

CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

CME du mardi 1er octobre 2024 - 13h30

Bayeux - Salle Martine Ducouret

Aunay - Salle informatique (en visio)

PROCES-VERBAL

Feuille d'émargement



Centre Hospitalier Aunay-Bayeux

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Fiche d'établissement

Le 1er octobre 2024

Lieu : salle Martine Ducouret (Bayeux) + site d'Aunay (visio)

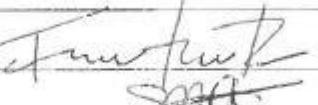
Heure début de séance : 13h30

Heure fin de séance : 16h30

I - Membres avec voix délibérative :

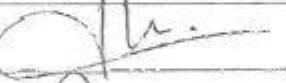
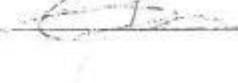
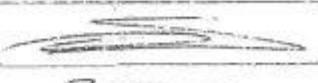
Pôle MCO : Dr Gérard ALVADO	
Pôle Transversal : Dr Annie PEYTIER	
Pôle Gériatrie : Dr Sophie BLANCHEMAIN	
Pôle Santé mentale :	
Pôle SSR : Dr Johanne LEVY	
Dr Valérie CARIDROIT	
Dr Corine CHAUVIN	
Dr Valentine de BRISSON de LAROCHE	
Dr Emmanuelle HEUSSE	
Dr Magali LABIDI, présidente CME	
Dr Virginie MARCELLIN-FLAIS	
Dr Elise ROUSSEAU	
Dr Stéphanie TRUET	
COLLEGE 3 : PH, NON CHEPS DE POLE, NON RESPONSABLE DES SERVICES DE SANTÉ	
Dr Thiphaine CIAPPUCCINI	
Dr Charlotte GUILMINEAU	
Dr Marie-Lys LE BELLEC	
Dr Alban DETROUSSEL	
Dr Laure PAIOLA	
Dr Claire BRIERE	
Dr Frédérique JONES	
Mme Charlène COUASNON	
Chloé LEROUX	

II - Membres avec voix consultative :

M. Vincent MANGOT Directeur	
Mme Véronique RIVAT CACLARD Présidente de la CSIRMT	
Dr Myriam DESOUBREUX A. PROVOST Médecin du D.I.M	
Mme Claire LOSTANLEN Représentant du CSE	
Praticien responsable de l'équipe opérationnelle hygiène (sans objet)	
Mme France BOISGONTIER Représentante CSIRMT	
Mme Isabelle MESNAGE, DRH - affaires médicales	Épouse
Mme NEAU Direction DSEL	
Mme Lissette RUIZ DTMP	
Mme Noelle SINANG DAF-SI	

III - Invités permanents :

(L'ensemble des personnels médicaux de l'établissement, non membres élus, y compris les praticiens PSPH et les praticiens libéraux)

NOM - PRÉNOM	STATUT	SIGNATURE
SOARBECK Sabine	DL	
Balleau David	PM	
Deron Antoine	PH	
BOSCENOT Aude	PH	
R. Octavian PUL	PH	
PAILLARÉ Sophie	PU	
MAVLETIN L.	PH	
Cezoulli F.	AM	
SIROT Delphine	ADC	
BRISSET Nadège	AAH	

Sommaire

1.	Approbation du PV du 18 juin 2024.....	12
2.	Mouvements médicaux	12
3.	Accréditation des médecins et des équipes médicales	12
4.	Retour sur les déménagements	15
5.	Retour sur l'externalisation de la stérilisation	24
6.	Situation de la chirurgie digestive.....	25
7.	Point laboratoire	27
8.	Dossiers autorisations.....	28
9.	Points activités	30

Le Docteur LABIDI préside la séance.

Le Docteur DEVOS demande la parole (un mouton en peluche dans les mains) : les moutons sont inquiets car ils voient les professionnels qui sont censés faire des activités avec eux être amenés à devoir quitter leur service pour faire des remplacements dans les services de médecine. Les professionnels sont en difficulté car ils ne peuvent pas assurer les soins pour lesquels ils sont engagés. Ils se sentent incompétents dans les services de médecine, et cela crée une indisponibilité en termes de qualité de présence auprès des enfants qui paniquent. On assiste à une recrudescence des phénomènes de violence dans le service – pédopsychiatrie - ce qui avait été contenu jusqu'à présent. Le Docteur DEVOS pense que ce qui se vit dans le service de pédopsychiatrie se vit ailleurs et cela vaut la peine d'en parler directement. On va parler accréditation, qualité, certification mais il faut également parler concrètement de ce qu'il se passe au sein des services.

Docteur BALLEROY : il y a une réelle souffrance paramédicale, les soignants sont sans arrêt dispersés à droite, à gauche. Nous en avions discuté ensemble le 19 août et l'avions acté Monsieur MANGOT. Une IDE au bout d'une demi-heure est perdue, pleure, car elle ne s'occupe pas du tout de son type de patient habituel, des infirmières vont faire deux heures de garde en cardiologie, deux heures en médecine 1. Parfois, dans certains services, sur 24 heures, il n'y a pas une personne habituée à y travailler. Les annonces et tout ce qui est mis en place c'est bien, mais ce qui m'interpelle, c'est la façon dont les gens sont reçus. Vous recevez des candidatures mais il faut les recevoir avec le tapis rouge. Nous sommes dans une situation très critique, je n'ai jamais connu ça. Je viens rarement aux CME, ça fait 20 ans que je travaille ici, je suis quand même assez discret mais je vois des gens en souffrance dans cet hôpital. Je ne suis pas aveugle, je sais que c'est difficile partout mais le peu de gens qui viennent se présenter ici il faut qu'on leur ouvre les portes, qu'on leur donne envie de rester. Je comprends que si un arrêt de travail tombe à 7h du matin en médecine 1, il faut trouver une solution, j'en suis conscient, mais il faut voir la vision à moyen terme et à long terme. Nous en avons déjà discuté ensemble et nous n'étions pas d'accord. Le SIC a été transformé en SIC long et j'entends vos arguments : vous mettez des gens qui sont là depuis longtemps, qui ont fait deux ans à Champ Fleury, puis les services qu'ils veulent et maintenant qu'il y a un arrêt de travail à Champ Fleury, ces gens qui ont fait leur BA en arrivant doivent retourner à Champ Fleury. C'est démotivant. On va tous dans la même direction, on se donne les moyens de recruter et de donner l'envie de rester. Infirmières, aides-soignantes tout le monde est en souffrance. Moi je ne suis pas à plaindre, j'ai un métier que j'adore, les conditions pour le faire sont agréables mais quand je vois les gens avec qui je travaille 24/24 qui sont en souffrance, que nous venons défendre.

Docteur BESSIÈRE : les infirmières, les aides-soignantes sont motivées, elles aiment leur travail, elles veulent bien soigner ce qu'elles n'arrivent plus à faire ; on a tous envie de travailler dans cet hôpital pour plein de raisons et nous avons les mêmes vécus dans toutes les équipes. C'est notre rôle, nous médecins et de représenter, et de porter la parole de toutes les équipes mises à mal et qui souffrent.

Docteur DEVOS : avec cette politique de remplacement, ça casse la logique de service. On a un projet de soin qui a une continuité, une histoire, une culture avec des gens qui sont là pour travailler dans une certaine direction. Si on dit aux gens qu'ils sont polyvalents et que du jour au lendemain ils peuvent aller dans un autre service, il faut un semblant d'organisation, car même dans les services de médecine à fortiori quand il s'agit de pédopsychiatrie vers la médecine, il s'agit d'une logique de service différente. La hiérarchie fonctionnelle du chef de service est remise en question. A quoi cela sert-il de défendre un projet de service et une continuité des soins en allant dans une certaine direction si on ne peut pas compter sur les professionnels ?

FO : en tant que représentante du personnel non médical, je souscris à tout ce que vous dites. Non seulement nos collègues sont en souffrance mais elles sont aussi en danger. Nous l'avons illustré à la dernière F3SCT à travers plusieurs FEI dont deux qui étaient marquantes. On a parlé de deux FEI dont une qui se passait à l'EHPAD dans un service, où en lisant la FEI, des collègues qui ont travaillé en psychiatrie, se disaient l'agent va prendre une claque. C'était un ex patient de Nerval. La pathologie faisait que c'était évident. La collègue devait le faire se lever, faire sa toilette. C'était prévisible. Premier

exemple. Cette collègue n'avait pas de formation pour les pathologies psychiatriques. La deuxième FEI qui était aussi marquante est celle de l'infirmière en pédiatrie où un enfant, adolescent je crois, a agressé l'infirmière tout simplement parce qu'on devait s'occuper de lui et qu'il n'y avait personne pour s'occuper de lui. Quand il a pu le faire, il a frappé l'infirmière. Et je ne parle pas de nos collègues qu'on envoie dans des services qu'elles ne connaissent pas. Nous avons tous les mêmes diplômes, nous avons tous des spécificités, nos fiches de postes ne sont pas les mêmes. FO entend, ce n'est pas dans sa politique, mais FO a boycotté le CSE du mois de juin pour cette raison d'auto remplacement et de non remplacement des arrêts de moins de 7 jours. Il y a eu des crédits dans le Ségur pour cela ; on doit remplacer au moins à 48 heures. On comprend pour un remplacement de dernière minute. Pour un arrêt de moins de 7 jours, cela veut dire que vous allez chez votre médecin le lundi, il vous arrête jusqu'au vendredi, vous y retournez le vendredi et on repart pour un arrêt de moins de 7 jours donc c'est plutôt des arrêts de 15 jours, trois semaines, un mois. FO l'a fait savoir et a fait des tracts. On nous a dit qu'on vendait le pire mais ce n'est pas FO qui vend le pire c'est la politique actuelle de l'établissement.

Monsieur MANGOT : je vous ai apporté des éléments pour que cela participe à notre discussion. Je pense que nous devons dissocier deux sujets. Le premier sujet est de dire que nous avons des services dans lesquels, vous le faisiez remarquer Docteur BALLEROY lorsque nous nous sommes vus, cela fait à peu près deux ans que vos professionnels sont régulièrement mobilisés et/ou on leur dit que leur service n'est pas plein, qu'une infirmière ou une aide-soignante n'a pas pris son service aux urgences ou en médecine et qu'on reroute un professionnel, censé faire son quart de travail en réanimation, en dernière minute, sur un service de médecine. C'est désagréable pour le professionnel, ça fait suite à un arrêt qui n'est pas anticipé et pour lequel on se retrouve un peu sans solution. Il est vrai que dans ces cas-là, l'attention est souvent portée sur la réanimation depuis déjà plusieurs années ou le service de pédiatrie car les services ne sont pas toujours pleins.

Docteur BALLEROY : il n'y a aucune anticipation de réserve. Les plannings ne peuvent pas être faits sans tenir compte de l'absentéisme. Il y a forcément 10% d'absentéisme. Tout cela n'a pas l'air anticipé. Il faut écouter les gens. Quand on dépouille la réanimation d'une aide-soignante ou d'une infirmière, on devient hors la loi puisqu'on ne respecte plus le quota qui est d'une infirmière pour 2.5 patients et une aide-soignante pour 4 patients. L'aide-soignante qui était là hier avait 7 patients. Rien que pour cela, c'est inacceptable. Cette année pour moi c'est une urgence, il n'y a pas de choix. Cela fait deux ans que ça dure, ça veut dire qu'il n'y a pas de solution mais il faut en trouver. Les solutions occasionnelles, elles sont quotidiennes. Avant les infirmières et les aides-soignantes ne disaient rien, c'était une fois tous les mois ou tous les 15 jours donc cela passait. Là c'est quotidiennement.

Monsieur MANGOT : nous publions énormément d'offres aujourd'hui, sans spécifier l'endroit où nous avons besoin d'un poste. Nous disons simplement : vous êtes infirmier, aide-soignant, vous avez le projet de rejoindre l'établissement, que ce soit sur de la courte ou de la longue durée, venez. Nous avons eu 75 réponses, malheureusement pas seulement d'infirmières, mais les demandes affluent. Depuis le début de l'année, nous avons eu 20 départs infirmières pour 24 arrivées. Nous avons 6 nouveaux professionnels qui démarrent chez nous au mois de septembre. J'espère que cette politique nous permet d'avoir un peu de réserve et nous mettre moins sous pression. L'autre aspect du sujet, c'est que nous avions une politique de remplacement que l'on conserve (Permutéo, intérim) mais on se retrouvait avec une atypie : toutes les demandes affluaient au niveau direction des soins ou DRH, que ce soit pour remplacer quelqu'un pour deux jours ou trois mois. Nous avions une incapacité à traiter et différencier les demandes. Tous les dispositifs étaient activés et nous n'avions aucun pilotage. La logique a été de se dire on conserve notre dispositif, car globalement il a du sens, mais on priorise car quelqu'un qui va être arrêté deux jours ou trois jours cela n'a pas le même impacte sur l'équipe que quelqu'un qui est arrêté trois mois pour un congé maternité. Tout va vite se dégrader dans la durée si on ne sait pas remplacer quelqu'un qui est absent trois mois. Pour ce qui est de l'arrêt court, l'idée ce n'est pas de ne pas les remplacer, c'est de voir quelles sont les solidarités qui peuvent s'activer au sein d'un service ou entre services dans une certaine limite et c'est là où ça ne va pas.

Docteur BALLEROY : ça ne va pas, la solidarité est à bout.

Docteur DEVOS : la solidarité a toujours marché. La dernière fois en pédiatrie, il fallait aider alors même que des collègues étaient en soins.

Docteur BESSIÈRE : à un moment donné, il avait trois perfusions à poser, un bilan à faire et des aérosols. Qui d'autre sur le terrain peut mieux dire que nous, que nous ne pouvons pas descendre en cardiologie pendant deux heures ? Cela m'a été opposé et on m'a répondu que cela faisait une heure que cela avait été demandé, il fallait donc y aller. Il y a des choses qui sont programmées. Le vendredi on arrive et on programme déjà que le dimanche il va y avoir une auxiliaire qui va aller ailleurs. Il y a quand même un fonctionnement qui est instauré.

