

# CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX

## COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

**CME du mardi 1<sup>er</sup> avril 2025 - 13h30**

**Bayeux - Salle Martine Ducouret**

**Aunay - Salle informatique (en visio)**

### PROCES-VERBAL



#### Centre Hospitalier Aunay-Bayeux COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT

Fiche d'émanement  
Le 1<sup>er</sup> avril 2025

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

Heure début de séance : 13h30

Heure fin de séance : 14h45

#### I - Membres avec voix délibérative :

Pôle MCO : Dr Gérard ALVADO	Excusé
Pôle Transversal : Dr Annie PEYTIER	
Pôle Gériatrie : Dr Sophie BLANCHEMAIN	
Pôle Santé mentale :	
Pôle SSR : Dr Johanne LEVY	
<b>COLLEGE 2 : PERSONNELS STRUCTURELIERS, INTER-CONJONCTIFS</b>	
Dr Valérie CARIDROIT	
Dr Corine CHAUVIN	
Dr Valentine de BRISSON de LAROCHE	
Dr Emmanuelle HEUSSE	
Dr Magali LABIDI, présidente CME	
Dr Virginie MARCELLIN-FLAIS	
Dr Elise ROUSSEAU	
Dr Stéphanie TRUET	
<b>COLLEGE 3 : PERSONNELS NON RESPONSABLES DE STRUCTURES</b>	
Dr Thiphaine CIAPPUCINI	
Dr Charlotte GUILMINEAU	
Dr Marie-Lys LE BELLEC	
Dr Alban DETROUSSEL	
Dr Laure PAIOLA	
Dr Claire BRIERE	Excusée
<b>COLLEGE 4 : PERSONNELS TEMPORAIRES, NON TITULAIRES ET DES PERSONNELS CONTRACTUELS, TITULAIRES, PSPH</b>	
Dr Frédérique JONES	
<b>COLLEGE 5 : EXTERES</b>	
Mme Chloé LEROUX	

## II - Membres avec voix consultative :

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

## III - Invités permanents :

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

NOM - PRENOM	STATUT	SIGNATURE
Thomasset de Conguemare Arnaud	PH H.A.O	
BOUCHONNEAU Cécile	PH	
PHILIPPE Stéphanie	PH CSG	
Cherouchev Hafa	Chiff. de service PH	
FICOUX Laurence	PH	
Legoux PA	PH	
YBOUR Caroline	PH	
DAVAILLO Karim	PH	
BRISSET Nadège	Resp RH Affaires médicales	
SIROT Delphine	Gestionnaire Affaires Médicales	

## Sommaire

1. CSAPA .....	4
2. Approbation PV .....	8
3. Mouvements médicaux .....	8
4. Restructuration du CLUD.....	8
5. Point laboratoire .....	11
6. Etat d'avancement concernant les médicaments à risque.....	11
7. Rétroplanning qualité.....	13
8. Retour audit antibiotique et dossier patient.....	18
9. Chefferie de service, chefferie de pôle .....	18
10. EPRD – PGFP 2025 .....	19
11. Stationnement .....	25
12. Poursuite accompagnement bloc opératoire .....	27
13. Démarche ANAP 360.....	31
14. Autorisation de cancérologie .....	33
15. Visite de l'agence de biomédecine .....	35

Le Docteur LABIDI ouvre la séance et invite le Docteur MOTTIN à prendre la parole concernant la restructuration du service addictologie.

## 1. CSAPA

### Présentation de l'annexe intitulée « Restructuration du Service Addictologie – 2025 »

Slide 1 à 4

Docteur MOTTIN : pour mémoire, au niveau de la prise en charge des addictions, le dispositif se décline en 4 axes : la ville, les réseaux de santé, mais surtout le volet médico-social et le volet sanitaire. Le service addictologie du CHAB bénéficiait de financement uniquement sanitaire pour être une ELSA – Equipe de Liaison de Soins en Addictologie niveau 1 de la filière sanitaire, c'est-à-dire équipe de liaison de soins en addictologie pour un établissement de santé qui dispose d'un service d'urgence selon la circulaire de 2006. L'ELSA a été financée de cette façon. Depuis 1999, nous n'avions pas d'autre offre de soins sur le territoire du Bessin Pré-bocage et surtout d'offre de soins médico-sociale comme un CSAPA ou un CAARUD avec seulement l'antenne de Caen qui vient une fois par mois pour faire de la réduction des risques auprès des usagers de drogues.

Il y a eu un appel à projet déposé par l'ARS en 2024 auquel le CHAB a répondu et tout cela a été très vite. Le dossier a été déposé le 7 octobre, il y a eu une commission de sélection à l'ARS le 22 novembre et nous avons reçu l'autorisation le 10 décembre pour être un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2024.

Ce qui change, c'est que nous recevons un nouveau budget qui appartient au volet médico-social pour créer un CSAPA qui va être fixe tous les ans pendant 15 ans. Notre enveloppe sanitaire ELSA correspond à peu près au même budget et l'idée de l'ARS, c'était de pouvoir donner une enveloppe médico-sociale pour le CSAPA. Le risque c'est que notre budget ELSA soit diminué ; ce que nous allons défendre, c'est d'avoir un budget suffisant pour financer l'ELSA. Pour information, l'activité d'un CSAPA c'est pratiquement ce que nous faisons en prise en charge pluridisciplinaire et avec des consultations externes sauf que nous n'étions pas financés sur le bon budget. C'est l'activité que l'on propose sur le territoire depuis plusieurs années.

Ce qui est envisagé, c'est de scinder le service en deux unités fonctionnelles : CSAPA d'un côté avec un budget médico-social et ELSA de l'autre côté avec un budget sanitaire sachant que nous sommes multi sites – Bayeux, Aunay, Isigny - avec de la consultation avancée pluridisciplinaire sur Isigny - à Aunay c'est à la fois de la prise en charge SCAPA et une liaison hospitalière. Je vous présente le fonctionnement rapidement – le Docteur LABIDI ajoute que l'ensemble des médecins ont eu les PowerPoint donc pour les détails on peut s'y référer, l'essentiel étant que tout le monde soit informé du travail qui a été fait.

Slide 5

Docteur MOTTIN : il s'agit d'un rappel des missions. Au niveau CSAPA, il s'agit de missions que nous faisons déjà depuis la création du service, c'est-à-dire un accueil pluridisciplinaire et ambulatoire de toute personne qui présente une conduite addictive, quelle qu'elle soit, avec ou sans substance et on accueille tous les âges, même des mineurs. Il n'y a aucun critère de sélection à partir du moment où la personne est volontaire. Nous accueillons les personnes concernées mais aussi les entourages si nécessaire. Nous proposons une évaluation médicale, psychologique, sociale, et nous pouvons les réorienter vers un autre dispositif si besoin dans le cadre d'un partenariat qui s'inscrit dans tout le maillage territorial. Dans les missions obligatoires d'un CSAPA il y a surtout la réduction des risques. Nous en faisons un peu mais pas énormément. Nous faisons de la réduction des risques pour l'alcool et le tabac surtout avec la délivrance de kit de vape et l'éducation à la vape par le biais d'ateliers collectifs pour la réduction des risques tabac. Ce que l'ARS demande, avec la formalisation d'un CSAPA, c'est

aussi de développer la réduction des risques avec la délivrance de matériels d'injection, de sniffe, de fume pour les usagers de drogues et aussi la délivrance, pour les personnes qui n'ont pas encore de droits ouverts, de Naloxone pour l'unité de risques d'overdoses. Tout cela va se mettre en place (en vert c'est ce que nous faisons déjà, en noir nous ne sommes pas encore totalement opérationnels). Nous faisons une prise en charge pluridisciplinaire médicale, psychologique, sociale et éducative. Nous n'avions pas d'éducateur spécialisé jusqu'ici donc l'objectif sera de recruter un éducateur spécialisé pour pouvoir développer certaines activités dont la réduction des risques mais aussi la consultation jeunes consommateurs et peut-être de l'activité physique adaptée pour le patient. Nous devons également mettre en place des consultations de proximité de repérage précoce des usages nocifs pour la population des moins de 25 ans. On les accueille déjà mais le projet serait de pouvoir mettre en place des consultations avancées dans des lieux stratégiques de la ville ou du territoire pour pouvoir aller à la rencontre des jeunes et éventuellement des parents, des entourages, pour discuter des usages nocifs de substances avant même qu'ils soient dans la dépendance. Tout cela fait partie des missions obligatoires.

