de communication exemples : [qualinews](#) de GHT, accessibilité du site internet ght-loiret.fr avec l'ajout d'une rubrique « qualité gestion des risques »...

Partager les formations « Qualité Gestion des Risques » inscrites au plan de formation à l'échelle du GHT

Le Docteur HERMELIN dit (sur la diapositive 6) qu'ils ont fait des formations pour gérer les FEI entre de dernier trimestre de l'année dernière et le premier trimestre de cette année. Ils ont fait 4 sessions et il y avait des gens de Beaune-la-Rolande, de Beaugency, d'ici, de Montargis, de Sully-sur-Loire, c'est bien parce qu'en plus ça permet que les professionnels se rencontrent et soient formés ensemble.

Madame BIANCO dit que Madame RENONCET, l'ingénieure qualité qui forme sur le recueil de l'expérience patient l'ouvre au GHT mais ne le fait pas forcément à Orléans. Elle l'a fait à l'EPSM Daumezon, on essaie de se rapprocher au plus près des professionnels qui souhaitent être formés.

Axe 1 - Mettre en œuvre une politique coordonnée de la qualité et de la sécurité des soins et de la promotion de l'évaluation favorisant l'engagement de chacun

Objectifs

1.3 Enrichir notre base de gestion documentaire de GHT (partage de protocoles, de documents...)

1.4 Maintenir le pilotage territorial de la qualité gestion des risques

Déclinaison opérationnelle

Mettre en application la procédure des procédures de GHT

Créer et accompagner des groupes de travail inter-établissements pour l'amélioration de la qualité et le partage des pratiques afin d'améliorer la qualité des prises en charge et de favoriser le partage des pratiques

Développer une GED de GHT en faveur d'une stratégie de prise en charge commune du patient et d'un accès à des soins sécurisés et de qualité

Rédiger un PACQSS de GHT en lien avec la CMG, la commission de soins de GHT et la CDU de GHT

Selon les moyens humains disponibles tendre à une commission EPP de GHT

Initier une COVIRISQ de GHT

Axe 1 - Mettre en œuvre une politique coordonnée de la qualité et de la sécurité des soins et de la promotion de l'évaluation favorisant l'engagement de chacun

Objectifs

1.5 Contribuer aux enjeux du développement durable et des risques environnementaux au niveau du GHT

1.6 Promouvoir la culture qualité et de la gestion des risques

Déclinaison opérationnelle

Accompagner le déploiement de la politique développement durable au sein du GHT

Sensibiliser et former les professionnels du GHT en matière de santé-environnement

Elaborer et promouvoir des bonnes pratiques eco-soins

Favoriser une meilleure prise en compte au sein des instances du GHT

Partager les enquêtes « culture qualité gestion des risques » et déterminer un plan d'action suite à l'enquête

Développer les outils HAS au niveau du GHT (parcours traceur...)

Mettre en place des EPP croisées sur des thématiques communes

Axe 2 - Poursuivre l'intégration du dispositif de gestion des risques et le centrer sur la sécurisation des prises en soins, notamment via la déclaration des événements indésirables

Objectifs

2.1 Donner du sens aux déclarations en améliorant le traitement des signalements inter-établissements afin d'avoir un retour plus rapide et plus pertinent

2.2 Impulser des CREX et RMM de GHT en inter-établissements

Déclinaison opérationnelle

Exploiter les FEI afin d'améliorer le parcours patient inter-établissements (groupes de travail, formalisation de parcours patient ...)

Réaliser un bilan annuel des cellules de veille de GHT et présenter aux instances du territoire

Maintenir les cellules de veille GHT et renforcer les sensibilisations à la déclaration auprès des équipes (1 communication commune, sur un même temps, mixer les équipes coordo/qualité...)

Établir le bilan annuel de CREX et RMM de GHT en inter-établissements

Initier des CREX et RMM suite aux cellules de veille de GHT

Axe 2 - Poursuivre l'intégration du dispositif de gestion des risques et le centrer sur la sécurisation des prises en soins, notamment via la déclaration des évènements indésirables

Objectifs

Déclinaison opérationnelle

2.3 Sécuriser les prises en soins	Mener des actions d'EPP ciblées visant à garantir la qualité de la tenue du dossier patient
	Sécuriser le circuit du médicament et des produits de santé (pas de rupture de traitement lors des changements d'établissement avec remise 48h de traitements lors de la sortie)
	Mettre en œuvre l'outil de conciliation médicamenteuse (cf. OMEDIT pays de la Loire)
	Mener des actions d'EPP ciblées visant à garantir la bonne identité du patient tout au long du parcours de soins au sein du territoire

2.4 Sécuriser les données de santé numériques	Sensibiliser et former les professionnels
	Assurer le suivi de l'indicateur de l'utilisation de MSSanté et la mise en œuvre d'un plan d'action pour sécuriser les données de santé
	Traiter et analyser les évènements indésirables en lien avec les données de santé numériques

Axe 3 - Améliorer la fluidité du parcours du patient, sa satisfaction et développer l'engagement patient/personne accompagnée tout au long de sa prise en soin

Objectifs

Déclinaison opérationnelle

3.1 Développer les patients « experts » « partenaires » inter-établissements	Identifier au sein de chaque établissement les patients « experts » « partenaires » (intervenant en éducation thérapeutique, patient pair-aidant, patient formateur, ...)
	Sensibiliser et former les professionnels du GHT à la notion de patient "expert« « partenaire »
	Initier une coordination de ces patients « experts » « partenaires » au sein du GHT

3.2 Développer l'expérience patient au sein du GHT	Constituer un COPIL expérience patient de GHT
	Accompagner le déploiement au sein des établissements du GHT (formation, identification de parcours ...)
	Partager les outils de recueils (PREMS,PROMS)

Axe 3 - Améliorer la fluidité du parcours du patient, sa satisfaction et développer l'engagement patient/personne accompagnée tout au long de sa prise en soin

Objectifs

Déclinaison opérationnelle

3.3 Poursuivre la recherche du consentement et de l'implication du patient/personne accompagnée dans sa prise en soins

Développer le e-consentement

Uniformiser le mode de recueil du consentement et de l'information

3.4 Définir des parcours traceurs et des patients traceurs au sein du GHT incluant la pertinence des soins

Définir des parcours inter-établissements du GHT

Etablir un programme d'actions et identifier des professionnels formés à ces méthodes

Axe 3 - Améliorer la fluidité du parcours du patient, sa satisfaction et développer l'engagement patient/personne accompagnée tout au long de sa prise en soin

Objectifs

Déclinaison opérationnelle

3.5 Associer les représentants des usagers dans la mise en œuvre de la politique qualité de GHT

Maintenir un même niveau de connaissances, de sensibilisation, des représentants des usagers

Intégrer à l'ODJ de la CDU de GHT un point QGDR

Associer les RU des établissements du GHT à toute action, manifestation en faveur de la promotion de la QGDR (semaine sécurité patient, forum qualité gestion des risques de GHT...)

Madame BIANCO dit qu'ils feront le bilan à un an de cette politique qualité et de sa mise en œuvre en fin d'année. Elle dit qu'ils sont plutôt assez satisfaits parce qu'ils ont quand même avancé certaines actions.

Un représentant de la CFDT demande si sur les indicateurs qualité et FEI, ils pourront avoir un comparatif au niveau du GHT pour la CTDS.

Le Docteur HERMELIN dit que oui parce que c'est quelque chose dont ils font le bilan. Elle dit qu'elle a présenté le bilan de l'année d'avant durant le premier trimestre, donc le bilan de 2024 a déjà été présenté.