Monsieur MANGOT : je suis d'accord avec vous qu'il y a un fonctionnement nécessaire mais pas souhaitable. On peut parfois se retrouver dans une situation où on ne peut pas faire autrement mais cela ne doit pas être programmé.

Docteur DEVOS : combien de temps cela va durer et va-t-on vers quelque chose où on serait tous polyvalents ?

Monsieur MANGOT : ce n'est pas du tout le but.

Docteur DEVOS : je me forme indirectement, j'ai déjà fait le ménage.

Docteur BALLEROY : on a même demandé aux infirmiers de faire le travail d'aide-soignant.

Docteur DEVOS : à l'époque il n'y avait pas d'ASH pendant 15 jours donc j'ai fait le ménage. On voit que tous les services sont touchés. Quelles sont les perspectives ? C'est quoi la feuille de route ? Qu'est-ce qu'on peut imaginer ? Ça va durer un mois ? Deux mois ? Trois mois ? La feuille de route c'est de faire le plus d'économie possible ?

Monsieur MANGOT : l'enjeu pour nous est d'avoir une meilleure compréhension et un pilotage de nos remplacements car nous avions une réponse systématique à toute demande, quel que soit l'arrêt de courte ou de longue durée. Nous avons un absentéisme global qui baisse d'un point entre 2022 et 2023 et nous avons recours aux sociétés d'intérim pour un montant qui passe de 50.000 Euros à 250.000 Euros ; on ne sait pas l'expliquer. Il faut que l'on arrive à mieux comprendre ce qu'il se passe. Je suis d'accord avec vous ; on ne peut pas dire que les agents sont interchangeables et le programmer. Si on en arrive là, on va avoir un absentéisme en cascade qui va augmenter et on va tout perdre.

Docteur DEVOS : c'est ce qu'il se passe. Cet été on se disait que c'était les vacances mais cela continue.

Monsieur MANGOT : cet été on a eu un mois de juillet qui a été compliqué. On a pris un point d'absentéisme. On a eu moins recours aux sociétés d'intérim qui ne nous adressaient pas autant de professionnels que les autres étés donc nous nous sommes vraiment retrouvés fragilisés. Au mois d'août, nous n'avons pas constaté ce même niveau mais ce n'est pas encore stabilisé. Ce sujet perdure depuis deux ans, notamment pour la réanimation, raison pour laquelle je le dissocie encore un peu.

Docteur BALLEROY : je ne veux pas rentrer dans des détails et être nominatif mais la petite amie d'un infirmier de réa, quand elle...

Monsieur MANGOT : j'ai eu l'information.

Docteur BALLEROY : tout cela n'est pas acceptable, on ne peut pas se faire envoyer balader, on ne peut pas mener un entretien comme il y a 20 ans, l'offre et la demande ont complètement changé. Ça ne veut pas dire que l'on doit se mettre à genou devant les gens qui arrivent mais qu'il faut être accueillant, avoir une politique de recrutement forte et peut-être que l'idée est de faire des cycles courts, ce qui est assez

formateur, et leur proposer de faire pleins de choses. Si quelqu'un s'arrête 3 jours dans une équipe puis une autre personne trois jours, tous ces arrêts se cumulent et finissent par un arrêt long
Monsieur MANGOT : ce qu'on essaie de faire avec la politique actuelle et l'arrivée de jeunes professionnels, c'est d'avoir un effet tampon, qu'on ait un peu plus d'infirmiers que le besoin théorique de maquette car nous avons des professionnels qui vont avoir des arrêts plus ou moins longs. Avoir un effectif qui correspond à nos maquettes est un leurre ; il faut un matelas. J'ai passé la consigne que pour ce qui était des professionnels infirmiers, on rentre, on accueille et on fait venir les jeunes professionnels.

Madame RIVAT-CACLARD : tous les CV infirmiers qui arrivent jusque chez nous sont reçus.

FO : l'offre d'emploi est alléchante puisqu'on propose aux professionnels d'avoir le choix du statut, du salaire, sauf que si après en parallèle vous mettez de la polyvalence à outrance, du non remplacement ou auto-rempacement, du sous-effectif, comme on l'a vu en médecine 3 où on se bat pour avoir quatre aides-soignantes, alors que finalement elles sont deux, ça va vite les faire fuir, sans compter tous les collègues qui ont peur de mettre en danger leur diplôme. On en a déjà parlé en F3SCT et on en parlera peut-être en CSE demain.

Docteur LABIDI : cette année a été très compliquée pour les paramédicaux. Depuis que Monsieur MANGOT est arrivé, il a repris toute la dynamique de recrutement. Vous verrez lors de la prochaine CME tout ce qui a été mis en place sur les réseaux etc... Il y a déjà les résultats qui se ressentent et il faut du temps. En aide-soignante, il n'y avait pas besoin de matelas, en infirmiers il y a toujours eu un déficit d'où ce besoin d'aller pour maintenir l'équilibre et malheureusement ça a été tendu partout ; il n'y a pas eu un service qui s'est trouvé avec des journées normales. J'ai bon espoir car les choses sont en train de bouger ; par contre cela ne va pas se faire en un mois.

Docteur MAUGER : on a bon espoir. Je suis encore plus vieux que le docteur BALLEROY dans l'établissement et je ne prends pas souvent la parole mais si je me suis déplacé c'est parce je n'ai jamais ressenti ce que j'ai ressenti cet été. Je me suis permis de venir. C'est un peu préoccupant car on n'y croit plus.

Docteur LEGOUIX : les boîtes d'Intérim ont été contactées tardivement. On parle de choses médicales et paramédicales. Les problématiques de mars avril sont vues au mois de juillet. Pour ce qui est des recrutements, j'ai rencontré quelqu'un il y a deux semaines qui a envoyé une candidature pour un poste de comptable et qui n'a jamais reçu de réponse positive ou négative. Elle était étonnée de ne pas recevoir de réponse de l'hôpital publique, même négative. Les choses arrivent trop tard.

Monsieur MANGOT : comme le signalait Madame LOSTANLEN, nous nous adaptons au profil du professionnel qui vient vers nous, un mois, trois mois, six mois, un CDI à la carte, quelqu'un qui veut devenir fonctionnaire, on déroulera le projet « à la carte ». Dans la maison, j'ai six mois dans les jambes, il y a des choses que je découvre, et il faut que l'on soit avec certitude en capacité de répondre à n'importe qui à partir du moment où il a écrit à l'établissement pour dire qu'il existe, que ce soit une candidature spontanée ou quelqu'un qui répond sur quelque chose de précis. Nous avons aussi un sujet plus vaste ; on n'a pas forcément une parfaite allocation des ressources de manière uniforme au sein de l'établissement. Nous devons les corriger à la marge.

Docteur BALLEROY : nous ce qu'on veut c'est une politique volontariste, pas prendre n'importe qui n'importe quoi mais que chaque fois qu'il y a une candidature, elle soit examinée avec bienveillance. Ce n'est pas ce qu'on a ressenti dernièrement, on a l'impression que cela ronronnait.

Monsieur MANGOT : j'ai fait un point avec quelqu'un de votre équipe justement pour préparer le CHABACTU. Je lui expliquais que nous étions sur les réseaux sociaux, que tout allait fonctionner mais j'ai su, après cette réunion, que quelqu'un avait candidaté et qu'on lui avait répondu qu'il n'y avait pas forcément de besoin. Il faut que nous comprenions pourquoi cela bloque.

Docteur BALLEROY : nous sommes tous dans le même bateau.

Monsieur MANGOT : je comprends.

Docteur LABIDI : si je puis me permettre, la prochaine fois, prévenez-moi pour qu'on mette certaines choses à l'ordre du jour. On aurait pu présenter aujourd'hui comment on recrute par exemple.

Docteur DEVOS : ce qui est une problématique de la CME depuis un moment, c'est que les vrais sujets de sont pas abordés, c'est pour ça aussi qu'il y a plein de médecins qui ne viennent pas. Cela vient du fait qu'avec la reconfiguration de l'APST, l'ordre du jour, ce n'est que des sujets administratifs.

Docteur LABIDI : il suffit de demander. Si vous avez des sujets, vous me le demandez et on les met à l'ordre du jour, il n'y a pas de problème.

Docteur BLANCHemain : je me permets d'intervenir car je suis un peu choquée par tes propos David (BALLEROY) en début de séance. On parle de bienveillance, de difficultés de recrutement de personnel, et dans tes propos tu dis que les gens ont fait leur BA en allant à Champ Fleury. Peut-être que le regard des différentes spécialités les unes sur les autres participerait aussi à être un petit peu plus tolérant, bienveillant.

Le Docteur BALLEROY donne raison au Docteur BLANCHemain et s'excuse.

Docteur BESSIÈRE : on est tous là, avec des spécialités, des services différents, on pense la même chose. C'est par rapport aux conséquences qu'il faut respecter chacun.

Docteur BLANCHemain : le contexte est difficile pour tout le monde, y compris entre les médecins, les ambiances de travail sont assez complexes, il faudrait peut-être commencer par ça.

Docteur DEVOS : c'est assez général, c'est un ensemble : l'ambiance, comment on se parle etc... Le ton s'est durci, notamment vis-à-vis du fait que les collègues doivent aller d'un service à un autre pendant que les directions semblent toujours reprendre ce terme de solidarité en nous demandant d'être solidaires, sans tenir compte des projets de service spécifiques. C'est comme si c'était le problème des professionnels, une mauvaise volonté de ne pas vouloir aider, une culpabilisation excessive des professionnels quant au fait de ne pas vouloir aider d'autres équipes qui sont en difficulté. On ne peut pas tenir un discours comme celui-ci en disant qu'il y a de gros problèmes d'organisation dans l'hôpital, et on nous dit d'être solidaires...

Monsieur MANGOT : il y a un sujet qui va faire écho chez vous. L'organisation du temps infirmier sur la MAS n'est pas adapté ce jour car à 15h30 il n'y a plus de compétence infirmière ; il y a eu une organisation en mode dégradé avec un soutien des collègues de psychiatrie pour un besoin infirmier. Si on a un résident de la MAS qui tombe l'après-midi et qu'on a besoin d'une évaluation par une infirmière il n'y en a pas forcément donc on se retrouve à faire un transfert du patient qu'on accompagne aux urgences... Ce n'est pas adapté. Nous avons là une priorité : remettre un temps infirmier pour couvrir la journée complète et ne plus avoir besoin de solliciter et les collègues de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie adulte. Ces sujets nous les avons dans le viseur et on veut le faire d'ici la fin de l'année.

Docteur DEVOS : le sujet de la MAS perdure depuis deux à trois ans. Pourquoi ce sujet perdure et n'avance pas plus vite ? Il s'agit d'un poste et le vécu des équipes sur place est compliqué, il faut leur répondre. Par exemple, que dit-on aux équipes ? Que cela va durer trois mois ?

Docteur LABIDI : que l'établissement est en train de recruter mais il faut mettre les agents là où on en a besoin.

Docteur DEVOS : combien de temps ?

Docteur LABIDI : jusqu'à ce qu'on ait une équipe complète. Personnellement ça fait 20 ans que je suis aux urgences, chaque fois que j'ai cru avoir avec une équipe complète j'avais des départs. Il faut recruter mais à un moment est-ce qu'on arrivera à avoir tous les postes pourvus ? Il faut espérer que oui mais nous ne sommes pas dans les meilleures périodes de recrutement des paramédicaux depuis deux ans. On a eu 8 mois d'intérim, il faut laisser du temps au directeur qui arrive, il y a une nouvelle politique mise en place, il faut le temps pour que cela soit efficace. Toutes les équipes sont en souffrance, mes équipes sont régulièrement en sous-effectif et aux urgences on ferme les lits.

Monsieur MANGOT : je vous le redis avec sincérité, mon enjeu c'est de recruter des infirmiers plus que les besoins des maquettes car si on n'est juste à la maquette c'est un leurre, on a toujours des arrêts, des difficultés malheureusement. On va toujours se retrouver avec un léger ou gros sous-effectif donc nous serons toujours en mode dégradé. L'enjeu c'est d'avoir un peu plus de personnel infirmier pour se sécuriser dans les fonctionnements au quotidien.

Docteur BALLEROY : les 20 départs dont vous avez parlé c'est classique ? Il y a autant de personnel qui part habituellement ?

Monsieur MANGOT : on n'a pas un turnover qui est en train d'augmenter, on n'a pas un absentéisme qui sur les 8 premiers mois de l'année a augmenté spécifiquement. Il y a eu un pic en juillet on est passé de 7.5 à 8.5% d'absentéisme presque 9% d'absentéisme au mois de juillet et on l'a tous ressenti. L'enjeu est de bien suivre cela et s'assurer que l'on n'est pas en train d'avoir des effets pervers

Docteur BALLEROY : il s'agit d'une cocotte-minute prête à exploser.

Docteur LEGOUIX : sur les services de soins, il y beaucoup d'infirmiers qui souhaitent partir et notamment retourner au CHU. Quand je dis beaucoup, c'est plus que la moitié des ETP.

Monsieur MANGOT : un point a été fait hier qui a duré presque 4 heures avec les cadres MCO justement pour bien comprendre ce qu'ils vivaient et quelles étaient les difficultés rencontrées au quotidien. Je n'ai pas envie de faire le constat au bout d'un an que l'établissement est exsangue et qu'on ne sait plus prendre en charge nos patients.

FO : du coup Monsieur MANGOT je ne comprends pas votre logique si ce n'est une logique budgétaire relative à votre feuille de route. Nous savons que vous êtes en relation avec l'ARS tous les mois et que vous ne faites peut-être pas ce que vous voulez mais je ne comprends pas votre logique de ne pas suspendre pour le moment le nom remplacement des arrêts courts. Vous dites que beaucoup de gens postulent mais vous venez de l'entendre, ce n'est pas qu'une vision de FO ? Combien de gens prennent des disponibilités ou partent ?