Dans les missions facultatives, nous avons les prises en charge des addictions sans substance : ce que nous faisons déjà, toute ce qui est activités de prévention, de formation et de recherche : on le fait déjà mais comme cela n'est pas obligatoire et que le budget est quand même assez restreint, nous allons mettre ceci sur le budget de l'ELSA mais nous continuerons à le faire. Pour ce qui est des interventions auprès des personnes détenues : nous n'intervenons pas en milieu carcéral mais nous suivons des patients qui sortent de prison.

Notre activité ne va finalement pas trop changer par rapport à que nous nous proposons déjà sauf dans le domaine de la réduction des risques, de la consultation jeunes consommateurs et de certains ateliers et de certains outils que nous allons pouvoir développer auprès de la population.

#### Slide 6

Les missions d'une ELSA : vous les connaissez mais vous les lirez si besoin. Cela est encadré selon la circulaire de 2008. Il s'agit surtout de sensibiliser, former les équipes soignantes de l'établissement de santé, aider au repérage précoce et interventions brèves pour les conduites addictives même nocives, c'est élaborer des protocoles de repérages, de prise en charge médicale et c'est intervenir auprès des patients en soutien aux équipes soignantes mais vous le savez déjà.

C'est aussi développer des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi, éduquer à la santé en addictologie en direction des patients et des personnels hospitaliers ce que nous faisons dans le cadre de la démarche LLST avec le COPIL CHAB sans tabac par exemple, les actions mois sans tabac ou la journée mondiale sans tabac, c'est participer aux travaux de recherche notamment de recherche clinique en addictologie, ce que nous ne faisons pas jusqu'alors mais il y a des projets - nous avons rencontré ce matin notre nouvelle attachée de recherche clinique Sara GROSSI ; nous avons de nombreux projets à mettre en place - c'est consolider le partenariat avec les équipes d'addictologie du territoire à l'échelon départemental voire régional voire même plus au niveau national.

De façon globale, c'est contribuer au renforcement de la culture addictologie au sein de l'établissement de santé.

#### Slide 7

Les mesures à mettre en œuvre en 2025, nous avons commencé et loin d'avoir terminé.

Cela se décline en 3 axes :

- Clarifier pour mieux structurer : création de deux UF différentes ELSA et CSAPA - 2<sup>ème</sup> numéro FINESS pour le CSAPA. Il va falloir faire attention à certaines choses car comme il y a deux réglementations différentes, il y a le côté sanitaire pour l'ELSA et le côté médico-social pour le CSAPA. Nous ne sommes pas formatés pour le médico-social et nous devons répondre à la loi du 2 janvier 2002. Des éléments différents de ce que nous faisons classiquement. Il y a des outils que nous devons utiliser, qui sont obligatoires et qui vont

changer nos pratiques quotidiennes. Par exemple, les outils de recueils de données, nous allons continuer à utiliser Sillage pour l'ELSA, et nous allons utiliser un fichier nommé FOR ELSA qui a été mis en place par l'association ELSA France au niveau national pour pouvoir faire ce recueil de données. Par contre, pour le CSAPA, nous utiliserons un autre logiciel qui ne sera plus Sillage – là j'ai indiqué PAGALIS pour l'instant mais nous n'avons pas fini de choisir, ce sera peut-être un autre. Les usagers, on ne parle plus de patients, ne seront plus suivis dans Sillage. Les systèmes d'information seront différents, tout se dédouble pour nous. Il y a un rapport SAE et un rapport PIRAMIA de 30 pages pour ELSA, que l'on faisait déjà, mais pour le coup il y a toute l'activité CSAPA qui sera mise à part dans un rapport annuel DGS standardisé et il y a un recueil épidémiologique RECAP remonté à l'Office Français des Drogues et des Toxicomanies que nous devrons faire chaque année mais que nous n'avons jamais fait car nous n'étions pas référencés CSAPA. Depuis 25 ans, il n'y a pas de recensement de prises de substances psychoactives illégales sur notre territoire alors qu'il y en a comme partout. Ce recensement remonte au niveau national et européen.

Les systèmes d'évaluation vont être différents ; nous allons continuer à participer à la certification du CHAB dans le cadre de l'ELSA mais il y aura aussi les évaluations externes tous les 5 ans selon la loi de 2002 pour le CSAPA et des évaluations internes de la qualité et du service rendu aux usagers.

- Recruter pour renforcer les activités : nous connaissons notre budget CSAPA mais pas celui de l'ELSA qui risque d'être revu à la baisse. Le but est de préserver au maximum le budget que nous avons au niveau de l'ELSA mais il risque de baisser. En fonction de cela, nous allons pouvoir recruter du personnel supplémentaire ou pas.

Madame SINANG : pour information, le budget ELSA, c'était 590.000 € à l'année et le budget CSAPA est de 530.000 euros.

Docteur MOTTIN : sachant qu'il y avait des facturations que nous ne faisons plus pour 60.000 euros et nous avons intérêt à préserver au moins 150.000 euros pour le budget ELSA mais si on veut augmenter notre activité, il faut plus. Nous allons bientôt rencontrer l'ARS pour défendre le budget ELSA.

Slide 8, 9 et 10

Docteur MOTTIN : vous voyez dans le tableau ce que nous avons actuellement et ce que nous prévoyons de répartir dans le CSAPA et le ELSA.

L'idéal à minima serait, et nous sommes en cours de recrutement, d'avoir un cadre socio-éducatif et non sanitaire pour nous aider à monter ce dispositif médico-social car nous sommes formatés sanitaire et peu dans le médico-social, cadre temps plein car jusqu'à présent nous avons un cadre à 0.18 ETP, et dans un second temps c'est de recruter un éducateur spécialisé, un praticien hospitalier supplémentaire et une infirmière supplémentaire à la fois pour développer le CSAPA et l'ELSA ce qui permettra de développer toute notre activité ELSA.

Se pose comme problème l'élargissement des locaux car si nous recrutons il faut accueillir et nous nous retrouvons dans la même configuration que vous tous ici. Nous avons également une crise du logement. Enfin, pour garantir la mise en conformité du dispositif, il y a beaucoup d'administratif à travailler, de documents à rédiger qui doivent être propres au CSAPA car il s'agit d'un établissement à part entière. Cela engendre une grosse charge administrative. Nous attendons donc impatiemment notre cadre pour nous aider dans ces démarches, au-delà de la coordination et de l'encadrement. Il faudra également communiquer auprès des partenaires, à l'échelon de la ville, du département, de la région et même au niveau national. Nous sommes référencés dans des annuaires différents à l'échelon national et il va falloir faire cette mise à jour également.

Slide 11

Docteur MOTTIN : je termine avec ce slide pour faire un récapitulatif de ce que ça change pour nous.

Si nous arrivons à obtenir un budget ELSA suffisant, nous pourrions proposer de nouvelles prestations sur le territoire, la réduction des risques et des dommages fait partie des missions obligatoires du CSAPA donc on le fera, proposer une consultation jeune consommateur en consultation avancée c'est-à-dire de proximité auprès du public jeune dans des endroits stratégiques, ça peut être à la mission locale, dans des lycées... Il faudra que nous réfléchissions à cela. Dans les projets, pourquoi ne pas mettre en place des TROD dans notre service, pourquoi pas un fibroscan car une procédure avait été faite il y a quelques années de déploiement de fibroscan au sein des CSAPA ; nous étions une ELSA nous n'avions pas pu bénéficier de cela mais là pourquoi pas ? Pour ce qui est de la Buvidal, il s'agit de buprénorphine à libération prolongée, projet que nous avons déjà avant même de connaître notre appel à projet CSAPA. Il s'agit de l'avenir des traitements de substitution opiacées que l'on propose, à libération prolongée ; il s'agit d'une grosse plus-value, pour les patients, pour le système de soins et pour les professionnels et qui est amené à se développer et si on peut avec tout cela nous souhaiterions diversifier nos ateliers collectifs. Nous allons pouvoir renforcer l'activité ambulatoire actuelle, notamment par exemple à Isigny où nous avons 0.10 ETP médical. Je me déplace sur Isigny un mercredi sur deux et clairement ce n'est pas suffisant car il y a une population très importante en demande et cela devient très difficile de faire des consultations à la chaîne. Ce que nous offrons c'est le minimum donc ce n'est pas très satisfaisant. Nous souhaitons améliorer la qualité de service rendu. Nos délais d'accueil s'allongent, ce qui permettrait de diminuer ce délai. Nous pourrions continuer à développer un peu plus notre partenariat ou le consolider. Il est de plus en plus difficile d'être présent dans toutes les instances. Nous sommes une petite équipe, 12 personnes, avec beaucoup de temps partiels. Nous sommes très sollicités puisque l'addictologie c'est transversal, ça concerne tout le monde. Nous devons être tout le temps partout. Il faut laisser du temps aux consultations et à la liaison ce qui n'est pas toujours évident. Il serait donc bon que nous ayons plus d'argent effectivement. Ce projet va également permettre de développer l'activité ELSA à la fois sur Aunay et sur Bayeux, ce qui peut être une plus-value sur le CHAB mais surtout ce qui va changer pour vous en tant que professionnels c'est qu'il n'y aura pas d'accès aux dossiers usagers informatisés pour les usagers du CSAPA. Nous restons à disposition sur les temps d'ouverture du lundi au vendredi mais je sais que cette question peut être soulevée donc j'en parle.