9. Point d'actualité parcours patients : Projet mise en place d'une cellule territoriale des lits

Madame BIANCO dit autre dossier important qu'ils avaient présenté au niveau du territoire, le projet de mise en place d'une gestion territoriale des lits.

Une représentante de SUD dit que là on n'a plus de Directeur Général, et en plus ils ne vont même pas pouvoir poser leurs questions parce qu'on les blinde de sujets de CSE.

Monsieur DI MASCIO répond que là il y avait 3 sujets qui relevaient de la F3SCT, il dit que c'est vrai que sujet-là est-ce que c'est CSE ou plutôt F3SCT.

Madame BIANCO propose de le mettre au CSE.

Monsieur DI MASCIO dit que Madame GERAUD est là.

Madame GÉRAUD dit qu'il n'y a pas de soucis elle reviendra.

La représentante de SUD dit que ce n'est pas contre elle et lui donne la parole.

Madame BIANCO dit qu'ils vont faire rapidement et leur dire rapidement les grandes lignes.

Elle fait la présentation.



Projet

Mise en place d'une cellule territoriale de gestion des lits

Ordre du jour

- Introduction
- Rappel du contexte et du projet
- Modalités organisationnelles du projet

Rappel du contexte et du projet 1/2

Tensions sur les capacités hospitalières

- Hausse des hospitalisations non programmées
- Difficultés d'aval des urgences, en particulier pour les patients âgés
- Besoin journalier minimal en lits (BJML) instauré par la circulaire DGOS du 07/11/2019

Besoin de visibilité en temps réel des disponibilités et en prévisionnel

- Objectif de pertinence des soins : *le bon soin, au bon endroit, au bon moment*
- Déploiement de dispositifs numériques pour la gestion des lits (cf. panorama ANAP, juillet 2022)
- Fonction obligatoire de bed manager dans tous les établissements avec service d'urgences (rapport Braun, 2022)

Rappel du contexte et du projet 2/2

Nécessité d'une coordination inter-établissements

- Mesure 12 du Pacte de refondation des urgences : pilotage à l'échelle des GHT
- Instructions nationales pour organiser les admissions directes et les plans d'actions territoriaux en période de tension (2023)
- Mise en place d'une cellule territoriale de gestion des lits (21/05/2023)

Conformité aux orientations régionales et nationales (DGOS, ARS...)

- Réforme des autorisations en médecine, chirurgie et soins critiques : structuration des dispositifs lits
- Suivi par l'ARS Centre-Val de Loire :
 - Enquête nationale sur l'IMBM (sept. 2023)
 - Relance et communication en juillet 2024

Modalités organisationnelles du projet

Constitution de la cellule projet

- Le pilotage global du projet à l'échelle du territoire est assuré par Mme Bianco et Mme Géraud
- Le COPIL stratégique GHT assure la gouvernance globale du projet, en définissant la stratégie territoriale, en validant les orientations clés et en coordonnant les actions entre les établissements
- Les COPILs opérationnels pilotent la mise en œuvre concrète du projet au sein de chaque établissement, en assurant son déploiement, le suivi local et la coordination avec le niveau territorial.

Planning prévisionnel

- Étapes en cours :
 - Préparation du Cahier des charges et des outils de sélection. Date d'envoi aux éditeurs présélectionnés le **08/09/2025**
- Étapes à venir :
 - Choix de la solution logicielle entre le **15/09/2025** et le **30/09/2025**:
 - Lancement des consultations le **15/09/2025** et le **23/09/2025**
 - Réunion de l'analyse des offres
 - Feuille de route pour la suite selon la cartographie logicielle suivante (p6/7)

Etablissement	Ville	GAM	DPI	Dispose déjà d'un outil de gestion des lits →prévisionnel	Alimentation du ROR	Contact	Ordre prévisionnel de Déploiement
CHU Orléans Site Jeanne d'Arc (rattaché au CHU) à Gien	Orléans/Gien	Convergence/Pastel	Easily	GPL (module Easily)	auto depuis Pastel (sauf clinique Gien)	MARTIN Honorine (Cadre supérieur de santé Parcours patient / CGDL / Qualité) Dr NARCISSÉ (Vice-présidente de la CME (hospitalisation non programmée))	1
Groupement Hospitalier Pithiviers/Neuville aux bois	Pithiviers / Neuville aux bois	Convergence/Pastel	Easily	Sésame lit (CHP)	auto depuis Pastel	OZOCAK Aysel (F.F. Directrice des soins) LALLIER Valérie (Cadre de santé médecine/CSG)	1
CH Gien	Gien	Convergence/Pastel	Easily	non	Alimentation manuelle	DOISNE Drotia (DSN) BOUQUELLOËN Corinne (Gestionnaire des risques)	2
CH Montargis	Montargis	Hexagone	Orbis	non	manuelle	LECLAND Christelle (Coordonnatrice générale des soins) BADOU Danièle (Directrice adjointe aux affaires générales)	3
CH Lour-Picou	Beaugency	Convergence/Pastel(N UMIH)	Easily	Non	auto depuis Pastel	LE GROUX Mathilde (Directrice) LEFRANÇOIS Guillaume (Cadre sup de santé)	4
CH départemental G.Daumezon	Fleury les Aubrais	Convergence/Pastel	Contexte	Sésame lit	auto depuis Pastel	PARIS Alexandra (Cadre supérieure de santé) GESNOT Karine (Cadre supérieure de santé)	4
CH de Sully-sur-Loire	Sully-sur-Loire	Convergence/Pastel	Evolucare	non	auto depuis Pastel	LANCREROT Catherine (Directrice) CHAUFFOURD Matthias (Responsable des activités paramédicales GRAS)	4
Clinique de l'Archette	Olivet	Websanté de Dedalus	Dopasoins (Dedalus)	Pas d'outil en particulier. Tous les lits sont affectés 48h00 avant et chaque entrée, sortie et transfert inter-service sont renseignés à l'instant t dans websanté	Alimentation auto Websanté vers ROR	LAPERT Emmanuel (Directeur) ZITOUNI Florence (Directrice des soins infirmiers)	5
Pôle santé Orléance	Saran	En cours de changement				TULIPANI Stéphane (ou M.MAGNEZ) (Directeur) AIGRET Christine (Directrice des soins)	5

Merci de votre attention



Un représentant de la CFTD dit que pour la petite histoire, quand le projet avait été présenté, c'était suite à la crise des urgences c'est l'ARS qui a voulu une cellule.

Madame BIANCO confirme.

Le représentant de la CFDT dit qu'il ne sait pas si l'ARS est toujours sur le sujet.

Madame BIANCO dit qu'ils sont toujours sur le sujet et qu'on a été rappelé à l'ordre parce qu'on ne respectait pas ces échéances. Ce qu'elle expliquait c'est que ça ne veut pas dire qu'on n'a rien fait sur la gestion des lits. Aussi, aux moments où ils nous amenaient à évoluer sur cette gestion territoriale des lits on était en pleine crise au service des urgences et elle pense qu'ils avaient autre chose à traiter, avant d'aller s'occuper des autres sur le territoire. On avait déjà à travailler en interne notre problématique des urgences et de l'aval de nos urgences, on avait suffisamment à faire déjà en interne à régler un peu nos problèmes même si tout n'est pas réglé bien évidemment, mais qu'on soit un peu plus matures et prêts avant de dire on avance et travailler avec les autres. D'un côté on peut avoir des demandes, de l'autre côté on a notre réalité de terrain, et après il faut composer en disant à quel moment c'est opportun. C'est ce qui est plutôt positif c'est qu'il y a une très bonne réponse, vraiment une dynamique de GHT et ça c'est plutôt encourageant parce que quand on est plusieurs à travailler et on le sait très bien les parcours patients ce n'est pas que ceux du CHU d'Orléans. Il faut qu'on travaille avec les établissements du GHT et c'est comme ça qu'on avancera et qu'on améliorera aussi le parcours des patients et la problématique des services d'urgences.

