

Centre Hospitalier Aunay Bayeux

Conseil de surveillance

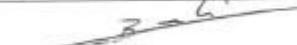
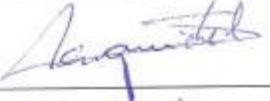
Fiche d'émargement

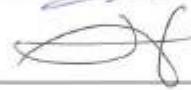
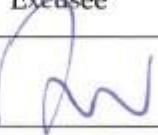
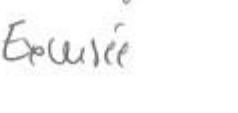
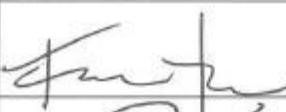
Le vendredi 19 avril 2024

Lieu salle martine DUCOURET

Heure début de séance : 8h30

Heure fin de séance : 11h30 -

<i>Membres</i>	<i>Collèges</i>	<i>Emargements</i>
Mme Mélanie LEPOULTIER	<i>Représentant les collectivités territoriales (Bayeux Intercom)</i>	
M. Guillaume BERTIER	<i>Représentant les collectivités territoriales (Ville du Molay Littry)</i>	
Mr Patrick THOMINES	<i>Représentant les collectivités territoriales (Isigny Omaha Intercom)</i>	
Mme Lydie POULET	<i>Représentant les collectivités territoriales (Ville de Bayeux)</i>	Excusée
M. Patrick GOMONT	<i>Représentant des personnalités qualifiées</i>	
Mme Sylvie LE NOURRICHET	<i>Représentant les collectivités territoriales (Conseil départemental)</i>	
M. Antoine MORICE	<i>Représentant des personnalités qualifiées</i>	
Mme Christine SALMON	<i>Représentant des personnalités qualifiées</i>	
M. Jean-Marc DUJARDIN	<i>Représentant des personnalités qualifiées (Usagers)</i>	
Mme Christel MARIE (OSAER)	<i>Représentant des personnalités qualifiées (Usagers)</i>	
Mme Johanne LEVY	<i>Représentant le Personnel (CME)</i>	
Dr Annie PEYTIER	<i>Représentant le Personnel (CME)</i>	
Mr Rodolphe GOSELIN	<i>Représentant le Personnel (organisations syndicales - FO)</i>	
Mme Claire LOSTANLEN	<i>Représentant le Personnel (organisations syndicales - FO)</i>	
Vacant	<i>Représentant le Personnel (CSIRMT)</i>	

	<i>Invités</i>	<i>Emargements</i>
Le Représentant de l'ARS de Normandie	<i>Invité à titre consultatif</i>	<i>Présent.</i> 
Mme Evelyne PATOUX Trésorière CAEN	<i>Invitée à titre consultatif</i>	
Mme LECOURT Angélique Administrateur GCS Axanté	<i>Invitée à titre consultatif</i>	
Mme Corinne FERET Sénatrice du Calvados	<i>Invitée à titre consultatif</i>	<i>Excusée</i> 
M. Vincent MANGOT Directeur du CHAB	<i>Invité</i>	
Mme Aurélie NEAU Directrice adjointe en charge des services économiques et logistiques	<i>Invitée</i>	
Mme Noelle SINANG Directeur adjoint en charge des services financiers et des affaires générales	<i>Invitée</i>	<i>Excusée</i> 
Mme Lissette RUIZ Ingénieur hospitalier - DTMP	<i>Invitée</i>	
Mme Véronique RIVAT-CACLARD Directrice des soins	<i>Invitée</i>	
Mme Isabelle MESNAGE Directrice adjointe en charge des Ressources Humaines	<i>Invitée</i>	
Dr Magali LABIDI Présidente CME	<i>Invitée</i>	
Mr Bertrand BOUYX Député	<i>Invité</i>	<i>Excusé</i>

SOMMAIRE

1. APPROBATION DES PV	4
2. OUVERTURE DU COURT SEJOUR GERIATRIQUE	4
3. REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER AUNAY BAYEUX	7
4. REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE	9
5. EPRD 2024	9
6. AUDIT DES BLOCS OPERATOIRES	15
7. LA STERILISATION	19
8. PLAN D'ACTION RELATIF A L'EGALITE PROFESSIONNELLE	24
9. MONTANT DES COMPTES DE BILAN DES 10 PLACES DU SSIAD ET L'EPMS DU CHATEAU DE VAUX A GRAY-SUR-MER DANS LE BILAN DU CHAB	27
10. MONTANT DE L'INDU CPAM ADRESSE A L'EPMS	27

Madame LEPOULTIER, Présidente du Conseil de Surveillance, ouvre la séance.

1. APPROBATION DES PV

FO conteste les PV des mois de décembre 2023 et février 2024. Madame LEPOULTIER souligne qu'elle s'est retrouvée dans les propos de l'ensemble des intervenants. FO répond que cela manque de précisions et d'indications et ne paraît pas compréhensible pour quelqu'un de l'extérieur qui lit les PV et n'a pas assisté à la séance. FO cite notamment un passage relatif à l'accessibilité et l'attractivité du CHAB les concernant. Madame LEPOULTIER répond qu'on peut reprendre l'ensemble des éléments demandés. Elle demande si d'autres personnes ont des remarques à faire. Personne ne prenant la parole, les PV sont soumis au vote.

Les PV sont approuvés à l'unanimité.

Mme LEPOULTIER modifie l'ordre du jour afin de donner la parole au Docteur PHILIPPE concernant le court séjour gériatrique, qui doit se rendre disponible rapidement pour son service

2. OUVERTURE DU COURT SEJOUR GERIATRIQUE

Le Docteur PHILIPPE, responsable du Court Séjour Gériatrique se présente et prend la parole. Le CSG est un nouveau service. Il s'agit d'un service qui accueille les personnes âgées de plus de 75 ans, qui peuvent présenter une dépendance physique, par la décompensation d'une pathologie chronique et / ou d'une infection aigue, ou une dépendance psychique. Il existe une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. La particularité du CSG, hors plateau technique, est qu'il se trouve sur le site de Champ Fleury. Il n'y a pas de transport supplémentaire pour évaluations et explorations. L'équipe est pluridisciplinaire : infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, éducateurs, diététiciennes neuropsychologues, ergothérapeutes, assistante sociale, cadre de santé. Le patient est pris en charge au CSG et sa sortie est faite en adéquation avec sa situation et le territoire. Il y a 10 lits pour l'instant avec pour ambition d'en avoir 20. L'objectif est de permettre aux EHPAD du territoire de faire des entrées directes. Une communication a été faite en ce sens. Depuis la mise en place de ce service, il y a déjà eu 25% d'admissions qui se sont faites en directe. La moyenne d'âge est de 92 ans.

Monsieur MORICE demande comment sont préparées les sorties ?

Le Docteur PHILIPPE répond qu'il y a une évaluation de l'environnement du patient notamment avec l'ergothérapeute, l'assistante sociale et des mises en situation. Ce sont des patients de 75 ans et plus, pluri pathologiques et donc plus fragiles que le CSG prend en charge

- perte de l'autonomie, perte de la marche. Deux patients ont été refusés : un qui n'avait pas 75 ans et l'autre qui a été orienté vers un service de gériatrie aiguë du CHU.

Monsieur MORICE demande si certains patients qui ne rentrent pas à domicile vont en SSR ?

Le Docteur PHILIPPE lui répond qu'ils vont en SSR ou parfois en hébergement temporaire. A noter que lorsqu'un patient vient d'un EHPAD, on espère un retour.

FO prend la parole et signale qu'ils sont présents en tant que représentants du personnel. FO note qu'il s'agit d'un sujet qui a été présenté en CSE. Il s'agit d'un service avec 10 lits, installé dans le SSR avec la fermeture de 17 lits. Un CSG a été construit à neuf dans le service à l'étage au-dessus et cet endroit va finalement servir de consultation externe pour partie ; il va donc y avoir transfert de service et transfert de l'UCP en lieu de place de l'UCP. Tout cela a été présenté sur deux pages avec une synthétisation de sujets ; FO a signalé à la direction que le peu d'information donné était comme une forme de mépris du dialogue social. Pour les agents concernés il s'agit d'un mépris et d'une souffrance. FO a la sensation d'être des pions. Ils ont alerté sur les ratios en personnel qui de leur point de vue reste trop bas, aucun renfort ASH pour le ménage alors que la fréquentation du site va être démultipliée, rien n'a été présenté sur la gestion des entrées. Dès le début, ils ont constaté que les entrées du CSG ont eu lieu la nuit alors qu'il n'y a pas de médecin, rien n'est prévu ni présenté sur l'impact logistique de tous ces changements par rapport à la pharmacie, par rapport au transport ambulancier, rien n'a été présenté au personnel pour ce qui concerne la sécurité et le stationnement, rien de présenté non plus sur les affectations transitoires des agents – agents du SSR qui s'en vont, d'autres prévus pour le CSG qui n'ont pas leur affectation. Pour FO, il n'y a pas d'anticipation des difficultés de manière globale notamment en ce qui concerne le capacitaire ; l'assistante sociale est mutualisée entre le SSR et le court séjour sauf que ce n'est pas du tout les mêmes missions, pas du tout la même temporisation, pas du tout la même capacité à gérer car certains dossiers se gèrent sur un temps long et d'autres courts et rapides ; ce ne sont pas des activités compatibles. FO a donc voté contre cette organisation – neuf voix contre, trois absentions, une abstention de la CFDT et deux de la CGT.

Le Docteur PHILIPPE répond qu'en ce qui concerne le CSG, les équipes sont très contentes de l'ouverture du service, de cette nouvelle affectation. Les aides-soignantes attendaient ce poste depuis de nombreuses années puisqu'en grande partie ce sont des aides-soignantes de l'USLD et de l'EHPAD ; il s'agit d'une franche évolution et une vraie satisfaction de ce changement d'activités tout comme pour les infirmières. En ce qui concerne le personnel du SSR, elle ne peut pas se prononcer puisqu'elle ne s'y trouve plus. Pour ce qui est de la nuit, des échanges ont eu lieu avec le Docteur LABIDI. Le Docteur PHILIPPE était dans l'embarras le premier week-end car le service était en phase de remplissage, il y avait des patients aux urgences, 6 places dans le service et pas d'autre place dans l'établissement. Elle s'est donc permis, avec le Docteur LABIDI, d'autoriser des admissions la nuit. Les médecins ont à cœur que les infirmières ne se sentent pas en difficultés. Il y a une conduite à tenir pour les infirmières la nuit sur le site de Champ Fleury. L'infirmière est seule la nuit pour les 18 patients du SSR et

les 10 du CSG. Lorsqu'il y avait une infirmière pour 35 patients du SSR on ressentait les difficultés.

Le Docteur LABIDI souligne que la difficulté a été une difficulté de transport, ce n'était pas un problème médical. La prise en charge de la patiente dont nous parlons résidait uniquement dans un problème de transport.

Le Docteur PHILIPPE ajoute que les équipes anticipent aux mieux les problèmes de la nuit. Elle précise enfin que le temps de l'assistante sociale est à 80% pour 35 lits ; alors qu'il y a 17 lits cela lui a dégagé un 40% et le temps pour les 20 lits du CSG est à 60% ; donc s'il y a 10 lits elle est à 30%. Il lui a été demandé une réactivité car le SSR demande un temps d'hospitalisation qui est plus long mais pour le moment ça ne pose pas de problème. Le temps de travail ne semble pas impossible à réaliser.