Docteur TRUET : il s'agit d'une question réglementaire donc si jamais il y a un patient qui est admis et qu'on ne peut pas vous joindre, on ne peut pas avoir accès au dossier.

Docteur MOTTIN : je me suis renseignée auprès des autres CSAPA. Cette inaccessibilité répond aux critères impératifs de l'HAS au niveau de l'évaluation. Nous sommes obligés d'avoir un autre logiciel pour sécuriser l'accès. Le CSAPA rue de Bretagne qui dépend de l'EPSM ont la pharmacie de l'EPSM qui délivre des TSO et donc le pharmacien de l'EPSM seul peut y avoir accès. Tu pourrais y avoir accès car nous allons délivrer de la Naloxone et du matériel de réduction des risques. C'est peut-être la seule porte d'entrée possible. Nous sommes disponibles aux horaires d'ouvertures mais effectivement le week-end, le soir ou la nuit c'est plus délicat. Généralement les patients connaissent leur traitement. On leur demande de toujours avoir leur ordonnance sur eux pour pouvoir justifier leur traitement.

Docteur LABIDI : il s'agit d'un beau projet, de beaucoup de travail supplémentaire. Est-ce que nous pourrions espérer avoir une unité de liaison au sein de l'hôpital comme l'UMUP ? Voir l'addictologie qui vient régulièrement voir les patients ? Pas tous les jours mais de pouvoir avoir, comme par exemple aux urgences, facilement une réorientation ?

Docteur MOTTIN : le fait de développer l'activité ELSA nous permettrait d'avoir plus de personnel disponible, à la fois sur Nesmond, Aunay et Champ Fleury. Le but serait de développer les temps de présence sur l'hôpital, ce serait l'idéal.

Docteur LABIDI : avez-vous des questions pour Hélène ?

Docteur PEYTIER : il faut reconnaître que ceci a représenté beaucoup de travail, l'ARS a reconnu au Conseil de Surveillance la qualité de ce travail et notamment ton travail à toi, à ta cadre, à Madame SINANG. Quand on est sur un dossier comme ça il faut s'y atteler et c'est dur.

Docteur LABIDI : on ne connaît pas tout cela, raison pour laquelle je trouvais important qu'elle le présente, car on ne sait pas et on ne voit pas tout ce qu'il y a derrière.

Docteur MOTTIN : il est vrai qu'il est important de communiquer et c'est peut-être notre point faible et même au sein du CHAB.

Le Docteur LABIDI remercie le docteur MOTTIN et passe au point II.

## 2. Approbation PV

Docteur LABIDI : avez-vous des remarques concernant le PV du 1<sup>er</sup> décembre 2024 ? Vous l'avez tous reçu.

Le procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

## 3. Mouvements médicaux

Docteur LABIDI : il y a pas mal de départs en retraite et d'arrivées de nouveaux venus. Avez-vous des remarques ? Nous attendons les résultats des concours des praticiens hospitaliers. Nous ne les avons pas, ce sera pour une prochaine CME.

## 4. Restructuration du CLUD

Le Docteur LABIDI donne la parole aux Docteurs DE BRISSON et PHILIPPE.

### Présentation de l'annexe intitulée « Restructuration du CLUD »

Slide 1 et 2

Docteur DE BRISSON : il nous semble important ce vous réexpliquer ce qu'il s'est passé puisque peu de choses ont avancé au niveau du CLUD. Le contexte est le suivant : Virginie GRAND-JEAN qui assurait la présidence du CLUD a démissionné de ses fonctions à la fin du mois d'août dernier mais cela faisait suite aussi à une réalité qui est la difficulté, comme bien d'autres missions, de faire fonctionner une instance en termes de temps en plus du temps clinique, pas de secrétariat, etc...En tant que vice-présidente j'ai sollicité la Direction des Soins, le Docteur LABIDI et le Service Qualité afin de réfléchir un peu à ce que l'on pouvait faire en termes de restructuration. J'ai proposé au Docteur Sophie PHILIPPE, que je remercie beaucoup, de me rejoindre ; nous nous sommes dit qu'une co-présidence à deux têtes pouvait nous permettre d'être un peu plus motivées et de partager un peu les choses, car lorsque l'on est seul à porter cela, le risque c'est que le clinique prenne le dessus et que l'on n'ait pas de temps dédié pour le CLUD. Le Docteur GRAND-JEAN a souhaité garder une activité qui lui tient à cœur, la formation interne douleur, et notamment tout le travail qui a été pensé et qui va être décliné, je l'espère, de façon plus régulière auprès des infirmiers, pas que pour les infirmiers référents douleur, mais à tous les infirmiers et nous l'espérons, dans un deuxième temps, aux aides-soignants, avec une formation plus adaptée.

Slide 3

Lors de nos échanges avec Madame RIVAT-CACLARD, le Service Qualité et le Docteur LABIDI, il a été constaté que lors de la dernière visite de certification par l'HAS nous étions à 100% de conformité



douleur dans l'établissement sur des critères impératifs. L'ensemble des professionnels a toujours été sensibilisé et investi sur la douleur et ce malgré les difficultés énoncées précédemment. Nous serions vraiment très en difficulté si nous devions « reculer » sur une visite ou une contre visite de l'HAS sur un critère aussi important. Nous tenons compte du fait que nous avons aussi nos missions cliniques, que c'est compliqué. Nous devons répondre aux exigences qualité, ne pas reculer, conserver ce qui a été mis en place et fait au quotidien partout dans cet hôpital pour la prise en charge de la douleur, ne pas reculer en termes de certification, pouvoir penser un fonctionnement de cette instance simple et efficace qui soit vraiment en adéquation avec les besoins que nous avons tous dans les services et avoir un support logistique pour porter le fonctionnement, ce qui nous a été assuré par le Service Qualité et la Direction des Soins, notamment pour des choses qui peuvent paraître insignifiantes mais la mise à jour des mailings list, les envois des convocations, les réservations des salles qui peuvent être oubliées quand on est au milieu des consultations etc...

#### Slide 4

Ce que nous avons proposé : passer à deux séances CLUD par an, des réunions courtes dont l'objectif serait « uniquement » de valider les travaux en cours, faits entre les réunions et non pas de passer des heures en réunion pour faire le travail de fond, évidemment établir l'ordre du jour à l'avance afin que les réunions soient les plus efficaces possible. Le but serait, dans le noyau dur du CLUD que nous allons décliner après, que les actions soient menées et que les réunions ne servent qu'à entériner les choses. La co-présidence est plus facile pour se motiver et partager les missions. Nous avons pensé - plutôt que de convoquer beaucoup de personnes, ce que nous faisions auparavant avec des représentants de chaque pôle qui ne pouvaient pas tous se libérer, au final nous n'avions personne autour de la table - que nous allions plutôt fonctionner, si la CME est d'accord sur ce principe, avec un noyau dur de membres représentatifs, pluriprofessionnel car cela fait partie des choses indispensables en termes d'exigence mais aussi de réalité de la prise en charge de la douleur, et plutôt vous proposer un regroupement des services dans différents secteurs et ainsi de ne convoquer à chaque CLUD que les représentants du secteur qui seraient concernés par l'ordre du jour.