Monsieur MANGOT : on vous communiquera l'ensemble des données. Je ne vous ai jamais caché d'élément chiffré sur quelque sujet que ce soit, il n'y a pas de sujet pour moi.

FO : pourquoi ne pas stopper votre politique de non remplacement que vous ne voulez pas nous donner pour avis en instance ? On n'a pas vraiment de chiffres ni de données ? On ne va pas refaire le débat ici mais du coup, puisqu'effectivement on constate qu'on manque de personnel, ce n'est peut-être pas tout à fait le moment de supprimer les remplacements pour arrêts courts.

Monsieur MANGOT : je vous l'ai déjà expliqué. Nous ne sommes pas dans une logique de suppression de remplacement des arrêts courts.

FO : excusez-moi mais logique ou pas logique, concrètement dans les services nos collègues sont souvent en sous-effectif et je comprends que quand on arrive en EHPAD ou en SSR - on ne parle même pas de qualité ou sécurité des soins nous n'en sommes plus là - je comprends qu'un collègue qui arrive de psychiatrie en EHPAD, qui ne connaît pas les résidents, leurs habitudes, ses collègues, dans un contexte

de sous-effectif, sans compter que ceux qui connaissent le service doivent materner ceux qui arrivent - la polyvalence n'est pas possible et a ses limites. Ce n'est pas satisfaisant, ni pour les collègues qui arrivent ni pour ceux qui sont en EHPAD.

Monsieur MANGOT : la logique pour les arrêts courts est de ne pas utiliser tout de suite Permutéo ou tout de suite une société d'intérim.

FO : non, c'est tout de suite rien.

Monsieur MANGOT : c'est de voir ce que l'on est capable de faire en interne dans le service. On a des dimensionnements d'équipe où on a pour chaque agent 45 jours de congés, pour tous les professionnels, il y a donc des moments où c'est activable et d'autres non. Cet été on a tout de suite ouvert Permutéo. Il faut juste faire attention de ne pas traiter pas sur un même pied d'égalité un arrêt long et un arrêt court. Il y en a un qui est très déstructurant et l'autre est problématique, il faut s'en emparer je suis d'accord mais parfois on a quelques solutions dans les services et dès que ce n'est pas possible, on active les remplacements.

FO : un arrêt court de 7 jours complets n'est plus un arrêt court. Peut-être que pour vous cela paraît court, mais je peux vous dire que dans un service des arrêts de trois ou quatre jours, ce n'est pas court du tout.

Monsieur MANGOT : l'idée ce n'est pas de ne pas les remplacer. Vous faites une traduction qui est un peu erronée.

FO : c'est surtout que nous allons voir nos collègues dans les services.

Monsieur MANGOT : vous considérez qu'on ne les remplace pas. On les remplace et dès qu'on n'a pas d'autre solution on active les habituels dispositifs Permutéo et sociétés d'intérim et qui ne sont pas toujours pourvus ce qui est notre difficulté.

Docteur LABIDI : ce que je vous propose c'est qu'à la prochaine CME, je veux bien que Monsieur MANGOT, la DRH nous fassent une présentation des arrivées et des départs, des motifs, pourquoi etc... comme cela nous aurons la vision la plus complète possible.

FO : on veut bien la même chose en CSE.

Docteur LABIDI : j'en profite avant que certains d'entre vous partent, pour vous présenter deux nouveaux médecins qui se trouvent parmi nous.

Le Docteur POP se présente : nouveau gynécologue qui vient d'Avranches.

Le Docteur PROVOST se présente à son tour. : nouveau médecin DIM.

Le Docteur LABIDI propose de faire un tour de table. L'ensemble des participants se présente à tour de rôle. Elle note qu'il y a un panel des représentants. L'équipe d'Aunay se présente également ainsi que l'équipe des affaires médicales.

Une partie des participants quitte la salle.

Le Docteur LABIDI poursuit.

1. Approbation du PV du 18 juin 2024

Le PV est approuvé à l'unanimité.

Le Docteur donne la parole à Madame BRISSET.

2. Mouvements médicaux

Madame BRISSET : au mois de septembre, départ du Docteur Alain FLORENT, arrivée au 1^{er} septembre du Docteur Octavian POP, gynécologue, du Docteur Arnaud PRIMEL, anesthésiste, du Docteur Arnaud PROVOT, médecin DIM, et du Docteur Dragos Radu MARGHITU chirurgien orthopédiste.

A partir du mois de novembre, arrivée du Docteur Amélie PARRY, SMR Neurolocomoteur, Docteur Victoire PANNIER SMR Neurocognitif, départ du Docteur Nicolas DARDAINE aux urgences le 1^{er} novembre et du Docteur Camille POUCHUCQ en chirurgie digestive. Arrivée du Docteur Ludovic DILLON en médecine 3 au 4 novembre, du Docteur Pierre SEBAG au SMR gériatrique, du Docteur Toumi AZAZ en médecine 3, du Docteur Alexandre LENOIR en médecine 2, du Docteur Agnès COLLARD praticien contractuel aux urgences mise à disposition du CHU de Caen à mi-temps, du Docteur Valentine HERREIRA en médecine 2 ; le Docteur Constance SAYEGH, praticien contractuel du SMR neurocognitif arrête son assistanat au 3 novembre pour prendre un poste de praticien contractuel le 4 novembre, et départ du Docteur Magalie GOUJON ASR Pédopsychiatrie.

Le Docteur LABIDI annonce un petit changement dans l'ordre du jour et propose de passer à l'accréditation des médecins.

3. Accréditation des médecins et des équipes médicales

Docteur LABIDI : l'accréditation concernera tous les médecins à plus ou moins long terme. Pour le moment, cela concerne les spécialités à risque. L'HAS a mis cela en place depuis quelque temps. Pour ceux qui lisent Hospimédia, c'est passé la semaine dernière : la cour des comptes préconise une fusion entre la certification périodique des médecins et les comptes DPC. Il va falloir faire notre certification pour avoir notre validation DPC. Nous avons rencontré le Docteur ARZALIER qui est accréditée. L'équipe d'anesthésie a fait une accréditation en équipe et nous avons appris que le Docteur MARGHITU était accrédité à titre individuel. Nous allons vous présenter la démarche. Pour l'instant il ne s'agit que des spécialités à risque mais cela va bientôt concerner tout le monde.

Madame CHEVAUCHER : l'idée est de contextualiser les choses dans cette démarche d'accréditation des médecins, dans une démarche individuelle ou collective comme l'a rappelé le Docteur LABIDI.

Annexe 4

SLIDE 1 et 2

L'exigence du référentiel est dans le chapitre 3.4-03 Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées avec un score à 79% - au cours de notre dernière évaluation de septembre - et on note dans le rapport l'absence de dispositif structuré de démarches spécifiques telles que l'accréditation en équipe. Il faut savoir que c'est un critère dit avancé c'est-à-dire que si on arrive à répondre à ce critère, c'est ce qui nous permet d'avoir des mentions quand on est certifié. Le référentiel évolue. Nous allons être évalués sur le référentiel 2025 au cours d'une réunion avec l'ARS ; ils ont participé à la rédaction de la maquette du référentiel en partie. Les critères impératifs évoluent : l'exigence qualité est encore plus importante. Il va falloir se préparer à ces nouvelles démarches qui étaient au départ des démarches volontaires et qui vont être de plus en plus des démarches qui vont compter, notamment pour la certification de l'établissement. Nous avons rencontré le Docteur ARZALIER. Il n'y a pas eu de communication sur ce sujet au sein de l'établissement et il faut vraiment que l'on puisse valoriser cette accréditation. 8 médecins ont participé à la démarche d'accréditation d'anesthésie et de réanimation. Nous devons donner envie à d'autres de pouvoir s'y pencher.

SLIDE 3

Les avantages

- ✓ Fait office de DPC (maintien de compétence) ; si vous êtes certifiés HAS pour votre spécialité vous n'avez pas à ajouter des formations supplémentaires pour répondre au DPC.
- ✓ Baisse du coût des assurances pour les libéraux,
- ✓ Démarche volontaire individuelle ou en équipe,
- ✓ Accompagnement par un organisme accrédité de la spécialité.

L'accréditation permet

- ✓ D'améliorer la culture de sécurité : pour 82% des médecins interrogés.
- ✓ D'améliorer la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles et de prendre le temps d'analyser les pratiques : pour 77% des médecins interrogés.
- ✓ De mieux comprendre les causes profondes des événements indésirables pour 73%.

SLIDE 4

Comment procéder

- ✓ Le SIAM est la plateforme qui permet de s'inscrire et d'être accompagné.
- ✓ Un programme annuel est organisé,
- ✓ L'HAS accorde,
- ✓ Le certificat ou l'attestation de l'équipe sont valables 4 ans.

SLIDE 5

Les organismes agréés sont listés.

Aujourd'hui, le focus est fait sur les secteurs dits à risque – la cardiologie, l'endoscopie, toutes les chirurgies.

SLIDE 6

Les attendus

- 1) EIAS déclaration et analyse : analysé par l'HAS avec un retour
- 2) Participation à une RMM, une évaluation, audit, EPP, RetEx...
- 3) Mettre en œuvre des recommandations / référentiels (ex : ATB prophylaxie)
- 4) Participation à une formation, un congrès (à valoriser)

Chacun d'entre vous peut compléter ces volets au cours de l'année. Ce sont les attendus proposés.

Docteur TRUET : est-ce obligatoire pour la certification de l'hôpital ?

Madame CHEVAUCHER : non. Aujourd'hui cela représente des points bonus, si on arrive à répondre à des critères avancés, cela représente des points bonus. Sur le référentiel 2024 c'est un critère avancé, à voir sur celui de 2025. L'HAS le 4 octobre va nous faire un retour des évolutions de critères donc on va savoir très rapidement si ce critère va être requalifié. Cela répond à une certification soit individuelle soit d'une équipe.

Madame RIVAT-CACLARD : lorsque nous avons eu le retour de non certification, il nous a été précisé que l'HAS réfléchissait à ce que les accréditations soit prise en compte.

Docteur LABIDI : tout ce qui est demandé on le fait donc ce n'est pas un double travail.

Madame RIVAT-CACLARD : la seule contrainte est un formalisme imposé et il faut rentrer dans la géométrie attendue.

Docteur ALVADO : cela permet de structurer tout ce qui est fait déjà et qu'il y ait un regard extérieur.

Madame CHEVAUCHER : ce qui est important c'est l'accompagnement par l'expert, on n'est pas tout seul. Si on est 8 dans une équipe, on doit faire N-1 en terme de présentation d'évènement indésirable.

Docteur TRUET : est ce qu'il y a quelqu'un qui vient dans le service ?

Docteur ALVADO : non cela se fait en visio et il y a des thèmes prérequis qui sont donnés par l'organisme avec une fréquence environ tous les deux mois.

Docteur LABIDI : le Docteur ARZALIER a mis en place au bloc un système de recueil d'évènements indésirables.

Docteur ALVADO : on sélectionne les dossiers, on donne des recommandations.

Docteur LABIDI : il faut choisir un évènement qui permette d'améliorer ses pratiques, mettre en place des choses.

Docteur HEUSSE : pour les biologistes, nous sommes accrédités mais cela n'a rien à voir ?

Madame CHEVAUCHER : non effectivement. Pour le moment c'est distinct. L'HAS sollicite les établissements et a proposé de faire appel à un expert HAS pour nous accompagner ne serait-ce que dans la sensibilisation de nos professionnels et des attendus. Ils nous ont demandé de faire un courrier si nous étions intéressés. Nous avons eu une réponse hier. L'HAS se propose de participer à la prochaine CME du 10 décembre à 13h30 en visio.

Docteur LABIDI : il faut un moteur pour que les gens se déplacent. Les échanges directs sont toujours importants. Nous voulions commencer à vous en parler car cela devient important au niveau des spécialités à risque, l'article d'Hospimédia est paru... cela va devenir obligatoire.

Madame CHEVAUCHER : et sur la base du volontariat c'est plus sympa de pouvoir y répondre.

Docteur LABIDI : et ceux qui ont répondu ne sont pas traumatisés donc c'est faisable.

Docteur DETROUSSEL : pour la certification de groupe cela se passe comment ?

Docteur LABIDI : ça dépend du nombre de personne. Le projet de groupe est de n-1.

Docteur ALVADO : il n'est pas nécessaire que tout le monde soit présent à chaque visio.

Madame CHEVAUCHER : chaque professionnel soit faire une inscription nominative et sur la plateforme SIAM, on indique qu'il s'agit d'une démarche individuelle ou en équipe et quand on est en équipe, il y a un référent qui rattache à son équipe les différents professionnels identifiés. Il y a un expert pour le groupe et le travail demandé est demandé à chaque membre du groupe. Quand on traite un évènement indésirable, même si on fait une analyse collective, chacun sur son profil va répondre à l'analyse de l'évènement indésirable.

Docteur DE BRISSON : donc en pratique il faut faire une demande de prise en charge formation à la prochaine commission ?

Madame CHEVAUCHER : non, ce n'est pas payant. Il s'agit d'une inscription sur le SIAM qui fait foi.

Docteur ALVADO : il y a une inscription au collège qui est obligatoire.

Docteur LABIDI : vous n'êtes pas encore dans la spécialité à risque.

Docteur DE BRISSON : le Docteur GUILLOME qui est sur le CHU, soins palliatifs et la douleur, m'en a parlé. Il souhaite nous parler de ça au prochain collège des médecins.

Docteur LABIDI : ils sont venus à Paris nous le présenter à la conférence nationale des PCME.

Docteur PAOLA : donc nous attendons notre tour.

Docteur LABIDI : tu auras la présentation quand même à la prochaine CME.

Madame CHEVAUCHER : il y a beaucoup de choses qui vont évoluer. Le service qualité est à votre disposition pour vous accompagner et vous seconder dans l'utilisation des outils même si vous êtes accompagnés par un expert. C'est notre cœur de métier donc nous sommes là pour vous épauler dans cette démarche.