FO répond qu'il entend les deux points de vue et a bien conscience de la nécessité de l'ouverture du CSG mais ce qu'il déplore ce sont les conditions d'ouverture notamment les conditions de travail.

Le Docteur PHILIPPE ajoute qu'une infirmière de nuit ne peut gérer 18 patients en SSR et 18 patients en CSG. Il s'agissait de la problématique principale, raison pour laquelle il est bien de s'installer temporairement sur le site du SSR.

FO répond que le temporairement risque de durer un certain temps.

Afin que l'ensemble des membres du Conseil de Surveillance comprennent bien la problématique, Monsieur MANGOT précise les choses. L'ouverture du CSG est une réponse de santé pour les personnes âgées que le CHAB n'avait pas. Nous avons une offre de prise en charge de SSR, des services de médecine qui peuvent prendre en charge des phases aigues mais nous n'avions pas l'articulation entre un service aigu et la logique de prise en charge de SSR. N'ayant pas immédiatement la capacité à ouvrir avec les professionnels que nous aurions pu recruter immédiatement, il a été pensé la possibilité de convertir 17 lits de SSR et les transformer en 10 lits de CSG en mobilisant les professionnels de cette unité. On s'est dit que l'on pouvait convertir 17 lits de SSR en 10 lits de CSG en maintenant le personnel pour ouvrir 10 lits car il y a un peu plus de charges en soin pour le CSG. L'enjeu est de rapidement pouvoir intégrer les locaux prévus pour le CSG ; le CHAB vise l'automne pour ouvrir cette unité dans sa localisation définitive. Comme nous sommes dans un environnement très contraint et que nous avons deux autres dossiers à traiter que sont le retour des consultations externes qui sont sur le site Dunant que nous voulons recentrer sur notre site principal et l'UCP qui se trouve depuis des années dans des Algeco, il a été décidé que ce nouveau plateau sur Champ Fleury puisse être mutualisé dans un temps limité. L'enjeu est d'offrir au CSG les 10 lits sur le plateau définitif en visant l'automne, et plus particulièrement le mois de septembre, et nous accueillerons temporaire sur la partie centrale dans cette unité les consultations externes qui reviendront ensuite sur le site de Nesmond car la localisation définitive est en travaux - secteur

des anciens blocs. Nous installons, sur la dernière aile qui est rénovée, l'UCP – nous visons la période de cet automne – ce qui va donner à l'UCP la possibilité de développer son activité dans des conditions tout à fait décentes et surtout en triplant les surfaces. Actuellement l'UCP occupe 100 m² et bénéficiera de 300 m² durant deux à trois ans, le temps que le bâtiment de destination soit rénové. Pour faire ces opérations, nous travaillons sur le stationnement, nous avons une zone de parking qui va être spécifiquement aménagée afin que l'on puisse répondre aux besoins de transport sur le site de Champ Fleury. Le CHAB travaille également sur le circuit patient car accueillir même transitoirement pendant quelques mois les consultations externes sur le site de Champ Fleury engendre un flux de patients. Nous l'avons fait avec l'équipe de direction et avons envisagé plusieurs scénarii d'arrivées de patients. Nous essayons de voir quelle est la solution la plus cohérente et nous travaillons sur la partie réservée au service de chimiothérapie avec une installation au réel des méridiennes pour vérifier que la future salle où les patients reçoivent leur traitement correspond bien au fonctionnement des professionnels ; nous anticipons les sujets mais il est vrai que nous sommes malgré tout dans un fonctionnement qui bouscule. Nous essayons d'ajuster nos actions car nous sommes dans un bâtiment qui nous constraint. Nous faisons des opérations « tiroir » et essayons de les anticiper au maximum.

Monsieur MORICE demande si le CSG passera à 20 lits ?

Le Docteur PHILIPPE répond que cela a été validé par l'ARS mais comme les consultations vont prendre les chambres, il n'y a pour l'instant pas de visibilité sur la possibilité d'arriver à 20 lits. Le but est d'augmenter le capacitaire du CSG et réaugmenter celui du SSR. Dans les locaux du court séjour, il y aura à un moment en simultané les consultations externes, l'UCP et le CSG.

Monsieur MANGOT ajoute que le schéma final est que sur ce plateau, à terme, il y ait vraiment 20 lits du CSG, l'UCP et les consultations externes. On sera ensuite sur un fonctionnement stabilisé.

Madame LEPOULTIER remercie le Docteur PHILIPPE pour son intervention et reprend l'ordre du jour.

3. REGLEMENT INTERIEUR DU CENTRE HOSPITALIER AUNAY BAYEUX

Monsieur MANGOT signale que dans l'établissement il n'existe pas de règlement intérieur. Il s'agit d'un document qui est une obligation dans les centres hospitaliers depuis 1974. Il y a d'autres documents mais qui ne sont pas formalisés comme doit l'être un règlement intérieur qui est essentiel à la vie de l'institution et reprend les éléments relatifs à la gouvernance de l'établissements ainsi que l'organisation administrative, médicale de l'hôpital et précise les règles applicables tant aux patients qu'au personnel. Il s'agit d'un document généraliste qui reste un document vivant et qui régulièrement, si nous avons des évolutions notables pour

notre établissement, nous corrigons à intervalles réguliers. Il a été présenté en CSE, CME F3SCT. Monsieur MANGOT collecte actuellement des retours de l'ensemble des professionnels de l'établissement pour le faire évoluer. Il s'agit d'un document qui est assez abouti mais on peut y intégrer des compléments d'information. On y trouve l'organisation des soins, un chapitre relatif à la sécurité et l'hygiène, un chapitre concernant l'amélioration de la qualité, un chapitre sur les consultations, les hospitalisations, l'accueil des urgences, des dispositifs particuliers relatifs aux patients mineurs, puisque nous avons une règlementation très précise de droit hospitalier qu'il nous faut adapter à notre établissement, et surtout appliquer des dispositions relatives à l'accueil des femmes enceintes, à d'autres profils de patients - étrangers, militaires, victimes de guerre. Sont également répertoriés des éléments relatifs à l'information et les soins ; à destination des patients, des précisions quant aux consentements aux soins, des dispositions particulières aux mineurs. On va retrouver l'ensemble des dispositions relatives à la gestion des décès, des éléments relatifs au respect du patient, aux règles de comportement des professionnels et les droits des personnels. Nous avons souhaité avoir un document support. Nous pouvons répondre aux questions ; l'idée est de le présenter afin d'avoir une délibération sur le principe. On pourra ensuite, lors qu'un prochain Conseil de Surveillance, voir les versions avec les éléments complémentaires qui auront pu être ajoutés.

Monsieur MORICE demande si cela est relatif à la certification et qu'il est étonnant de ne pas avoir de règlement intérieur.

Monsieur MANGOT répond que lorsque les experts viennent ils sont en droit de demander le règlement intérieur de l'établissement. Le CHAB a plusieurs documents qui ne reprennent que partiellement les informations que l'on doit retrouver dans un règlement intérieur. Il fallait faire cet effort de structuration qui doit être représentatif de ce qu'il se passe dans un centre hospitalier.

FO prend la parole. Lors du CSE, le règlement intérieur n'a pas été évoqué, il est en cours d'analyse et de discussions car il s'agit d'un dossier assez dense qui n'a été communiqué règlementairement que 8 jours avant le CSE. FO a préféré reporter l'avis au prochain CSE.

Monsieur MANGOT répond qu'effectivement le document a été envoyé dans les délais en prévision de l'instance mais qu'il s'agit d'un document de plus de 70 pages et les organisations syndicales ont demandé si elles pouvaient avoir un délai supplémentaire pour faire un retour précis, ce à quoi nous avons donné notre accord.

Madame LEPOULTIER demande aux membres du Conseil si cela leur convient, dans un premier temps, d'acter la création de ce règlement et ensuite de l'adapter ?

7 voix pour
2 abstentions

4. REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Monsieur MANGOT souligne qu'il n'existe pas de règlement intérieur pour le Conseil de Surveillance et qu'il est obligatoire. Il reprend les attributions et compétences d'un Conseil de Surveillance, les éléments relatifs à sa composition - les différents collèges - ainsi que les personnalités qui peuvent y assister avec voix consultatives. Les élus du territoire peuvent être présents et intervenir aux débats du Conseil de Surveillance. Nous avons intégré Madame la Sénatrice du Calvados qui était malheureusement indisponible ce jour tout comme Monsieur le Député. S'ajoutent à ce règlement intérieur la présidence et la vice-présidence ainsi que les conditions d'exercice, des fonctions et des membres - comment cela se passe lorsqu'un membre démissionne - ainsi que l'organisation et le déroulement des réunions. Nous avons désormais un règlement intérieur pour l'établissement et un règlement intérieur pour l'ensemble des instances de cet établissement.

Madame LECOURT précise qu'elle est la représentante de la CPTS et pas du GCS.

Madame LEPOULTIER soumet au vote la mise en place du règlement intérieur du Conseil de Surveillance.

7 voix pour
2 abstentions

5. EPRD 2024

Monsieur MANGOT signale que la veille au soir l'ARS a envoyé un courrier qui en synthèse annonce valider l'EPRD dans sa version 2 mais avec quelques conditions. La première version EPRD PGFP avait été rejetée par l'ARS le 26 janvier. Les motifs de rejets étaient de plusieurs natures ; concernant les recettes, il y avait un taux d'évolution des recettes qui était supérieur à la note de cadrage qui était de 3.2 % et nous, nous indiquions 6.4. Il y avait d'intégré en systématique une aide de trésorerie de 2 millions d'euros. Dans l'établissement, le budget avait été pensé en se disant avec certitude que l'ARS nous allouerait une aide en trésorerie de 2 millions. Il faut savoir que lorsqu'on fait une prévision budgétaire, il faut la faire avec nos propres moyens. S'il doit y avoir des aides, elles interviendront dans un second temps. Il était donc logique que l'ARS pointe cette erreur d'appréciation. Nous avions dans la version 1 des charges de personnel qui étaient évaluées comme trop importantes avec un taux d'augmentation d'un peu plus de 5% et des dépenses d'investissements qui étaient trop élevées à hauteur de 9.7 millions d'euros. On a donc retravaillé l'EPRD dans sa version 2. Nous avons recalé l'augmentation de recettes à 2.35% en supprimant les aides en trésorerie de 2 millions et coté dépenses nous avons revu notre méthodologie à destination ce qui nous a permis d'être en capacité de proposer une version de notre EPRD avec une augmentation de 3.66%. Nous avons retravaillé les dépenses d'investissement s'établissant à 7.4 millions

d'euros au lieu des 9.7 millions dans la version 1. La version initiale s'est faite en septembre/octobre pour un budget qui est sensé couvrir l'exercice 2024 et quand on se retrouve avec un nouveau travail à faire mais qu'on est en février, on a déjà des éléments clairs de réalisation. Par exemple, quand un professionnel est prévu pour être recruté au mois de février qu'il arrive au mois d'avril, on peut ajuster les prévisions de dépenses. Coté investissement, on voit aussi la façon dont se déroule les travaux et ce qui sera décalé ou non sur l'exercice 2025 ce qui permet de réajuster. Retravailler l'EPRD nous a permis de présenter un résultat d'exercice qui dans sa version 1 nous faisait terminer l'année à 6.1 millions d'euros de déficit et qui nous amène avec la version 2 à 4.9 millions ; l'établissement reste structurellement extrêmement fragilisé. Nous avons donc eu hier soir un courrier de l'ARS qui nous indique, je cite « qu'au regard de la situation de l'établissement, compte tenu de l'impact de la trésorerie sur l'établissement, ne peuvent être validés les investissements courants. Je vous demande de bien vouloir faire parvenir un détail des investissements courants prévu et de prioriser ces derniers pour limiter au maximum la dégradation de la dette sociale et fiscale sous cette réserve et au regard des différentes observations ci-dessus je constate que cette nouvelle version d'EPRD présente une amélioration des indicateurs par rapport à l'exercice précédent malgré la persistance de nombreux déséquilibres. Dans ces conditions, j'ai décidé d'approuver votre EPRD sous réserve d'une nouvelle réduction de votre niveau d'investissement 2024 ». L'ARS trouve qu'il y a une forme de cohérence dans cette nouvelle version et nous invite à être extrêmement vigilants sur notre niveau d'investissement. Voila les éléments collectés depuis hier soir sur ce sujet.

