



CME DU 18 JUIN 2024
Bayeux – Salle Martine Ducouret – 13h30

Procès-Verbal

EMARGEMENT



Centre Hospitalier Aunay-Bayeux
COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Fiche d'émargement
Le 18 juin 2024
Site de BAYEUX
Lieu : salle Martine Ducouret

Heure début de séance : 13h30

Heure fin de séance : 17h

I - Membres avec voix délibérative :

COLLEGE 1 : CHEFS DE POLE	
Pôle MCO : Dr Gérard ALVADO	
Pôle Transversal : Dr Annie PEYTIER	
Pôle Gériatrie : Dr Sophie BLANCHEMAIN	
Pôle Santé mentale :	
Pôle SSR : Dr Johanne LEVY	
COLLEGE 2 : RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES, UNITES FONCTIONNELLES	
Dr Valérie CARIDROIT	
Dr Corine CHAUVIN	
Dr Valentine de BRISSON de LAROCHE	visio
Dr Emmanuelle HEUSSE	
Dr Magali LABIDI, présidente CME	
Dr Virginie MARCELLIN-FLAIS	
Dr Elise ROUSSEAU	
Dr Stéphanie TRUET	
COLLEGE 3 : PH, NON CHEFS DE POLE, NON RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES	
Dr Thiphaine CIAPPUCCINI	
Dr Charlotte GUILMINEAU	
Dr Marie-Lys LE BELLEC	
Dr Alban DETROUSSEL	visio
Dr Laure PAIOLA	visio
Dr Claire BRIERE	
COLLEGE 4 : PERSONNELS TEMPORAIRES, NON TITULAIRES ET DES PERSONNELS CONTRACTUELS LIBERAUX, PSPH	
Dr Frédérique JONES	
COLLEGE 5 : SAGES-FEMMES	
Mme Charlène COUASNON	

II - Membres avec voix consultative :

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

III - Invités permanents :

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

NOM - PRENOM	STATUT	SIGNATURE
ABERT Caroline	Act. géri.	
AVICE Alexandre	Med gériat.	
PIUDET Sylvie	PH gériat.	
Legault Pierre-Alexis	PH med 2	
DESPPRES Michel	PH med 1	
Lecourtois Jo	PH Pa	
S. OZANNE	cadre sup. AS.	
N. Buiset	visio	
D. Sinot	visio	

Site de BAYEUX



Centre Hospitalier Aunay-Bayeux
COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Fiche d'émargement
Le 18 juin 2024
Site d'AUNAY
Lieu : salle Martine Ducouret

Heure début de séance : 13h30

Heure fin de séance : 17h

I - Membres avec voix délibérative :

COLLEGE 1 : CHEFS DE POLE	
Pôle MCO : Dr Gérard ALVADO	
Pôle Transversal : Dr Annie PEYTIER	
Pôle Gériatrie : Dr Sophie BLANCHEMAIN	
Pôle Santé mentale :	
Pôle SSR : Dr Johanne LEVY	
COLLEGE 2 : RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES, UNITES FONCTIONNELLES	
Dr Valérie CARIDROIT	
Dr Corine CHAUVIN	
Dr Valentine de BRISSON de LAROCHE	visio
Dr Emmanuelle HEUSSE	
Dr Magali LABIDI, présidente CME	
Dr Virginie MARCELLIN-FLAIS	
Dr Elise ROUSSEAU	
Dr Stéphanie TRUET	
COLLEGE 3 : PH, NON CHEFS DE POLE, NON RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES	
Dr Thiphaine CIAPPUCCINI	
Dr Charlotte GUILMINEAU	
Dr Marie-Lys LE BELLEC	
Dr Alban DETROUSSEL	visio
Dr Laure PAIOLA	visio
Dr Claire BRIERE	
COLLEGE 4 : PERSONNELS TEMPORAIRES, NON TITULAIRES ET DES PERSONNELS CONTRACTUELS LIBERAUX, PSPH	
Dr Frédérique JONES	
COLLEGE 5 : SAGES-FEMMES	
Mme Charlène COUASNON	

II - Membres avec voix consultative :

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

III - Invités permanents :

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

NOM - PRENOM	STATUT	SIGNATURE
ABERT Caroline	Act. géri.	
AVICE Alexandre	Med gériat.	
PIUDET Sylvie	PH gériat.	
Legault Pierre-Alexis	PH med 2	
DESPPRES Michel	PH med 1	
Lecourtois Jo	PH Pa	
S. OZANNE	cadre sup. AS.	
N. Buiset	visio	
D. Sinot	visio	

Site d'AUNAY

SOMMAIRE

1. Présentation des travaux sur le parcours patient (annexe)
2. Approbation des PV (annexes)
 - a. PV du 03 10 2023
 - b. PV du 05 12 2023
 - c. PV du 13 02 2024
 - d. PV du 09 04 2024
3. Mouvements médicaux
4. Réorganisation des astreintes sur les services de médecine
5. Bilan d'activité et situation financière de l'établissement (annexe)
6. Information sur les dernières opérations de travaux
7. Informations diverses :
 - a. Avis CME sur le projet médico soignant partagé du GHT (annexe)
 - b. Questions diverses (annexe)

Dr Labidi ouvre la séance et invite Mme Ozanne, cadre supérieur de la direction des soins, à présenter le point sur le parcours patient.