Le représentant de la CFDT dit que ce qui les surprend toujours c'est qu'ils ont l'impression d'avoir des états dans des états. C'est-à-dire que les problématiques du Loiret sont les problématiques de l'Indre, de l'Indre-et-Loire. L'ARS pour le Loiret s'en préoccupe, dans d'autres régions c'est différent. Les patients des fois sont frontaliers, ils vont d'une région à une autre, d'un département à un autre donc les réflexions devraient être communes à la région. Il est surpris sur cette politique où on éteint le feu à un endroit. Il dit qu'il est aussi surpris car ils avaient interpellé, ils avaient cru comprendre qu'il y avait des sous de mis sur le ROR mais il est en dormance, un coup il sert un coup il ne sert pas. Quand ça leur avait été présenté le ROR c'était l'avenir, il y avait le nombre de lits, le médecin. L'ARS avait présenté ça c'était l'outil de l'avenir. Maintenant le ROR on le remet dans le tiroir, on achète des logiciels qui doivent faire une interopérabilité entre les logiciels des différents établissements, c'est compliqué. Il dit que sur le fond, une transparence des lits c'est tout à fait normal qu'il y ait une visibilité du nombre de lits. Cette transparence elle est importante et notamment pour les docteurs de piloter et d'orienter les patients suivant les lits qu'on peut avoir. Des fois c'est vraiment très compliqué d'orienter les patients parce qu'il n'y a pas forcément les lits en fonction des établissements. On le sait bien il y a un frein : le privé. Il dit que ça n'a pas trop changé et qu'il ne croit pas à un miracle mais le privé n'aime pas trop être transparent. Il ne sait pas le poids de l'ARS pour dire qu'il faut y aller autrement on va leur couper les vivres. Il y a des enjeux financiers derrière. Il dit que nous on est obligé de le faire mais il voit mal Oréliance leur transmettre.

Madame BIANCO dit qu'ils n'étaient pas si fermés que ça mais qu'elle en parlera.

Le représentant de la CFDT dit que s'ils ont pu avancer tant mieux. Pour conclure, le bed manager, l'arbitrage du supra docteur qui va dire tel patient dans tel lit on n'y croit vraiment pas.

Madame BIANCO répond au sujet du ROR, on sait très bien qu'il y avait une très grande ambition de l'ARS sur le ROR mais que finalement c'était plus ou moins alimenté par les établissements et à moment donné quand c'était alimenté c'était une fois dans la journée. Tout le monde comprend bien que la situation des lits ça bouge, c'est en temps réel donc ça donne une photo à un instant donné, une photo qui quasiment 5-10 minutes après est fautive. Donc le ROR avait une bonne intention mais répondait pas à cette instantanée, à cette gestion anticipée etc. elle pense que ce sont les faiblesses du ROR et c'est ce qui a fait aussi que les ARS ont évoluées, il n'y a pas que notre région Centre, pour accompagner des projets de cellule territoriales des lits, ils ne sont pas idiots non plus ils ont bien vu les difficultés. Néanmoins le ROR on ne va pas l'écarter complètement, parce qu'honnêtement les lits de Sully et les lits de Beaugency ça ne bouge pas comme chez nous au CHU ou ça ne bouge pas de la même manière comme à Gien ou à Pithiviers qui ont des services d'urgences. On ne va pas leur créer des postes au niveau local et des contraintes plus qu'ils n'en ont besoin, ça n'apporterait rien de plus du tout. Donc le ROR il faut l'utiliser à bon escient. Par contre ce qu'on va essayer de faire avec eux aussi, nous ici on a un ROR automatique c'est-à-dire que ce n'est plus une personne humaine qui alimente le ROR, ça se fait en automatique. Ce sont nos systèmes d'information qui remplissent le ROR automatique. Et ça les petits établissements ils sont un peu intéressés, ils se disent que si ça leur permet d'avoir le ROR automatique et qu'ils ne fassent plus la saisie des données. C'est pour ça que chacun à son niveau d'établissement est intéressé et y trouve un intérêt. Elle dit que c'est ce qu'ils vont essayer de faire avec eux et en même temps outre, il y a le ROR national aussi qui est en train de reprendre le pas sur le ROR régional.

Madame GERAUD dit que fin 2026 le ROR national devrait voir le jour et être mis en place.

Madame BIANCO dit que nous ferions partie des régions qui seraient les premiers dans la mise en application. Elle dit qu'on surfe un petit peu là-dessus. Au sujet du bed Manager, ça fera partie de la fiche de poste qu'ils vont travailler avec l'ensemble des établissements du GHT, elle dit attention il est hors de question que ce bed Manager décide si un établissement l'appelle pour dire « je te prends tel lit pour mettre tel patient », hors de question. Ils ne feront pas l'économie d'un accord médical, c'est-à-dire si Montargis veut adresser un patient dans telle spécialité à Orléans ou inversement, les 2 médecins se mettent d'accord. Après, qu'ils s'en réfèrent au Bed Manager territorial

pour voir les possibilités ou à quelles dates, éviter un passage par les urgences ou autre et améliorer le parcours, ils auront l'intervenant territorial pour les aider mais en aucun cas le Bed Manager, ça c'était défini avec l'ensemble des acteurs du GHT, ne prendra la décision de prendre un lit et de mettre quelqu'un dedans. On ne fera pas l'économie d'une décision médicale, qu'elle soit des 2 côtés. Elle dit que ça c'est clairement défini. Le 3^{ème} chose évoquée c'était le privé. Elle dit que le privé au départ ils ne faisaient pas partie du périmètre du poste, l'ARS a demandé à ce qu'on les inclut. Elle dit qu'en lien avec Oréliance elle pense que c'est adapté et puis à la fois on a quand même des soucis on n'est pas toujours informés des fermetures de lit, les relations peuvent être un peu compliquées. Peut-être que nous aussi on est un peu compliqué, 50-50. Néanmoins sur le principe ils n'étaient pas opposés, à la première réunion ils étaient présents, il y avait 2 représentants de l'Archette et 2 représentants d'Oréliance. Ils ne se sont pas mobilisés sur le cahier des charges mais tous les établissements du GHT se sont mobilisés. Et sur la présence sur le choix de l'éditeur ils n'étaient pas présents. La prochaine réunion ils la feront en visio le 13 octobre, on va voir s'ils raccrochent ou pas la dynamique de groupe. Pour l'expérience dans un autre GHT un éditeur nous disait que souvent ça avait été un peu le cas, au départ les privés étaient un peu présents et après ils avaient raccrochés ils avaient dit qu'ils attendaient que le public fasse les choses et nous on suit après. C'est ce qu'il s'est passé sur un autre GHT. Elle dit que c'est pour ça qu'ils les ont mis en dernier, alors est-ce que c'est le fait qu'on les ait mis un peu en derniers qu'ils ne se bousculent pas plus sur le projet mais tout au moins on a pris cette garantie qu'ils n'aient pas l'excuse de dire que la solution ne correspond pas et n'est pas interfaçable puisqu'on a leur système d'information, ils nous ont donné tous les éléments en lien avec leur système d'information donc on sait très bien qu'il est compatible avec la solution qu'on choisira. Il n'y aura pas d'excuse, on ne peut pas dire qu'on a choisi un mauvais truc pour les privés.