Le noyau dur auquel nous avons pensé est fonction des exigences règlementaires : les deux co-présidentes, la Direction des Soins, normalement dans les textes nous avons le président de la CME ou un de ses représentants - le service qualité notamment avec Madame MANGOT, la cadre du service douleur qui a aussi un temps partagé sur d'autres services, mais il faudrait qu'elle puisse continuer à être présente dans ce noyau dur, et dans les règlementaires, il nous faudra obligatoirement un pharmacien. Je vous laisse voir entre vous. Nous souhaitons avoir une infirmière douleur car il est important d'avoir une casquette infirmier et nous avons proposé au Docteur DUFOUR, qui a rejoint récemment l'équipe de soins palliatifs, de nous rejoindre. Ce noyau dur aurait donc pour mission d'être le moteur sur les travaux en cours - relecture protocoles, mise à jour de la documentation, suivi des différentes EPP, formations internes - et au cours de l'année ne seront convoqués que des représentants de secteurs.

#### Slide 5 et 6

Le regroupement pensé que nous vous proposons, est le suivant, l'idée étant que dans chacun des 7 secteurs, il y ait un trinôme, avait médecin, cadre et éventuellement en fonction des secteurs, soit un infirmier, soit un aide-soignant, soit un kiné, soit une sage-femme, selon le pôle, et que ce trinôme nous serve de ressources pour le suivi des actions et s'engage, si ce n'est pas les 3 au moins certains d'entre eux, à venir quand le CLUD émet un ordre du jour ciblant le secteur concerné. Le regroupement a été pensé de la façon suivante :

1. Pole SMR Aunay et Pôle gériatrie,
2. Psychiatrie santé mentale, Addictologie,
3. Services de Médecine 1-2-3, HAD SSIAD, EMTSP, UCP,
4. Services de Chirurgie, Bloc, Anesthésie, Ambulatoire,
5. Services de Pédiatrie, Maternité, Gynécologie-Obstétrique,

6. Service Urgences, CPS, Réanimation,
7. Spécialités transversales (rhumatologie, diabétologie, dermatologie, internistes, infectiologie, urologie), radiologie, consultations externes endoscopie, HPDD)

Docteur LABIDI : on peut proposer de mettre l'endoscopie avec la chirurgie. Maintenant, il va falloir trouver les référents.

Docteur DE BRISSON : nous vous proposons selon chaque secteur et vos affinités sur la thématique, qu'un trinôme se propose et qu'on sollicite ce trinôme que pour les travaux du CLUD qui le concerne. Des thématiques ne sont pas forcément pertinentes pour tout le monde. Nous avons pensé cadre médecin et un soignant mais sur certains pôles comme la gynécologie ou le SMR peut-être que ce serait un kinésithérapeute ou une sage-femme qui serait volontaire pour parler douleur en rééducation. Le trinôme ne sera sollicité que s'il y a des thématiques à l'ordre du jour ou pour faire le point sur les actions en cours qui les concerne. Dans notre règlement dont nous avons retravaillé l'écriture avec le Docteur PHILIPPE et Madame MANGOT, il est possible de créer des groupes de travail inter-secteurs et temporaires lorsque des thématiques concernent tout le monde, comme pour les PCA par exemple. Nous avons donc pensé les choses comme cela, en espérant que cela puisse remotiver les gens.

Docteur LABIDI : pensez-vous pouvoir identifier des personnes dans vos services ? Est-ce que vous souhaitez que le Docteur DE BRISSON doive faire des courriers pour chaque secteur ou est-ce que vous lui soumettez des propositions ? Vous cherchez ensuite dans vos services, vous voyez qui a de l'appétence ?

Docteur DE BRISSON : sachant que dans les soignants il y a déjà des référents douleurs.

Docteur DETROUSSEL : si je comprends bien il y a un regroupement entre SMR et gériatrie ? Je pense qu'il faut au final un trinôme pour chaque pôle SMR et gériatrie car là c'est un peu pot commun ?

Docteur DE BRISSON : nous avons pensé les choses de cette façon pour alléger l'engagement de chacun donc un trinôme pour le secteur mais si cela vous paraît plus pertinent d'avoir 3 personnes pour le SMR et 3 personnes pour la gériatrie, c'est possible aussi. Typiquement sur votre pôle entre Aunay et la gériatrie c'est effectivement plus spécifique mais cela était pour ne pas faire trop de secteurs. Nous avons parlé de trinôme car si deux personnes ne sont pas là cela permet d'avoir quelqu'un.

Docteur DETROUSSEL : un pôle SMR et un pôle gériatrie seraient plus pertinents si cela est possible, la cadre de l'EHPAD étant en relation avec Florence ADRIENCENSE.

Docteur DE BRISSON : nous pouvons faire 8 pôles. Nous voulions vous soumettre notre idée. Sophie a déjà envoyé un mail aux kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

Docteur PHILIPPE : j'ai demandé aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes et enseignant de l'activité physique adaptée si un ou une était intéressé pour faire partie du noyau dur. Il se trouve que sur l'antenne de Bayeux Raphael LEMAUGER, un kinésithérapeute, est intéressé. Seul retour que j'ai eu. Je leur ai demandé de faire suivre à leurs collègues d'Aunay.

Docteur DE BRISSON : Alban as-tu eu des retours ?

Docteur DETROUSSEL : **réponse inaudible.**

Docteur LABIDI : en tous les cas, cela fait partie de la certification.

Docteur DE BRISSON : nous reviendrons vers vous par mail pour que vous nous fassiez un retour selon ce qui vous semble pertinent dans vos services et pôle. Je dissocie SMR et gériatrie Alban si tu veux.

Docteur DETROUSSEL : merci beaucoup.

Madame CHEVAUCHER : pour l’affichage institutionnel et le comité de lutte contre la douleur c’est quelque chose que vous allez faire en aparté ?

Docteur DE BRISSON : cela va faire partie des missions du CLUD mais nous ne l’avons pas encore traité. Nous avons pensé fonctionnement du CLUD, règlement intérieur mais nous avons prévu de nous revoir avec Sophie et nous vous le ferons suivre.

Le Docteur LABIDI remercie l’ensemble des intervenants et donne la parole au Docteur HEUSSE.

## 5. Point laboratoire

### Annexe intitulée « Laboratoire »

Docteur HEUSSE : suite au départ du Docteur VICTOR référent hémovigilance, le Docteur Arnaud PRIMEL a accepté cette fonction et fera une formation, à priori en juin, mais nous n’avons pas le retour de l’ARS.

Il y a eu une EPP en hémovigilance. Vous avez tous reçu un mail relatif à la pertinence des prescriptions et la traçabilité transfusionnelle qui est très bien faite mais par contre existe un problème sur l’information auprès du patient

Madame CHEVAUCHER : nous avons revu avec le Docteur FERRE le support d’information qui a disparu et pour le rajouter dans le futur livret d’accueil. Nous avons reparamétré dans Sillage cette autorisation.

Madame RIVAT-CACLARD : il faut donc faire des points réguliers.

Docteur HEUSSE : nous avons changé nos automates d’hématocytologie, automates nouvelle génération XR-2000, même technologie, un peu plus performants. Nous comptons arrêter la réalisation des VS en accord avec les urgentistes et les rhumatologues. Pour prévenir les prescripteurs de ville, nous mettons un commentaire signalant que nous arrêtons fin juin. Un changement de Capillarys est prévu avec lequel nous faisons les électrophorèses des protéines, l’hémoglobine glyquée et CDT - CDT que l’on arrête car faits en quantité trop faible donc non rentable.

Docteur LABIDI : des questions ? Tant que le laboratoire est transparent quand il change ses automates cela nous va. Mais pour les VS tu n’as pas peur que les médecins de ville disent aux gens d’aller dans un autre laboratoire ?

Docteur HEUSSE : on en a mais nous perdons de l’argent dessus.

Le Docteur LABIDI laisse la parole au Docteur TRUET concernant les médicaments à risque

## 6. Etat d’avancement concernant les médicaments à risque

### Annexe intitulée « Etat d’avancement concernant les médicaments à risque »

Docteur LABIDI : je vous rappelle que les médicaments à risque doivent être mis en place pour la certification, que le CHAB n’est pas prêt et qu’il faut impérativement que ce soit prêt avant cet été.