Le Docteur LABIDI remercie Madame CHEVAUCHER.

4. Retour sur les déménagements

Madame RUIZ : j'ai préparé une présentation sur les travaux réalisés et qui sont encore en cours. Cette année a été caractérisée par de nombreux déménagements ; nous allons commencer par la partie la plus conséquente concernant les travaux de l'hôpital, qui est le chantier des consultations externes sur le site de Nesmond.

Slide 1 et 2

Les anciens blocs ont été réaménagés. Les travaux des consultations externes sont divisés en trois phases et nous venons de terminer la première phase qui était la plus compliquée puisqu'il y a beaucoup d'équipements techniques.

Docteur BRIERE : où sont les salles polyvalentes ?

Le Docteur LABIDI : nous ne faisons que les chaises tournantes au niveau du rez-de-chaussée, personne ne réintègre ses locaux.

Madame RUIZ : étant donné le manque de place sur le site de Nesmond, nous faisons des opérations « tiroir ».

Docteur BRIERE : on nous oublie sur la liste. C'est systématique. Il manque la médecine interne et les maladies infectieuses.

Madame RUIZ : il en manque effectivement. Au départ, je me suis dit que j'allais mettre les salles polyvalentes ; je vais modifier ceci pour la prochaine CME. Nous avons fini la première phase de travaux qui était la plus compliquée puisqu'il s'agit de la phase où se mettent en place les installations techniques qui vont alimenter tout le reste. Nous avons fait l'extension TGBT pour pouvoir alimenter électriquement tous nos équipements et tout le plateau, ainsi que la ventilation. Il s'agit d'une opération à quasiment 3 millions d'euros. J'ai enlevé les toitures terrasses puisque celles-ci, y compris celles des consultations externes, sont dans l'enveloppe financée par l'ARS autour d'un million pour l'ensemble des sites, ce qui nous permet de gérer un peu mieux les budgets. Pour l'instant, il n'y a que les bureaux des anesthésistes qui sont installés définitivement et nous avons eu un retour très positif de l'ensemble

des professionnels qui occupent ces locaux en termes de confidentialité, de confort, d'espace, d'éclairage. J'ai mis en place le suivi des travaux hebdomadaires des entreprises et le suivi hebdomadaire avec les équipes, ouvert à tout le monde tous les mardis à 15 heures ; maintenant que nous en sommes à la phase 2, je les mets tous les 15 jours afin d'échanger voire améliorer certaines choses qui ne vont pas.

Slide 3

Nous avons mis des faux plafonds éclairés, j'ai tenté de soigner ces espaces qui étaient borgnes, sachant qu'aujourd'hui, maintenant qu'il s'agit d'espaces ouverts, ce n'est pas si sombre. Cela permet d'avoir des locaux agréables et appréciés et par le personnel et par les patients.

La phase 2 a démarré en aout, le désamiantage est terminé. Nous sommes dans la phase démolition avec plutôt de belles surprises. Nous nous attendions à être sur des planchers bois mais il s'agit de sol en briques ; pas mal d'éléments sont solidaires les uns des autres, avec des coupures, décalées, des horaires plutôt de nuit pour que les chantiers puissent se faire sans affecter l'activité. Nous avons remplacé les fenêtres et nous continuons sur ce chantier-là.

Slide 4

Je souhaitais vous parler du déménagement des consultations externes à Champ Fleury. Pour rappel, nous étions à Dunant sur une surface assez conséquente, 4000 m² dont 3400 étaient désaffectés. Nous utilisions 600 m² mais de façon éparpillée et il s'agissait d'un bâtiment squatté. Nos activités étaient décousues car nous étions au rez-de-chaussée et au 2^{ème} étage ce qui posait de nombreux problèmes en termes de sécurité pour le personnel et en termes de parcours patient. Le site de Dunant nous coutait 300.000 euros à l'année. Même si nous étions de bon payeur, nous avons été « virés » puisque nous avons reçu un courrier d'un huissier de justice qui nous laissait 30 jours pour quitter le site. Nous avons cherché des options - espace aménagé pour le Court Séjour Gériatrique - après avoir cherché sur tout Bayeux : Centre commercial Emeraude, qui posait problème en termes de confidentialité, des petits hôtels, des petits châteaux, des maisons de ville. L'offre pour recevoir du public n'existe pas à Bayeux. Ayant nous-même du patrimoine disponible, j'ai proposé de faire le transfert à Champ Fleury au deuxième étage le temps des travaux, ce qui nous permet de faire des économies assez importantes.

Slide 5

Dans le cadre des déménagements, nous avons aussi l'UCP - le Docteur Peytier pourra vous en dire plus. L'UCP est resté 14 ans dans un Algéco, avec des fuites, où on accueillait de manière indigne les patients. L'UCP a pu profiter des surfaces vacantes à Champ Fleury et ainsi déménager. Nous avons investi 34.000 euros dont 8.000 ont été financés par le Lions Club (parkings non compris). Nous avons dû accélérer la réalisation du parking qui était initialement pensé pour le CSG. Le parking était sur le plan d'investissement pour le CSG. Le PPI est validé en septembre : donc le PPI a été validé l'année dernière alors que la décision déménager l'UCP a été prise en janvier.

Docteur PHILIPPE : lors d'un COPIL travaux il a été mis en avant la difficulté pour les patients de venir en ambulance avant que l'UCP et les consultations arrivent sur Champ Fleury. Ce n'était pas carrossable pour les patients et les ambulances. Maintenant tant mieux cela a bénéficié à tout le monde

Madame RUIZ : c'est le CSG qui était destinataire exclusif de ce parking. On peut le retrouver sur les comptes-rendus. Nous validons les plans d'investissements en septembre, la décision de rapatrier l'UCP à Champ Fleury c'était en décembre et on a déménagé en aout. Je vous dis les choses telles qu'elles sont. Nous avons tous les ans des difficultés de financement et c'est peut-être des travaux qu'on aurait pu décaler mais comme il y avait l'UCP et qu'il fallait garantir cet accès des ambulances et des patients et qu'il fallait trouver des améliorations par rapport à l'espace de stationnement du personnel et des patients, nous avons fait le parking qui a couté 86.000 euros TTC.

Slide 6

Madame RUIZ : j'ai pu questionner quelques patients qui sont plutôt contents ; les photos parlent d'elles-mêmes.

Slide 7

On voit les surfaces affectées aux différentes opérations. En rouge, la partie correspondant à l'UCP et la partie verte affectées aux consultations externes.

Slide 8

Madame RUIZ : à titre de comparaison, j'ai mis les photos de l'UCP avant Champ Fleury.

Slide 9 :

Il ne faut pas oublier que l'UCP et l'HDJ font partie du Ségur de la santé. La première phase concernait l'opération de consultations externes et la deuxième phase celle de l'UCP et l'HDJ. Maintenant je pense que nous allons pouvoir nous focaliser sur l'UCP et le bâtiment Ducouret. La surface de 861 m² SHON – Surface Hors Œuvre Nette. La surface utile va diminuer puisqu'elle va prendre en compte la circulation. Le projet initial de Ségur était la construction de la pharmacie sur le site de Vaux-sur-Aure et l'espace libéré par la pharmacie devait être dédié à l'UCP. Les nouveaux locaux de l'UCP se trouveront bien dans le bâtiment Ducouret – cela a été présenté lors des différentes instances. J'ai commencé par faire la révision de la couverture pour avoir une idée du budget nécessaire, les diagnostics amiante plomb ont été effectués et sont plutôt bons. Les relevés topographiques ont été effectués puisque nous devons avoir des bâtiments accessibles aux personnes à mobilité réduite, connaître nos écarts de niveau, faire le repérage du réseau enterré pour savoir comment se raccorder et voir au plus vite, avec l'ensemble des équipes, pour la réhabilitation et la création des activités au sein de ce bâtiment. Nous verrons le programme architectural très prochainement.

J'ai mis sur la partie basse des slides les Timeline. Il faut travailler le programme architectural sur lequel on peut se donner trois mois selon la disponibilité des équipes. Il y a un appel d'offre pour le maître d'œuvre, après une analyse, les études, un appel d'offre auprès des entreprises et ensuite une durée des travaux de 18 mois.

Docteur LABIDI : il y en aura pour combien de temps environ ?

Madame RUIZ : 3 ans

Docteur PEYTIER : et toutes les choses qui vont nous ralentir.

Madame RUIZ : il faut rester positif. Ceci nous permet de valoriser notre patrimoine, d'utiliser des surfaces chauffées mais inutilisées ; il y a donc une efficacité que l'on retrouve dans la gestion de notre patrimoine.

Les médecins d'Aunay demandent des précisions concernant le bâtiment Ducouret. UCP seul ou HDJ ?

Docteur LABIDI : ça dépendra de ce que l'on peut faire. Il va falloir que l'on voie comment on organise notre hôpital de jour et là nous allons déjà voir ce que l'UCP prend comme place.

Docteur PEYTIER : avec 861 m² SHON, il va y avoir de la place. On est contraint par les murs, il faut qu'on travaille dessus.

Madame RUIZ : la circulation prend de la place.

Docteur PEYTIER : je souhaite faire une remarque au sujet des déménagements. Comme vous avez pu le constater, nous avons fait avec l'UCP dans l'Algéco pendant 14 ans. On nous a dit pendant 14 ans on ne peut pas changer, c'est comme ça. Nous avions deux salles de consultations, on consultait comme on pouvait, les patients étaient habitués, on entendait tout ce qu'il se passait, ce n'était pas marrant. Tout le monde y mettait du sien, on mettait de la musique...c'était un peu infernale mais nous avons tenu 14 ans. Ce n'est pas faute d'avoir dit que c'était insupportable, je l'ai dit pendant 14 ans. Donc nous avons eu des nouveaux locaux grâce au fait que le CSG ne s'ouvre pas, ce n'est pas bien en soi mais nous

avons bénéficié du fait de la place libre. Depuis le 1^{er} août, nous vivons des choses pas sympas du tout et ce n'est pas parce que c'est mal fait, pas du tout. On a répondu à nos demandes, on a essayé de faire au mieux. C'est vrai qu'il a été découvert qu'avec une salle de chimiothérapie il fallait une salle de soins. Elle a été faite le plus petit possible. Quel est la grandeur d'un évier ? La grandeur d'un robinet ? On me l'a demandé parce que j'ai une cadre à 18%, moins d'une journée de travail pour une cadre qui est censée s'occuper du déménagement de l'UCP. Ce n'était pas la priorité puisque ma cadre a aussi des services importants comme la douleur, l'HPDD et tous les beaux projets de diabétologie. J'ai remplacé la cadre, j'ai fait ce que je pouvais, j'ai répondu à tout. J'ai mesuré le robinet etc... ça a été mon quotidien depuis plusieurs mois, la hauteur du robinet, donc pour les prochains, sachez que 30 cm c'est bien. Mais on ne m'a pas demandé pour le bec je l'ai pris trop court car je ne suis pas plombier. Ce que je veux dire, c'est que j'ai été sous pression, je veux bien, c'est pour améliorer mon service. Quand nous sommes arrivés, il n'y avait pas le système d'alarme pour déclencher une urgence entre la salle de soins qui est assez loin de là où consultent les médecins. Ce n'était pas de la mauvaise volonté c'est que c'est allé trop vite. On nous a poussés, il fallait avoir déménagé au 1^{er} août. On a pris un système de téléalarme pour les personnes âgées, ça marchait comme ça marchait, il n'y a pas eu de gag ni d'arrêt cardiaque mais on ne sait jamais comment une chimio peut se terminer. Il y a eu des choses compliquées et les soignants ont fait avec. Les infirmières sont revenues sur leur journée de RTT pour assister à des réunions et tout préparer. L'équipe a été super, de même que celle des travaux, car ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient. Le plus important c'est que les patients soient bien reçus. Parfois, nous n'avons pas été compris et nous nous sommes heurtés à des murs et ça le Docteur BESSIÈRE l'a dit tout à l'heure. Le soignant dit « on ne peut pas ne pas faire cette perfusion » et pourtant on va enlever le soignant qui va faire la perfusion pour le mettre ailleurs. Quand un soignant dit « là ça ne peut pas marcher », il n'est pas entendu, ce n'est pas bien. Et quand on dit que les chimio ne peuvent pas être transportées par des navettes, qui sont à horaires fixes, que l'on demande quelqu'un pour nous aider, nous ne sommes pas entendus. Il faut le dire, le répéter, c'est épuisant. En changeant de locaux, les réserves sont plus loin, les arrivées des commandes sont plus compliquées, il nous faut de l'aide et nous ne sommes pas entendus. Quand des soignants disent il faut une aide-soignante pour faire les allers-retours, on ne nous entend pas. C'est un motif de souffrance de la cadre, elle a des soucis de santé ; quand elle part en vacances on se demande pourquoi, elle va mieux. Nous avons trop de pression sur les soignants et les cadres. Depuis le 1^{er} août et même avant, je trouve que la direction n'entend pas assez les soignants sur plein de sujets. Il n'y a pas que des ordres, des injonctions. Il y a des gens fatigués. Ces injonctions sans écoute des soignants, c'est insupportable, usant, inutile et à un moment, ça descend sur les patients. Je voudrais qu'il y ait au niveau de la direction une réflexion sur nos demandes, qu'on arrête de nous dire non et qu'il faille se battre, demander des rendez-vous, quand il faut un aide-soignant pour nous aider il faut un aide-soignant. Oui, nous sommes contents d'être dans nos nouveaux locaux car on n'entend plus ce que dit le voisin, nous sommes bien installés et nous remercions la direction pour les travaux qui ont été faits ainsi que nos collègues qui ont la patience de nous garder pendant je ne sais pas combien de temps. Nous avons eu des problèmes de ménage, de courrier... rien n'est facile, on le sait, mais surtout il y a la non écoute des soignants qui est usante. Si tous nos cadres et soignants craquent, il veut mieux arrêter et dire qu'on ne soigne plus à l'hôpital de Bayeux. Ecoutez vos cadres, vos cadres sup, et on pourra ensuite apprécier les déménagements et apprécier de travailler en étant écoutés.