Madame GERAUD dit qu'au niveau de l'interopérabilité, dans les critères de choix de l'éditeur on a bien demandé à chacun que leur solution soit interopérable avec X gammes d'outils de gestion administrative, X DPPI, de manière à ce que ce soit souple et que n'importe quel établissement à terme rejoigne le processus.

Madame BIANCO donne un exemple : on travaille beaucoup avec l'IMDS, ce n'est pas dans notre territoire mais si l'IMDS veulent intégrer cette solution digitale et de gestion territoriale des lits parce qu'on travaille vraiment bien avec eux, ça peut être possible. Ils ont pris une solution de manière à ce que finalement ce soit très ouvert et que ça puisse s'appliquer à différents systèmes d'information.

Madame GERAUD dit que pour l'instant on n'a pas choisi de solution, donc on ne peut pas encore vous le dire. La dernière rencontre c'était le 23 septembre, elle a eu les éléments hier, elle va les soumettre. Le choix sera fait. Pour l'instant on ne peut rien dire sur la solution choisie, ni techniquement ni autre.

Un représentant de la CFDT demande si les ARS financent.

Madame BIANCO répond que oui, ils nous ont alloué une enveloppe. C'est l'enjeu aussi, c'est-à-dire qu'il faut qu'on rentre dans l'enveloppe allouée, il faut qu'on rentre sur le financement du poste de Bed Manager et puis bien sûr la solution digitale. Ça sera une discussion qu'on aura avec les établissements du GHT mais la licence il faudra l'imputer sur l'enveloppe GHT. Le Bed Manager automatiquement financièrement il faudra le faire imputer par la suite sur l'ensemble des établissements, et puis plus on intègre d'établissements c'est beaucoup mieux parce que ça coûtera moins cher à tout le monde. Elle dit qu'on est financés pour mettre en œuvre ce projet, on a l'enveloppe. Après il faut qu'on rentre dans l'enveloppe.

Monsieur DI MASCIO remercie Madame BIANCO et Madame GERAUD.

QUESTIONS DES ORGANISATION SYNDICALES

10. Demande d'un point de situation sur PRESTA DOM, NEO SANTE, IDE HAD au SAU

Madame BIANCO fait la présentation.



F3SCT

30/09/2025

IDE HAD au SAU
NOE SANTE
PRESTA DOM

Direction Parcours, Qualité, Usagers

IDE HAD au SAU

- Mise en place le 24 mars 2025 avec HAD LNA
- Objectifs :
 - Mettre en place une IDE de liaison HAD au sein du service SAU.
 - Repérer et identifier les patients éligibles à une sortie RAD avec HAD.
 - Réduire la tension sur les lits en favorisant les sorties depuis les urgences.
- Projet co-porté HAD / CHU à moyen constant pour le CHU
- Modalités:
 - Présence 5J/7, de 8H00 à 14H00.
 - Participation au staff SAU à 8h30.
 - Prescription HAD Easy

IDE HAD au SAU

- Indicateurs et chiffres :
 - Nombre de sollicitations :
 - de 6 à 10 sollicitations par semaine
 - Amélioration de la pertinence des sollicitations
 - Nombre d'admissions :
 - Moyenne de 3 à 4 par semaine
 - 2/3 en direct du SAU et 1/3 HTCD
 - Profil patient :
 - Moyenne d'âge : 80 ans
 - Délai de prise en charge par l'HAD : 3/4 le jour même, 1/4 à 24h
 - Motifs de PEC HAD : Antibiothérapie, Fin de vie, Ferinject, HAD-R
 - Domicile :
 - 1/2 Domicile
 - 1/2 EHPAD

IDE HAD au SAU

- Retour SAU : Bilan positif
 - Fluidification du parcours patient au SAU
 - Evaluation HAD et Création de dossiers « dormants » pour patients hospitalisés (anticipation) ou pour éviter ré-hospitalisation.
 - HAD en présentiel = évaluation précoce
- Retour HAD : Bilan positif
 - Echanges au staff avec équipe SAU
 - Meilleur réflexe HAD et pertinence des sollicitations par SAU
 - Optimisation temps de présence IDE HAD entre SAU et autres secteurs.
- A venir :
 - Immersion découverte IDE flux à l'HAD (selon disponibilités)
 - Accès HAD aux DPI à l'extérieur (DSN, droits ?)

NOE SANTE

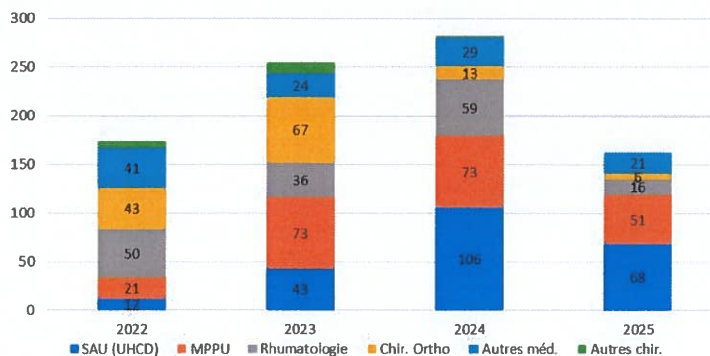
Solution de coordination médico-sociale pour la sortie d'hospitalisation et le suivi à domicile

- Mise en place 10/01/2022
- IDE Coordinatrice de sortie Mme CROISE Mylène
- Présence au CHU de 9h à 17h du lundi au vendredi
- Sur appel des médecins, internes, cadres, assistantes sociales.
- Objectifs:
 - Soulager l'établissement en fluidifiant le parcours sortie patient.
 - Améliorer le retour au domicile du patient dans de bonnes conditions médicales.
 - Coordonner le suivi du patient en sortie d'hospitalisation.
- Assure le suivi de convalescence des patients à 21 jours

NOE SANTE

Solution de coordination médico-sociale pour la sortie d'hospitalisation et le suivi à domicile

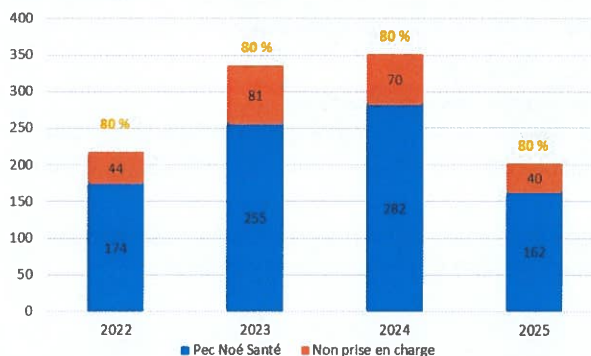
• Activité depuis 2022:



NOE SANTE

Solution de coordination médico-sociale pour la sortie d'hospitalisation et le suivi à domicile

• Taux de prise en charge



NOE SANTE

Solution de coordination médico-sociale pour la sortie d'hospitalisation et le suivi à domicile

• Indicateurs clés :

	2022	2023	2024	2025
Sorties accompagnés	174	255	282	162
Temps avant sollicitation Noé Santé	13,8	9	9,6	8,3
Temps de mise en œuvre	2,8	3,1	4,1	3,2
DMS Patient	16,9	12	13,3	11,2
Age moyen	74,2	72	69,4	73,3

Le temps de mise en œuvre est la différence entre la date de sollicitation de Noé Santé et la sortie du patient.