1. Présentation des travaux sur le parcours patient (annexe)

Mme Ozanne : la mission sur l'organisation du parcours patient lui a été confiée ainsi qu'à Mme Leforestier, cadre supérieur du pôle transversal et ex cadre supérieur du pôle MCO, par le directeur et la PCME. La mission a pour objectif de mettre en évidence les dysfonctionnements dans le parcours patient, de les analyser et de proposer des actions correctrices. Un audit a été réalisé auprès d'une centaine de professionnels (IDE, AS, médecins) du pôle MCO. Un groupe de travail a été mis en place avec les cadres des urgences, de médecine 3 et de chirurgie. 50 FEI faites en 2024 et 2023 sur le parcours patient ont été analysées.

6 axes de travail ont été proposés :

- Formalisation d'une charte de fonctionnement pour les services pour répondre aux règles opposables et aux exigences de l'HAS
- Réactualisation de procédures qui seront annexées aux chartes de fonctionnement (en cours d'écriture)
- Réactualisation des règles d'hébergement pour les patients qui ne sont pas hospitalisés dans le secteur de la spécialité dont ils dépendent
- Réactualisation de la procédure de gestion des lits / hôpital en tension
- Définition des règles du transport des patients au CHAB (brancardage) ; une procédure existe mais qui doit être mise à jour. Réflexion également sur le transport extérieur au CHAB.
- Réflexion sur le développement des mouvements le matin

Un rétroplanning a été formalisé ; des trames de charte de fonctionnement vont être proposées afin que des groupes de travail, constitués par service, puissent y travailler. Le rendu est attendu pour la mi-octobre.

Dr Labidi : il y avait eu pas mal de tensions entre les urgences et les services de médecine, ce qui a amené cette étude. Merci pour le travail accompli même si quelques désaccords avec la méthodologie. La présentation sépare bien la vision des urgences et celles des services mais parfois tout est mis ensemble et cela ne reflète pas la réalité des problématiques de chacun. Cependant, le but est bien d'arriver à avancer. Désaccord également sur le choix des personnes qui ont mené les entretiens.

Mme Ozanne : les cadres ont utilisé la même grille d'entretien pour tout le monde.

Dr Labidi : dommage que les agents n'aient pas été prévenus avant car certaines informations ont pu être oubliées lors de l'entretien. Cet audit va permettre d'apaiser les tensions entre services mais le planning paraît ambitieux à mettre en œuvre surtout pour juillet et août.

Dr Philippe : nous avons des problèmes avec les sorties le matin notamment à cause des transports.

Mr Mangot : les FEI montrent le lien compliqué entre les urgences et les autres services et entre les services eux-mêmes. Il faut redonner des règles communes entre services et repréciser les choses pour aider à faire redescendre la pression. Et également anticiper au maximum.

Dr Blanchemain : c'est parfois difficile lorsque l'on n'a pas de courrier ni de compte-rendu d'hospitalisation.

Mme Ozanne : la charte de fonctionnement va permettre de mettre en évidence les besoins et de répondre aux problématiques.

Mme Rivat-Caclard : le calendrier est contraint mais il faut poser un cadre avant cet hiver et notamment avant la mise en place du poste de « gestionnaire de lits ».

Dr Gala : s'il manque un CR, vous n'avez pas accès aux observations médicales dans les dossiers ?

Dr Blanchemain : pas toujours.

Dr Ybert : il y a des comptes rendus mais il n'y a pas toujours ce qu'il faut dedans.

Dr Labidi : comment vont être composés les groupes de travail ?

Mme Ozanne : nous demanderons aux cadres, IDE, AS et médecins de former des groupes pluridisciplinaires.

Mme Rivat-Caclard : nous impliquerons les chefs de pôle et cadres de pôles.

Dr Labidi : il y aura des groupes à faire travailler ensemble car certains thèmes sont communs et l'idée est bien de coordonner les choses.

Mme Ozanne : il y a des sujets communs et l'objectif de la mission est bien de s'assurer de la continuité du parcours patient.

Mme Rivat-Caclard : il faut une cohérence entre les différentes chartes au sein d'un même pôle et entre les pôles.

Dr Labidi : il faut effectivement déjà trouver une cohérence au sein d'un même pôle.

Mme Ozanne : chaque charte va décrire le fonctionnement de son service.

Dr Gala : pour accélérer l'édition des lettres de sortie, pourquoi ne pas utiliser la dictée vocale pour la transcription ?

Dr Ybert : c'est possible via la dictée vocale.

Dr Paiola : nous souhaitons que le pôle d'Aunay fasse partie du plan d'actions.

Mme Rivat-Caclard : évidemment puisqu'Aunay est un pôle à part entière avec plusieurs services.

2. Approbation des PV (annexes)

Dr Labidi soumet les PV du 03/10/2023, du 05/12/2023, du 13/02/2024 et du 09/04/2024 à l'approbation des membres de la CME.

Dr Labidi précise que les corrections ont été intégrées.

Les 4 PV sont approuvés à l'unanimité.

3. Mouvements médicaux

Dr Labidi : félicitations à tous ceux qui ont obtenu le concours. Ceux qui l'ont réussi l'année dernière et qui ont postulé sont pris.

Arrivées :

- Dr Primel en anesthésie
- Dr Marghitu en orthopédie (vient de Lillebonne / Fécamp)
- Dr Pop en gynécologie (vient d'Avranches et gardera un 20% à Avranches)
- Dr Prevost en médecin DIM

Dr Labidi : le Dr Nguyen fera trois mois de remplacement à partir d'octobre (gastro). Bienvenue au Dr Alexandre Avice qui intègre le pôle gériatrie.

Départs :

- Dr Bisson (retraite au 1^{er} juillet)
- Dr Allain (mise en disponibilité pour 3 ans pour une activité en libéral)

Mme Brisset : le Dr Dumouchel devrait revenir en octobre.

Dr Labidi : elle avait pris une disponibilité de 6 mois.

Mme Sirot : le Dr Le Thiec part le 12 juillet prochain.