Docteur TRUET : avant il y avait une liste dans tous les services et c'était la même ; il y a maintenant une liste dans chaque service. Il avait été décidé de faire ça avant l'été. Il s'agissait auparavant d'une fiche orange. Dorénavant, tout est spécifié : où est ce que c'est rangé, quelle est la liste, quelles sont les mesures barrières...l'objectif étant de faire ceci avant l'été...

Docteur LE BELLEC : ce qu'il faut c'est que les services aient le temps de se pencher dessus. Plusieurs fois il m'a été répondu que les infirmières n'ont plus de temps qualité dédié. Cela n'a pas de sens que ce soit nous qui choissions les médicaments à risque.

Docteur DAVARD : il y a des infirmières qui sont là que depuis deux mois.

Docteur LABIDI : nous notons qu'il faut du temps qualité paramédical sur les réunions COPIL par service mais de toute façon lors de ces réunions il faut traiter les médicaments à risque. Nous n'avons pas été certifiés et nous ne pouvons rien nous permettre.

Docteur PHILIPPE : les patients traceurs demandent un temps énorme par service. Monsieur CROCE est venu dans le service. Cela prend trop de temps aux filles et elles font comme elles peuvent. Il faut du temps supplémentaire autre que pour le parcours traceur et il y a un manque de temps dédié qualité. Ce temps est minimum et peut-être que ce n'est pas suffisant.

Madame RIVAT-CACLARD : il n'y a pas de temps supplémentaire. Dans le cadre de la préparation du parcours patient, il y aura un temps donné. Le jour où vous serez invités, il faut que l'on puisse mettre quelqu'un en plus et prévoir du temps supplémentaire.

Docteur PHILIPPE : il faudrait quelqu'un par pôle où une infirmière inter-service qui puisse faire une évaluation un jour par mois. Les équipes sont volontaires mais elles n'ont pas les ressources.

Madame RIVAT-CACLARD : les gens ne sont pas disponibles au même moment. Les audits observationnels ou les dossiers patients cela peut être mensuel.

Docteur PHILIPPE : avec toute la meilleure volonté elles essaient de tout faire mais des critères impératifs ont été ajoutés. Si on leur demande de faire minimum de 5 dossiers par mois plus l'observation un audit deux fois par mois c'est impossible. Il y a en plus l'audit sur les ASH et cela demande un temps qualité mensuel par service en dehors du parcours patient et en dehors du patient traceur qui est énorme.

Monsieur MANGOT : il faut que nous fassions un point, il ne faut pas que l'on se bloque.

Madame RIVAT-CACLARD : si nous avons du temps en plus, c'est génial.

Monsieur MANGOT : il faut qu'on évalue le temps complémentaire.

Madame RIVAT-CACLARD : c'est évalué mais il faut pouvoir le mettre en place.

Madame CHEVAUCHER : nous avons essayé au service qualité d'optimiser au maximum les outils en mettant l'accent sur les critères impératifs. Nous avons fait ce travail pour faciliter les audits et se recentrer sur ce qui est important. Maintenant il va falloir le faire, ça demande du temps, et si on se donne comme objectif d'être certifiés, il faut se donner les moyens de ses ambitions. Nous avons une réflexion à avoir sur le point-là si nous voulons être prêts.

Docteur LABIDI : puisque nous sommes dans la qualité, nous poursuivons sur la qualité.

## 7. Rétroplanning qualité

### Annexe intitulée « Préparation Certification HAS »

Madame CHEVAUCHER : je vous ai préparé un support qui a trait à la préparation de la certification sans prétention aucune, mais l'idée c'est que nous ayons le même niveau de préparation et là je m'adresse aux médecins puisque vous avez un rôle à jouer. On vous attend le jour de la certification sur des temps qui sont essentiels que l'on appelle les traceurs que je vais vous expliquer. Si on s'y prépare, il n'y a rien d'insurmontable, on est sur du bon sens. Il va falloir également évaluer la qualité et évaluer la prise en charge des patients.

Le rétroplanning sur l'année 2025 est assez conséquent. Je vous épargne l'ensemble des audits et tout autre indicateur. Nous allons aller à l'essentiel, là où vous avez un rôle à jouer. J'espère que vous ferez le relai auprès de vos collègues absents puisque vous pouvez tous être sollicités dans le cadre d'un audit avec les experts HAS puisque clairement c'est le professionnel ayant été impliqué dans la prise en charge du patient ; potentiellement vous pouvez tous être sujets à être audité.

Slide 3, 4 et 5

Les méthodes d'évaluation :

a. Le patient traceur

L'expert HAS va demander à avoir accès à une liste des patients présents. On va demander au patient son consentement pour pouvoir être potentiellement questionné par l'expert HAS. L'expert va échanger avec le patient sur sa prise en charge, il va choisir un patient très proche de la date de sa sortie pour avoir un retour d'expérience le plus large possible. Il va sortir son dossier patient qui va être le fil conducteur de sa prise en charge. Il va aussi s'entretenir avec l'équipe ayant pris en charge le patient. C'est une méthode relativement simple, qui est basée sur l'expérience patient ; les équipes qui ont pris en charge le patient seront questionnées.

- On identifie le patient
- On recueille son consentement
- On rencontre le patient
- On rencontre l'équipe – avec un questionnaire, questions issues du référentiel.
- Enfin, une synthèse sera effectuée.

Ce sont des temps qui vont durer soit une matinée, soit un après-midi, 3 heures environ pour pouvoir balayer le patient traceur.

Slide 6

Pour s'y préparer, nous avons identifié dans nos plannings des patients traceurs. Ils ne sont pas tous là, nous avons une notion de priorité.

Par exemple, un patient traceur en obstétrique, nous avons considéré qu'il s'agissait d'une priorité haute également en pédiatrie, en médecine 3 et en HAD. Nous nous sommes basés sur le programme de certification de 2023 de contre visite. Nous allons clairement être audités sur ces périmètres-là. Pour les patients traceurs il va falloir s'entraîner. Nous avons un rétroplanning d'avril à mai. Nous allons vous convier, vos référents qualité l'on peut-être déjà fait, pour bloquer une session et travailler ensemble : prendre les dossiers patients présents, faire un temps d'échange avec le patient et ensuite s'entraîner sur la grille entretien équipe, exactement la même grille que les experts HAS vont utiliser pour vous préparer et faire en sorte que vous soyez prêts le jour J.

#### Slide 7

##### b. Le parcours traceur

Il est différent puisqu'on part du principe que le patient est sorti de l'établissement puisque le but du parcours est d'évaluer le post-hospitalisation : comment la feuille de liaison a été générée ? Comment la coordination soins a été faite ? La grande différence c'est que le patient n'est plus là. Les experts HAS vont vous demander 5 dossiers, choisir des parcours qui sont les plus classiques. On va leur donner 5 dossiers et ils vont en choisir un qui va s'appeler « fil rouge ». Il s'agit d'un dossier principal et dès lors qu'ils ne vont pas trouver une information pour remplir leur grille d'audit, ils vont se baser sur les 4 autres dossiers qui leur auront été communiqués et qui auront un parcours identique. Dans l'idée, on va retracer le parcours physique du patient et aller s'entretenir avec toutes les personnes ayant pris en charge le patient. La nouveauté 2025 c'est qu'a été ajouté un entretien patient. Ils vont s'entretenir avec un autre patient qui a un parcours similaire.

#### Slide 8

Les étapes se résument ainsi :

- Identification,
- Sélection d 5 dossiers,
- Choix du dossier fil rouge,
- Rencontre des équipes impliquées,
- Présentation du parcours,
- Analyse commune,
- Réalisation du parcours physique du patient.

Le tout cadré sur une demi-journée.

#### Slide 9

Nous vous avons mis des parcours prioritaires, en se basant sur la précédente visite HAS.

La nouveauté est le dernier parcours présenté, concernant le CSG. Nous savons pertinemment que les changements d'activité, avec l'ouverture de nouveaux services, est souvent ciblé et que le CSG sera certainement choisi.

Ce nouveau parcours concerne les urgences, le CSG et le domicile avec un critère impératif tout nouveau qui est le transfert évitable des personnes âgées aux urgences. Le CSG a toute sa place pour pouvoir valoriser le fait que nous pouvons répondre à ce critère impératif.

Concernant les parcours traceurs, nous allons vous inviter. Il faudra à minima des médecins, des soignants, et éventuellement le cadre pour pouvoir préparer ces parcours-là. Des dates sont déjà bloquées, où vont être fixées car il faut du temps en amont, une demi-journée, et il faut que le référent qualité ait du temps.