Docteur DE BRISSON : je souhaite compléter ce qu'Annie vient de dire. Je partage ce qu'elle dit à propos de l'UCP qui a vécu des choses difficiles, mais je partage aussi son analyse sur la cadre. Il se trouve que nous avons la même avec les collègues de l'HPDD. Elle est extraordinaire, hyper motivée, avec un temps de travail morcelé sur plusieurs services, qui fait du mieux qu'elle peut, mais toutes les problématiques administratives pour elle sont multipliées par 5, donc c'est ingérable, elle va mal, nous sommes inquiets de la voir comme cela. Quand il y a des rapports d'activité, c'est multiplié par tous les services qu'elle a, quand il y a un travail qualité, c'est multiplié par tous les services qu'elle a, quand il y a la préparation des dialogues de gestion, c'est multiplié par tous les services qu'elle a et comme c'est quelqu'un d'investit, elle s'en rend malade. Quand elle dit, pour l'une de ses équipes en l'occurrence l'UCP qu'il lui faut du temps de soignant et qu'elle n'a pas de réponse en face elle va encore plus mal. Je trouve dommage que des gens investis payent le prix fort au niveau de leur santé et de leur investissement dans leurs équipes.

Docteur GUILMINEAU : elle travaille aussi avec nous sur les projets d'HDJ et d'addictologie. Il y a des projets qui n'avancent pas car elle n'a pas le temps physique de le faire alors qu'elle est motivée et parfaitement compétente. Il n'est pas possible qu'une seule cadre fasse tout cela.

Docteur HEUSSE : je fais partie du CLIN et au dernier CLIN, je suis tombée des nues concernant deux sujets en particulier. Nous avons des patients et j'ai l'impression que nous faisons des travaux où on les oublie. Cela fait plus de 20 ans que je travaille au CHAB et ça fait peur. Nous allons faire un CLIN exceptionnel, ça concerne l'UCP et un sujet notamment.

Docteur PEYTIER : au sujet du ménage ? D'ailleurs ça m'étonne qu'on ne puisse pas faire un CREX.

Docteur BRIERE : et la livraison des fleurs aussi.

Docteur HEUSSE : je préfère en parler car nous n'avons jamais vécu ce genre de chose.

Docteur PEYTIER : ce n'est pas compliqué. On a mis un service aigu de soins dans un lieu où il n'y a pas la culture de l'aigu. Le jardinier il est gentil, il fait comme s'il s'agissait d'une salle de cantine, il traverse avec les fleurs. Cette notion de culture de soin aigu n'existe pas.

Docteur HEUSSE : le risque existe.

Docteur BRIERE : la sécurité patient est mise enjeu.

Madame RUIZ : il y a 3 ou 4 sujets dans ce qui a été évoqué. Ce que je tiens à dire, c'est que les travaux en eux-mêmes sont toujours lourds, cela amène une tension qui est entendable et c'est pour cela aussi qu'il faut que les travaux finissent vite, qu'ils ne durent pas dans le temps. Je pense que maintenant en ce qui concerne l'UCP il y a un temps d'apaisement pour régler les soucis qui subsistent.

Monsieur MANGOT : je voulais compléter en disant que les opérations de travaux c'est compliqué et pénible pour tous mais Docteur PEYTIER vous avez pointé un sujet qui renvoie directement à la qualité de la co-construction d'une réponse sur un sujet donné et vous avez eu le sentiment, je pense à raison, que les solutions qui vous étaient proposées n'étaient pas assez structurées avec le terrain et les professionnels. Ces réponses tombaient à côté. A cette occasion, je découvre que l'on a des marges de progression sur le fait que certes, c'est compliqué, nous avons des enjeux logistiques qui sont nouveaux, l'éloignement du site de Nesmond, l'éloignement de la PUI, cela crée de nouvelles organisations à travailler et qu'en fait il y a eu de la part de la direction, j'en prends la responsabilité, une volonté de vous apporter une réponse mais insuffisamment structurée avec vous donc elle ne répond pas à l'organisation qui correspond. L'équipe de la Direction doit être plus attentive et être au plus près du retour que peuvent faire les cadres et les médecins pour que l'organisation soit la plus aboutie.

Docteur PEYTIER : c'est l'écoute et surtout quand ça ne va pas, nous voudrions être entendus et avoir des échanges constructifs. Qu'on ne nous dise pas « ce sera la navette » alors que cela ne peut être la navette.

Monsieur MANGOT : je remercie l'équipe de Direction car elle instruit beaucoup de dossiers compliqués que sont les opérations de travaux, de logistiques et tout le monde essaie de faire aux mieux mais il n'y a pas eu de mise en relation avec l'ensemble des acteurs.

Docteur PEYTIER : le boulot est très bien fait, je n'en doute pas, je vois l'enthousiasme, je ne peux qu'adhérer, je suis quelqu'un de positif mais pas quand la culture du soin est absente. Imaginez que pendant 4 ou 5 jours il n'y a pas eu de ménage au sein d'un lieu où l'on pique dans des chambres implantables et que cela n'étonne pas plus que ça, moi ça m'a mise en transe. Tout cela il faut le vivre et je dois dire que tout l'été m'a épuisée, et je ne sais pas ce qu'il m'attend la semaine prochaine. Il y a toujours des choses nouvelles ; je suis cependant contente d'avoir déménagé.

Docteur BLANCHEMAIN : je rebondis sur ce qui est dit car le ménage est insuffisamment fait, même dans des lieux de vie que sont l'EHPAD et nous aussi nous demandons des temps nécessaires et suffisants simplement pour le respect et la dignité des gens qui y vivent. Il y a un danger immédiat pour le patient qui est en chimiothérapie ; pour ce qui nous concerne, les résidents ne sont pas dans un danger immédiat mais dans un défaut de soins, d'hygiène corporelle et d'hygiène environnementale, que nous soulignons depuis plusieurs mois.

Docteur PEYTIER : je veux bien que l'on fasse un point ménage car je découvre que les femmes de ménage n'ont pas de formation à l'EHPAD.

Docteur BRIERE : que veut dire UCP ?

Docteur PEYTIER : c'est de la cancérologie. Mais il y a en que cela gêne donc ils ont mis concertation.

Docteur BRIERE : Unité de Concertation Pluridisciplinaire.

Docteur PEYTIER : si le CLIN nous disait on va faire un CREX et que les trois équipes de ménage soient mises sur un plan d'égalité ? il faut que le ménage soit correctement à l'EHPAD, il faut que l'on fasse quelque chose. Du personnel non formé à manipuler, ce n'est pas possible dans un établissement de soins et que l'on ne fasse pas la part des choses. Le ménage mal fait à l'EHPAD ce n'est pas normal, voir que c'est sale cela me fait bondir.

Madame RIVAT-CACLARD : je ne suis pas certaine que personne de l'équipe hygiène n'ait pas été formée.

Docteur PEYTIER : je n'ai pas dit personne j'ai dit les dames que j'ai rencontrées qui font le ménage à l'UCP.

Madame RIVAT-CACLARD : il y a eu une erreur et cela a été rectifié mais effectivement il y a une erreur un lundi et personne n'est passé.

Docteur PEYTIER : mais c'est plus grave que cela ; elles ne sont pas passées pendant plusieurs jours. Elles ne sont pas passées le jeudi et le vendredi ; les infirmières avaient trop de travail pour s'en rendre compte. Il faut rebondir là-dessus, on ne peut pas accepter que le ménage ne soit pas fait correctement. Chacun doit exiger dans un établissement que le ménage soit fait correctement partout, d'autant plus dans une salle de soins où on pique. J'imagine la quantité de microbes le jour où le ménage n'a pas été fait pendant plusieurs jours. Les patients étaient exigeants durant cette période et c'est à la fin de la journée que nous nous sommes rendu compte des dégâts. Je ne regarde pas les murs du sol au plafond le matin mais bon.

Docteur CHAUVIN : nous en avons discuté avec Stéphanie TRUET car il y a aussi le problème des cytotoxiques. Nous allons passer voir les dames qui font le ménage pour leur expliquer la spécificité de votre service. Une formation n'a pas été anticipée. Nous allons leur expliquer les risques par rapport aux cytotoxiques, les risques par rapport aux patients de l'UCP qui sont particuliers.

Docteur PEYTIER : voilà le décalage. Nous sommes là depuis le 1^{er} août.

Docteur LABIDI : ce qu'il faut se dire c'est que déjà tous les travaux ont été rapides – c'est vrai Madame RUIZ. Nous avons accéléré les déménagements car il y a la phase II, si cela traîne, ça va empiéter sur l'année prochaine etc... Tout n'était pas au point mais tout va se réorganiser. Même quand nous avons déménagé dans la tour qui était faite pour nous, avec nos plans, nous avons mis un certain temps à tout réorganiser. Tout déménagement dans un nouvel environnement demande une certaine adaptabilité. Et en plein été, pour régler les problèmes, c'est compliqué.

Docteur PEYTIER : il faut repenser le ménage.

Madame RUIZ : je finis le point travaux.

Slide 10

Les toitures terrasses sont finies ainsi que celles de l'USLD.

Slide 11

Les DATI et appels malade sont terminés depuis le 26 juin et on les a réceptionnés. 17 DATI ont été réceptionnés et, à la demande des services, nous en avons acheté 5 supplémentaires.

FO : les problèmes sont réglés des chambres qui ne correspondent pas aux attributions des DATI ? Vous étiez en vacances lorsque nous avons exposé ces problématiques en F3SCT. Quand un DATI sonne, ce n'est pas pour la bonne chambre, donc c'est un peu embêtant lorsqu'il y a une urgence.

Madame RUIZ : les DATI sont coordonnés avec les noms dans les chambres et je pense que c'est lié à Sillage.

FO : je ne sais pas exactement mais cela pose problème aux collègues qui sont présents dans les services.

Madame RUIZ prend note et continue.

Slide 12

L'ARS a donné une enveloppe de 54.000 €uros pour les économies d'énergie à l'EHPAD ; nous allons donc refaire les fenêtres et un réfectoire de la partie la plus ancienne de l'EHPAD.

Slide 13

Concernant la réhabilitation thermique de la MAS ALIZE, le financement était décousu. Au début de l'année, l'ARS nous a donné 1,2 million pour les travaux et la réfection de l'aménagement des espaces intérieurs de la MAS, nous allons pouvoir lancer les travaux avec la création d'une nouvelle gaine d'ascenseur, le remplacement de la menuiserie, la modification de la ventilation et la mise aux normes du désenfumage. L'autre volet de cette réflexion réside dans l'intégration des TSA ; il y a donc des aménagements ou des modifications à faire sur les projets de service. En 2018 l'ARS via un appel à projet nous avait donné 380.000 € TTC pour la mise en place d'un projet spécifique mené par le Docteur DEVOS. L'idée c'est de pouvoir appuyer cet appel à projet ; nous avons demandé une enveloppe supplémentaire à l'ARS pour pouvoir faire la réhabilitation thermique et pouvoir utiliser les 380.000 € pour le réaménagement du rez-de-chaussée de ce bâtiment. Nous sommes en attente de leur retour.

Slide 14

Grand projet que nous allons pouvoir mener grâce au Ségur santé, c'est la reconstruction de l'EHPAD Champ Fleury. L'ARS a octroyé 5 millions €uros et le Conseil Département 5 millions également pour un projet initial estimé à 17 millions. Avant de savoir comment s'y prendre, puisque nous en sommes vraiment au stade initial, il y a une étude de faisabilité à faire, que nous allons démarrer vraisemblablement cette année pour savoir quelles seront les orientations à prendre et comment trouver une partie du montant qui nous manque pour la reconstruire. Je pense que nous ferons une reconstruction partielle de l'EHPAD, notamment des chambres qui posent actuellement soucis avec des problématique notamment de taille de salle de bain. C'est un projet qui pourrait démarrer cette année.

FO : donc on ne part pas sur une rénovation mais une reconstruction.

Madame RUIZ : il s'agira d'une bonne partie de reconstruction, au moins de la partie hébergement, mais nous n'allons pas trop développer cela maintenant car il y a des études à mener ainsi qu'un temps de réflexion.

Slide 15

Récapitulatifs des travaux réalisés en 2024

- Remplacement des cellules haute tension sur le site d'Aunay – les cellules dataient de plus de 50 ans donc nous pouvions nous trouver dans le noir du jour au lendemain,
- Réfection des salles de bain PMR à Aunay, ce qui avait été noté dans la certification de l HAS, nous continuons notre campagne et faisons deux chambres par an,
- Nous avons refait la climatisation du 5^{ème} et en avons profité pour en faire un petit peu plus,
- Mise à jour de l'infrastructure téléphonique sur tous les sites : vous avez vu passer la note d'information concernant la téléphonie,
- Nous avons mis en location le logement de la direction à Aunay car ce logement risquait, comme tout local laissé libre, de se détériorer, ce qui permet d'avoir une petite recette,
- Nous avons fait un contrôle de l'ensemble des toitures de Champ Fleury suite à la tempête Ciara ; l'expert est passé et l'ensemble des dommages a pu être intégré dans les travaux,
- Nous avons réparé la chambre négative à la cuisine centrale pour 20.000 Euros TTC.

Slide 16

Travaux divers à réaliser en 2024 qui sont principalement des travaux dans le cadre d'investissements pluriannuels

- Remplacement des onduleurs de l'imagerie et du plateau technique.

Docteur MARCELLIN-FLAIS : il faut vraiment que la coupure d'électricité soit la plus courte possible, que nous sachions à quelle heure cela se fera car il faut que nous éteignions l'ensemble du matériel, scanner IRM, et que nous changions les plannings, que cela soit confortable pour les patients et les manipulateurs.