Mme Brisset : Le Dr Laroche-Colas est partie à la retraite.

Dr Labidi : pour information, on recherche des médecins polyvalents.

Dr Ybert : quid du SSR neuro-locomoteur cet été ?

Mr Mangot : il y aura une fermeture partielle de lits.

4. Réorganisation des astreintes sur les services de médecine

Dr Labidi : ce point est révoqué tous les ans. Il est remis à l'ordre du jour du fait de l'arrivée de Mr Mangot qui n'avait pas participé aux discussions antérieures. Mr Mangot a rencontré les équipes de

médecine et les transversaux pour pouvoir entendre tout le monde et avoir sa propre vision des choses dans notre établissement et mieux comprendre ce qui s'était passé antérieurement.

Mr Mangot : le premier constat c'est que l'organisation médicale est pertinente et aboutie. En médecine 1, 2 et 3, avec des patients hospitalisés le week-end, il y a une mutualisation des praticiens de médecine 1 et 2 pour répondre aux besoins des patients. Cependant, la médecine 2 dispose de 7 lits supplémentaires et la médecine 3 dispose de sa propre médicalisation. Sur le week-end, le volume de patients est conséquent avec des patients lourds. La demi-journée se transforme rapidement en journée complète. Par le passé, ce système fonctionnait sur la base du volontariat où des collègues pouvaient venir en renfort en cas de surcharge. La charge de travail du dimanche devenant trop conséquente, il conviendrait de travailler un dispositif différent en prévision des mois à venir qui vont être en tension (automne et hiver). Le besoin n'est pas forcément d'avoir recours aux autres médecins tous les dimanches. Besoin d'avoir le retour des uns et des autres. Actuellement, nous disposons de 8 praticiens en médecine 1 et 2 et la charge de travail est importante.

Dr Lamoureux : la chirurgie augmente aussi.

Dr Labidi : l'ouverture du CSG a pour objectif de diminuer le nombre d'hébergés.

Mr Mangot : nous ne disposons pas toujours d'internes dans les services. Quand ils sont présents, ils aident sur une partie des prises en charge et redonnent du temps aux praticiens. Les astreintes s'articulent plus difficilement sans les internes.

Dr Labidi : le Dr Després va formaliser le planning des médecins de médecine et un planning B à déclencher si besoin (pas systématique) à partir de septembre.

Dr Rousseau : comment définir « si besoin » ?

Dr Labidi : cela reste à définir.

Dr Lamoureux : qui déclenche le planning B ?

Dr Labidi : le médecin d'astreinte en accord avec le directeur de garde.

Dr Caridroit : je ne veux pas en faire partie.

Dr Rousseau : cela doit rester exceptionnel car il y a un problème de compétences. Nous devons être une aide aux médecins.

Dr Labidi : l'idée n'est pas de vous mettre en difficulté.

Dr Caridroit : ce n'est pas à un rhumato de faire des pancréatites.

Dr Labidi : le but est de s'organiser entre collègues et de ne pas mettre en difficulté les médecins transversaux. Nous avons entendu les problèmes évoqués l'an dernier.

Dr Rousseau : et les internes ?

Dr Labidi : les internes permettront de libérer les praticiens.

Dr Després : cela s'est toujours bien passé avec les internes.

Dr Caridroit : la charge de travail augmente l'été notamment lorsque l'autre rhumatologue est en vacances.

Dr Ybert : si le service est calme, nous n'allons pas appeler. L'idée est de faire un binôme avec un médecin polyvalent.

Dr Rousseau : on ne gère plus du tout de polyvalent. Nous sommes spécialistes de pathologie chronique et l'approche médicale est très différente. Les internes de spécialités ne font plus de médecine générale. La spécialité porte sur de la pathologie chronique et cela nous met en difficulté de faire de la médecine polyvalente.

Dr De Brisson : je ne sais plus pratiquer certains actes. Je veux bien venir le dimanche mais c'est un inconfort personnel et cela peut nuire à la sécurité du patient. La situation sera inconfortable car la médecine générale n'est pas mon domaine et cela fragilisera également les autres pôles.

Dr Ybert : si tout le monde s'y met, il s'agit, potentiellement, de 3 week-ends par an.

Dr Lamoureux : tous les médecins sont des omnipraticiens pour la loi. Sache-le.

Dr Caridroit : pourquoi tu m'agresses ?

Dr Caridroit se lève et quitte la salle.

Dr Rousseau : il y a une méconnaissance de notre travail, un problème de reconnaissance et un manque de respect.

Dr Lamoureux : nous faisons 2 week-ends par mois.

Dr Labidi : il ne faut pas comparer les activités et les médecins entre eux.

Dr Davard : il nous est arrivé d'entendre que les médecins polyvalents ne travaillent pas l'après-midi et que l'on est mal organisés.

Dr Rousseau : on ne peut pas se mettre à la place des uns les autres. La diabétologie n'était pas une spécialité en hôpital public pendant 15 ans. Faire de la spécialité à l'hôpital de Bayeux était un motif de venue. Si les médecins spécialistes sont remis dans les services de médecine polyvalente, ils partiront. Il faut être bienveillant entre nous.

Dr De Brisson : je ne peux pas faire ce que je ne sais plus faire. Je veux bien donner un coup de main le dimanche pour faire ce que je sais faire, c'est-à-dire le traitement de la douleur et les soins palliatifs. Par ailleurs, je n'ai jamais dit que les médecins de médecine polyvalente étaient mal organisés.

Dr Gala : il y a une phrase qui m'a interpellée « si on a des internes le dimanche, ça va ». N'est-ce pas la solution ?

Dr Labidi : oui mais nous ne sommes pas toujours sûrs d'avoir des internes.