Madame LEPOULTIER remarque que cela semble cohérent effectivement avec notre capacité financière donc on a investi ces derniers mois ; l'ARS nous demande de prioriser ce que nous allons faire et répondre à ses demandes.

Le Docteur LEVY ajoute qu'en ce qui concerne Aunay et les services de rééducation, notamment les dépenses de personnel, Aunay est un service de cognition qui travaille avec des personnes cérébrolésées et elle espère que cette réduction ne se fera pas sur les besoins de neuropsychologue et les remplacements d'été.

Monsieur MANGOT précise que la révision des dépenses de la masse salariale ne s'est pas faite en supprimant des postes mais simplement en faisant évoluer la méthodologie. Le CHAB avait la particularité en méthodologie qui était de tenir compte de l'ensemble du personnel qui est présent et qui sera présent l'année prochaine en anticipant les évolutions d'échelons, les avancements de carrière donc le fait que globalement la masse salariale va augmenter, c'est normal, mais on avait aussi une prévision qui était de se dire on veut de manière sincère apporter une réponse stable sur notre niveau de dépenses et donc sur les postes qui étaient non pourvus. On considérait qu'il fallait se sécuriser en se disant que pour tous les postes non pourvus de l'établissement, il fallait considérer qu'on était en capacité d'accueillir les professionnels dès le début de l'année 2024 car peut-être que nous arriverions à en recruter certains ; on ne sait pas à quel moment de l'année ils vont arriver et, dans cette hypothèse, l'ensemble des postes non pourvus était budgété sur un exercice complet. L'ARS nous signale

que notre niveau de recettes nous l'estimons au plus juste et que nous sommes proches de la réalité mais pour ce qui est de notre niveau de dépenses, nous avons une méthodologie qui

vient fausser l'analyse puisqu'elle tient compte d'un prévisionnel de recrutements de professionnels que nous n'aurons pas en totalité. L'ARS nous demande de faire une prévision de dépenses dans la même dynamique que celle faite pour les recettes et proche d'un réalisé. Quand on fait une prévision de dépenses, ce n'est jamais qu'une prévision. On aura dans notre exécution budgétaire peut-être un écart par rapport à la prévision de dépenses puisque on ne sait pas sécuriser des montants financiers qui nous permettent d'amortir les recrutements à réaliser.

FO prend la parole et signale qu'il aurait pu faire le même type de réflexion mais étendu à l'ensemble de l'établissement. FO a peur qu'il y ait un coup de rabot notamment lorsque l'on regarde les chiffres sur le remplacement de l'absentéisme et de l'absentéisme court. Il y aura encore une dégradation des conditions de travail. Ce qui est rassurant sur le plan national c'est que le ministre de la fonction publique n'a pas prévu d'augmenter le point d'indice des fonctionnaires.

Madame LEPOULTIER signale qu'il était important de fournir un budget au plus juste.

FO répond que le budget au plus juste va encore dégrader les conditions de travail des collègues qui sont dans les services.

Madame LEPOULTIER précise que le budget est au plus juste car il doit être sincère et peut-être que le CHAB ne l'était pas tout à fait car budgéter une masse salariale alors que l'on sait pertinemment que l'on ne pourra pas procéder au recrutement pour diverses raisons fait qu'il y a une absence de sincérité budgétaire. C'est donc en se calant au plus juste de ce qui se passera - même avec la meilleure volonté du monde parfois on ne peut pas procéder à ces recrutements - il y a une volonté de resserrement de la sincérité du budget et d'être au plus proche de la réalité et de ce qu'il se passera dans les faits.

FO remarque que si on budgète en janvier un personnel qui ne va arriver qu'en juin, en octobre ou pas du tout, FO comprend, mais ça ne sera peut-être pas le cas. Ce qui n'est pas pris en compte c'est que si des infirmières sont recrutées, elles auront des exigences financières qui seront plus importantes que celles des titulaires. Ce qui inquiète FO également, c'est le sens dans lequel on veut aller sur les remplacements et les remplacements courts. On voit encore que nos collègues dans les services vont pallier le manque de personnel ce qui aura un impact sur la qualité des soins et donc peut-être, comme on l'avait vu en médecine 3, sur la durée moyenne de séjour qui fait perdre de l'activité, pour les finances, et une surcharge de travail pour les collègues. Il faut être vigilant et cela ne va pas dans le bon sens notamment en ce qui concerne l'attractivité de l'établissement.

Madame LEPOULTIER remarque que c'est un souci que tout le monde partage et pour les agents et pour les patients.

FO répond que partager le souci oui mais le vivre c'est différent ; il y a ce qu'il se dit ici et ce qu'il se vit dans les services.

Monsieur LE MERRER prend la parole en complément de ce qui a été dit. Le CHAB fait partie des 8 établissements qui ont été ciblés comme étant en fragilité financière. Sur la région Normandie Le CHAB va bénéficier d'un accompagnement dans les grandes lignes resserré qui va consister en des revues mensuelles entre l'ARS et l'établissement, une revue trimestrielle avec le DG et le directeur de l'établissement, cela reposant sur un plan d'action pluriannuel qui aura été élaboré conjointement sous formes d'actions - réduction de charges, sur l'activité, la diversité d'activités etc. Il y a un gros travail concernant le diagnostic avec un calage de réunions et une première réunion qui est de partager le diagnostic, qui a été fait par le Directeur et l'agence et ensuite la formalisation d'un plan. Il sera intéressant de suivre l'évolution au sein de l'instance et le niveau d'information sur le travail qui est fait par l'établissement. On fera en sortes que l'établissement en ressorte plus performant car c'est l'objectif dans tous les sens du terme. Ce n'est pas qu'une performance économique, il s'agit aussi de la prise en charge, la certification. Cette méthodologie est nouvelle car ce resserrement du suivi n'est pas courant au sein de la région Normandie. Les suivis trimestriels, semestriels et pluri annuels montrent une volonté collective d'aider l'établissement et d'en ressortir plus fort qu'il ne l'est aujourd'hui.

FO répond que le CHAB a bien le sentiment d'être accompagné mais c'est la problématique de la modalité de financement notamment en T2A qui pose plus que plus problème. On ne peut pas articuler l'activité comme un CHU donc la rentabilité ne peut pas être au rendez-vous. On attend de nous une rentabilité au niveau d'un CHU alors que nous sommes sur une modalité T2A.

Monsieur LE MERRER répond que les comparaisons ne se font pas au niveau d'un CHU. Il y a une proximité similaire mais la comparaison s'arrête là.

FO ajoute qu'on a annoncé une baisse d'activité de 2019 à 2023 de moins 6% mais là on parle bien de baisse de l'activité financière sur la T2A alors que dans le même temps, dans nos services, avec les durées moyennes de séjour qui augmentent, l'activité augmente et la charge est de plus en plus lourde car les patients restent plus longtemps, ont en moyenne en médecine 75 ans. Il y a un décalage entre ce qu'on dit à nos collègues, concernant la baisse d'activité de 6% et ce qu'ils vivent ; il faut leur préciser une baisse d'activité financière. On voit une baisse d'activité financière mais il faut comprendre que dans les services il s'agit d'une augmentation de la charge de travail. On parle de deux sujets et c'est en cela que l'hôpital va mal et que les collègues ne s'y retrouvent plus et qu'ils s'en vont. Les investissements c'est aussi la qualité d'accueil. Quand on voit nos collègues de médecine 1 qui ont peur d'aller dans leur service car elles ont peur que ça s'écroule, même si dans les faits ça ne va pas s'écrouler, quand on voit les locaux qui se dégradent... pas de travaux dans certains services. Quand on sait que cela va être dur mais que les locaux sont propres et l'accueil correct ce n'est pas du tout la même chose que quand on arrive dans un service où tout est délabré et tout prend l'eau, que ce soit physiquement, les locaux, ou les conditions de travail, on n'est pas assez nombreux. Quand

on vient nous dire qu'il faut faire un effort sur la masse salariale, ça veut dire que certaines absences ne vont pas être

compensées ? Soit, on s'auto-replace pour que des collègues ait leur temps de repos soit on ne remplace pas. Attention à la maltraitance. On ne va pas dans le bon sens.

Monsieur MANGOT répond que des facteurs sont extérieurs à l'établissement. C'est la manière dont sont financés les hôpitaux. Ce sont des éléments qui s'imposent à nous mais on ne peut pas faire d'économies sur le fonctionnement structurel de notre établissement. A partir du moment où dans notre établissement on finit l'ensemble des exercices avec 6 millions de déficit, on ne peut pas faire l'économie d'une réflexion en profondeur sur l'interrogation de nos pratiques, nos prises en charge et se poser des questions structurelles. Nous avons besoin de faire ce travail car tout ne s'explique pas par le financement des hôpitaux en France. Il y a des sujets propres à notre établissement qu'on doit regarder. Il faut que l'on essaie toujours d'avoir en tête la meilleure réponse aux besoins des patients du territoire en se demandant si notre organisation est la plus aboutie, est ce qu'elle ne devrait pas évoluer ? Il y a des objets structurants à l'intérieur du CHAB et qui ne sont pas en lien avec le financement des hôpitaux.

FO a rencontré il y a deux jours leurs collègues de médecine 3. On leur avait dit qu'ils auraient un audit puisqu'ils sont passés de 4 aides-soignantes à 3 - au passage, plus de possibilité de travailler en binôme. On leur demande de voir comment on pourrait optimiser la charge de travail et le service alors qu'elles n'en peuvent plus. Elles demandent 4 aides-soignantes et pas 3. On leur demande comment on peut faire mieux avec moins. On ne peut pas demander à nos collègues de rebondir.

Monsieur MANGOT répond qu'il y a une question structurante qu'il faut se poser. Partout où il y a des consultations, est ce qu'il n'y a pas la possibilité d'avoir des hospitalisations de jour ? Quel avenir on donne à une structure comme l'HPDD ? Les patients sont de plus en plus pris en charge soit en ambulatoire, soit en hospitalisation complète. Est-ce que nous répondons aujourd'hui à la meilleure prise en charge possible en termes d'organisation ? On ne peut pas faire l'économie de ces sujets. On ne peut pas dire on a fini tous les exercices ces dernières années avec un déficit de plusieurs millions et on va sur les prochaines années faire des prévisions de déficit ; on est obligé de se réformer.