Madame RUIZ : pour remplacer les onduleurs, les équipes ont une heure voire deux mais c'est un réseau ondulé. Il faut pouvoir passer l'ensemble des machines sur le réseau non ondulé, le temps du remplacement. Il faut faire un recensement pour savoir qui se trouve sur le réseau ondulé afin de savoir comment s'y prendre. Nous n'avons pas de date ni d'horaire car ce qui compte c'est de vous écouter afin de pouvoir fixer une date. D'où la réunion de lundi prochain.

Docteur MARCELLIN FLAIS : les fenêtres du scanner ont été changées, nous avons de belles fenêtres mais tout autour il y a des trous et cela fait trois mois que nous avons des draps qui pendent – et ne sont pas lavés tous les jours.

Madame RUIZ : effectivement il reste pas mal de finitions.

Docteur MARCELLIN-FLAIS : on enlève les draps, ça fait propre, on fait quelque chose en attendant.

Madame RUIZ : pendant les travaux, il y a des garanties apportées par l'entreprise et si je fais intervenir les services techniques sur certains doublages, les entreprises se dédouanent extrêmement vite, y compris lorsqu'après il y a un sinistre et qu'on fait venir un expert. Les garanties ne fonctionnent ensuite pas.

Docteur MARCELLIN FLAIS : il faudrait enlever les draps qui pendent, ça ferait plus chic.

Madame RUIZ : nous pouvons le faire.

Madame RUIZ reprend le slide 16 et détaille l'ensemble des actions menées. Elle signale que le CHAB a eu l'accord pour la création d'un PASA à l'EHPAD de Champ Fleury et que le CHAB doit remplacer le poste général de basse tension de la cuisine et de la blanchisserie.

Slide 17

Travaux divers en stand by ou arrêtés

- La stérilisation a été externalisées
- Le parking de Nesmond sera à voir courant 2025.

Slide 18

Depuis l'année dernière nous faisons la déclaration OPERAT plateforme mise en place par l'ADEME qui est obligatoire pour recenser toutes nos consommations. L'idée est de diminuer nos consommations par paliers. Nous allons travailler sur le bilan carbone scope 3 que nous étions censés commencer l'année dernière. Nous serons accompagnés par l'ANAP pour faire ces calculs car cela inclut les volumes de médicaments achetés, les déplacements que l'on fait y compris les déplacements pour la partie logistique de l'hôpital mais aussi les déplacements du personnel de la maison à leur lieu de travail.

Nous allons continuer l'étude Intracting qui inclut diverses mesures pour réduire notre consommation, comprenant le remplacement des chaudières. Nous avons fait un appel à projet à l'ANAP : nous étions lauréats donc nous allons être accompagnés pour développer notre politique concernant le développement durable. Notre comité s'agrandit et les médecins s'investissent également. Nous essayons de pratiquer une gestion des énergies de la façon la plus fiable possible. Je vous montrerai peut-être la prochaine fois un tableau de nos consommations énergétiques.

Docteur PHILIPPE : avez-vous une date de départ des consultations de Champ Fleury ?

Madame RUIZ : au plus tard l'été prochain.

Monsieur MANGOT : ce que nous avons comme perspective, c'est fin des travaux phase 2 et phase 3 des anciens blocs : mai.

Docteur PEYTIER : ce qui inquiète les soignants des consultations, c'est le jeudi. Le jeudi 100 personnes viennent en consultation et on ne sait pas comment cela va pouvoir se faire dans les couloirs, sans avoir de salle d'attente.

Docteur PHILIPPE : nous sommes inquiets également au Court Séjour : les patients cherchent...on n'en peut plus.

Docteur PEYTIER : c'est une problématique qui va être dure pour les soignants. Les patients qui ont des plâtres ne vont pas pouvoir s'installer, les soignants sont inquiets.

Docteur PHILIPPE : attendre dans les couloirs pose question aussi concernant les brancards. Les ascenseurs ne sont pas accessibles pour les brancards.

Docteur PEYTIER : il faut répondre aux soignants et venir ce jeudi pour voir ce que cela va donner pour la semaine suivante.

Madame RUIZ : avant de venir j'étais avec Mesdames LACROIX et GIROT, j'ai vu le docteur GIRARD et les infirmières ainsi que Madame BOUVET pour avoir leur ressenti et leurs pistes d'amélioration - qui souvent viennent des soignants. Ils ont évoqué différentes choses que nous pourrions faire. Parmi toutes ces idées, il y a peut-être des choses à mettre en place. Il semblerait qu'un certain nombre de patients arrive très en avance, voire une à deux heures avant : la première piste serait de signaler dans la convocation qu'il faut arriver 15 minutes avant l'heure de rendez-vous et non pas une heure à l'avance, ce qui permettrait de limiter le nombre de personnes qui patientent. La deuxième piste, quand le nombre de personne est trop important, est d'attendre au rez-de-chaussée sachant que le problème se pose le jeudi, et la troisième piste est de demander aux médecins d'ouvrir leurs créneaux sur le mercredi.

Docteur PEYTIER : il est difficile de demander aux praticiens qui donnent beaucoup pour l'hôpital de venir travailler le mercredi. Je ne vois pas pourquoi on reviendrait en arrière sur des choses qu'ils ont eu du mal à acquérir.

Madame RUIZ : il est clair que cela va poser problème. Comment, de façon générale, on peut apporter des idées et comment peut-on les exploiter ? Il y avait aussi une quatrième piste concernant les horaires de démarrage des consultations ; tout le personnel médical démarre à l'heure afin d'éviter d'avoir des patients qui attendent trop longtemps.

Monsieur MANGOT : il faut effectivement trouver une solution car le désengorgement du jeudi est un vrai sujet.

Le Docteur LABIDI propose de passer au point suivant.

5. Retour sur l'externalisation de la stérilisation

Madame RUIZ : depuis la fin d'août notre stérilisation est externalisée. Il s'agit d'un projet que l'on a travaillé sur un délai assez court mais pour lequel les équipes ont fait preuve d'un énorme investissement, équipe de la pharmacie, de la stérilisation ainsi que de BIOMED et le bloc opératoire. Depuis le 28 août nous externalisons. Début septembre, l'activité au bloc était ralentie ce qui nous a permis de caler les navettes, d'avoir des retours d'expérience sur le matériel. Nous avons reçu du matériel jusqu'à la veille du démarrage de l'externalisation. Nous avons mobilisé le personnel. La quasi-totalité du personnel est resté à l'appui de l'externalisation ce qui était le cas au mois de septembre et certainement au mois d'octobre afin de trouver les bons équilibres qui permettent d'avoir un roulement qui soit constant, qui ne se fasse en aucun cas au détriment de l'activité du bloc. Au départ, il y a eu quelques petites choses à revoir concernant les cataractes ; il y avait une méthodologie très spécifique. Le médecin lui-même a choisi et la quantité et le type. Nous avons sorti l'ensemble des données de notre base Optime qui ont été analysées pour connaître les quantités de matériel acheté. Toutes les commandes supplémentaires sont en cours afin de pouvoir travailler de la façon la plus optimale possible.

Docteur TRUET : remercie Jennifer Mesnage la cadre du service et Emmanuelle Péronne la pharmacienne référente de la stérilisation ainsi que les agents de stérilisation, tout le monde s'est mobilisé. Un énorme travail a été fait, il y a encore des mélanges dans les boîtes puisque APPERTON n'a pas nos listings informatiques.

Docteur DESJOUIS : quand on fait une laparotomie en urgence, tout devrait être rangé par ordre de famille mais tout est mélangé. Chaque IBODE passe 10 minutes au début pour tout organiser.

Madame RUIZ : l'externalisation de la stérilisation consistait également dans le transfert de nos données via le logiciel ; Lexus est notre fournisseur. Cette arborescence des boîtes et des équipements supplémentaires n'a pas pu être exportée ce qui fait que nous sommes en mode papier. Lorsque LEXUS a fait un premier export, celui-ci n'était pas du tout satisfaisant ce qui a été noté par Madame MESNAGE et le Docteur PERONNE. Nous ne pouvions pas nous permettre de travailler avec cette base de données puisque le risque d'avoir des erreurs aurait pu être augmenté. Le service informatique s'investit à 100% pour pouvoir exporter les données de façon la plus fiable. Tant que l'on n'arrivera pas à exporter la base de données, nous travaillerons sur une base papier.

Docteur DESJOUIS : les personnes qui rangent là-bas c'est pareil pour toute les boîtes, que ce soit le CHU etc...

Docteur TRUET : à chaque fois qu'ils prennent un nouveau client, il faut qu'ils connaissent les boîtes. Je pense qu'il doit y avoir un turn over dans leurs équipes.

Docteur ALVADO : il doit y avoir une hiérarchisation des instruments.

Docteur LABIDI : donc chaque hôpital doit avoir son modèle ?

Docteur TRUET : quand ils n'ont pas le listing d'un nouveau client, c'est compliqué.

Madame RUIZ : il y a eu de grands efforts de faits de la part de tout le monde, de la part du CHAB et du personnel de la stérilisation qui est resté, et de la part d'APPERTON, puisque nous faisons un suivi deux fois par semaines pour corriger les problèmes. Nous sommes dans une phase de déploiement qui se passe de façon générale, bien.

Docteur DESJOUIS : il y a eu un effort surhumain, quelque chose d'infaisable. Il y a eu beaucoup de matériel à acheter.

Docteur TRUET : je crois qu'il n'y a eu qu'une ou deux cataractes annulées pour un défaut de boites.

Madame RUIZ : ce n'était d'ailleurs pas un défaut de boites mais des enveloppes qui avaient été stérilisées et pour lesquelles on avait mis des colsons pour mieux répertorier le matériel et c'est le colson qui a percé l'enveloppe.

Madame SINANG : nous faisons le maximum car nous nous sommes rapprochés d'un service informatique d'un autre établissement pour faire l'extraction ; ce qui est assez bizarre c'est que la société LEXUS est incapable de faire les extractions demandées par APPERTON, donc c'est nous qui allons devoir le faire.

Docteur LABIDI : en tous les cas, ça n'impacte pas trop le bloc et tout se passe bien.

Je profite que tu sois arrivée Aurélie car je voulais faire un petit point chirurgie digestive.

Docteur HEUSSE : je voudrais faire un point sur la stérilisation et la convention avec APPERTON. Vous devez faire une pré-désinfection 48 heures avant lavage séchage et stérilisation par APPERTON et avoir du matériel dans les 48 heures qui suivent. Les délais ne sont pas respectés durant le week-end. Ceci nous a été remonté en CLIN. Quand on regarde les recommandations, les réponses à ces questions-là sont très claires. Nous allons donc faire un CLIN exceptionnel.

Docteur TRUET : cela veut dire que nous devons acheter probablement un laveur pour que nous ayons un lavage séchage afin que les instruments ne restent pas plus de 48 heures souillés. Dans la convention, il est stipulé « vous vous engagez à ne pas dépasser 48 heures ».

Docteur LABIDI : vous avez donc un CLIN exceptionnel pour revoir ça.

6. Situation de la chirurgie digestive

Docteur LABIDI : vous savez que le Docteur BONAMY est en arrêt depuis un certain temps, prolongée jusqu'à fin décembre, et que le Docteur POUCHUCQ va nous quitter. Elle va prendre un poste partagé : 80% BACLESSE et 20% ici. Le docteur GIRARD et le Docteur DEJOUIS se retrouvent donc à deux. A deux faire le travail de 4 ce n'est pas possible, les astreintes etc... tout devient lourd. Je souhaitais sensibiliser tout le monde car effectivement, nous allons essayer de les protéger et de faire au mieux. Nous avons un peu de renfort du Docteur GHYSELINK une semaine par mois tant que l'on n'aura pas trouvé quelqu'un. Nous avons des juniors qui sont venus un peu cet été.

Docteur DESJOUIS : un junior doit venir en octobre faire une semaine et voir si cela l'intéresse ; il vient du CHU. Je n'ai pour l'instant pas de nouvelles. Les services du CHU n'étaient pas contre.

Docteur LABIDI : sur la commission des postes des internes, le docteur junior n'est pas pourvu. A voir si au mois de mai on aura quelqu'un. Ce n'est pas parce que le Docteur POUCHUCQ part pour un 80%

que nous publions un poste à 80% ; nous publions un poste temps plein. Pour le moment, nous n'avons personne. L'activité est lourde, on sait qu'il y aura moins de consultation donc moins de recrutement de chirurgien. Il ne faut donc pas vous épuiser et être attentifs.

Docteur PEYTIER : je voudrais juste dire quelque chose qui ne fait pas plaisir mais le départ de notre collègue est dû à un acte de violence inqualifiable ; avons-nous bien réfléchi à tout ce que l'on doit faire dans ces cas-là pour que cela ne se reproduise pas ? Que fait-on pour aider celui qui est victime ? car il n'était pas prévu que notre collègue parte.

Monsieur MANGOT : quand je suis arrivé il y a six mois, j'ai vite compris qu'il y avait un sujet de relations très complexes et que le Docteur POUCHUCQ était mise en difficulté.

Docteur PEYTIER : on ne peut pas mettre cela sous le tapis car c'est notre réalité. Si nous en sommes là aujourd'hui c'est pour cette raison et on ne peut pas l'ignorer.

Docteur BRIERE : ce n'est pas un cas isolé relatif à la chirurgie ; je pense que d'autres situations de même type existent dans l'établissement et nous sommes en difficulté pour trouver des ressources de lutte contre le harcèlement, je ne les ai pas trouvées dans l'établissement. On ne parle pas uniquement de harcèlement sexuel mais également moral.

Docteur LABIDI : Madame MESNAGE a présenté avec Madame HARDEL un projet à ce sujet.

Monsieur MANGOT : c'est en train d'être finalisé, l'idée est que cela soit opérationnel à la fin de l'année.

Docteur BRIERE : je pense qu'il y a des choses spécifiques au monde médical qui sont nécessaires, comme on a pu vivre des expériences au niveau national.

Docteur PEYTIER : nous perdons une chirurgienne.

Docteur BRIERE : les choses sont invisibles.

Docteur DESJOUIS : il existe un épuisement professionnel chronique, et ceux qui sont épuisés affrontent leur harcèlement en devenant harceleur.