#### Slide 10 et 11

Les traceurs ciblés

On part du terrain et on remonte vers le processus. L'HAS a identifié 7 traceurs ciblés, il s'agit de programmes nationaux.

- On choisit le traceur,
- On reconstitue le circuit,
- On identifie les professionnels impliqués,
- On échange avec eux et on vérifie les bonnes pratiques sur le terrain,
- On consulte la documentation liée.

## Slide 12

### 8 traceurs ciblés

1. Prévention des infections liées aux soins : je pars d'une infection et je vois comment la prise en charge a été gérée, quelles sont les dispositions prises ? Y a-t-il une politique de gestion des risques ?
2. Circuit du médicament : je vois la prescription, je vois comment le médicament a été administré, quelles sont les conditions environnementales etc...
3. Le secteur interventionnel : check list,
4. Traceurs ciblés électroconvulsivothérapie : je pars de l'acte réalisé et je vois comment il a été géré (matériel etc...),
5. Traceurs ciblés isolement contention : je pars de l'acte réalisé et vois comment cela a été géré jusqu'aux dispositions prévues au niveau de l'établissement,
6. Traceur ciblé évènement indésirable grave : j'en choisis un, je regarde comment il a été analysé, quelle est la politique d'évènement indésirable : est-on aller jusqu'à déclarer à l'ARS, comment ont été suivis les plans d'action, comment cela a été communiqué aux professionnels,
7. Traceur ciblé Transfusion : je pars de l'acte réalisé, comment cela a été géré, comment le patient a été informé etc...
8. Tracteurs organisation SMUR : je pars de la feuille d'intervention SMUR, comment elle a été remplie, si cela a été fait en pluriprofessionnel, si les temps ont été respectés etc...

Je pars de la cible et je remonte jusqu'à la gouvernance et comment cela a été géré au niveau de l'établissement, à la différence de l'audit système.

## Slide 13

### Audit Système

Pour ce qui est de l'audit système, on part de la politique et on redescend vers le terrain avec 5 thèmes évalués.

- Le management par la qualité et les risques : je pars de la politique qualité, de la gouvernance et de son impulsion sur la démarche qualité et je descends, je vais jusqu'aux professionnels, observe la façon dont cette culture qualité est imprégnée,
- Le positionnement territorial : là encore, on parle de politique de santé territoriale et on voit comment nous nous insérons dans la région,
- L'engagement individuel collectif des patients et de leurs représentants,
- La maîtrise des ressources et des compétences : il s'agit d'une nouveauté coté RH. Il y aura un audit d'abord dans les dispositions et jusqu'aux plans de formation et aux maintiens de compétence,
- La maîtrise des risques numériques : nouveauté également. Analyse de la politique, comment on sécurise cet aspect du numérique.

## Slide 14

### Observation

L'observation a lieu à toutes les étapes. Il ne s'agit pas à proprement parler d'audit en tant que tel mais de l'observation à tous les niveaux au cours de tous les parcours traceurs.

Enfin, vous avez des grilles d'audit d'observation et c'est pour cela que l'on s'entraîne. Un agent, n'importe lequel, doit être prêt et connaître son service, connaître ses pratiques pour pouvoir répondre le jour J sur des thématiques qui sont courantes. L'hygiène, la sécurité, l'environnement, les conditions environnementales sont des points importants. Vigilance concernant l'hygiène.

#### Slide 15

Le schéma synthétise ce qui a été dit. Se rajoutent les indicateurs IQSS ; la campagne nationale vient de s'ouvrir. Nous n'avons pas notre mot à dire puisque le programme national a été identifié.

#### Slide 16

Tout un programme des IQSS est repris.

Les IQSS pour la MCO concernent la qualité de la lettre de liaison à la sortie. Nous avons un très faible résultat et j'espère que nous noterons une amélioration sur cet item ; s'ajoutent la prise en charge de la douleur et l'antibiothérapie.

Les IQSS centrés sur la psychiatrie pour le CMP : l'état cardio-vasculaire chez les adultes sera audité, les aides à l'arrêt d'addiction chez les adultes et le lien entre le CMP et la ville seront vus,

La lettre de liaison, l'évaluation de la prise en charge de la douleur somatique concernant la psychiatrie en hospitalisation temps plein.

Pour le SMR, vous avez la lettre de liaison à la sortie et la prise en charge de la douleur, le HAD, le risque d'escarre et la douleur également.

On voit que la douleur est une thématique qui revient pour un certain nombre de secteur ; elle a un rôle majeur dans la certification HAS.

#### Slide 17

##### AUDIT / EPP

Les actions vont être entourées d'audits et d'EPP pour se préparer et aux critères impératifs. Nous en avons parlé tout à l'heure notamment pour ce qui concerne l'audit de tenue du dossier patient qui est essentiel. Nous avons fait un gros travail au service qualité, qui a été mis un peu en standby, car le référentiel HAS 2025 a des critères impératifs qui ont évolué. Nous nous sommes dits que nous allions le mettre en pause, nous l'avons complètement retravaillé et avons ciblé les critères impératifs. Nous vous invitons à jouer le jeu, d'auditer les dossiers, 5 par mois. Vous avez également l'antibiotique qui est un nouveau critère impératif puisque le précédent référentiel ne parlait que de l'antibioprophylaxie alors qu'aujourd'hui on parle de tout type d'antibiotique. Une campagne a été réalisée avec un EPP ; un second tour est prévu en juin afin de voir si nos pratiques sont toujours bonnes. Peut-être que le Docteur YBERT fera un retour. Nous avons été agréablement surpris de voir de très bons résultats ; nous sommes à environ 80% de conformité.

Le bloc : attention nous avons une check-list. Nous avons eu une fiche d'anomalie. Nous savons que le plan d'action n'est pas totalement finalisé, il va rester la partie informatique à déployer afin que nous soyons bien.

En maternité, le référentiel 2025 s'est accentué de façon drastique puisque nous parlons de risques majeurs obstétricaux alors qu'auparavant il était fait mention de HPPI. Nous sommes donc sur les risques globaux ; de même, il est question de césarienne code rouge qui est aussi un critère impératif donc tout s'est globalement intensifié.

Un programme chargé, pour lequel rien n'est insurmontable. Il s'agit d'un travail d'équipe ; il va falloir jouer le jeu, chacun à son niveau, pour pouvoir s'y préparer et en février 2026 être prêts à accueillir nos experts HAS et répondre à leurs questions.

Madame RIVAT-CACLARD : cela peut vous sembler très lourd mais nous avons simplifié au maximum les attendus.

Docteur LABIDI : vous mettez déjà beaucoup de choses dans les dossiers. Si tout est dans le dossier, cela se fera tout seul. Il est impératif de remplir vos dossiers, de tout noter, le consentement des patients... Nous avons besoin de l'investissement des médecins car il est important que dans les équipes



les médecins soient présents et portent le sujet au sein des services. Je souhaite insister sur l'observation car tout au long de la semaine, ce n'est pas parce qu'ils vont aller voir le traceur en cardiologie que quand ils vont aller se balader ils ne vont pas regarder ce qu'il se passe ailleurs. On peut très bien se faire retoquer sur une liste de médicaments à risque dans un service et pas dans l'autre car ils étaient de passage, ce n'était pas le but de la manœuvre mais ils l'ont vu. Personne ne peut se dire « il n'y a pas de parcours chez moi, ce n'est pas mon problème ». Cela ne marche pas : ils vont regarder bijoux, cheveux attachés, montres...les tenues également. Nous n'avons pas le droit de manger au self en tenue de bloc. Se pose la question pour le personnel de réanimation et des urgences. Est-ce que cette semaine-là on se fait livrer les plateaux dans les services ? Comme ça il n'y a pas de risque. Et j'ai une autre question : si nous ne sommes pas certifiés, que se passe-t-il ?

Monsieur MANGOT : on ne sait pas.

Madame RIVAT-CACLARD : ce n'est pas envisageable et il est vrai que cette option n'est pas prévue.

FO : ce n'était déjà pas envisageable la dernière fois.

Madame RIVAT-CACLARD : ça l'est encore moins. La seule chose qui nous a été dite c'est que l'on ne fermera pas le CHAB qui a son utilité, mais si l'HAS estime que certaines activités ou secteurs ne répondent pas à la sécurité nécessaire des patients, ils pourraient regarder nos autorisations.