Monsieur LE MERRER prend la parole concernant le Centre François Baclesse qui était en difficulté sur les moyennes de séjour. L'ARS a fait en sortes avec le HAD de trouver une solution pour que les lits soient occupés le moins longtemps possible et que la prise en charge soit bien assurée pour les patients. Il y a des solutions organisationnelles pour optimiser les fonctionnements. Il faut trouver des solutions pour permettre d'avoir une prise en charge plus efficace, que les salariés s'y retrouvent également en étant plus efficaces et en ayant moins de lourdeurs. Il n'y a pas d'organisation figée et il faut faire en sortes que les salariés eux-mêmes

puissent contribuer aux changements. Qui mieux que le personnel en poste pour proposer des améliorations ?

FO répond qu'il est force de proposition. Le soin c'est de la main d'œuvre et la main d'œuvre est incompressible.

A la question posée concernant des places disponibles pour des patients âgés ou en neurocognitif, Monsieur MANGOT souligne que ça fait deux mois qu'il est là et qu'il est dans une phase de diagnostic, de compréhension. On fait évoluer les choses mais la perception globale de l'établissement est à finaliser. Les constats il les partagera avec le Directeur Général de l'ARS et aussi avec les organisations syndicales.

Madame LEPOULTIER précise qu'il s'agit d'une méthodologie de travail assez nouvelle. Elle s'en réjouit car cela faisait plusieurs années qu'elle demandait un accompagnement. Les rejets successifs d'EPRD étaient vécus comme un coup de semonce et pas forcément comme une manière d'avancer. Le CHAB se trouvait dans un engrenage assez délétère puisqu'on a essayé de trouver des solutions. Le CHAB doit tenir compte de tous les paramètres – qualité des soins, personnel. La non certification de l'établissement est un outil d'alerte pour le CHAB sur certains points. On voit bien le cercle dans lequel on s'est installé depuis des années, ce déficit permanent, cette absence de capacité d'autofinancement qui n'est pas viable. Il faut sortir de cette roue, en redonnant des perspectives sur un certain nombre de chose, sans forcément aller chercher sur le personnel. Elle comprend pour le personnel et les locaux mais elle s'interroge sur le fait que d'autres hôpitaux ont de beaux locaux mais n'arrive pas à recruter non plus. Les locaux jouent un rôle mais ce n'est pas une condition sine qua non du recrutement. Nous avons des facteurs d'attractivité multiples, qui sont liés à la taille de la structure notamment, au territoire et autres, et oui, nous avons des difficultés de recrutement, comme déjà souligné précédemment, mais il faut que nous réinterrogeons plusieurs choses et profiter de l'opportunité de ce suivi par l'ARS et l'arrivée d'une nouvelle direction avec un regard neuf sur les choses qui nous permettent de questionner certaines pratiques sans détériorer ce qui existe avec des perspectives puisque d'autres hôpitaux de la taille du CHAB parviennent à obtenir des résultats qui sont différents des nôtres. Il n'y a pas de raison que nous soyons dans l'incapacité d'améliorer les résultats ici ou là. Elle souhaite vraiment que ce travail collectif donne du sens pour l'ensemble du personnel ; les perspectives financières et d'investissements font partie des horizons donnés au personnel de l'établissement. S'adressant au Docteur PEYTIER, Madame LEPOULTIER souligne que même si des situations sont temporaires en attendant une solution définitive, elle ne doute pas qu'enfin l'horizon se dégage concernant l'UCP, ce en ayant fait preuve d'une patience absolue.

Le Docteur PEYTIER souligne en plaisantant qu'il s'agit plus d'abnégation.

Madame LEPOULTIER ajoute que les évènements étaient vécus comme une fatalité et désormais des perspectives se dessinent.

Le Docteur PEYTIER remarque que de nouveaux médecins sont recrutés, il existe des parcours sur le territoire et elle croit en cela.

Madame LEPOULTIER ajoute que le développement de cette activité s'est fait dans des conditions qui ne faisaient pas rêver, tout comme le CSG, comme le disait le Docteur PHILIPPE, mais c'est un bon début.

6. AUDIT DES BLOCS OPERATOIRES

Monsieur MANGOT prend la parole et rappelle qu'un audit des blocs opératoires a été réalisé. Il existe un bloc opératoire polyvalent avec 5 salles. Dans un bloc opératoire polyvalent comme le nôtre, il y a des activités chirurgicales, des activités interventionnelles – type endoscopie – la particularité de faire de la chirurgie programmée avec hospitalisation, de la chirurgie programmée en ambulatoire et on va intégrer pour certaines spécialités une prise en charge en urgence. De très grosses structures peuvent avoir une salle dédiée uniquement pour de l'ambulatoire ou des urgences ce qui perturbe moins leurs programmes qu'ils déroulent dans les autres salles sur du programmé. Nous nous avons cette complexité.

En 2023 la société EFFIGEN est venue observer le fonctionnement du bloc opératoire pendant une année et ils ont sorti de leur analyse toutes les périodes de vacances qui peuvent perturber l'analyse du fonctionnement de ce bloc. Ce qui est intéressant concernant cette société c'est que ce sont des experts dans l'accompagnement en bloc opératoire. Ils ont accompagné plus d'une centaine de blocs opératoires en France et en pays francophone, que ce soit dans des structures publiques, privées, CHU et CH de tailles très diverses. Ils ont porté un regard sur notre fonctionnement, à la fois en regardant les données chiffrées, mais en étant également sur des temps d'observation dans le bloc opératoire au milieu des professionnels et en faisant également des entretiens individuels. Le rapport aidant, on va s'arrêter sur quelques données. Leur analyse quantitative a eu lieu sur une période longue : ils ont démarré en janvier 2023, ont arrêté la phase d'observation de décembre 2023 et nous ont retourné leurs conclusions. Les analyse qualitative et quantitative révèlent quelques marges d'optimisation nous concernant. Cet audit répondait à un besoin et une perception de beaucoup de professionnels dans l'établissements – nous n'utilisions pas notre bloc opératoire de façon optimale. L'enjeu pour nous est d'offrir un maximum de créneaux opératoire pour nos patients afin que nos chirurgiens et nos médecins interventionnels puissent développer leur activité.

Quand on regarde 3 grands indicateurs sur le fonctionnement d'un bloc opératoire, on va regarder le taux d'ouverture, le taux d'occupation et le niveau de débordement. Le taux d'occupation c'est le fait que nous ayons des salles ouvertes, des professionnels présents et une utilisation plus ou moins performante lorsque le bloc est ouvert. Le taux d'occupation réside dans le fait d'avoir des salles ouvertes et prêtes à fonctionner. Le taux de débordement c'est tout ce qui est de l'ordre d'une activité chirurgicale ou interventionnelle qui se fait en débordement après l'horaire habituel de fin de fonctionnement d'une salle opératoire.

En taux d'ouverture, on est à 63% en moyenne et la cible pour un bloc comme le nôtre c'est 75%, cible nationale pour des centres hospitaliers et blocs opératoires qui nous ressemblent

c'est-à-dire polyvalents. Si nous ne faisions que des cataractes programmées, pas accueil d'urgences, on pourrait optimiser du matin jusqu'au soir et là pour le coup la cible ne serait pas à 75% ; on ciblerait le 100%. Nous avons différentes contraintes donc notre cible est à 75%. Aujourd'hui nous avons 63% de taux d'ouverture donc nous avons de la marge. Pour ce qui est du taux d'occupation, la cible est de 75% à 90% ; nous sommes à 70% et le taux de débordement est à 10% ce qui est classique.

La grande caractéristique, c'est le taux d'occupation des salles. Le slide 7 montre le taux théorique d'occupation en beige. Le CHAB a une utilisation du bloc qui est perçue comme cohérente le matin puisque on est à 80% d'occupation de nos salles mais nous avons une atypie sur le créneau 12h00-14h00 avec une chute de l'activité et l'après-midi nous avons une activité de rebond ; elle ne reprend pas le volume constaté le matin et on voit le débordement en rouge. Notre enjeu est de fonctionner avec en moyenne 80% d'occupation de notre bloc. Nous avons plusieurs paramètres sur lesquels nous devons travailler. Quand on regarde l'ensemble des salles, nous retrouvons toujours ces mêmes caractéristiques. Nous avons un sujet sur l'occupation réelle de notre plateau technique qui est armé, qui a des professionnels et qui, sur certaines heures, est sous utilisé. L'analyse qualitative nous révèle plusieurs points qui nous permettent de comprendre ce qu'il se passe.

L'analyse qualitative (slide 10) nous permet de comprendre. On a globalement 5 chapitres qu'il faut étudier. Le processus de planification opératoire : on a un nombre donné de chirurgiens, il faut pouvoir proposer à tous des créneaux pour qu'ils puissent opérer et il faut que ces créneaux couvrent l'activité depuis le lundi matin jusqu'au vendredi après-midi et idéalement correspondent aux besoins réels de nos chirurgiens. La société EFFIGEN nous dit que notre planification n'a pas évolué, elle est un peu datée. Nous avons défini à une époque donnée des créneaux pour certains chirurgiens, depuis nous avons de nouveaux intervenants qui sont arrivés et qui ont pris des créneaux qui étaient encore vacants mais nous n'avons pas fait de réflexion globale sur le fait de se poser autour d'une table pour redéfinir qui a besoin de quoi. EFFIGEN nous a signalé qu'il y avait un sujet de travail sur la planification ce qui explique en partie le fait qu'entre midi et 14h00 il y ait ce creux car si des opérations étaient en cours l'activité continuerait. Ce creux traduit l'insuffisance de programme sur le temps du midi et de l'après-midi. Sur le processus de programmation opératoire - patients prévus, coordination des professionnels, matériel opératoire - des patients sont annulés, des interventions reportées - on doit avoir une agilité dans les programmations, interroger les plages opératoires. EFFIGEN a perçu cette problématique. Quand un patient est annulé, il faut avoir une procédure assez souple, redonner le créneau à la spécialité, avancer un patient, ou donner ce créneau à une autre spécialité.

Pour ce qui est de la supervision, dans le fonctionnement du bloc, globalement cela fonctionne à l'exception de la pause méridienne ; entre midi et 14h00 il n'y a plus suffisamment de

programme ni d'agents au sein du bloc. S'il faut retravailler la planification et la programmation, sur la façon dont est managé le fonctionnement du bloc en interne l'instance est obligatoire, le conseil de bloc doit piloter le fonctionnement du bloc et sa vie. A partir du moment où la planification n'est pas revue quand de nouveaux chirurgiens arrivent et quand la programmation n'est pas interrogée suffisamment, cela traduit qu'on niveau du pilotage de ce bloc vous avez des marges de progression. Il n'y a pas de sujet particulier quant à la sécurité des prises en charge.