Dr Legoux : il faut une réunion pour en discuter, pour trouver des solutions. Le problème c'est que nous sommes censés être 8 mais ce n'est pas le cas réellement. Nous avons besoin d'aide par exemple, en médecine 1, sur la prise en charge de la douleur, du diabète...

Dr Rousseau : nous avons toujours accepté de dépanner.

Dr Labidi : il ne faut pas que l'on s'y prenne à la dernière minute pour faire un planning plan B.

Dr Guilmineau : on a perdu du temps l'an dernier du fait d'échanges négatifs. L'année dernière, ces mails négatifs ont bloqué les choses.

Dr Rousseau : nous avons entendu des avis négatifs sur les transversaux ce qui ne génère pas l'envie d'aider. Quand il y a de l'agressivité, on ne se sent pas reconnu. Il faut se respecter entre professionnels. Nous ne sommes pas interchangeables.

Mr Mangot : nous ne sommes pas loin d'avoir quelque chose d'abouti pour ces dimanches. Il va falloir structurer pour activer, quand cela est nécessaire, la 2^{ème} liste, ce qui rassurerait tout le monde.

Dr Rousseau : il faudrait y positionner les internes.

Dr Després : ils vont changer en novembre.

Dr Labidi : le respect entre collègues est primordial. Les échanges de mail ont fait de gros dégâts.

Dr Lamoureux : vous avez les compétences médicales minimum.

Dr Després : les week-ends ensemble se sont toujours bien passés. Vous vous sous-estimez.

Dr Legoux : on n'a pas toujours les internes en médecine 1 et 2 et nous devons gérer la chirurgie en plus.

Dr Labidi : les internes participent mais cela dépend des médecins des urgences.

Dr De Brisson : sera-t-on vraiment d'une aide ?

Dr Davard : vous avez les compétences minimums.

Dr De Brisson : je suis d'accord pour venir le week-end mais je ne pourrai pas venir le vendredi pour avoir les informations sur les patients avant le week-end. Je veux bien venir mais ne suis pas certaine de servir à grand-chose.

Dr Rousseau : nous pourrions positionner les internes en premier et faire appel au volontariat pour combler les trous.

Dr Labidi : oui c'est bien le principe. On refait la même chose que l'année dernière mais pas à faire dans l'urgence.

Dr Després : le week-end, on va à l'essentiel médicalement.

Dr Brière : la crainte est que cela devienne systématique. D'accord pour être un renfort en cas d'urgence mais nous ne pourrions pas intervenir la semaine. C'est une crainte qui doit être entendue.

Dr Davard : quand un collègue est en vacances, on se remplace entre nous.

Dr Guilmineau : pour quels mois le planning doit-il être établi ?

Dr Ybert : à partir d'octobre.

Dr Labidi : l'hiver dernier, vous avez été appelé trois fois.

Dr Després : il faut acter les choses pour cette année d'autant plus que les patients sont de plus en plus lourds. Il n'y a pas d'objection à se fixer une limite mais c'est aussi en fonction de l'appréciation du médecin sur place.

Dr Rousseau : il n'y aura pas d'obligation ?

Mr Mangot : non. Si cela devient une obligation ou systématique, les médecins de spécialités partiront et les médecins généralistes aussi si les week-ends sont trop disproportionnés. Il faut avoir un système « prêt à être dégainer » en cas de coup dur.

Dr Labidi : il faudra préciser au Dr Caridroit que le système est basé sur le volontariat.

Dr De Brisson : est-ce uniquement pour les mois d'hiver ?

Dr Després : pour l'automne et l'hiver.

Dr De Brisson : pas à l'année ?

Dr Després : non du fait des ouvertures de lits.

Dr De Brisson : dans l'idée, cela serait selon la charge de travail et pour les mois d'hiver.

Dr Le Bellec : il y a des anesthésistes sur place. Ils pourraient suivre des hébergés.

Dr Davard : non car ils ont un système d'astreinte.

Dr Peytier : on voit qu'il y a des choses qui fonctionnent mais quand il y a du négatif, tout est remis en cause. Notre collègue ne va pas bien et est prête à quitter le CHAB par manque de respect. L'équipe des transversaux est surbookée mais fait ce qu'il y a à faire. Il ne faut plus que ça arrive (souffrance, mots durs...). Attention, il va y avoir des dégâts et c'est inutile.

Dr Davard : c'est pareil en médecine. Combien de médecins sont passés en médecine 2 ? Ils n'en pouvaient plus. Il y a de l'épuisement aussi du côté des médecins généraux. Le respect doit être des deux côtés. La surcharge de travail a fait partir des médecins de médecine 2.

Dr Rousseau : s'il y a de la souffrance dans ce service, des choses sont à revoir.

Dr Davard : un recrutement supplémentaire serait une solution.

Mr Mangot : oui dès que l'on aura la capacité de.

Dr Davard : il faut retrouver un équilibre professionnel et personnel.

Dr Brière : les échanges négatifs viennent toujours des mêmes et ce n'est pas acceptable.

Dr Rousseau : avant, on arrivait à se parler entre médecins. Il faut entretenir cela.

Dr Legoux : je suis convaincu que le CHAB fonctionne mais il reste des points à discuter. Nous ne pouvons pas poser de jours ; notre collègue en congé maternité n'est pas remplacée. Nous sommes 1 médecin pour 27 patients.

Dr Rousseau : comment être attractif pour recruter de nouveaux médecins ?

Dr Brière : les spécialistes sont des renforts pour les médecins polyvalents.

Dr Legoux : les astreintes seront plus faciles à prendre si elles sont moins difficiles. Avoir des internes est confortable mais cela dépend des urgences et du nombre d'internes.