Docteur LABIDI : d'autant lorsqu'il s'agit de petites équipes. Il y a plus d'emprise.

Docteur DESJOUIS : les plus jeunes parleront plus facilement de par leur formation, le dépassement de soi, il n'y en aura pas.

Docteur BRIERE : le burn out, si on ne dévoile pas le terme qui est maintenant galvaudé et utilisé à tout bout de champ, le vrai burn out est compliqué. Il n'y a pas assez de sensibilisation. Il faut créer une cellule, une organisation qui pourra répondre de façon appropriée.

Monsieur MANGOT : concernant les praticiens, c'est brutal. On demande à quelqu'un d'être le meilleur partout à chaque étape, on fait son internat dans une spécialité, on est sous le joug du coordonnateur d'une spécialité, on peut très vite être pris sous l'aile du patron ou être mis de côté. Des choses nous échappent. Nous sommes de plus dans un environnement qui vous fait avoir énormément d'activité clinique. Les gens ont un certain nombre d'années de formation et voient leur projet, car leurs relations interpersonnelles ne sont pas bonnes, se retrouver de mis côté.

Docteur BRIERE : le moindre contre-pouvoir peut intervenir ; il faudrait une régulation de la part des instances.

Docteur DESJOUIS : on nous demande d'être pilote d'avion mais sans warning et on nous demande de mettre les warnings. Ça demande de l'énergie.

Docteur LABIDI : nous allons donc essayer de protéger les deux qui restent et mettre les warnings.

Docteur DESJOUIS : il y a aussi l'urologue qui fait le boulot de deux pendant six mois.

Monsieur MANGOT : il y a une perspective de recrutement intéressante.

Docteur LABIDI : nous essayons de trouver mais comme pour les paramédicaux tout à l'heure, il faut trouver et des remplaçants on n'en trouve pas comme ça ; les mauvais intérimaires font plus de dégâts. Nous sommes attentifs, tous sensibilisés. Donc l'activité digestive va baisser, cela ne se voit pas encore, mais c'est évident.

Madame SINANG : l'ARS comprendra très bien.

Docteur DESJOUIS : à la question posée concernant le temps de travail du Docteur POUCHUCQ et une éventuelle réorganisation en essayant de la garder, pour en avoir discuté elle, nous sommes sûrs qu'elle va rester un jour par semaine, nous attendions sa décision pour pouvoir nous organiser.

7. Point laboratoire

Docteur HEUSSE : concernant les deux analyses mises en place cette année :

Slide 1

Conditions de prescription

Docteur HEUSSE : rappelle les conditions de prescription de recherche d'anti-coagulant circulant (ACC), et les consignes à respecter afin que la recherche d'ACC soit efficiente et résume l'ensemble des données affichées sur le slide.

Slide 2

PCR Syndromique

Depuis mai 2024, le laboratoire bénéficie de l'installation d'un nouvel automate PCR syndromique. Actuellement il existe trois panels. Les cibles et conditions pré-analytiques sont détaillées dans le manuel de prélèvements. Il s'agit d'analyses plus chères (270 Euros). Je fais remonter les données chaque année pour que cela soit valorisé et que l'on récupère de l'argent puisque ce n'est pas dans la nomenclature. La réalisation se fait 24h/24 avec un rendu par téléphone juste sur la PCR méningée que l'on est amené à faire en urgence. Le temps de rendu est de 70 minutes en moyenne. Une note d'information a été envoyées au médecin en mai 2024 pour rappeler les limites de ces tests : il faut que les patients soient symptomatiques, les performances ne sont pas établies si les patients asymptomatiques. Sur sillage vous avez donc forcément à compléter les renseignements cliniques et à le faire dans certaines conditions. Un résultat négatif n'exclut pas une infection par des organismes non inclus dans le dosage donc il ne faut pas hésiter à prescrire une autre cible bactérienne ou virale à laquelle vous penseriez et qui ne serait pas dans le panel. A signaler également que lorsqu'on cherche une légionellose, la PCR RH donc respiratoire haute, nous la faisons sur écouvillonnage nasopharyngé donc notre technique n'est validée que pour ce prélèvement-là. Le meilleur prélèvement pour la légionellose, est sur le respiratoire bas, donc un résultat négatif n'exclura pas la légionellose. Donc on fera un autre type de PCR qui sera plus ciblée sur une aspiration éventuellement donc elle ne se fera pas chez nous.

Slide 3.

Le laboratoire est accrédité depuis 2016 selon la norme ISO 15189 avec l'aide du service qualité ; des audits annuels du COFRAC, organisme accréditeur des laboratoires, ont lieu tous les ans.

Depuis 2024, nous devons être accrédités selon une nouvelle norme pour laquelle nous avons été formés. Nous avons l'équivalent d'un temps plein technicien qualité et un des biologistes qui est référent assurance qualité mais nous avons un essoufflement du système du management de la qualité et nous souhaiterions un soutien du service qualité, notamment de Madame CHEVAUCHER, afin de relancer la partie qualité. Nous devons faire une revue direction chaque année et elle n'est toujours pas faite.

Slide 4

Dépôt de PSL

Nous avons actuellement deux dépôts de plasma lyophilisé. La mise en place définitive n'est pas encore faite car vous n'avez pas accès à la prescription de plasma lyophilisé. Il y a deux coffrets à disposition, en urgence, avec reconstitution extemporanée, sans congélation. Vous pouvez vous en servir mais la prescription sera manuelle pour l'instant.

Docteur PEYTIER : donc du coup le PFC on met plus longtemps à l'obtenir ?

Docteur HEUSSE : de toute façon il faut 30 minutes de décongélation pour le PFC et nous, nous n'en n'avons pas donc il faut aller les chercher ; le temps d'aller les chercher eux ils décongèlent. Il faut une heure voire une heure et demi par rapport à la décongélation.

Docteur PEYTIER : le lyophilisé on l'a tout de suite ?

Docteur HEUSSE : on l'a tout de suite.

Docteur ALVADO : la prescription est sur sillage. Il y a une traçabilité.

Slide 5

Enfin, la convention EFS et les autorisation ARS ont été renouvelées cette année pour 5 ans.

Docteur PAOLA : le manuel du labo on peut le trouver où ?

Docteur HEUSSE : tu le trouves sur le site internet du CHAB.

Docteur LABIDI : tout neuf, vous l'avez vu le site ? Il est beau.

Monsieur MANGOT : on vous présentera le site.

8. Dossiers autorisations

Madame SINANG : nous avons démarré le processus des autorisations délivrées par l'ARS. Nous avons eu un retour pour la chirurgie. Nous avons les autorisations pour les chirurgies sauf la chirurgie bariatrique.

Docteur LABIDI : c'est la semaine prochaine la soirée bariatrique ?

Docteur DESJOUIS : oui. On expliquera les choses aux médecins traitants.

Docteur LABIDI : si on n'a pas l'autorisation on peut faire le postopératoire ? S'il y a un souci, le chirurgien sachant faire... on peut faire ou pas ?

Docteur DESJOUIS : non. C'est exactement ce que veut l'ARS, qu'on devienne un centre de suivi nutritionnel etc... Je n'assure pas le suivi d'un patient que je n'ai pas opéré, je ne passe pas 40 minutes en

consultation à expliquer des choses que mes collègues n'ont pas expliquées, mon postopératoire oui mais le postopératoire de Saint-Martin et du CHU non.

Docteur LABIDI : pour les urgences, il faudra qu'on transfère quand même. On verra au cas par cas.

Monsieur MANGOT : là vous êtes sur le postopératoire immédiat mais par exemple le suivi dans la durée ?

Docteur DESJOUIS : c'est pareil. Ça fait 12 ans que je fais de la chirurgie bariatrique. Oui mais non.

Docteur LABIDI : il y a eu beaucoup de demandes de chirurgie bariatrique et de la concurrence entre public et privé.

Monsieur MANGOT : il y avait 4 implantations disponibles pour 7 dossiers déposés : Hôpital Privé Saint Martin, la Polyclinique du Parc, le Centre Hospitalier de Lisieux, l'Hôpital Privé du Pays d'Auge, le CHU et le CHAB.

Docteur LABIDI : on n'atteignait pas les seuils, on avait démontré qu'on allait les atteindre.

Docteur DESJOUIS : l'hôpital de Lisieux qui ne faisait rien, qui n'a pas les patients est-il retenu puisqu'il faut un nombre maximum de prise en charge ? Le même directeur de la clinique de Lisieux reprend la clinique de Saint Lo et cette clinique va pouvoir faire de la chirurgie bariatrique. L'ARS de la Manche a attendu avant de donner sa réponse que la clinique de Saint Lo réouvre. Il y a 4 autorisations et déjà 6 demandes.

Madame SINANG : pour la suite des autorisations, nous avons l'autorisation HAD avec la mention réadaptation. Nous avons également obtenu celle de soins critiques avec 8 lits de réanimation et 4 lits d'USIP - unité de soins intensifs polyvalents.

Madame RIVAT-CACLARD : nous avons deux ans pour commencer les travaux et 5 ans pour tout mettre en œuvre.

Docteur LABIDI : nous ne sommes donc pas pressés ; nous pouvons gérer tranquillement d'autres urgences. Nous allons pouvoir organiser le 3^{ème} étage.

Monsieur MANGOT : il serait intéressant de regarder aujourd'hui si les patients qui sont en réanimation relèvent tous de la réanimation ou si on met des patients en réa parce qu'ils ont une technicité autour de leur prise en charge. Si nous avions une USIP ils iraient sur l'USIP donc quid de l'impact sur la réanimation ?

Docteur ALVADO : sachant que le supplément d'USIP est moins rémunérateur mais il n'est pas conditionnel alors que le supplément réanimation est sous condition. Les patients extraits des services de soins classiques ne sont pas valorisés.

Docteur LABIDI : il y a une organisation médicale et paramédicale à mettre en place.

Madame SINANG : nous avons demandé le renouvellement d'autorisation de l'UCP et nous attendons. Nous avons fait le renouvellement d'autorisation de la radio interventionnelle avec le Docteur MARCELLIN-FLAIS et nous travaillons sur l'autorisation en santé mentale avec les pédopsychiatres et psychiatres pour fin décembre 2024.

Docteur PEYTIER : et là il n'y a pas de concurrence ?

Monsieur MANGOT : pas à ma connaissance. Ce sont des cycles de renouvellement tous les 7 ans.

Docteur LABIDI : et l'année prochaine ?

Madame RIVAT- CACLARD : SMR polyvalent début 2025 puis 2027 et nous avons l'autorisation du GIE Scann qui passe à la commission du 10 octobre.

Docteur ALVADO : et la radio interventionnelle ? C'est pour faire des ?

Docteur MARCELLIN-FLAIS : pour faire des ponctions, des drainages...

Docteur PEYTIER : y aura-t-il de la cimento ?

Docteur LABIDI : nous adorerions mais il faudrait un deuxième scanner. Le projet serait de mettre en place un deuxième scanner, qui ferait plus d'interventionnel.

Docteur PEYTIER : le projet interventionnel lui-même porte-t-il la cimento ou pas ?

Docteur LABIDI : pour le moment je ne pense pas que ce soit demandé.

Docteur DESJOUIS : il faut quand même un environnement stérile.

Docteur LABIDI : donc non, ce ne serait pas pour ici.

9. Points activités

Madame SINANG : je vous présente une photographie de l'activité et l'objectif est de comprendre ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas afin que l'on puisse échanger avec l'ARS lorsqu'on parle de chiffres.

Slide 2

Au niveau des tendances, nous avons sur les trois services de médecine un nombre de journée et de séjours en -deçà du prévisionnel. Avec des durées de séjours plus longues.

Docteur BRIERE : c'était anticipable.

Monsieur MANGOT : oui bien sûr.

Madame SINANG : ce phénomène se traduit en pédiatrie avec des durées moyennes de séjour plus courtes et l'absence d'HDJ car il y a un pédiatre en moins.

Docteur LABIDI : un congé maternité.

Madame SINANG : au niveau des HDJ il y a une bonne dynamique. Par contre, le point de vigilance, c'est la maternité, avec une baisse préoccupante des séjours et des naissances – la tendance serait à moins 350 naissances pour 2024. Nous étions à 400 naissances en 2023. A niveau de l'accueil de jour de l'EHPAD d'Aunay, il y a une faible activité pour un accueil de jour qui a ouvert en 2021. Le Court Séjour Gériatrique a trouvé son public car il a ouvert depuis quelques mois mais a déjà 35% d'entrées directes.

Slide 4

Si on fait le point sur l'hospitalisation complète au 31 juillet 2024, nous avons une baisse du nombre de séjours au global de près de 20% et une durée moyenne de séjour qui a augmenté ce qui s'explique notamment par les bed bloqueurs, patients qui avaient besoin de place en SSR et en EHPAD.

Slide 6

Si on regarde l'hospitalisation incomplète, on a une belle dynamique avec des séjours en augmentation au niveau de l'HDJ en oncologie. Cette HDJ a été mise en place en avril 2023 et fonctionne bien.

Slide 8

Pour ce qui concerne l'activité externe d'Aunay, on a une baisse des consultations externes qui s'explique par le fait qu'il n'y a plus de radiologue. Le Docteur DETROUSSEL nous a expliqué notamment que les patients attendaient un mois à un mois et demi avant d'être vus alors qu'auparavant c'était sous une semaine.

Docteur DETROUSSEL : oui c'est bien ça, avant on avait les mardis et jeudis avec des rendez-vous directement alors que maintenant on attend un mois voire plus pour le même acte.

Docteur LABIDI : même avec l'échographie de Bayeux ?

Docteur DETROUSSEL : c'est la problématique. Ils nous prennent comme des consultations externes, pas comme étant du CHAB.

Docteur LABIDI : il faudrait qu'ils vous gardent toutes les semaines, comme nous les consultations d'urgence où nous avons un créneau d'urgence quotidien, il faudrait un créneau Aunay. C'est 3 ou 4 par semaine ?