L'ensemble de ces travaux ont été présentés à aux professionnels du bloc opératoire afin qu'ils en prennent connaissance ainsi qu'à l'ensemble des chirurgiens. La direction, la présidence de la CME accompagne le conseil de bloc. Nous sommes en train de revoir la planification pour pouvoir offrir de manière plus cohérente des plages opératoires aux chirurgiens car certains nous demandent d'opérer un peu plus, d'autres ont des créneaux opératoires qui sont un peu datés et doivent être corrigés à la marge permettant de faire plus de place à leurs confrères. Nous sommes en train de faire le recensement avec les membres du conseil de bloc sur les besoins réels de chacun des chirurgiens et l'idée est que nous fassions un conseil de bloc tous les mois - il y en a eu un le 15 avril, il y en aura un en mai, un autre en juin - et nous contrôlons les évolutions. Les professionnels ont aussi commencé à changer leurs habitudes concernant leurs heures de repas, ils mangent en décalé. Le docteur Girard, chef du bloc opératoire, avait souhaité passer la main, il a fait cela pendant de nombreuses années et avec le Docteur LABIDI nous avons rencontré le Docteur FARLIN, orthopédiste, qui nous a fait part de son désir de travailler ces sujets. Il a donc repris la chefferie du bloc opératoire et préside désormais le conseil de bloc. Une vraie dynamique se met en place, avec le travail sur les temps de repas, avec une nouvelle planification cohérente. On sait, par les échanges que l'on a avec les membres du conseil de bloc, que la programmation reste un peu complexe mais elle évoluera. Réoffrir une planification cohérente et se dire, dès lors que l'on aura de nouveaux chirurgiens, qu'il faut à chaque fois interroger de manière systématique les propositions de créneaux opératoires pour chacun des chirurgiens, va vraiment faire évoluer notre outil de travail. Nous n'avons pas besoin d'autres personnes que nous et notre intelligence collective pour se dire que ce sujet nous appartient et que nous pouvons le faire progresser. Notre enjeu est de dire qu'à la sortie de l'été, on a offert plus de cohérence dans les programmes opératoires et on utilise de manière plus harmonieuse notre plateau technique.

Monsieur MORICE prend la parole et s'étonne qu'EFFIGEN ait exclu les périodes de congés alors qu'on sait que la population de Bayeux est spécifique, pendant ces périodes, voire supérieure à la moyenne.

Monsieur MANGOT répond que la société EFFIGEN a voulu faire une analyse sur un fonctionnement standard car pendant les périodes de congés des salles sont parfois fermées, par manque de programmes et en l'absence des chirurgiens qui sont en vacances.

Le Docteur LABIDI ajoute que les blocs fonctionnent avec beaucoup d'interventions programmées type coloscopie, chirurgie programmée, digestive etc... les urgences ajoutent de

l'activité mais avec les salles fermées de chirurgie programmée cela équilibre l'activité et n'ajoute pas de surcharge. Le fait d'enlever les périodes de vacances reflète vraiment l'activité.

Monsieur MANGOT souligne qu'il faut se dire qu'il y a 34 semaines dans l'année où on déploie les 5 salles et où les chirurgiens ont des patients programmés. C'est sur ce fonctionnement que nous devons être pertinents dans notre organisation.

Madame LECOURT demande si le poste de coordinateur est nouveau ?

Monsieur MANGOT répond que la société EFFIGEN appelle cela coordinateur mais nous avons les compétences en interne.

Madame LECOURT demande si le CHAB a les effectifs nécessaires au bloc ?

Monsieur MANGOT répond que l'établissement n'a pas de difficulté sur les IBODE, mais des difficultés sur les IADE.

Madame RIVAT-CACLARD ajoute qu'il y aura un retour de formation fin octobre.

Madame LEPOULTIER demande des précisions quant aux acronymes.

Monsieur MANGOT répond que l'IBODE c'est une infirmière de bloc opératoire – elle assiste le chirurgien ou il peut s'agir d'une infirmière volante et l'IADE est une infirmière anesthésiste qui est présente et suit l'intervention coté anesthésiste. L'anesthésiste supervise deux salles et dans chacune des salles il y a en permanence un infirmier anesthésiste.

Madame LEPOULTIER rebondit sur ce qui a été exposé et souligne qu'il y a des marges de progression sans aller détériorer les conditions de travail des équipes et les conditions d'accueil des patients. Le CHAB a une marge d'amélioration juste en termes d'organisation et peut redonner du sens concernant des choses qui sont un peu figées comme elles le sont souvent dans des organisations pour de multiples raisons. Quelqu'un qui a envie de s'investir sur le conseil de bloc a envie de piloter les choses, questionner nos méthodes de fonctionnement, et de prendre le temps de le faire. Elle trouve ça positif. Elle a longtemps cru qu'il n'y avait pas de marge de manœuvre et dans une situation financière compliquée où on se dit que l'on n'a pas de marge de manœuvre, l'horizon est bouché. On constate que non et que cela donne un petit peu d'air et une envie d'avancer.

Le Docteur LABIDI souligne que par rapport à la certification, recibler des actions sur le bloc va permettre de remettre les choses en place donc c'est bien. L'activité au bloc va augmenter. On a vu cet hiver que la chirurgie était pleine de chirurgie, que les lits de médecine sont restés bloqués et que du coup les patients sont restés plus longtemps aux urgences car il n'y avait pas de lit de médecine. Si on arrive à avoir 20 lits court séjour c'est bien. Cet hiver beaucoup plus de patients ont dormi aux urgences, il y en avait 15 tous les matins et la chirurgie a fait

très peu d'hébergés, elle a fait de la chirurgie. Augmenter l'activité oui mais il faut mettre les patients quelque part et structurellement parlant nous sommes vite coincés.

7. LA STERILISATION

Monsieur MANGOT déclare que la stérilisation du CHAB se trouve au cœur d'un enjeu qui est très important.

Le contexte est le suivant : l'établissement a une stérilisation en interne c'est-à-dire que nous avons notre propre stérilisation. Nous avons deux autoclaves dont la durée de vie s'arrêtera le 29 août prochain. Un autoclave peut être utilisé sur une période de 20 ans. Quand on arrive à la date anniversaire des 20 ans, le constructeur ne garantit plus l'utilisation et nous n'avons pas le droit d'utiliser ce type de machine au-delà de la date prévue. Ces autoclaves ont besoin de pièces détachées, les cartes mères font défaut...Il faut les changer.

L'établissement avait dans un premier temps penser se rééquiper avec deux autoclaves neufs, le tout accompagné par une phase de travaux et estimé à environ de 300.000 euros, somme complexe à réunir puisque nous n'avons aucune capacité d'investissements actuellement. Nous avons sur notre cycle d'exploitation plus de dépenses que de recettes donc nous finissons nos exercices avec 6 millions de déficit depuis 10 ans ; on ne dégage donc aucun montant financier nous permettant de nous auto-financer. Pour investir sur une nouvelle stérilisation il faudrait que l'on contracte un emprunt mais aucune banque ne prête au CHAB depuis 2016 et nous n'avons pas de fonds propres. Le courrier de l'ARS nous a d'ailleurs recommandé de recentrer l'investissement sur l'ultra essentiel. Ce projet de rééquipement de stérilisation en interne s'est trouvé bouleversé sur le plan économique car des pannes l'année dernière, notamment sur la centrale de traitement d'air, nécessitent un changement de celle-ci. Nous devons donc changer les autoclaves. Les travaux accompagnant la mise en place de ces autoclaves et le changement de la centrale de traitement d'air impliquent un budget d'investissement de 680.000 euros.

Au sein du CHAB, des études ont été réalisées en 2022 pour voir comment se situait notre stérilisation par rapport à d'autres. La particularité de notre structure c'est que nous stérilisons nos propres besoins à hauteur de 4.500 boites. Il faut être entre 12.000 et 15.000 boites pour trouver une forme d'équilibre entre le volume stérilisé et le coût de fonctionnement. Même si nous réorganisons notre bloc opératoire, nous ne pourrons jamais stériliser 12.000 boites. Nous augmenterons certainement le nombre de boite mais pas autant. Nous savons donc que nous avons structurellement une stérilisation qui a un coût supérieur d'à peu près 25% par rapport aux autres stérilisations du secteur public.

S'offrent à nous deux hypothèses de travail : on continue à internaliser la stérilisation ou on l'externalise.

Première hypothèse : on continue de stérilisation en interne. Nous aurons un outil de travail rénové mais surdimensionné par rapport à nos besoins. De plus, garder la stérilisation, cela nous oblige, durant toute la période des remplacements des autoclaves sur deux mois, de passer par une solution d'externalisation. Nous n'avons pas les moyens d'engager ces montants en investissements ce d'autant qu'on a des enjeux extrêmement conséquents en investissements sur les années à venir à court terme : nous devons finaliser le projet de l'UCP à hauteur de 2.9 millions d'euros, nous avons besoin de finaliser l'opération des consultations externes sur les anciens blocs pour 2.9 millions d'euros, nous allons avoir besoin de reconstruire l'EHPAD de Champ Fleury pour 20 millions d'euros - nous aurons des aides de l'ARS évidemment et du département à hauteur de 5 millions chacun - nous allons avoir des sujets d'aménagement et d'outils de production de notre réseau de chauffage pour plus d'un million d'euros. Nous allons donc avoir sur les 5 prochaines années des investissements qu'il nous faudra réaliser et qu'il nous faudra accompagner et donc faire une priorité de notre stérilisation pour pratiquement 700.000 euros cela perd de son sens sur le plan économique.

L'autre hypothèse, c'est l'externalisation de notre stérilisation. Il n'est pas vrai de dire j'externalise donc je n'investis pas. Nous allons tout de même investir car il va falloir avoir des stocks de boîtes d'instruments tampons. La stérilisation que nous avons actuellement est sur le site de Vaux-sur-Aure donc cela est pratique et rapide car on stérilise, elles reviennent et on peut les réutiliser très vite. Demain la stérilisation sera assurée par un prestataire basé à Caen et donc il nous faudra tenir compte du fait qu'il y ait un passage par jour et qu'on a besoin d'un peu plus de boîtes pour faire un stock tampon et nous mettre en sécurité. Nous allons donc devoir investir mais pas à hauteur de 700.000 euros. Il faut aussi se laisser la possibilité, ce que nous donne la souplesse de l'externalisation, d'intégrer une future stérilisation publique car il y a en région Normande un projet non encore abouti, qui est la création d'une stérilisation qui serait prévue en centre Manche, qui pourrait se faire sur Saint-Lô pour le compte des hôpitaux et cliniques du centre Manche. Actuellement, l'organisation de la chirurgie dans le centre Manche est bouleversée, une clinique va fermer, il y a des réorganisations sur les activités de chirurgie, il n'y a donc plus de stabilité sur l'organisation chirurgicale centre Manche - le projet est donc pour l'instant mis entre parenthèses. Dans une logique d'externalisation, nous pourrions dans un second temps intégrer cette stérilisation centre Manche si elle voit le jour. Un des autres avantages de l'externalisation de la stérilisation est que l'on paye une prestation globale avec le transport. Nous avons aujourd'hui une incroyable vétusté de notre parc automobile - 60 de nos véhicules sont en location et servent aux besoins d'infirmières du SSIAD notamment - mais nous avons un peu plus de 60 autres véhicules dont nos poids lourds. Le reste du parc a une moyenne d'âge de 14 ans et ils ont entre 300.000 et 400.000 km.

Madame NEAU intervient en signalant que le nombre de véhicules au-delà de 300.000 km est d'une dizaine, ce qui est tout de même important.

Monsieur MANGOT ajoute que le camion servant pour le transport de la stérilisation a plus de 30 ans et que l'on arrive plus à trouver de pièces pour le réparer. La capacité logistique du

CHAB est donc extrêmement limitée. Quand on se trouve sur une externalisation de la stérilisation on a un coût qui est proportionné : on paie pour ce qu'on demande à stériliser.