FO : Il y a certaines habitudes qu'il faudrait prendre en amont.

Docteur LABIDI : quand on est parti en SMUR, qu'il faut manger, il faut être en tenue. Réa et urgentistes peuvent être appelés.

FO : pour certains, il n'y a pas d'obligation.

Madame RIVAT-CACLARD : les remarques concernant les tenues professionnelles ont été notées dans le rapport final de non certification donc tout nouvel évaluateur qui viendra commencera par regarder là où nous avons péché.

Docteur LABIDI : ce n'est pas parce que nous n'avons pas été certifiés que nous faisons les choses mal car je suis persuadée que nous faisons les choses bien. Ce n'était juste pas tracé mais fait. Si ce n'est pas tracé, les experts notent non. Nous allons donc continuer d'insister. Avez-vous d'autres questions sur la certification ? Nous allons de toute façon nous rendre dans les services par petits groupes probablement entre midi et deux.

Monsieur MANGOT : nous avons besoin de tous porter cette certification, nous avons des sujets à traiter qui impliquent nos professionnels paramédicaux et médicaux et il est vrai que la dynamique réside dans la façon dont chacun d'entre nous considère que cela a de la valeur ou non. Je sais qu'il y a dans nos communautés des gens dubitatifs ou sceptiques, considérant que cela n'a pas trop de sens. Nous sommes dans une logique d'obligation et nous devons porter le sujet. L'image que nous renvoyons à nos équipes ne peut pas être celle d'une non adhésion. Nous avons une obligation de réussite. Nous sommes sur de bons rails, nous avons une dynamique à ne pas faire retomber. Février 2026 arrive très vite. Nous arrivons sur les périodes des ponts du mois de mai, la période estivale, et la période pour produire et structurer restera l'automne. Tous les grands sujets à travailler doivent être posés avant l'été pour qu'à l'automne nous puissions tout affiner.

Docteur LABIDI : dans l'audit system, ils regardent la gouvernance, comment les personnes sont sensibilisées à la qualité. Ceux qui répondent « je ne vois pas à quoi cela sert », « il y a de l'argent à mettre ailleurs dans l'hôpital que dans la qualité », etc... Ce discours-là est impossible. Nos pratiques sont ciblées qualité, nous le faisons mais nous ne traçons pas. Si ce discours pouvait être fait en faveur de la qualité, ce serait un plus.

## 8. Retour audit antibiotique et dossier patient

### Annexe intitulée « Note d'information relative aux résultats de la pertinence des prescriptions antibiotiques »

Docteur YBERT : l'EPP antibiotique que nous avons réalisée a été plutôt bonne. Nous avons fait des rappels en début de semaine. Les antibiotiques étaient justifiés, réévalués. Le problème c'est qu'ils sont réévalués dans les dossiers donc il faut chercher l'information au milieu du dossier, ce qui n'est pas forcément très visible pour quelqu'un qui vient consulter en urgence. Il y a un signet infectieux dans Sillage. L'avantage c'est que nous avons le stock antibiotique du patient, nous savons pourquoi il est sous antibiotique. Il n'est pas totalement fonctionnel. Il pourrait être amélioré par traçage de l'indication et la réévaluation dans le suivi du patient. Nous avons demandé des évolutions du système.

Docteur LABIDI : tu as envoyé un mail expliquant comment faire pour le suivi Sillage ?

Docteur YBERT : j'ai envoyé un mail car nous avons des dossiers avec deux antibiotiques pour la même infection alors que c'est un suivi par infection. Nous avons demandé des modifications pour que cela soit plus fonctionnel.

Madame CHEVAUCHER : nous n'avons pas imposé le suivi infectieux. Le critère c'est évaluer la prescription d'antibiotique entre la 24<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure ; nous ne sommes pas dans les observations médicales ou dans le suivi infectieux. On prend tout. L'HAS a renforcé ce critère-là, notamment la justification de la prescription et la prolongation ; il s'agit d'une nouveauté. Nous irons aussi auditer cet item là qui n'était pas prévu au départ.

Madame RIVAT-CACLARD : il s'agissait d'un critère standard mais comme ce n'était toujours pas fait, il le mette en obligatoire.

Docteur LABIDI : le deuxième tour aura lieu au mois de juin.

## 9. Chefferie de service, chefferie de pôle

Docteur LABIDI :

### ❖ Anesthésie

Le Docteur FLEURY remplacera le Docteur ALVADO à son départ en retraite en tant que chef de service anesthésie,

### ❖ Aunay

Le Docteur PARIS va remplacer le Docteur RUET chef de Service au SSR neuro-locomoteur,

### ❖ Médecine 2

Le Docteur LEGOUIX remplace le Docteur TIENGOU ; le docteur TIENGOU garde l'endoscopie,

### ❖ Chirurgie

Le Docteur DESJOUIS remplace pendant son absence le Docteur BONAMY,

### ❖ Chefs de pôle

Le Docteur DETROUSSEL devient chef de pôle d'Aunay,

Le Docteur ALVADO va partir ; il nous faudra un chef de pôle MCO ainsi qu'en psychiatrie.

Nous sommes en pleine réflexion concernant le projet d'établissement donc nous allons voir comment cela évolue. En prévision du départ du Docteur ALVADO, il nous faudra quelqu'un qui accepte de s'investir. Les volontaires peuvent se faire connaître ou si vous connaissez des gens que cela peut intéresser ils reviennent vers moi. Le PCME propose des noms au Directeur qui choisit.

## 10. EPRD – PGFP 2025

### Annexe intitulée « EPRD-PGFP »

Madame SINANG : je vais vous présenter le résultat prévisionnel 2025 par budget, le budget H qui est le budget principal des recettes et des dépenses 2025 et enfin le Plan Global de Fonctionnement Pluriannuel c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et des recettes que l'on prévoit sur les 5 prochaines années.

#### Slide 3

a) Le résultat prévisionnel 2024 : résultat entre les dépenses et les recettes.

Pour 2024 nous prévoyons un déficit de 7,2 millions d'euros qui va évoluer car nous attendons une dernière notification de l'ARS pour le mois d'avril mais qui va concerner l'année 2024. Sachant que sur ces 7 millions euros nous avons obtenu une aide de trésorerie de l'ARS de 4 millions. Donc le vrai déficit est de 11 millions. Ce déficit s'explique par une baisse d'activité : nous avons fermé des lits du SMR du 1<sup>er</sup> avril 2024 au 7 octobre 2024 et il y a eu en 2024 la réforme du financement des SMR. Avant 2024, le financement des SMR c'était 10% liés à l'activité et 90% de dotations. Depuis 2024, c'est 50/50. Donc si on ferme des lits pendant 6 mois, forcément cela a un impact sur le résultat. Nous avons constaté de façon globale une baisse d'activité en gynéco-obstétrique, en réanimation et en pédiatrie, ce qui impacte aussi le résultat.

Vous voyez le budget principal H – ligne bleue – et à chaque fois un résultat – dépenses moins recettes – pour chacun des budgets. Le budget de l'USLD est à moins 211.000 euros sachant que pour l'USLD, depuis deux ans, nous sommes à 30 lits alors qu'il y avait 50 lits en 2022, car pour construire le Court Séjour Gériatrique, nous avons revu notre capacitaire. Pour ce qui est de l'IFAS, nous sommes à - 2.600 euros, l'EHPAD à 1 million euros de déficit, pour les SSIAD, un déficit de 250.000 euros et au niveau de la MAS - 70.000 euros. Nous n'avons que des résultats déficitaires pour un total de 8,7 millions.

Docteur LE BELLEC : comment est-il possible d'avoir un résultat déficitaire comme sur l'IFAS ?

Madame SINANG : car nous avons des dotations et nos dépenses sont supérieures à nos dotations, sachant que nous avons eu des évolutions salariales qui n'ont pas été toutes compensées par les tutelles.

Monsieur MANGOT : nous avons des dotations pour faire fonctionner les structures comme la MAS et vous avez l'impact du Ségur qui vient revaloriser les salaires des professionnels, non inclus dans les dotations, donc cela nous fait faire un grand écart, vous avez le coût des énergies qui augmente et non inclus également donc la dotation ne suffit plus à couvrir les dépenses et nous ne sommes pas sur une atypie sur le plan RH en ayant trop de professionnels.