DMS Patient : N.B. Prise en charge des patients UHTCD en 2024 et 2025.



NOE SANTE

Solution de coordination médico-sociale pour la sortie d'hospitalisation et le suivi à domicile

• Objectifs :

- Repositionner NOE Santé sur les services en lien avec les besoins de lits pour le SAU.
- Services ciblés:
 - UMPPU, Rhumato, Med interne, MIT, Pneumo , HGE, oncologie, endocrino-néphrologie, gériatrie, URS, HTCD
- Sensibiliser les services et professionnels pour l'intégration de NOE santé dans les parcours de soins et l'aide à la sortie du patient.
 - Mails, représenter les champs d'action
 - Auprès des cadres et du service social des usagers

Une représentante de SUD demande pourquoi les assistantes sociales sont réticentes.

Madame BIANCO répond que c'est parce qu'elles ont l'impression d'être dépossédées de leur travail, alors que dans l'état d'esprit c'était de leur faire gagner du temps. D'éviter de passer du temps à coordonner la sortie du patient, à aller chercher des prestataires, etc. Elle dit qu'elle a repris le dossier que récemment mais elle pense que leur présentation et leur accompagnement a peut-être été insuffisant, elles n'ont pas été assez associées dans ce déploiement.

La représentante de SUD dit sûrement, parce qu'elles ont vu arriver NOE SANTE et elles n'ont eu aucun apport. C'est bien là le problème.

Madame BIANCO dit que certaines s'en emparent très bien et sont plutôt satisfaites donc on essaie qu'elles communiquent auprès de leurs autres collègues parce qu'elles y voient une valeur ajoutée. Elle dit qu'ils ont plutôt ciblé les services qui sont plutôt essentiels et là où on a de réels besoins, et puis on va évaluer déjà sur ces secteurs là identifiés pour voir ce qui se passe et comment les choses évoluent.

La représentante de SUD demande s'il y a un coût pour NOE SANTE.

Madame BIANCO que oui, c'est une prestation mais elle ne peut pas dire le montant.

La représentante de Sud dit qu'il y a ça aussi à voir.

Madame BIANCO dit qu'elle est très claire et qu'elle dit honnêtement, si on paye et qu'on n'a pas de résultats, à un moment donné on se questionne. On ne peut pas se permettre à l'heure actuelle de dire qu'on dépense et qu'on continue de dépenser sans avoir les résultats escomptés. Donc c'est l'objectif, c'est qu'on retravaille avec eux, accompagner les services, les cadres, tout le monde pour qu'on y trouve cette plus-value attendue. Après tout se discute aussi.

PRESTA – DOM GEOSOFT

- **Module GEOSOFT – PRESTA DOM**
 - S'applique aux demandes de prestataires du domicile.
 - Développement à la demande de M. J.R. Chevallier.
 - Reprise du projet en juin 2024.
- **Modalités :**
 - Evaluation des besoins à la sortie du patient (aide ménagère, aide à la toilette, portage de repas ...)
 - Demande saisie sur le logiciel par les assistantes sociales (Besoins et nature des prestations, date de sortie prévisionnelle, caisses de conventionnement...)
 - Ouverture aux différents prestataires (selon périmètre géographique)
 - Retour des prestataires
 - Etablissement d'un devis
 - Présentation du devis aux patients/familles et choix du patient.

PRESTA – DOM GEOSOFT

- **Avancements :**
 - Annuaire des prestataires (159 pour le Loiret)
 - Listes des prestations, identification des besoins et des caisses
 - Supervision technique
- **En attente :**
 - Paramétrages complémentaires
 - Modifications dans le traitement de recherche des prestataires (sollicitation de tous les prestataires)
 - Edition d'une offre de prestataires à donner au patient.
 - Serveur test

Merci de votre attention



Un représentant de la CFDT dit que ce n'est pas étonnant que les assistantes sociales n'utilisent pas NOE SANTE. Ça a été un peu imposé donc ce n'est pas surprenant. Il dit être surpris qu'elle n'ait plus le coût en tête, pour eux d'après les assistantes sociales lorsqu'elles les avaient sollicités c'était un coût forfaitaire. Ça serait encore un coût au recours ça pourrait être intéressant sur certaines prestations, certaines choses que ne pourraient pas faire les assistantes sociales. Ils s'étaient dit que peut-être ça ferait une plus-value

sur ce que ne font pas les assistantes sociales, mais en fin de compte ils se sont aperçus que la plupart des choses sont déjà faites par les assistantes sociales et elles disent qu'elles ne voient pas trop l'intérêt de NOE SANTE puisque la plupart des choses c'est pour ça qu'il y a très peu de recours. Et sur le coût forfaitaire, s'il est au même coût depuis 2023 et qu'on s'en sert très peu, on peut peut-être se poser la question de peut-être annuler. Il sait bien qu'on est plus à 100 000 € ou 200 000 € près mais quand même.

Madame BIANCO dit que c'est une question sur laquelle elle le rejoint complètement. Elle dit qu'à un moment donné quand on met en place des dispositifs qu'on finance, il faut les évaluer. Est-ce que par rapport aux indicateurs et aux objectifs qu'on s'est fixé ça répond ou ça ne répond pas à ce qu'on voulait. Elle dit qu'on peut avoir des tords, c'est-à-dire que dans le pilotage du projet on s'y est peut-être mal pris, il faut balayer devant notre porte aussi. Mais à un moment donné quand on est dans une situation comme on est, il faut s'interroger. Donc là on a ciblé les services om ça pourrait représenter une plus-value, si la plus-value n'y est pas ou s'il ne se passe rien, oui automatiquement on va se réinterroger. Parallèlement, c'est pour ça qu'elle voudrait bien lancer PRESTA – DOM assez rapidement, parce qu'elle pense que c'est un gain de temps pour les assistantes sociales et elles peuvent y adhérer. Ce qu'elle veut c'est activer la sortie des patients, si on y arrive via cette plateforme PRESTA – DOM, on va faire des choix. Elle dit qu'elle préfère payer le logiciel, surtout qu'on paye déjà quelque chose avec GEOSOFT, ce n'est qu'un truc supplémentaire donc ça ne va pas nous chercher très loin financièrement donc autant qu'on ait quelque chose qui fonctionne, qui nous rapporte en plus. Que ce soit un plus pour les professionnels, que ce soit un plus pour tout le monde, que de payer quelque chose qui ne nous satisfait pas complètement. Ça fait partie des choses qu'on va réévaluer, on relance le système on joue le jeu mais ça fera partie des décisions qu'on prendra en 2026. Parallèlement, ce qui est très intéressant aussi, recoupé avec les sujets précédents, c'est que dans notre choix et dans la solution qu'on choisit on a fait en sorte que ça puisse fonctionner avec GINA, avec le PTA et avec éventuellement PRESTA – DOM. Le PTA est déployé à Montargis, à Pithiviers-Neuville aux Bois, on est en train de le déployer à Gien. Donc c'est-à-dire on arrive à ce que nos outils de transports, GINA elle pense qu'on peut le développer sur d'autres établissements aussi membres du GHT et également PRESTA – DOM elle sait qu'il y a des établissements du GHT qui sont intéressés, nous on va essayer les plâtres on va le tester. Tout cela concourt au parcours patient donc il faut aussi que tous ces logiciels se parlent et en l'occurrence c'est ce qu'ils font aussi comme choix sur le GHT. On a même vu sur certains dans les interfaces, on a par exemple un patient qui est dans tel endroit on peut mettre un petit code couleur où on sait par exemple que le ménage il est en cours, ou il est fini, le transport il s'affiche. Si on a une cartographie comme ça dans l'établissement vous savez pour les services du GHT, c'est une avancée extraordinaire. Sur le territoire c'est aussi ce qu'ils voient aussi les autres établissements en termes de dynamique territoriale et de parcours.