Le tableau simplifié présenté sur le slide 6 reprend l'aspect sur sa partie gauche d'une logique de poursuite d'une internalisation de la stérilisation et sur la partie droite une projection sur les coûts qu'engagent une externalisation de la stérilisation. Il semblerait que la structure qui est en capacité de répondre à notre besoin soit la société Apperton. Lorsque Monsieur MANGOT est arrivé en février, les autoclaves étaient déjà commandés et étaient sur le point d'être réceptionnés. La société Apperton rachète les autoclaves au prix que le CHAB a payé. Le CHAB s'en sort plutôt bien.

L'externalisation ne nous engage pas sur un investissement de 700.000 euros. Nous serons tous les ans sur une prestation dont le cout se situe à environ 127.000 euros.

Ce dossier géré dans l'urgence, nous amène aux conclusions suivantes : au regard de l'absence de capacité d'autofinancement, de nos difficultés de trésorerie, de notre nécessité de prioriser les investissements, la construction d'une potentielle stérilisation publique, l'externalisation de notre stérilisation prend tout son sens mais il y a un enjeu important, un enjeu RH, qui est l'accompagnement des agents de notre actuelle stérilisation. Ils ont été informés très vite de l'orientation que nous prenons, ce sujet a été évoqué en CME. Ils ont été vus par leur chef de services, sont reçus ce jour et lundi par la DRH pour commencer à travailler avec eux. Les organisations syndicales les accompagnent. Ils vont être orientés vers d'autres fonctions au sein de l'établissement. On a évoqué ce sujet lundi en directoire, on l'a évoqué en conseil de bloc lundi après-midi. Les 3 organisations syndicales ont été reçues mardi car il s'agit d'un sujet d'importance. Nous allons donc prendre cette orientation.

Monsieur BERTIER demande combien d'agents sont concernés.

Madame MESNAGE répond 7 au total.

Monsieur MANGOT ajoute que l'on a besoin de conserver un lien car le prestataire s'occupe des boîtes mais il y a quand même des opérations de lavage, décontamination, de conditionnement avant que cela parte à l'extérieur. Il a donc été conservé du temps mais pas pour autant de personnes.

Monsieur MORICE demande quels sont les délais d'intervention entre l'entrée et la sortie du matériel stérilisé ?

Monsieur MANGOT répond que l'on travaille sur 24 heures, compensé par boîtes supplémentaires, ce qui crée aussi des exigences pour le bloc opératoire car les repères évoluent pour tout le monde. Il est arrivé, de manière extrêmement rare, qu'il y ait besoin d'avoir des boîtes en urgence, ce qui est plus souple avec une stérilisation en interne. Demain, on ne pourra pas le faire, cela veut donc dire que dans la réflexion et le dialogue que nous

avons avec le prestataire, il faut qu'il soit capable de nous apporter une réponse si nous avons un besoin en urgence.

Le Docteur PEYTIER ajoute que cela sera facturé. Ce qu'elle a découvert, en tant que cheffe de pôle, c'est que quand il y a urgence sur une fracture du col, on commande une prothèse qui est propre au patient, mesurée par l'orthopédiste et des ancillaires, matériels spécifiques adapté au patient. Le laboratoire envoie l'ensemble du matériel qui doit être stérilisé et ensuite on peut l'utiliser. Le personnel de notre stérilisation fait en priorité ce type d'action pour que l'urgence soit respectée. Dans la prochaine figuration, elle comprend l'inquiétude des collègues car cette étape-là, on ne sait pas comment elle va être gérée. On n'a pas beaucoup de patients par rapport au CHU où ils ont de la réserve. Dans ce cas précis, le laboratoire va fournir du matériel à chaque fois et nous devrons le renvoyer. Nous allons perdre du temps pour les patients et ce qui n'est pas vraiment optimal.

Monsieur MANGOT répond que c'est un sujet à travailler. La société Apperton stérilise l'ensemble des besoins du CHU de Caen depuis plusieurs années ainsi que ceux du centre hospitalier de Saint Lô depuis 10 ans.

Le Docteur PEYTIER souligne que ces établissements n'ont pas la même activité.

Monsieur MANGOT remarque qu'il faut prendre en compte l'expérience des collègues de Saint Lô qui ont la particularité d'avoir un bloc polyvalent. Ils sont sur un volet d'activité qui est supérieur au nôtre car ils utilisent 6.000 ou 7.000 boîtes par an. Nous sommes à 4.500 boîtes mais nous allons capitaliser sur ce qui est bien et nous allons travailler des cas bien précis comme le soulève le Docteur PEYTIER.

Monsieur MORICE demande concernant la mutualisation s'il y aura du stock de rétention dans les établissements ?

Le Docteur PEYTIER ne le pense.

Monsieur MANGOT ajoute que la mutualisation se fera au niveau du transport puisqu'ils s'arrêteront à Bayeux en se rendant à Saint Lô et vice versa.

A la question posée concernant la stérilisation qui se fera en deux temps, Monsieur MANGOT répond que l'externalisation se fera dans un premier temps via la société Apperton sur 4 ou 5 ans. On ne se marie pas avec un prestataire, bien que rôdé à ce type d'activité. Il s'agit d'une première période et si, d'ici là, il y a une stérilisation publique centre Manche, et qu'elle est intéressante, on verra.

Le Docteur PEYTIER souligne que dans nos rêves les plus fous, puisque on a une stérilisation et du personnel formé on pourrait s'ajouter à cette stérilisation publique mais ce n'est pas le bon timing.

FO souhaite faire une remarque sur le tableau comparatif des deux hypothèses comme il l'a déjà spécifié à Monsieur MANGOT. Premièrement, quand on compare les deux hypothèses, il y a des éléments non pris en compte d'un côté comme de l'autre notamment sur ce qui est appelé « autres couts (électricité, eau, amortissement matériel biomédical). Tout cela concerne l'amortissement des locaux ? Est-ce à dire que ce local-là n'existera plus dans la seconde hypothèse ? Il s'agit d'un bâtiment que l'on va laisser sur le carreau, laisser tomber en ruine alors que le bâtiment va continuer d'exister ? Cela semble un peu fallacieux à FO de prendre en compte ce coût du bâtiment dans le cout final de la boite. Deuxièmement, pour ce qui concerne la stérilisation externalisée, cela représente un coût pour la société car à très long terme, on envisage la création d'une plateforme avec des camions sur la route alors qu'on évoque l'écologie pour la société. FO pense que le tableau ne prend pas en compte le coût de la boite et la réalité de son coût. On se centre sur le CHAB lui-même et pas l'environnement général. FO pense qu'il y a des choses qui ne sont pas prises en compte et qui choquent. Il n'y a pas de sens logique pour la société. FO rejoint le Docteur PEYTIER sur l'acheminement du matériel et la souplesse des sociétés privées pour lesquels FO émet des doutes. Evidemment FO pense aux collègues qui sont sur le carreau et qu'il faut accompagner, qui avaient valorisé leur activité, leur expérience avec un vrai savoir faire et qu'on met à la poubelle.

Madame MESNAGE souligne qu'ils ne seront pas à la poubelle.

FO répond le savoir-faire en tous cas et ne dit pas les agents.

Madame LEPOULTIER répond que l'on n'est jamais mono savoir-faire. Nous avons tous des capacités à faire des choses différentes. L'idée c'est de les accompagner. Elle rejoint FO sur l'impact environnemental et ceci a été discuté. Elle a su le dire quand il a été évoqué la mise en place de certaines mutualisations à l'échelle plus large mais nous avons un service qui ne pourra jamais trouver un équilibre. Il faut se poser les bonnes questions. On dit depuis des années que l'on n'arrive pas à financer un certain nombre de choses mais en laissant tout à fonctionnement constant on n'y arrivera pas. Elle pense qu'on peut voir avec Apperton - qui visiblement travaille avec les CH voisins, avec un retour d'expérience - en étant vigilants. En étant extrêmement pragmatique, le CHAB n'a pas 700.000 Euros à mettre dans les autoclaves. On ne dépense pas ce que l'on n'a pas. Il faut se poser des questions, revoir notre mode de fonctionnement, accompagner les agents évidemment, c'est un impératif absolu. Le timing joue en notre défaveur car nous avons une obligation pour fin août. Une chance, c'est qu'Apperton reprenne ce qui a déjà été commandé. Ça aurait été tout autre chose s'il avait fallu se dire que nous avons commandé du matériel, mais que ne pouvons pas financer le reste des travaux ; on ne s'en sort pas si mal que cela. Madame LEPOULTIER souligne que nous aurons l'occasion de faire un bilan.

Monsieur BERTHIER demande de quand date la commande des autoclaves ? Il lui est répondu six mois. Il remarque que personne ne s'est posé la question de savoir si on pouvait financer à l'époque ?

Madame LEPOULTIER répond qu'il y a deux parties : les autoclaves et la centrale de traitement d'air. Concernant les autoclaves, on aurait pu trouver le financement mais sont venus s'ajouter presque 400.000 euros de plus. Elle a posé cette même question à Monsieur MANGOT. Elle est donc soulagée qu'Apperton reprenne les autoclaves.

Monsieur MANGOT ajoute qu'il est arrivé au mois de février, que le projet initial avait été lancé avec une enveloppe de 300.000 euros qui était problématique quand même, que ce projet a évolué et qu'on ne s'en sortira pas avec 700.000 euros.

Concernant le devenir du bâtiment, Madame RUIZ prend la parole et répond que ce bâtiment sera un lieu de stockage. Les coûts sont réduits car il y a aura une baisse de la consommation des énergies, de l'eau, et moins de contrats de maintenance.

FO constate que l'on voit bien que dans les coûts finaux de la boîte de stérilisation externalisée ne sont pas inclus les coûts de fonctionnement, même s'ils sont réduits, mais il y aura bien des coûts de fonctionnement du bâtiment.

Madame RUIZ répond que si, dans la rubrique « Charges à caractère général ».

Monsieur MANGOT ajoute qu'il s'agit d'un tableau simplifié, qu'il existe des tableaux plus précis et que l'idée était de donner une idée des montants.

FO remarque que 2.000 euros de charge en chauffage pour un bâtiment est étrange, la charge générale dans une maison ordinaire de quelqu'un qui n'a pas d'activité est de plus de 2.000 euros annuellement, donc quelque chose semble manquant dans le tableau. Il n'est pas expert-comptable mais cela lui paraît étrange.

Madame RUIZ rappelle que ce bâtiment sera un lieu de stockage donc les coûts ne sont pas les mêmes.

Madame LEPOULTIER ajoute qu'il s'agit d'un choix de l'hôpital, que cela implique des agents, donc c'est important, mais nous devons être en responsabilité, faire certains choix sinon on ne verra pas le bout du tunnel. Il faut arriver à travailler sur certaines choses et le fait de devoir changer la centrale a aussi beaucoup changé la donne.

8. PLAN D'ACTION RELATIF A L'EGALITE PROFESSIONNELLE

Madame LEPOULTIER laisse la parole à Madame Mesnage.

Madame MESNAGE remonte à la genèse de ce plan. Il y a eu un accord au niveau national entre le ministre de la fonction publique et les organisations syndicales en 2018 qui a prévu que les administrations au sens large doivent se doter d'outils qui permettent de promouvoir

l'égalité professionnelle. Cet accord a été prévu par une loi puis des décrets. Les hôpitaux doivent avoir un plan d'égalité professionnelle entre femmes et hommes. Son but est de réduire les écarts de situation entre les hommes et les femmes, que ce soit le personnel médical, non médical. Il est structuré autour de 4 axes qui sont fixés par les textes.