Dr Labidi : attention les internes sont encadrés légalement. Ils peuvent faire un week-end par mois soit aux urgences soit en médecine.

Dr Peytier : le recrutement d'un nouveau médecin est-il acté ?

Mr Mangot : oui dès que l'on peut.

Dr Labidi : et pourquoi pas un médecin étranger à former ?

Dr Legoux : je suis en discussion avec deux médecins mais ils ne seront pas disponibles avant novembre.

Dr Peytier : quels sont les freins ?

Dr Legoux : ils ont déjà connu le CHAB avec les problématiques pour poser les vacances et les astreintes.

Mr Mangot : nous cherchons des remplaçants pour cet été.

Dr Le Bellec : et l'intérim ?

Mr Mangot : cela a également été fait. Les médecins intérimaires ne sont pas toujours disponibles. Il n'y a pas d'engagement ferme ; peu de lisibilité.

Dr Legoux : les astreintes ne sont pas toujours dans les contrats.

Dr Labidi : le but est bien d'avoir un médecin supplémentaire.

Dr Legoux : le problème se pose en médecine mais il va se poser aussi en cardiologie.

Dr Rousseau : les internes qui passent au CHAB ne sont pas intéressés ?

Dr Després : pas tellement.

Dr Labidi : le libéral est plus prôné au détriment de l'hôpital auprès des internes. Il y a eu des cours organisés par les médecins pour les internes pour améliorer notre attractivité.

Dr De Brisson : la dernière fois que j'ai proposé un cours sur la douleur, les internes ne sont pas venus bien que l'horaire ait été choisi avec eux.

Dr Labidi : les cours ont été arrêtés car cela devenait compliqué en termes d'organisation.

Dr De Brisson : les internes ne sont pas forcément en demande mais nous sommes prêts à le refaire sans problème.

Dr Brière : je les ai sollicités tout le semestre et ils ont répondu 15 jours avant leur départ. J'ai proposé 2 cours sur la fin du semestre.

Dr Legoux : ils sont attentifs à leur repos, aux 48h ; ils connaissent leurs droits. On ne pourra pas leur demander plus que prévu.

Dr Rousseau : il pourrait y avoir des topos de spécialistes pour que leur passage au CHAB soit attractif. Quid de la charge de travail la semaine ? Des tâches peuvent-elles être déléguées aux paramédicaux (tâches administratives, sociales) ?

Dr Legoux : on fait nous-même.

Dr Després : notre secrétariat gère tout.

Dr Legoux : on perd du temps à contacter les spécialistes du CHU.

Dr Rousseau : même par mail ?

Dr Legoux : les délais de réponse sont longs.

Dr Brière : Saint-Martin est plus réactif mais il y a des dysfonctionnements à l'échelle départementale.

Dr Legoux : les secrétaires de médecine 1 sont efficaces.

Dr Labidi : les secrétariats sont censés faire gagner du temps aux médecins.

Dr Legoux : les secrétariats sont monopolisés par les consultations.

Dr Ybert : le médecin fait parfois des tâches de secrétariat.

Dr Labidi : merci pour ces échanges très intéressants. Il faut tout de même noter une bonne dynamique et que l'entraide est là.

5. Bilan d'activité et situation financière de l'établissement (annexe)

Diapo 3 : tendances et points de vigilance

Mr Mangot : la tendance à la baisse est notamment dûe à l'effet du transfert de certains patients en HDJ. L'augmentation des DMS est une incidence de l'augmentation des difficultés sociales des patients. Vigilance également sur la maternité mais c'est la conséquence de la baisse de la natalité et d'une population vieillissante dans le Calvados depuis 10 ans. Il y a un enjeu si la clinique du Parc arrête son activité d'obstétrique. L'idée serait d'orienter les patientes ayant une grossesse difficile vers le CHU et d'orienter les patientes ayant une grossesse physiologique vers le CHAB.

Dr Gala : la maternité du CHU est en difficulté aussi. Suite à l'arrêt maladie long du Dr Jones et au départ du Dr Izabel, les patientes n'ont plus eu de suivi au CHAB et sont allées à Caen et reste à Caen pour accoucher.

Mr Mangot : j'ai demandé à l'ARS les profils des patientes qui accouchent à Caen et en particulier à la clinique du Parc pour évaluer le potentiel nombre d'accouchements qui pourraient revenir au CHAB. A voir comment cela va évoluer dans l'année en fonction de la clinique du Parc.

Dr Blanchemain : concernant le CSG, le prévisionnel est différent car nous avons eu un retard d'un mois d'ouverture du service.

Dr Philippe : pour le CSG, nous avons eu 35% d'entrées directes suite à la communication réalisée.

Mr Mangot : où allaient ces patients avant ? en médecine 1 ?

Dr Després : oui, c'était la tendance.

Dr Philippe : nous n'allons plus avoir d'assistante sociale pendant 3 mois pour cause d'arrêt maladie puis de congé. Cela crée une inquiétude car nous avons un flux constant de patients à accompagner.

Mr Mangot : il y aura moins de lits en SSR sur l'été.

Dr Blanchemain : elle est seule assistante sociale pour le pôle et sera absente 3 mois sans être remplacée.

Dr Davard : en MCO il y a deux assistantes sociales et elles se remplacent déjà pendant leurs congés.

Dr Blanchemain : le temps de secrétariat et le temps d'assistante sociale sont trop peu.

Dr Davard : d'où des DMS qui s'allongent.

Dr Labidi : nous sommes mi-juin et cela n'a pas été anticipé ?

Dr Peytier : Mme Leforestier cherche à la remplacer mais c'est compliqué.

Dr Blanchemain : pas d'assistante sociale, pas de préparation en aval et pas de sollicitation de structure pour le retour à domicile.