Une représentante de SUD demande ce qu'est GINA.

Madame BIANCO répond que c'est le bionettoyage et c'est le même prestataire c'est GEOSOFT.

Une représentante de SUD dit que ce qu'il s'est passé c'est qu'eux ils ont découvert ces prestations parce que les assistantes sociales, elles ne sont pas en nombre, leur effectif n'est jamais atteint.

Madame BIANCO dit qu'il y a beaucoup d'absentéisme.

La représentante de SUD dit qu'il y a sûrement d'autres raisons, il faudra creuser un peu plus.

Madame BIANCO dit qu'elle répond parce qu'en information c'est important, on a sollicité le service de santé au travail, c'est quelque chose qui pourra leur être présenté. Pour une enquête, Mme STEEGMANS est venue auprès des assistantes sociales et auprès de l'encadrement. Donc là on est en train de déployer tout un plan d'actions suite à son intervention. On pourra leur présenter aussi.

La représentante de SUD répond que ça serait bien parce qu'elle pense qu'on a vraiment besoin des assistantes sociales et donc quand elles ont vu ces prestataires arriver, et elles se sont dit qu'elles ne peuvent pas combler leurs postes, et on veut même les éliminer pour mettre des logiciels à leur place. Donc c'est pour ça aussi que la vision là elle est autre, quand c'est expliquer comme ça on ne le voit pas comme quelque chose qui vient les remplacer. Suivant la vision qu'elles peuvent avoir, peut-être qu'elles agiront autrement. Mais c'est vrai qu'à l'heure actuelle elles ont des gros soucis encadrement etc. et elle pense que déjà il faudrait aller voir pourquoi il y a autant d'arrêts.

Madame BIANCO dit qu'ils ont déjà fait ce travail-là, ça peut être intéressant de leur présenter le plan d'action lors d'un prochain F3SCT. Elle était en réunions 2h avec elle, elles ont commencé à amorcer un plan d'action.

Une représentante de SUD dit que puisqu'on parle des assistantes sociales, elle a été interpellée parce qu'à priori des titulaires n'ont pas la prime chaussure ni accès au site pour les chaussures professionnelles, mais les contractuels ont bien la prime chaussure.

Monsieur DI MASCIO dit qu'il note le point.

QUESTIONS DE LA DIRECTION

11. Quels critères les membres de la F3SCT souhaitent retenir pour définir les cas où la Direction doit les informer des situations de violence et/ou d'agressions à l'encontre des agents ?

Monsieur DI MASCIO dit que c'est un point qu'ils auraient voulu faire d'une part en présence de M. ARRIL mais surtout en présence de l'inspectrice du travail, qu'ils avaient invité mais elle a prévenu qu'elle ne pourrait malheureusement pas venir aujourd'hui. Il propose de le reporter pour le faire en sa présence.

Les organisations syndicales valident le report.

12. Expérimentation de la semaine de 4 jours au BCH

Un représentant de la CFDT dit que ce n'était pas à l'ordre du jour.

Une représentante de SUD dit qu'à la base c'était dans l'ordre du jour, qu'après ça a été enlevé mais qu'ils ont fait un message pour que ça soit remis.

Monsieur DI MASCIO dit que c'est pour ça qu'eux étaient partis du principe de le mettre. Il est désolé s'il y a eu un manque de communication dans les allers-retours, mais il dit qu'ils avaient bien prévu d'en parler aujourd'hui.

Le représentant de la CFDT dit qu'on demande au CSE, en plus on demande un avis. Donc là ils le présentent en information, on pensait le retrouver dans les avis du CSE.

Une représentante de SUD demande pourquoi c'est traité différemment par rapport à l'autre.

Madame TRANSON rappelle que sur les 4 jours ils avaient fait en sorte qu'il y ait une vraie expérimentation, c'était leur demande parce qu'il y avait beaucoup d'expérimentations parce que pendant un temps il y avait beaucoup d'expérimentations qui étaient passées en instance où ils disaient que de toute façon on appelle ça expérimentation mais on ne revient jamais en arrière donc on pourrait cesser d'appeler ça une expérimentation. Elle dit qu'on s'est profité de ce sujet des 4 jours pour en faire une vraie expérimentation, où on se met vraiment une date de début, une date de fin. Et pour éviter qu'il n'y ait pas de possibilité de revenir en arrière, on avait bordé sur ce strict sujet des 4 jours et que le choix de continuer ou de ne pas continuer appartiendrait au final à la DRH, évidemment sur la base des retours des uns et des autres autour de l'expérimentation. Elle dit que c'est là où c'est compliqué de faire un avis puisqu'on change les règles du jeu.

La représentante de Sud demande pourquoi ils différencient, on a passé en avis les 4,5 jours du centre de documentation.

Madame TRANSON répond qu'on n'a pas passé en avis l'expérimentation ; le but c'est qui si on entérinait une expérimentation de fait on change une organisation, là on revient à la réglementation, l'organisation elle changeait elle doit donc passer en avis.

La représentante de SUD dit qu'ils en avaient déjà parlé dans une autre instance, où ils savaient qu'ils repassaient sur la semaine des 4,5 jours mais c'était suivi. Elle dit que là ils font différemment, ils disent que ça se termine là et point final.

Madame TRANSON répond que ce qu'on a donné comme avis ce n'était pas d'entériner une expérimentation, c'est le fait de changer l'organisation. Là on est au terme de l'expérimentation, et ce qu'on a passé aujourd'hui en avis c'est une nouvelle organisation où là c'est la réglementation de la F3SCT.

La représentante de SUD dit qu'ils les ont faits voter sauf qu'avant ils avaient fait une instance dans laquelle ils en avaient déjà parlé, que ça n'allait pas sur les 4 jours et qu'ils passaient sur les 4,5 jours.

Madame TRANSON répond que ce n'était pas dans une instance, c'était en copil temps de travail. Elle dit qu'ils ont longtemps échangé en copil mais pas en instance.

La représentante de SUD dit que ce n'était pas en copil c'était en instance.

Madame TRANSON dit qu'elle n'en n'a pas le souvenir.

La représentante de SUD dit qu'ils ne peuvent pas traiter différemment 2 équipes. L'encadrement est contre le 4 jours déjà depuis le départ, même avant que ça commence, donc ils ne peuvent pas faire ça. C'est soit ils veulent vraiment le faire de bonne foi en voulant vraiment faire accorder temps de travail et vie professionnelle, soit ils ne le font pas.

Madame TRANSON dit qu'ils ont procédé sur la même méthode pour les mandataires de l'EHPAD, ils ont procédé sur la même méthode pour le Cesimo. Elle dit qu'ils tiennent la même méthode sur les différents services.

La représentante de SUD dit que ce n'est pas ce qu'ils démontrent.

Le représentant de la CFDT dit qu'en plus là ils n'ont pas les documents, les agents auraient bien aimé voir les documents qu'on en discute avec eux parce qu'ils ont une vision qui est différente, alors ils vont dire que ce n'est pas la même vision que la leur. Il dit qu'il voulait un examen pour savoir pourquoi ça n'a pas fonctionné. Sauf que là on le traite comme information, on n'en parle plus c'est fini.