Madame MESNAGE présente auparavant quelques chiffres : 81% de nos professionnels sont des femmes, ce qui n'est pas très étonnant. On constate des écarts de rémunérations chez le personnel non médical mais surtout chez le personnel médical. On constate aussi qu'il y a un écart, chez le personnel non médical, entre les agents qui remplissent les conditions pour une promotion – la majorité sont des femmes – et quand on regarde ceux qui sont promus la majorité sont des hommes. La proportion est plus importante chez les promus que chez les promouvables.

Le plan d'action est donc divisé en 4 axes :

- a. Evaluer, prévenir et le cas échéant traiter les écarts de rémunération entre les femmes et les hommes

La fonction publique est assez encadrée par les textes mais on doit pour autant regarder dans les détails et essayer de comprendre d'où viennent ces écarts. On sait que l'on a une proportion plus importante de temps partiel chez les femmes – qui dit temps partiel dit impact sur la rémunération et la retraite. On a plus d'hommes qui font des astreintes et les astreintes font l'objet de rémunération en heures supplémentaires... L'idée c'est d'analyser plus en détail puisque nous avons plein de données notamment au travers du rapport social unique, comprendre ces écarts et voir ce que l'on peut faire pour les réduire, tout en étant conscients que nous sommes dans un système très encadré.

- b. L'égal accès des femmes et des hommes aux emplois

Cela concerne plutôt le déroulement de carrière qui ne doit pas être entravé quelque soit son sexe. L'idée est de corriger ce qui a été constaté à la marge mais cela mérite une action sur les promotions où on voit qu'il y a plus de femmes qui sont promouvables mais ce sont plus d'hommes qui le sont. C'est aussi de manière générale d'évoluer avec la société et de dégénérer notamment les fiches de poste sur les offres d'emploi. On voit que progressivement on a un homme parmi des sages-femmes, une femme parmi nos chauffeurs, un homme en tant que secrétaire médical. Ce sont des actions que l'on peut commencer à mettre en place sachant que ce plan est amené à évoluer. Il est fait pour 3 ans mais pas figé dans le temps.

- c. Favoriser l'articulation entre activité professionnelle et vie personnelle et familiale

Nous allons prévoir une structure qui permette de faciliter la vie des parents de jeunes enfants, notamment des enfants de moins de 3 ans qui ne sont pas scolarisés – il s'agit d'un facteur d'attractivité pour certains – soit avec une crèche et un partenariat privé, soit en réservant des berceaux. Il faut pouvoir offrir à nos professionnels des solutions de garde d'enfants. Nous relançons le dossier car nous pensons qu'il s'agit d'un moyen intéressant pour concilier vie professionnelle et vie privée quand on est parents de jeunes enfants. Nous avons aussi comme projet de mettre en place des salles d'allaitement pour les jeunes mamans et d'informer les

professionnels sur tous les dispositifs concernant le temps de travail, le congé parental, le temps partiel mais aussi pour bien les informer des conséquences qui permettent certes de se consacrer plus facilement à l'accompagnement de leurs enfants mais qui ont des conséquences aussi sur leurs carrières. C'est limité dans le temps mais cela peut permettre de concilier vie professionnelle et vie personnelle, car il n'y a pas de trajet à faire, et cela offre des facilités.

d. Prévenir et traiter les discriminations, les actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que des agissements sexistes

Nous devons avoir un dispositif nous permettant de prévenir et traiter tout ce qui concerne les discriminations, actes de violence, de harcèlement moral ou sexuel ainsi que les agissements sexistes. Toutes les personnes victime ou témoin d'actes sexistes, de violence ou de harcèlement doivent pouvoir le signaler et doivent pouvoir avec une réponse. Nous allons donc mettre en place une boîte mail dédiée via laquelle les personnes pourront décrire ce qu'elles ont subi ou pu constater. Elles seront entendues par deux professionnels. Une cellule pluri professionnelle sera mise en place, représentant toutes les catégories professionnelles sans pour autant être trop large, qui orientera la personne en interne vers les structures administratives qui vont pouvoir assurer la protection/défense de cette personne et de faire cesser le risque et les faits mais également une orientation vers les professionnels de santé, à l'intérieur comme à l'extérieur du CHAB.

L'idée est de vraiment recueillir les témoignages. Il est évident que pour que tout cela marche, nous devons communiquer et sensibiliser. Communiquer autour de l'égalité professionnelle, des discriminations, des stéréotypes via notre chargée de communication et il faut informer afin que les gens soient au courant du dispositif notamment du signalement des violences car ce n'est pas la peine de mettre en place quelque chose de structuré si personne n'est informé.

Madame LEPOULTIER ajoute que cela faisait partie notamment des préoccupations premières de nos adolescents, enquête faite auprès des collégiens dans le Calvados. Les statistiques présentées sont intéressantes, il est bon de mettre en lumière ce type d'action et l'arrivée de la chargée de communication vient fort à propos pour connaître et faire connaître.

Le Docteur PEYTIER demande quand sera mis en place l'axe 4 ?

Madame MESGAGE ne peut pour l'instant pas communiquer de date.

Le Docteur PEYTIER demande où seront les salles d'allaitement ?

Madame MESNAGE répond qu'il y en aura sur chaque site. Il faut travailler avec la maternité. Il faut que les femmes puissent tirer leur lait sur leur lieu de travail.

Le Docteur PEYTIER souligne qu'une femme qui allaite en France se cache et si on pouvait faciliter la vie des femmes ce serait bien.

FO prend la parole concernant le plan et le positionnement du CSE où cela a également été présenté. Les projections et les idées sont intéressantes notamment l'axe 4 qui a été évoqué. Cela dit, FO a quelques objections puisque la F3SCT n'est pas associée à cette cellule qui va être créée pour le harcèlement alors que l'on est dans le champ de compétence de la F3SCT. FO a demandé à l'administration de revoir la copie, de la retravailler, ce qu'a acté Monsieur MANGOT. FO se pose la question concernant la manière dont est présenté ce document ; est-ce qu'il est présenté pour information ou pour avis ? S'il est présenté pour avis, on continue à le présenter sans la F3SCT.

Madame MESNAGE répond qu'il doit être soumis à l'avis du CSE ; là il s'agit juste d'une présentation pour information et la cellule n'est pas encore constituée. La direction a noté le souhait de FO d'intégrer les représentants de la F3SCT dans la cellule d'analyse.

Monsieur MANGOT précise qu'il faut présenter en Conseil de Surveillance les orientations que le CHAB compte prendre. Il faut juste travailler ce sujet.

Madame LEPOULTIER ajoute que les deux prochains points sont des points sur lesquels il va falloir voter.

9. MONTANT DES COMPTES DE BILAN DES 10 PLACES DU SSIAD ET L'EPMS DU CHATEAU DE VAUX A GRAY-SUR-MER DANS LE BILAN DU CHAB

Monsieur MANGOT prend la parole. Une note a été communiquée en prévision de cette délibération. Nous avons intégré au compte de bilan du CHAB les comptes de bilan du SSIAD et de l'EPMS du Château de Vaux à Gray-sur-Mer et le montant des dettes d'indus de l'EPMS auprès de la CPAM.

Une première délibération relative à l'intégration au bilan du CHAB des montants figurants au compte de bilan de l'EPMS du Château de Vaux à Gray-sur-Mer pour un montant de 42.191,74 euros.

7 voix pour
2 abstentions

10. MONTANT DE L'INDU CPAM ADRESSE A L'EPMS

Monsieur MANGOT poursuit. La deuxième délibération concerne la validation du montant des indus de la CPAM émis à l'encontre de l'EPMS du Château de Vaux à Gray-sur-Mer pour un montant de 4.289,50 euros et son paiement par le CHAB puisque le SSIAD de l'EPMS n'a plus d'existence juridique depuis le 1^{er} septembre 2022.

7 voix pour
2 abstentions

Madame LEPOULTIER signale que l'ordre du jour est terminé.

Monsieur LE MERRER de l'ARS prend la parole. Pour information, le 4 juillet prochain, est prévue l'organisation d'ateliers qui sont liés au Conseil National de la Refondation en Santé. L'idée est de poursuivre ce qui a été initié concernant ce qu'on appelle la démocratie sanitaire sur le territoire. Il s'agit d'échanges entre professionnels de santé, habitants, patients, usagers, élus sur le territoire sur la politique santé. Les invitations seront envoyées pour que les uns et les autres puissiez participer. L'idée est de concrétiser par des actions de financements des dispositifs et de permettre aux habitants d'un territoire d'échanger avec les professionnels et les élus. Cela peut permettre de mettre en lumière ce qui est fait par l'établissement. Nous sommes à la recherche de salle. A la question posée par Madame LEPOULTIER concernant le nombre de personnes attendues, Monsieur LE MERRER répond entre 50 et 70. Il s'agit de tables rondes tournantes. L'idée c'est d'avoir 4 ou 5 tables ce qui permet à chacun de contribuer et donner son avis sur des sujets comme l'accès aux soins, la santé mentale et tout ce qui est coopération active.

Madame LEPOULTIER remarque qu'elle peut avoir avec Bayeux Intercom si la salle des assemblées est disponible.

Monsieur LE MERRER ajoute que c'est un moment important puisqu'en lien avec le conseil de territoire de santé, notre instance représentative en matière de démocratie sanitaire. Son rôle a été renforcé par les dernières lois. Les travaux sont alimentés par les ateliers dans les territoires. Il s'agit d'un exercice auquel on se constraint tous les ans.

Le Docteur LABIDI prend la parole au sujet de 80^{ème} anniversaire. Des réunions avec l'ARS ont débuté. Tout se passe sur le Bessin. A partir du 5 après-midi, cela commence à la cathédrale, le 6 est bloqué, le 7 plusieurs événements ont lieu à Bayeux. Nous avons décidé d'arrêter toute activité programmée au CHAB le 6. Nous attendons plus de détails concernant le 5 et le 7. Si des événements ont lieu le 5 au niveau de la cathédrale, nous ne pourrons pas mettre de consultations et les gens ne pourront pas circuler et le 7 des événements sont prévus également. Nous pensons arrêter tout le programmé du 6 et du 7. Nous avons une autre réunion de prévue. Monsieur MANGOT a fait une petite remarque : nous attendons une petite aide financière de l'ARS pour compenser nos pertes puisque nous sommes dans un dialogue de gestion resserré. Le Docteur LABIDI est un peu inquiète car la question s'est posée avec le laboratoire de savoir s'il fallait prévoir plus de sang en dépôt ou pas notamment avec la fermeture de la RN 13. Il faut que nous puissions aller chercher du sang sans être trop embêtés. Nous allons avec des renforcements sur tous les lieux de cérémonie et Bayeux mettra une équipe en renfort. La journée du 6 est plus calme mais cela veut dire qu'avant ou après c'est plus compliqué. Le Docteur LABIDI demande à l'ARS un renfort des libéraux car c'est bien de demander aux hôpitaux de se mettre en état de marche pour une crise mais il y aura beaucoup de touristes présents et nous n'allons pas faire les consultations de médecine générale pour

tous les touristes qui vont avoir besoin de consultation. Il faut que l'ARS demande aux cabinets libéraux de garder des plages de consultation sur Bayeux, de faire des points garde tout le week-end jusqu'à 23h, du 5 au dimanche soir car il y aura un afflux de personnes, même le week-end précédent, et nous n'allons pas faire de la médecine générale en plus des urgences traumatologiques et autres qu'il y aura. Il m'a été répondu la dernière fois « oui, non peut-être » mais rien n'était précisé. Nous nous mettons en ordre de marche, l'hôpital va arrêter sa programmation, nous allons mettre des blocs à disposition. L'accès à l'hôpital va être compliqué sur certaines périodes mais il faut qu'il y ait des consultations en médecine générale.