Dr Labidi : nous avons plus de lits mais pas plus d'assistante sociale.

Dr Brière : l'accompagnement des patients repose en majorité sur le CHAB mais cela devrait également être anticipé par la ville.

Dr Blanchemain : les assistantes sociales de la ville ont démissionné.

Dr Labidi : avoir une assistante sociale aux urgences nous a changé la vie.

Dr Lamoureux : c'est un métier en tension comme les IDE ?

Dr Davard : la rémunération n'est pas attractive.

Diapo 7 : hospitalisation incomplète

Mme Sinang : l'HDJ de cancérologie a été ouverte en avril 2023 et fonctionne bien.

Diapo 9 : consultations externes Aunay

Mme Sinang : la radiologie à Aunay a baissé mais un praticien est parti et n'a pas été remplacé.

Dr Gala : la 2^e sage-femme a passé son diplôme pour les échos. Nous allons pouvoir ouvrir de nouvelles consultations.

Diapo 10 : consultations externes Bayeux

Dr De Brisson : le Dr Fourel qui était à 60% est partie. Une collègue est en train d'être formée mais ne peut pas assurer le même volume de consultations.

Dr Blanchemain : les consultations de gériatrie (UF 9865) sont intégrées dans les consultations mémoire ?

Dr Labidi : il faudra les séparer.

Diapo 12 : SMR

Mme Sinang : l'activité du SMR polyvalent de Bayeux diminue car le nombre de lits a été divisé par deux.

Mme Sinang : l'activité du SMR d'Aunay diminue sauf le neuro-locomoteur.

Dr Detroussel : les chiffres vont baisser car il n'y aura qu'un seul médecin sur le SMR cet été.

Diapo 14 : psychiatrie

Le renouvellement des autorisations est attendu pour fin 2024.

Diapo 16 : USLD, MAS, EHPAD, SSIAD

Dr Blanchemain : l'USLD est passé de 50 lits à 25 et devrait revenir à 30.

6. Information sur les dernières opérations de travaux

Mme Ruiz : le chantier pour les consultations externes avance ; la phase 2 débute. Les déménagements préalables auront lieu la semaine du 29 juillet ainsi que le remplacement de la ventilation et des détecteurs d'oxygène. Les grands déménagements seront étalés sur deux jours à partir du 8 août.

Dr Labidi : la phase 2 consiste à changer de locaux pour déménager dans de nouveaux locaux en phase 3.

Mme Ruiz : le désamiantage du sol sur 30 m² est en cours ; la zone est fermée.

Dr Labidi : à quel endroit ?

Mme Ruiz : au BDE et secrétariat d'anesthésie. Les travaux de l'UCP doivent se faire avant les consultations externes.

Dr Peytier : il faut que les transports de chimio soient effectifs quand on en a besoin. Une personne doit être nommée pour ça. Si on garde les navettes, ça ne va pas marcher. Si on ne lance pas les chimio quand on peut les avoir, on perd du temps.

Dr Truet : la logistique va être essentielle.

Dr Peytier : il faut la salle de soins et la chimio.

Mme Ruiz : les travaux parking sont terminés. Les ambulances peuvent rouler.

Dr Peytier : on va débiter sur des locaux non optimaux et on va être gêné pendant 6 mois par un manque de place.

Dr Ybert : quand les consultations vont partir, l'UCP va récupérer deux salles pour les chimio mais quid du CSG qui va ouvrir en septembre ?

Mr Mangot : pour l'instant, il est prévu 10 lits pour le CGS.

Mme Ruiz : la configuration de Champ-Fleury est complexe. Les consultations externes vont rester au moins 1 an. Ce qui est déjà occupé par les consultations externes est plus loin que l'UCP.

Dr Philippe : qu'en est-il de l'augmentation de la capacité du CSG ? Le recrutement des professionnels n'est pas proportionnel par rapport à l'augmentation du capacitaire et cela crée une inquiétude.

Mme Ruiz : le CSG est une priorité car c'est un projet qui date depuis des années mais il faut d'abord transférer les consultations externes.

Dr Philippe : on va se retrouver à 3 services dans le même secteur. C'est compliqué en termes de place.

Mme Ruiz : les travaux avancent. On réceptionne la 1^{ère} phase. La 2^{ème} phase sera plus courte que la 1^{ère}.

Dr Philippe : sera-t-elle terminée avant 2025 ?

Dr Labidi : on espère. La 1^{ère} phase était la plus compliquée.

Dr Blanchemain : c'est difficile de faire cohabiter un CSG avec des patients déambulant, des consultations externes et des consultations de chimio.

Mr Mangot : je vous l'accorde. Il ne faut pas que ça dure plus que de raison.

Dr Rousseau : qu'en est-il du 5^{ème} étage ?

Mme Ruiz : la climatisation va être remplacée (financement ARS). La commande du matériel est faite. Les travaux sont organisés avec les entreprises extérieures. Mr Lecourt (chargé sécurité) est en attente de devis ; cela devrait être fait pendant l'été.

Dr Rousseau : cela sera plus facile pendant l'été car il y a moins de problème de bureaux.

Mme Ruiz : cette opération est prévue dans le plan d'investissement de cette année.

Dr Labidi : il y a eu également des changements à la chambre mortuaire.

Mme Ruiz : le nouveau frigo qui a été acheté ne rentrait pas dans la pièce prévue. Un switch a été fait avec les locaux de l'externalisation.

Dr Labidi : il y a maintenant 3 places en chambre relais.

Mme Ruiz : les copils pour les travaux ont lieu le mardi à 13h. Vous êtes les bienvenus pour faire part de vos demandes.