L'idée c'était de se dire que si ça ne marche pas, qu'il y a un différend entre les organisations syndicales et la direction, peut-être voir les freins, de voir pourquoi ça n'a pas fonctionné et peut-être qu'il faut faire différemment. Il dit qu'il refuse que ça soit traiter en information. Il dit qu'honnêtement, ils vont dire aux agents qu'ils ne veulent pas discuter des 4 jours. Si vous le dites honnêtement ce n'est même pas la peine de présenter les documents.

Monsieur DI MASCIO propose que Madame TRANSON fasse la présentation d'aujourd'hui.

Les organisations syndicales refusent.

Madame TRANSON dit que ça s'est passé comme ça pour le Cesimo ça n'a pas posé de souci, ça s'est passé de la même façon pour les mandataires de l'EHPAD ça n'a pas posé de soucis.

Un représentant de la CFDT dit que là ça pose un problème.

Une représentante de SUD dit que c'est passé à la trappe sans qu'ils ne s'en rendent compte mais ce n'est pas normal.

Une représentante de SUD dit qu'en gros ils n'ont pas été au courant, ça se trouve ces personnes-là elles n'ont pas osé parler comme le BCH donc ils ont entériné les choses encore une fois sans écouter la parole des gens mais c'est très bien.

Madame TRANSON dit qu'ils ont posé les règles quand ils ont lancé ce sujet sur l'expérimentation, ils ont expliqué les règles avant sur la période d'expérimentation. Ils ont vraiment posé les choses. Elle dit qu'ils tiennent leur ligne. Elle dit que là-dessus elle a plutôt tendance à le pousser en disant que le vrai sujet aussi c'était de dire qu'il faut que ce soit un projet qui soit porté par les agents et pas par le cadre et il faut que ce soit les agents qui rédigent le projet et pas le cadre. Elle dit qu'ils s'y tiennent aussi. Dès lors que les gens ont des projets, on les pousse à aller sur l'expérimentation. Elle dit qu'elle a même insisté lourdement, il y a un service de soins qui avait monté un projet qui a son sens était solide et tenait la route, au final le service a fini par rétropédaler, mais elle plutôt dans le sens à pousser les expérimentations puisque c'était bien le sens de cette démarche. Le projet il est porté par les agents.

La représentante de SUD dit que c'est pour ça qu'ils lui avaient présenté, et qu'eux ils avaient suivi parce qu'ils s'étaient dit que ça avait un intérêt. Sauf que là ça s'arrête en instantanée. Il n'y a rien qui est donné aux agents réellement sur le pourquoi du comment. Elle demande pourquoi eux ils n'ont pas moyens de pouvoir s'exprimer, pourquoi on ne leur donne pas voix.

Une représentante de SUD dit que c'est ce qu'ils ont demandé sur le mail du 23 septembre, elle lit le mail. Elle dit : pas de présence de cadre, pas de documents, rien du tout.

Madame TRANSON rappelle que le but de l'expérimentation ce n'est pas que le cadre fasse une analyse statistique, c'était le frein de Madame MUTEZ, ils ont échangé avant de faire l'expérimentation, elle n'est pas contre l'expérimentation sauf si on lui demande de suivre des indicateurs précis avant/après qui vont représenter une charge de travail monumentale.

La représentante de SUD dit qu'on va juste dire non.

Madame TRANSON répond que non, il y a des éléments précis.

La représentante de SUD dit qu'elle vient de dire que ça représente trop de travail.

Madame TRANSON lui répond qu'elle a déjà hurlé en copil temps de travail et qu'on l'a assez écouté pendant suffisamment longtemps.

Les représentants de la CFDT quittent la séance.

La représentante de SUD dit que si elle veut qu'ils arrêtent d'hurler ils n'ont qu'à faire ce qu'on leur demande.

Une représentante de SUD répond qu'ils n'ont qu'à écouter ce qu'on leur demande et de faire ce qu'on leur demande.

Une représentante de SUD dit qu'il n'y a pas de projet parce que ça donne trop de travail à la cadre, c'est donc ça la raison.

Madame TRANSON répond qu'elle n'a pas du tout dit ça, qu'il faut arrêter de prendre des raccourcis. Elle dit que pour le projet il y a une synthèse, des éléments. Ce qu'elle retient aussi c'est que pour prendre des services où ça ne pose absolument pas problème que le projet s'arrête. Elle dit que pour 100% des projets les agents étaient pour, ça venait d'eux.

Une représentante de SUD dit que ce n'est pas que ça ne pose pas de problème, c'est qu'ils n'ont pas été informés que ça s'arrêtait.

Monsieur DI MASCIO dit que ce qu'il retient c'est qu'il y a quand même eu le loupé sur l'envoi de l'ordre du jour puisque le sujet a été enlevé et pas remis, etc. L'information sur le fait qu'on en parlait aujourd'hui n'était pas suffisant, donc ça s'est justifié effectivement, il faut qu'ils puissent prendre connaissance des informations et en parler. Après sur la question avis-information, ça reste une décision du président. Il dit que tout se discute et ils feront ce retour qu'ils expriment aujourd'hui à Monsieur ARRIL, il dit qu'ils prennent en général un avis sur une nouvelle organisation et pas sur le fait de renoncer à une organisation enfin plus exactement d'arrêter une expérimentation. La position c'était celle-ci. Il dit qu'il ne sait pas s'ils sont dans de bonnes conditions aujourd'hui pour parler de ce sujet.

Une représentante de SUD dit qu'elle ne comprend pas, quand il y a une nouvelle organisation, ils le mettent en instance et ils expliquent que ça engendre ça, ça, ça. Aujourd'hui, ils disent juste que l'organisation ça ne va pas et point. Elle dit qu'elle a du mal à comprendre.

Une représentante de SUD dit que ça donne trop de travail.

Madame TRANSON dit qu'ils avaient préparé des choses, les pour et les contre.

Une représentante de SUD demande où c'est tout ça.

Une représentante de SUD dit qu'on le note au prochain CSE.

Le Docteur GUELA dit qu'elle essaie de revenir à du factuel, sur quelque chose qu'elle ne comprend pas. Elle dit qu'elle est pour les expérimentations, elle pense que c'est comme ça qu'on progresse. Mais des expérimentations qui sont cadrées et pluridisciplinaires dans le sens où effectivement tous les acteurs de la prévention dont la DRH en théorie fait partie, mais aussi les élus, mais aussi et surtout le service de santé et de prévention pourraient cadrer les expérimentations. Souvent on dit au F3SCT ou au CSE, à chaque fois qu'il y avait des changements d'organisations plus ou moins actés qu'effectivement on ne leur avait pas demandé leur avis, notamment sur la question des critères de choix sur l'amélioration des conditions de travail, dont ils sont les experts. Elle dit qu'elle ne sait pas trop bien de quoi ils causent sur les 4 jours. Elle dit qu'ils n'ont pas été associés dans aucuns critères sur quelles sont les conditions de travail avant/après, qu'est-ce qu'on en attend dans l'évaluation pour l'évolution justement de cette mise en œuvre d'une expérimentation. Parce qu'une expérimentation, bien sûr qu'elle a un début et une fin et elle a aussi surtout des critères d'évaluation et de possibilité d'évolution. Une fois qu'on analyse tout ça, qu'est-ce qui a fonctionné ou pas, est-ce que c'est remédiable ou pas. Elle dit qu'elle se pose des questions parce que d'abord le service de santé au travail n'a pas été, une fois de plus mais c'est habituel, sollicité. Alors même qu'ils sont les experts des conditions de travail et les plus aguerris pour proposer des questionnaires pour évaluer les raisons, les causes, les avant/après etc. Pour répondre à tout le monde, une expérimentation ce n'est pas parce qu'il y a un début et une fin qu'il faut mettre un terme définitif puisque l'idée c'est quand même qu'il y ait une évolution avant qu'on dise de façon définitive ça n'a pas marché. Et pour finir on y met une fin définitive jusqu'à la prochaine fois.