Monsieur LE MERRER répond qu'il n'y a jamais eu de constatation d'explosion du nombre de consultations.

Le Docteur LABIDI répond que cela fait 20 ans qu'elle est sur Bayeux et qu'effectivement le 6 juin il n'y a rien - nous mettons parfois un peu de temps à arriver en raison des contrôles. Mais elle confirme qu'il y a beaucoup de passages même s'il n'y a pas de doublement de passages aux urgences, il faut qu'il y ait de quoi accueillir car des personnes vont venir. Nous pouvons être à 50 consultations l'hiver et plus de 100 par jour l'été ; c'est aléatoire mais il faut que nous puissions répondre.

Monsieur LE MERRER explique qu'à compter du 21 mai il va y avoir un nouveau service adossé aux urgences, piloté par les médecins libéraux dont le fonctionnement est assez simple. Quand une personne appelle les urgences et qu'elle ne relève pas d'une urgence vitale, son appel est basculé vers les médecins libéraux qui peuvent faire soit du conseil par téléphone et la personne ne va pas aux urgences physiquement, ou alors elle bénéficie d'un accès direct aux plannings des médecins libéraux qui auront préalablement libérer des créneaux horaires. Ce service, qu'on appelle le SAS, sera donc mis en place à compter du 21 mai et opérationnel pour le 6 juin. Partout où cela existe, cela permet de vraiment faire baisser la tension.

Le Docteur LABIDI souligne que les personnes étrangères, ne sachant pas où aller, viennent à l'hôpital.

Monsieur BERTIER ajoute qu'il ne s'agit pas de doses comme sur le 75^{ème} mais il s'agit du 80^{ème}. On s'attend cette année à énormément de monde, élément qu'il faut prendre en considération.

Madame LEPOULTIER ajoute qu'il faudrait transmettre les informations au secteur du tourisme car lorsqu'on est étranger et qu'on loge quelque part, si on a un problème de santé on s'adresse d'abord à son hébergeur ou l'office du tourisme.

Madame LECOURT précise que sur Isigny, il a été décidé sur cette période d'augmenter les créneaux de soins non programmés.

Le Docteur LABIDI demande à ce que la liste soit communiquée à l'hôpital de façon à afficher la liste des disponibilités aux urgences afin que l'on sache quel cabinet a des créneaux disponibles.

Elle demande qui compose le SAS ? Ce sont des médecins du Calvados ?

Monsieur LE MERRER répond qu'il a été mis des locaux à disposition pour les médecins qui le souhaitent et pour ceux qui ne le souhaitent pas, ils pourront recevoir dans leur cabinet ou dans un local dédié et pourront, sur des créneaux déterminés, répondre aux demandes.

Le Docteur LABIDI a rencontré des médecins de Bayeux la veille, il semblerait que cela soit excessivement bien rémunéré. Il y a deux régulations : une publique qui est mal payée et la privée qui l'est bien, comme d'habitude. Des médecins libéraux ont dit qu'ils allaient arrêter les consultations et faire de la régulation car ils seront mieux rémunérés. Il semblerait que financièrement l'ARS ait bien augmenté les tarifs de régulation car les libéraux ne voulaient pas participer à ce projet.

Monsieur LE MERRER répond que le montant est forfaitaire. C'est le même montant que dans les autres départements. Dans le Calvados, il n'y a pas eu de démarche spécifique pour donner un montant supérieur.

Le Docteur LABIDI ajoute que ce n'est pas ce qu'elle a entendu dire. La permanence de nuits des médecins libéraux c'est d'orienter les gens vers les urgences. On appuie sur un bouton et on envoie les patients sur une ambulance. Les urgences du 50 voient la différence depuis que c'est le 14 qui régule la nuit alors que c'était eux avant.

Monsieur LE MERRER répond que la logique n'est pas la même. Les gens appellent les urgences et c'est les urgences qui orientent.

Le Docteur LABIDI répond que non. Les gens appellent le 15 et le 15 régule et répond d'aller aux urgences. Le SAS ça va être pareil.

Monsieur LE MERRER répond que les gens vont appeler le 15, qui basculera sur le SAS et la logique ne va pas être que le médecin libéral renvoie aux urgences. Pour l'instant, il y a une trentaine de candidats, nous commençons à faire les plannings que la cellule territoriale validera en dernier. Il y aura également des fiches de liaison où sont déjà décrites les situations. Il ne peut pas y avoir de retour en arrière. C'est possible mais un des sujets de discorde qui bloquait au tout début c'était le protocole de suivi de patients. Le protocole a été révisé pas plus tard que mardi soir et Monsieur LE MERRER est à la manœuvre sur le sujet. Nous nous sommes mis d'accord aussi bien au niveau du CHU et des médecins libéraux sur des protocoles communs en répertoriant les cas concernant les demandes des urgences, du cabinet libéral ; ce sera à la marge. L'enjeu pour le territoire est de se doter de ce type de services car quelques territoires en France n'en n'avaient pas et nous en faisons partie. Cela répond à une

demande. Les urgentistes n'ont pas le temps de prendre tout le monde en charge. Il y avait besoin de réguler cela. Il va y avoir une période d'évaluation et nous ferons un retour à partir de septembre. Cela donne trois mois pour évaluer ce nouveau service. L'enjeu numéro 1 est de recruter les volontaires car un des risques premiers est de ne pas avoir de volontaires. Nous en avons une trentaine depuis que nous avons lancé l'appel à candidature mais ce n'est pas suffisant. Sur cette histoire de financement, ça n'a pas été un sujet. Nous avons une enveloppe fermée et la question se posait plutôt au niveau du coût de la cellule territoriale et sur le fait d'attribuer des rendez-vous aux patients car cela génère du temps. Une fois que le médecin dit au patient qu'il doit aller voir un médecin, ce n'est pas le médecin régulateur qui va gérer le rendez-vous. C'est un service supplémentaire très important.

Monsieur MORICE demande comment est financé le temps infirmier des consultations assistées ?

Madame LECOURT répond que cela vient en complément. C'est pour les ALD et sur Bayeux.

Madame LEPOULTIER demande comment cela se passe pour les pharmacies ? Elle a toujours en tête l'anecdote d'une touriste néerlandaise qui lui demande où est la pharmacie, qu'elle lui répond c'est à Balleroy et que la touriste lui demande si elle peut y aller à pied ?

Le Docteur LABIDI signale que les pharmaciens ont demandé de faire dépôt de médicaments aux urgences et de pouvoir les distribuer. On nous demande de tout faire. On le fait déjà officieusement. Il y a quelques médecins plus âgés dans la profession qui consultent tard et dont les patients sortent et n'ont pas de pharmacie. Sur les répondeurs des pharmaciens, ils annoncent qu'après 21h les patients doivent se rendre aux urgences. Donc ils viennent chez nous pour qu'on leur donne le numéro de téléphone de la pharmacie de garde. Tout cela car ils ne veulent pas faire de régulation des appels téléphoniques la nuit. L'argument est de dire que s'il y a un problème médical la nuit, de toute façon il faudra une ordonnance, donc aller aux urgences pour voir un médecin et avoir une ordonnance pour aller à la pharmacie. Ce message sur les répondeurs sont agaçants. Donc désormais sur nos ordonnances, nous avons mis une annotation en mettant qu'après 21h il fallait faire tel numéro. 21h cela semble un peu tôt car il va y avoir du monde et on ne va pas pouvoir distribuer les médicaments. Les médicaments c'est nous, les retours à domicile avec nos ambulanciers non pris en charge par la CPAM c'est nous. Nous avons des déficits mais c'est normal, tout est gratuit.

Monsieur MORICE prend la parole et répond que les pharmaciens ont subi le désengagement des médecins libéraux. Il peut être pratique pour l'hôpital de donner la première prise afin d'éviter le parcours classique aux patients et de demander à l'association de pharmaciens de financer ensuite.

Le Docteur LABIDI répond que le travail du pharmacien est de vérifier l'ordonnance et les urgences ne veulent pas distribuer de médicaments.

Monsieur MANGOT prend la parole pour signaler deux choses : un exercice plan blanc a été réalisé avec l'équipe de direction et les urgences il y a trois semaines, centré sur l'accueil et la prise en charge des patients, sur une logique accueil d'urgences vitales, d'urgences relatives, de personnes impliquées pour voir notre capacité à accueillir ce flux entrant de patients. Cela

a été un exercice qui a fait l'objet de débrief et qui va permettre de voir comment faire évoluer et progresser l'organisation du CHAB dans de telles situations. A ce titre il tient à remercier l'équipe des urgences et l'ensembles des membres du personnel qui se sont mobilisés.

La semaine dernière, deux officiers de l'ambassade des Etats-Unis sont venus visiter notre établissement. Le Docteur LABIDI et Monsieur MANGOT les ont accueillis dans un franglais magnifique. Il faut savoir qu'il y aura 1.200 soldats.

Madame LEPOULTIER ajoute que l'on va accueillir sur le territoire des vétérans qui viennent au collège LETOT, très encadrés. Ils font partie d'une fondation qui est une grosse structure aux Etats-Unis. Tout est financé. L'âge des gens est assez élevé. Même s'ils arrivent à 120 vétérans et que tout est minuté et extrêmement bien préparé, cela n'empêche que potentiellement il a besoin aussi de parer à toute éventualité. Statistiquement, ils sont toujours dans un bon état d'esprit donc ça se passe bien.

Après en avoir discuté avec des collègues du Centre Hospitalier de Cherbourg, FO demande, outre le fait d'alléger les interventions programmées, s'il est prévu de faire des sorties anticipées pour libérer un maximum de lits afin de faire face à un éventuel afflux de patients.

Le Docteur LABIDI répond qu'on va faire sortir un maximum de patients le 5 car le 6 les ambulances ne circuleront pas bien. Le lundi et le mardi ne seront pas être déprogrammés.

FO imagine que sur le SSR, il n'y aura pas forcément d'entrée en amont pour avoir des lits de libres ?

Le Docteur LABIDI répond que ce n'est pas les touristes qui iront au SSR.

FO souligne qu'effectivement il va y avoir un manque d'activité et qu'il serait bien que cela soit financièrement compensé.

Madame LEPOULTIER répond que le message sera passé.

Madame LECOURT prend la parole pour signaler que la CPTS a participé au premier comité de pilotage relatif à la charte Romain JACOB et le Docteur TRUET souligne la reprise de l'amicale du Bessin avec les urologues et les médecins généralistes. Le Docteur LABIDI ajoute qu'il s'agit d'un échange entre libéraux et médecins hospitaliers afin de faire le lien. Nos urologues ont fait des présentations aux médecins du Bessin ce qui permet de mieux nous connaître. Il y aura deux réunions par an, portées par la CPTS. Les libéraux refusent toute participation financière des laboratoires donc ce n'est plus subventionné.

Plus personne ne prenant la parole, Madame LEPOULTIER remercie l'ensemble des participants.

La séance est levée à 11h30.

La Présidente du Conseil de Surveillance

Mélanie LEPOULTIER