Dr Brière : l'important c'est que les patients qui ont des consultations externes arrivent au bon endroit.

Dr Labidi : il faudra l'anticiper lorsque l'on va recharger les consultations.

Mme Ruiz : des informations ont été transmises à la presse et un panneau à Dunant a été installé.

Dr Brière : il n'y a pas eu de rappel par SMS ? Les patients qui ont reçus des convocations envoyées via Sillage avant le déménagement n'ont pas eu de SMS.

Mme Ruiz : des SMS ont été envoyés, il y a eu une note interne et des affichages.

Dr Labidi : qui fait les SMS ?

Mme Ruiz : le service informatique.

Dr Labidi : s'assurer que dans le SMS, le nouveau lieu de consultation est bien indiqué.

7. Informations diverses :

a. Avis CME sur le projet médico soignant partagé (PMSP) du GHT (annexe)

Dr Labidi : le GHT nous demande l'avis de la CME concernant le projet médico soignant partagé.

Mr Mangot : la volonté du GHT est de structurer les choses au travers d'une convention constitutive. Le PMSP se décline en 6 orientations et en 4 groupes de travail. Il y a notamment un enjeu de structuration et de coordination pour les urgences.

Dr Lamoureux : y aura-t-il une obligation d'aller travailler au CHU ?

Dr Labidi : non pas d'obligation dans le statut de PH mais une entraide est demandée. C'est au CHU de s'organiser en interne pour retrouver une fluidité.

Mr Mangot : pour la santé mentale, il va y avoir une articulation entre l'EPSM, le CHAB et les urgences du CHU.

Dr Labidi : l'EPSM va fermer 40 lits cet été faute de praticiens.

Mr Mangot : il est demandé au CME de chaque établissement qui constituent le GHT d'émettre un avis sur ces déclinaisons du PMSP.

Dr Peytier : quid de la cancéro ?

Mr Mangot : elle n'a pas été évoquée en priorité pour ce projet.

Dr Peytier : il y a eu un audit pour élaborer ce PMSP ?

Mr Mangot : pas à ma connaissance.

Dr De Brisson : lors de la création du GHT, il y avait déjà eu des groupes de travail et notamment sur les mêmes thématiques qui sont présentées et on n'a jamais eu de nouvelles de ces groupes. Pourquoi nous demande-t-on notre avis sur les grandes orientations ?

Dr Labidi : le projet médical est à refaire tous les 5 ans. Le nôtre sera à refaire l'année prochaine.

Dr De Brisson : quels sont les résultats des groupes de travail précédents ? L'audit avait été payé et les conclusions avaient été transformées.

Dr Labidi : effectivement nous n'étions pas d'accord avec les résultats de l'audit.

Dr Lamoureux : ça tue les bonnes volontés.

Mr Mangot : il y a l'air d'avoir une réelle volonté de s'emparer de ces sujets-là.

Dr Labidi : par exemple le groupe sur les urgences s'est déjà réuni deux ou trois fois et celui de gériatrie aussi.

Dr Heusse : à l'époque, toutes les filières étaient concernées.

Dr Labidi : aujourd'hui, il s'agit plus de concentration.

Mr Mangot : ils recentrent sur 4 thématiques dont une transversale qu'est la télésanté. L'objectif est d'en sortir des choses opérationnelles en moins d'un an.

Dr Le Bellec : le groupe sur la pharmacie se poursuit.

Dr Heusse : le groupe laboratoire se réunit aussi.

Mr Mangot : il y a une nouvelle dynamique depuis le Covid et il y a eu des changements (DG et PCME). L'ambition est de repartir.

Dr Peytier : il y a une inquiétude car nos autorisations passent par le GHT.

Mr Mangot : pour les urgences, l'objectif est de stabiliser les effectifs. Il y a une volonté d'harmoniser et d'avoir une meilleure cohérence entre les établissements du GHT. Il faut travailler sur la structuration avec les jeunes professionnels sur un exercice mixte ; par exemple aller aux urgences au CHU et dans les établissements de proximité.

Dr Peytier : le problème c'est que tous les établissements de proximité ne sont pas dans le GHT et cela peut créer une forme de concurrence.

Dr Detroussel : on a le sentiment que le GHT va aspirer les établissements périphériques par rapport à leurs besoins. C'est un peu gênant comme situation.

Dr Labidi : le discours est le suivant : le CHU est là pour aider les établissements périphériques.

Mr Mangot : le projet semble cohérent dans son ensemble. A voir comment l'opérationnel va être décliné.

VOTE :

- **Pour : 7 voix**
- **Abstention : 2 voix**
- **Contre : 1 voix**

Les membres de la CME qui sont partis de la séance seront contactés par mail pour transmettre leur vote.

b. Questions diverses :

Dr Gala : il existe des séances de box et de salsa dans d'autres hôpitaux (gratuit). Je souhaiterais relancer ce projet. Le projet est intitulé « soigner le soignant ».

Mr Mangot : pas d'objection pour étudier le projet.

c. Questions diverses (annexe) :

Dr Després : il a été évoqué en dialogue de gestion le manque de paramédical. Lorsque les agents sont en arrêt, cela devient compliqué. Le personnel appréhende l'été.

Mr Mangot : cela fait partie de l'actualité du moment. FO a fait passer un tract sur ce sujet. Les arrêts longs seront remplacés. Les besoins sont remontés à la DRH et à la Direction des Soins qui cherchent une solution.

Dr Le Bellec : à partir de combien de temps un arrêt est-il considéré comme long ?