Docteur DETROUSSEL : en gros oui.

Docteur LABIDI : le Docteur MARCELLAIS-FLIN est partie mais il faut que nous voyions car là c'est trop long.

Slide 9

Madame SINANG : pour ce qui est de l'activité externe à Bayeux, nous avons une augmentation des actes au laboratoire, en imagerie, aux urgences et une forte augmentation en urologie, due à l'arrivée du Docteur BOTTET cette année et on constate une augmentation également pour les consultations en cancérologie et cardiologie.

Slide 11

Pour rappel, il y a eu une réforme des SMR à compter du 1^{er} janvier 2024. Depuis cette année, il existe un financement 50% des patients et 50% activité alors qu'auparavant, il y avait 90% de dotation 10% d'activité. Au niveau des SMR, il y a globalement une baisse de l'activité. Pour ce qui est du SMR polyvalent de Bayeux, il est de 18 lits depuis le 1^{er} avril 2024 et à partir de la semaine prochaine, le Court Séjour Gériatrique va intégrer sa place définitive donc retrouver des lits de SMR.

Docteur BRIERE : le taux d'occupation à 87% reflète le fait que la base utilisée pour le calcul est au-delà des 18 lits ?

Madame SINANG : non on a tout pris en compte.

Docteur BLANCHemain : de janvier à mai il y avait 35 lits.

Docteur BRIERE : c'est ça ma question. Est-ce que sur période où on a basculé à 18 lits, le calcul est fait sur les 18 lits ou est ce qu'on est toujours sur une base de 35 ?

Madame SINANG : depuis le 1^{er} avril on est sur 18 lits mais auparavant nous étions sur 35.

Docteur BRIERE : ça veut dire que les chiffres montrent que le SSR n'est pas plein.

Madame SINANG : il y a deux périodes. La première partie est sur 35, la seconde sur 18.

Madame RIVAT-CACLARD : est ce qu'on avait fait des sorties par anticipation ?

Docteur BLANCHEMAIN : les patients en SMR n'ont pas été transformés en court séjour, non.

Madame RIVAT-CACLARD : pas les patients mais les lits. Est-ce qu'on avait fait de sorties par anticipation pour le 1^{er} avril ?

Docteur BLANCHEMAIN : les entrées ont été ralenties pendant 3 semaines.

Madame RIVAT-CACLARD : donc cela a un impact.

Monsieur MANGOT : une décélération pour pouvoir libérer les lits.

Madame SINANG : à Aunay, il y une baisse à 82%.

Docteur LABIDI : on nous a expliqué hier qu'il y avait eu un problème paramédical et donc ils avaient géré cinq lits.

Docteur DETROUSSEL : en neurolocomoteur, c'était compliqué vu la baisse de lits mais nous faisons des permissions, des vacances thérapeutiques ce qui veut dire que les patients sont comptabilisés comme sortis alors qu'on peut les récupérer à tout moment et ce sont donc des lits vacants qui ne le sont pas réellement.

Docteur BRIERE : y compris sur le polyvalent.

Docteur DETROUSSEL : y compris sur le polyvalent où il y a des permissions. Dans notre service, sur le neurocognitif et sur les 30 lits, le week-end, la moitié du service part en permission.

Docteur PAOLA : sur le polyvalent aussi il y a des permissions.

Docteur LABIDI : c'est ponctuel, tu en a un ou deux. Car les chiffres du polyvalent c'est 82% de taux d'occupation donc pas beaucoup. Hier le Docteur DETROUSSEL nous disait que vous aviez bloqué cinq lits car il vous manquait des paramédicaux cet été au polyvalent. Pour le neurolocomoteur, il s'agit de séjours longs où effectivement quand les patients partent en permission c'est différent mais le polyvalent c'est comme le gériatrique chez nous, le même profil de patient donc là c'est moins logique d'avoir ces chiffres-là.

Docteur PAOLA : je laisserai le Docteur BOURGUIGNON vous répondre en détail. Nous avons deux lits bloqués.

Slide 11

Madame SINANG : nous avons une augmentation de l'activité au niveau des hospitalisations temps complet adultes et une baisse au niveau des hospitalisations à temps partiel sachant que l'on a fermé la réhabilitation, ce qui explique une partie de cette baisse. En ce qui concerne la pédopsychiatrie, nous avons une petite augmentation entre 2023 et 2024 pour les hospitalisations à temps complet et nous avons une baisse des hospitalisations à temps partiel.

Slide 12

Pour ce qui est de la MAS, nous avons une baisse par rapport à notre prévisionnel. En ce qui concerne les deux EHPAD, nous avons également une baisse d'activité par rapport aux journées prévisionnelles et même réalisées. S'agissant de l'USLD, l'ensemble est à peu près stable et le sujet le plus important,

l'accueil de jour à Aunay, est une activité qui n'est pas au rendez-vous depuis l'ouverture de l'accueil de jour en 2021.

Le Docteur LABIDI demande s'il y a des questions sur l'activité, sachant que l'on s'efforce de faire des points réguliers sur l'activité et donne la parole au Docteur TRUET.

1. Pharmacie : médicaments à risques et CAQES

Slide 1

Médicaments à risque

Docteur TRUET : rappelle ce que sont des médicaments à risque, qu'il faut les identifier et mettre un système de gestion en place pour leur assurer une utilisation plus sûre.

Slide 2 et 3

Never events

Ils sont l'objet d'évènements évitables par des mesures de prévention adéquates. Elle demande à l'assemblée de citer un médicament à risque. Les anti-coagulants et le potassium sont cités.

Docteur TRUET : souligne que la liste a été actualisée. Elle cite l'insuline avec un dosage écrit de façon peu claire. Ces incidents ne devraient jamais arriver mais continuent d'arriver. Les médicaments à risque sont un sujet qui pose question à l'HAS et aux certifications.

Slide 4

La liste des médicaments à risque au CHAB a été validée en CME en 2015.

Slide 5

Préparation de la certification

Pour préparer la certification en 2023, on avait approfondi le sujet en 2022, on avait parlé à nouveau de cette liste dans les services, on l'avait mise en orange, expliquer de quoi il s'agissait, mais ce n'était pas suffisant ; il fallait une liste différente par service.

Slide

Nouvelle liste 2024

Nous sommes maintenant sur une autre liste, un peu dense. Le principe est que chaque service réfléchit sur ses médicaments à risque. La médecine 2 a bien voulu être pilote sur le sujet. Par exemple, ils ont rajouté le Périolimel et l'Olimel car sur les cartons et les poches c'était trop peu différentiable, l'un étant par voie périphérique et l'autre par voie centrale. Sur la première colonne apparaissent les médicaments choisis par les services, sur la deuxième, leur lieu de stockage, sur la troisième quels sont les risques liés à la mauvaise utilisation et la quatrième quelles sont les mesures barrières qui ont été mises en place. Cela fait beaucoup d'écriture. Nous nous sommes répartis les services pour que chacun réfléchisse et travaille sur ce format-là. C'est en cours et espérons avoir fini début 2025. Si des choses sont à corriger, il ne faut pas hésiter à nous le dire. Tout ceci pour vous sensibiliser sur le fait que vous allez être solliciter à nouveau sur ce sujet-là.

Slide 6 et 7

CAQES et insuffisance cardiaque

Une information CAQES à vous communiquer : le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins qu'on signe avec l'ARS ; nous avons un sujet sur l'insuffisance cardiaque.

Sur Hospimédia, un mail a signalé qu'un dépistage de l'insuffisance cardiaque était organisé dans les grandes villes, coordonné par l'Association Française de Cardiologie. Il y a un dosage capillaire qui permet de savoir si on est insuffisant cardiaque et ensuite on est adressé à un cardiologue. Le CHU le fait ; cela se passe entre septembre et décembre de cette année. Ils pensent dépister 2000 patients. Je trouve que c'est une bonne idée de sensibiliser les patients sur l'EPOF - l'Essoufflement à l'effort, Prise de poids rapide, l'Oedème des membres inférieurs et la Fatigue - et la réponse EPON - Exercice

physique adapté, Pesée régulière, Observance du traitement, Non salaison de l'alimentation. C'est intéressant comme initiative, on n'est pas encore dedans mais la caisse d'assurance maladie pourrait probablement étendre cette démarche.

Enfin, une infirmière en cardiologie a été admise à passer son diplôme d'IPA en insuffisance cardiaque. Il y aura un entretien infirmier possible pour alléger le travail les cardiologues et ainsi apporter une réponse adaptée à l'insuffisance cardiaque. Elle est motivée, elle travaille dessus depuis longtemps ; elle commence donc cette année. Enfin, c'est le Docteur GUILLOT qui est le cardiologue référent qui a porté le projet avec elle ;

Slide 8

L'Amicale du Bessin : la session d'automne aura lieu le jeudi 10 octobre avec pour thème le parcours pluridisciplinaire du patient obèse dans le Bessin avec les docteurs GUILMINEAU et DESJOUIS et Madame BOUTEMY, diététicienne. Cela se tiendra à l'amphithéâtre de Vaux-sur-Aure.

Docteur LABIDI : ça va faire du bien d'échanger avec les médecins libéraux. Ils étaient contents que ce soit remis en place. Le but, c'est d'essayer de le faire deux fois par an. Il y a juste une question du Docteur DE BRISSON ?

Docteur DE BRISSON : je souhaitais alerter Madame RIVAT-CACLARD sur sa responsabilité qualité. Depuis la fin août, ma collègue a démissionné de la direction du CLUD donc il n'y a personne à sa tête. Actuellement, je ne suis pas en situation de pouvoir prendre cette mission car je gère comme je peux des difficultés diverses au sein de mon service douleur. Je tiens la barre comme je peux. Je voulais juste alerter là-dessus car nous avons une certification. Nous avions 100% d'exigence douleur à la dernière certification et ce serait dommage que cela ne continue pas. J'ai posé la question à mes collègues médecin dans l'équipe douleur ; pour l'instant personne n'est en situation ou motivé pour reprendre cela. Je n'ai pas eu de réponse lorsque j'ai envoyé un mail donc je permets de faire le point afin de voir un peu comment on peut trouver une solution. Pas mal de médecins sur Bayeux sont partis mais je ne sais pas si dans d'autres services des gens seraient motivés. Je veux bien rester vice-présidente pour coacher quelqu'un mais je pense illusoire de reprendre le CLUD, pas avec les problématiques actuelles dans mon service. Nous avons beaucoup de changement avec une infirmière référente qui pose pas mal de soucis et du coup l'infirmière la plus expérimentée qui est en grande difficulté ne va pas pouvoir tout porter ; je ne peux pas tout lui demander si je ne veux pas qu'elle se retrouve en arrêt ; une cadre qui est membre du CLUD et qui ne peut pas tout faire. Donc voilà, je ne sais pas s'il y a d'autres services qui se sentirraient motivés pour porter la dynamique du CLUD ; je suis prête à épauler, assister.

Docteur LABIDI : j'avais pensé à Aude.

Docteur DE BRISSON : je lui ai posé la question mais avec sa capa sur deux ans cela va être très chronophage ; elle ne le sent pas pour l'instant. Je lui ai posé la question, j'ai posé la question à Arnaud évidemment.

Madame RIVAT-CACLARD : c'est un problème pour lequel nous n'avons pas de solution miracle pour l'instant.

Docteur LABIDI : as-tu demandé aux anesthésistes ?

Docteur DE BRISSON : Virginie démissionne. Ségolène est déjà en discussion sur ses missions au sein du service et une partie de son activité clinique douleur qui pour l'instant la met un peu en difficulté, non pas sur l'hypnose mais sur la consultation. Une grosse partie de l'activité augmente et pour laquelle nous avons de plus en plus de délai. J'essaye déjà de gérer mon quotidien pour faire en sorte que l'équipe, qui est super chouette, reste super chouette et que les gens aient envie de rester dans cette équipe, pour l'instant c'est mon challenge. Je ne sais pas si je me désintéresse de la politique institutionnelle, bien au contraire, mais je ne pense pas qu'il faille tout prendre et arriver à ne rien faire, car c'est un moyen de s'épuiser. Je ne sais pas s'il y a d'autres spécialités, d'autres médecins qui seraient

intéressés. Encore une fois, si quelqu'un est motivé, je veux bien rester sur la vice-présidence. Je peux faire un petit mail à la communauté médicale si vous le souhaitez mais j'ai été étonnée de ne pas avoir de réponse à mon mail.

Docteur LABIDI : j'avais répondu mais mon mail n'est pas parti. Je le fais aussi avec mes SMS ! Ça m'arrive fréquemment.

Docteur DE BRISSON : il n'y a pas d'urgence absolue mais il va y en avoir une quand même. C'est trois réunions par an.

Docteur LABIDI : il ne faut pas que ce soit un médecin douleur ?

Docteur DE BRISSON : non, ça a toujours été porté par le service mais on s'essouffle un peu, ça peut être n'importe quelle autre spécialité médicale.

Docteur LABIDI : si on renforce les équipes médicales en médecine...

Docteur DE BRISSON : s'il y a un collègue de médecine qui veut s'investir, je suis complètement prête à l'aider. Ce que je ne veux pas c'est prendre la présidence dans l'état actuel avec une infirmière référente qui a pas mal à gérer, une cadre pareille. Ce n'est pas jouable.

Docteur LABIDI : je vais essayer de voir dans les services de médecine car ils vont être plus nombreux. La bonne nouvelle, c'est que normalement, vous avez une interne, qui vient du CHU.

Docteur DE BRISSON : on n'y croyait pas.

Docteur LABIDI : normalement spécialité rhumatologie.

Docteur DE BRISSON : avec grand plaisir, ça s'est bien passé la dernière fois que nous avons eu un interne.

Docteur LABIDI : il pourra vous aider un peu sur l'HPDD. Nous avions dit que nous allions rencontrer Virginie et voir ce que l'on peut faire.

Le Docteur LABIDI remercie l'ensemble des participants et lève la séance.

Docteur Magali LABIDI
Présidente de la CME