Monsieur DI MASCIO demande si on s'en tient là.

Une représentante de SUD dit qu'elle a une autre question. Le BCH ça revient au CSE d'après ce qu'elle comprend.

Une représentante de SUD dit que vu que c'est prêt on peut le mettre la semaine prochaine.

Madame TRANSON dit sauf s'ils leur reproche l'envoi tardif des documents.

Une représentante de SUD dit que non, dorénavant on ne fera plus de comité temps de travail comme ça on aura plus de problèmes, tout se passera en instance.

Madame TRANSON dit que c'est eux qui décident la tenue ou non des comités.

La représentante de SUD dit qu'ils ne seront plus présents parce qu'à la base ce comité c'est fait parce que ça n'allait pas ce qu'elle disait en instance. Elle tient à le préciser. Elle a une autre question à propos des vacances. Elle dit qu'elle veut revoir les vacances sur les 12 heures. Le texte de loi est clair, ça a été prouvé que le temps de travail est compté avec la pose de congés. Elle dit que l'année dernière ils ont fait tête baissée, elle veut que ce soit revu tel que ça doit être fait dans la réglementation.

Madame TRANSON dit qu'ils ont pris en compte son point, ils ont commencé par une enquête parce qu'il y a déjà eu plusieurs centaines de personnes qui sont déjà soumis aux 12 heures en alternant jour et nuit.

La représentante de SUD dit que c'est rétroactif la demande, s'ils veulent être payés ils peuvent le faire.

Madame TRANSON dit qu'elle ne sait pas de quoi elle parle.

La représentante de SUD dit que c'est la loi.

Madame TRANSON demande quelle loi.

La représentante de SUD dit comme quoi les CA font partis de nos calculs, en fait c'est du vol. elle dit que normalement la direction ne doit pas inciter les agents à ne pas poser leurs vacances. Elle dit que ceux qui peuvent s'en sortir un peu ce sont ceux qui vont mettre des hublos pendant leurs vacances, eux ça doit être des heures supplémentaires majorées. Elle dit qu'elle ne sait pas si les hublos c'est des heures supplémentaires majorées, en tout cas ils peuvent faire cette demande-là, tout est rétroactif. Elle dit qu'on les comptabilise sur leurs repos on leur demande de poser des CA, ce qui leur fait cumuler des heures.

Madame TRANSON répond que l'analyse détaillée a été faite. Le questionnaire sur toutes les personnes qui sont déjà dans cette situation depuis plusieurs années a été fait. Elle dit qu'à l'heure actuelle des choses, c'est l'unique personne de cet établissement à demander.

La représentante de SUD dit que c'est parce qu'ils ne connaissent pas. Elle dit à Madame TRANSON qu'elle ne connaît elle-même pas la loi, comment veut-elle qu'eux puisse la connaître.

Madame TRANSON répond que toutes les personnes qui travaillent en alternant jour nuit personne ne connaît la loi.

La représentante de SUD demande si elle veut qu'elle aille leur expliquer.

Madame TRANSON lui répond allez-y.

La représentante de SUD dit que par contre c'est rétroactif, qu'ils doivent se méfier parce que là ils ne le font pas mais on peut reprendre les vacances, par exemple les reprendre sur l'été, elle dit qu'ils cumulent des heures.

Madame TRANSON lui dit allez-y, allez expliquer aux gens.

La représentante de SUD dit qu'on leur fait poser trop de vacances. Elle demande si elle veut qu'ils le fassent, donc ils ne changent pas. Pour eux ils demandent de les poser tel qu'actuellement ils les posent.

Madame TRANSON dit que ce qu'elle explique c'est qu'ils demandent à modifier quelque chose, et qu'elle est à ce jour la seule personne de cet établissement à demander à changer les choses.

La représentante de SUD répond qu'elle est représentante du personnel. Elle dit qu'elle est obligée de se tenir au courant des lois et que Madame TRANSON aussi en a l'obligation. Elle est en train de dire qu'elle est en train de profiter de la méconnaissance des agents pour faire quelque chose d'illégal. Elle dit que c'est enregistré, qu'elle le dise bien.

Madame TRANSON répond que quand elle a soulevé le problème, la première chose qu'ils ont faite c'est enquêter.

La représentante de SUD demande s'ils ont enquêté sur la façon dont ils posaient leurs vacances ça leur fait cumuler des heures.

Madame TRANSON répond que oui.

La représentante de SUD demande donc.

Madame TRANSON dit que la réponse est non. Ils ont fait tout un tas de simulations, la réponse est non.

La représentante de SUD dit que c'est impossible. Elle dit qu'ils prennent un papier un crayon, ils vont calculer c'est impossible.

La représentante de SUD dit qu'une fois ça a été très compliqué d'expliquer. Elle dit qu'une fois Madame MARCHAIS leur a dit que le logiciel ne compte pas le week-end.

Une représentante de SUD dit qu'ils travaillent le week-end, qu'ils sont là.

La représentante du SUD dit que c'est impossible, qu'elle prenne son papier et son crayon. Elle sait qu'un CA ça coûte 6,5h, elle le calcule.

Madame TRANSON répond la simulation.

La représentante de SUD dit non, avec votre papier et votre crayon, le logiciel elle n'y croit pas parce qu'elle est en train de dire que ce n'est pas possible.

Madame TRANSON répond que ça tombe bien ça n'a pas été fait avec le logiciel.

La représentante de SUD répond mais vous alors, il y a un problème.

Madame TRANSON demande si elle a vu le ton sur lequel elle parle.

La représentante de SUD dit que c'est parce que c'est un problème.

Madame TRANSON demande si ça lui paraît normal de s'adresser à elle sur ce ton. Et elle demande si elle pense que c'est le travail d'un directeur d'aller compter des heures. Elle demande si elle pense que ça fait partie du référentiel d'un métier de directeur.

La représentante de SUD répond que la loi c'est bien elle, que la réglementation c'est bien elle.

Monsieur DI MASCIO dit qu'on a compris son point de vue, ils ont dit qu'ils lui enverraient les simulations.

Madame TRANSON dit à la représentante de SUD qu'il y a des limites.

La représentante de SUD dit qu'il n'y a qu'elle qui s'intéresse au temps de travail.

Monsieur DI MASCIO dit lever la séance.

La représentante de SUD dit que non la séance n'est pas levée et on n'est pas partis.

Monsieur DI MASCIO dit que la séance est levée.

Monsieur DI MASCIO clôture la séance à 12h50.

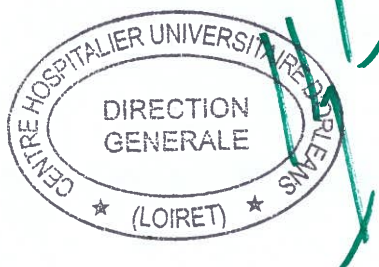
**PROCES-VERBAL DE LA SEANCE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN SANTE, SECURITE ET
CONDITIONS DE TRAVAIL**

DU MARDI 30 SEPTEMBRE 2025

Ont signé le présent procès-verbal,

Le président de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail,

Monsieur ARRIL, Directeur général par intérim



La secrétaire de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail,

Madame BOUZOUINA, auxiliaire de puériculture

Monsieur LARUE, secrétaire adjoint

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Larue", written over a horizontal line.