Mr Mangot : un arrêt court est entre 1 et 7 jours maximum. Un arrêt long est à partir de 7 jours. Il faut revoir la politique de gestion de l'absentéisme. Aujourd'hui il existe 4 dispositifs (remplacement interne dans le service, SIC, Permuteo et intérim) qui devraient fonctionner de manière graduée. Le dispositif doit être retravaillé car les demandes affluent à la DSS et à la DRH sans qu'elles soient différenciées et toutes les demandes sont acceptées. La masse est énorme et il n'y a pas de hiérarchisation dans les demandes. Tous les dispositifs sont activés pour répondre aux demandes et cela crée des situations atypiques telles que des agents du SIC qui ne sont pas toujours affectés dans des services et qui doivent poser un jour de congé. De ce fait, il y a du sureffectif dans certains services et des besoins dans d'autres services. L'absentéisme au CHAB en 2023 est à 7,90% (baisse par rapport à 2022) et parallèlement, le recours à l'intérim est passé de 50 000 € à 245 000 € parce qu'il y a une absence de pilotage.

Dr Truet : quel est le taux d'absentéisme dans les autres établissements ?

Mr Mangot : entre 10% et 11%.

Dr Le Bellec : dans ce cas comment expliquer le ressenti dans les équipes ?

Mr Mangot : aujourd'hui on vise à remplacer 100% des absences. Dans nos maquettes, nous disposons de plus d'AS que nos besoins réels. La politique RH n'est pas optimisée et les services sont déséquilibrés.

Dr Le Bellec : comment cela se fait-il ?

Mr Mangot : parce qu'il n'y a pas d'ordonnancement dans « comment je traite et qui fait quoi » dans cette politique de remplacement. Il faut dissocier l'arrêt court de l'arrêt long car l'arrêt long doit être remplacé. Aujourd'hui les services ne sont pas suffisamment mobilisés en interne pour gérer les remplacements.

Dr Després : quid de cet été ? S'il y a des arrêts, il n'y aura pas d'IDE ?

Dr Legoux : cela amène à réfléchir à la fermeture de lits.

Mr Mangot : c'est la solution en dernier recours si on ne trouve pas d'IDE.

Dr Labidi : il faudra répartir équitablement dans les services si on ne trouve personne.

Dr Le Bellec : et les FFI ?

Dr Brière : ils nécessitent d'être encadrés.

Mr Mangot : l'enjeu est vraiment de différencier l'arrêt court de l'arrêt long.

Dr Legoux : nous sommes inquiets pour la période d'été.

Mr Mangot : les remplacements pour cet été vont être faits au fil de l'eau. Avec 1/3 des effectifs en vacances, l'été est toujours une période tendue.

Dr Labidi : il faut différencier les AS des IDE. Le problème est côté IDE.

Mr Mangot : les sureffectifs constatés concernent les AS. Ce sujet devait être abordé au CSE mais l'instance n'a pas eu lieu. Les syndicats souhaitent créer 30 postes sans ouvrir de lits mais le CHAB n'est pas en capacité de les financer. Il faut développer l'entraide en gestion RH au sein des pôles. Certains services sont en sous-effectif quand d'autres sont en sureffectif.

Dr Legoux : pas dans la MCO.

Mr Mangot : l'enjeu est désormais de trouver des ressources au sein du pôle pour les arrêts courts et de faire appel au SIC pour les arrêts longs. Il faut retravailler les maquettes à la base.

Dr Le Bellec : on pourra toujours faire appel à l'intérim pour les IDE ?

Mr Mangot : oui mais l'objectif est d'optimiser le pilotage de notre masse salariale pour développer nos activités.

Dr Lamoureux : il arrive que les IDE de réanimation soient appelés ailleurs.

Dr Labidi : pas d'inquiétude pour la réanimation car le service est normé.

Dr Després : on a l'impression que les plannings sont toujours tendus.

Dr Legoux : les IDE voient leurs plannings bouger.

Mr Mangot : les consignes n'ont pas encore été données. Un travail a été engagé avec les cadres supérieurs et cadres de soins pour optimiser les remplacements.

Dr Legoux : il y a une inquiétude pour les prochaines semaines.

Dr Labidi : et le Covid revient donc cela risque d'être compliqué si le personnel est malade et s'il faut isoler dans les services.

Dr Legoux : il est difficile de trouver du personnel pendant l'été.

Mr Mangot : la réflexion consiste à mieux consommer en termes RH et mieux dépenser pour recruter de nouveaux professionnels. 4 IDE doivent être recrutés avant la fin de l'été mais il y a des départs également.

Dr Le Bellec : si on rappelle des IDE sur leurs jours de congé ou sur leurs RTT, ils risquent de partir.

Mr Mangot : cela reste à la marge.

Dr Ybert : en médecine 1, c'est courant.

Dr Le Bellec : cela fragilise les équipes.

Mr Mangot : dans certains services, il n'y a jamais de rappel.

Dr Labidi : au niveau infirmier, on peut toujours utiliser le SIC ou Permuteo.

Dr Lamoureux : il y a de plus en plus d'intérim. C'est plus simple ; la tendance risque de se généraliser. Un médecin en intérim est plus souple dans son planning

Dr Brière : l'intérim c'est le dernier recours. Pas de poste, pas de rémunération, ce n'est pas que du confort. Il faut une capacité d'adaptation énorme à chaque établissement.

Mr Mangot : quand on discute avec les syndicats, ils reconnaissent que le CHAB a une gestion atypique de ses ressources humaines. Il faut commencer par remettre les effectifs à niveau et en fonction de la réalité des services. Un tract va être diffusé par les syndicats. Sachez qu'ils boycottent les instances jusqu'au mois de septembre. Nous les avons reçus ce matin.

Le Dr Labidi remercie l'ensemble des participants. La séance est levée à 17h.

La Présidente de CME,

Dr Magali LABIDI