Docteur LE BELLEC : les dotations sont revues par des discussions annuelles avec l'ARS donc ils entendent ?

Docteur LABIDI : ils entendent mais ils n'ont pas d'argent non plus.

FO : 80% des EHPAD sont déficitaires, les dotations sont insuffisantes.

Monsieur MANGOT : ils entendent. On passe le million pour ces mêmes raisons sur les EHPAD. Il y a des décorrélations entre les sommes qu'on nous alloue et les coûts réels des dépenses.

FO : les dotations sont censées être dues mais c'est nettement insuffisant.

Docteur LE BELLEC : il y a des solutions pour les structures comme celles-ci ?

Monsieur MANGOT : la solution c'est de venir en pompier nous donner des aides en trésorerie mais ce n'est pas une réponse structurante, il y a une voie d'eau sur la coque du bateau et on met une rustine. Il y a une expérimentation possible, non mise en œuvre dans le Calvados et la plupart de nos résidents dépendent de l'aide sociale.

Docteur LABIDI : on ne choisit pas le prix de la journée à l'EHPAD.

Docteur LE BELLEC : on ne peut que constater mais il n'y a pas de solution en fait.

Docteur MANGOT : si nous avions la liberté d'augmenter nos tarifs, ce serait bien mais on peut faire le constat que sur Bayeux, nous n'avons pas les standards de prise en charge, nous avons encore les chambres doubles sans sanitaire. Nous n'avons pas les standards hôteliers classiques attendus aujourd'hui.

Madame SINANG : un des leviers pour l'EHPAD est une coupe AGGIR PATHOS qui va être faite avant le 30 juin et grâce à cette coupe, sera revu le niveau des dépendances et la dotation pourra être élevée au regard de la dépendance des résidents.

Monsieur MANGOT : les derniers échanges que nous avons eu avec l'ARS sur ce sujet nous ont laissé entendre que nous avons une précédente coupe qui était sur un niveau assez inférieur aux autres structures.

Madame SINANG : du département et de la région.

FO : il faut donc bien estimer et tracer.

Slide 4

b) Budget H : état prévisionnel des recettes et des dépenses 2025

Nous avons fait plusieurs réunions avec médecin DIM, PCME et équipe de direction pour émettre des hypothèses et construire notre budget prévisionnel.

#### Les recettes

Nous avons travaillé sur les recettes en ayant une estimation optimiste sur les séjours et en se référant aux années d'étude dynamiques : 2019 et 2023. Nous avons pris en compte les nouvelles activités, le Court Séjour Gériatrique à 18 lits à partir du 1<sup>er</sup> juillet contre 10 lits aujourd'hui. Nous avons également pris en compte le développement des hospitalisations de jour et la fermeture de 2 lits dans le service de Médecine 1 jusqu'au printemps pour cause de travaux avec la réfection des sols (données que nous avons au mois de novembre et décembre).

Monsieur MANGOT : nous ne serons pas capables au printemps de réouvrir les deux lits de médecine.

Docteur LABIDI : c'est 100.000 Euros par an un lit.

Madame SINANG : au niveau des dépenses, s'agissant des dépenses d'exploitation, nous avons pris en compte une augmentation des dépenses de personnel liée à l'ouverture de 8 lits en Court Séjour Gériatrique à compter du 1<sup>er</sup> juillet au regard de la maquette et nous avons été obligés de contraindre nos dépenses d'investissement. Nous limitons donc nos investissements courants malgré l'importante vétusté de certains équipements et installations et nous sommes obligés d'échelonner des investissements de grande ampleur. Ce que nous faisons également, c'est que nous répondons à tous les appels à projet. A titre d'exemple, pour « Investir au quotidien 2024 » nous avons obtenu 225.000 Euros

qui vont permettre de financer l'ascenseur à Nerval, un poids lourd et 3 lits pour l'ouverture des 8 lits du CSG.

Monsieur MANGOT : ce qui est particulier dans notre situation, c'est que nous avons, et sur tout le site Nesmond, nous avons des services rénovés mais nous avons beaucoup de vétusté concernant les véhicules, les ascenseurs, le biomédical. Nous n'avons aucun standard. Un couloir doit faire 2,40 m de large et au mieux un seul doit faire 2,10 m. Il y a des ascenseurs qui servent un peu à tout, ne sont pas dédiés à certains usages, qui n'amènent pas les gens directement dans les bons services. Nous avons donc des contraintes liées au caractère historique du bâtiment. La vétusté est installée, il faut la combattre tout en n'ayant pas la possibilité d'investir. Lorsque nous avons fait l'EPRD, nous avons pensé - concernant les travaux des deux lits de Médecine 1 et ce qui était prévu avec les équipes techniques et les entreprises - intervenir par en-dessous pour rénover, donc nous avons budgété une enveloppe de 150.000 €uros. Chose impossible techniquement après une première tentative. Nous allons être obligés de casser par-dessus et donc être sur un cout compris entre 400.000 et 500.000 €uros pour remettre en service deux chambres, ce qui est ahurissant. Le bâtiment nous amène à des contraintes incroyables.

Docteur DETROUSSEL : qui recense les différents appels à projet qui existent ? Existe-t-il une liste exhaustive ? Y a-t-il une personne en charge de rechercher les financements possibles que l'on peut avoir sur les différents projets d'établissement ?

Monsieur MANGOT : l'ARS envoie au secrétariat de direction et dès que nous sommes en capacité de répondre, nous instruisons les dossiers. Nous avons glané de cette façon 225.000 €uros sur 2024. Il y aura d'autres appels à projet sur 2025, on ne connaît pas les montants, les périodes auxquelles l'ARS lance les projets mais à chaque fois nous répondons en fonction de nos besoins. Nous avons répondu pour un ascenseur qui a 50 ans. Aujourd'hui dans une structure qui accueille du public, au bout de 20 ans l'ascenseur est changé, nous nous arrivons à 50 ans. Nous changeons un poids lourd car il a 30 ans, il fonctionne pas mal, il n'a pas de ceinture de sécurité, mais il n'y a plus aucune pièce pour le réparer.

Docteur LABIDI : il vaut peut-être de l'argent pour un poids lourd de collection ?

Madame SINANG : et ce que nous faisons c'est que nous allons sur le site régulièrement et dès qu'il y a des appels à projet nous postulons.

Madame RIVAT-CACLARD : les appels à projet sur le site de l'ARS sont mis à jour.

Docteur DETROUSSEL : parfois il y a des annexes d'autres sites qui offrent des appels à projet mais est ce que nous faisons d'autres recherches que passer par l'ARS ?

Madame RIVAT-CACLARD : à la question posée relative à des mécénats ou des associations, non, il s'agit plutôt des fondations des hôpitaux de France des choses comme cela ?

Docteur DETROUSSEL : oui par exemple pour le jardin, nous avons fait des appels à projet beaucoup plus larges je pense qu'il doit exister pour nos problématiques des appels à projet dont nous n'avons pas forcément connaissance.

Madame SINANG : parfois sur Hospimédia, ils font référence à certains appels à projet, donc comme il y a une veille, nous recevons des mails et nous postulons.

Monsieur MANGOT : il faut parfois se méfier de certains appels à projet car il y a des appels avec une logique de co-financement. Quand bien même on le décroche, on se retrouve à co-financer un projet qui n'est peut-être pas la priorité puisqu'on a des éléments plus importants à remplacer. Donc il faut que cela corresponde à un besoin qui est pour nous essentiel et prioritaire.

Madame RIVAT-CACLARD : quand il s'agit de médico-social en général il s'agit de co-financement. Dans le meilleur des cas, ça va jusqu'à 70% mais souvent c'est 50%.

## Slide 5

Madame SINANG : l'hypothèse émise (colonne violette - nous avons travaillé plusieurs fois l'hypothèse en étant réalistes mais optimistes) montre en première partie l'ensemble des recettes. Nous prévoyons 113 millions de recettes au regard de l'activité et au niveau des dépenses, nous prévoyons 123 millions de dépenses soit un déficit prévisionnel de 10,2 millions €uros. Nous présentons cet EPRD sans aide de trésorerie comme demandé par l'ARS.

Monsieur MANGOT : sur des données volontaristes.

Docteur LABIDI : nous n'avons pas fait non plus n'importe quoi. Nous avons essayé d'être optimistes et raisonnables.

Monsieur MANGOT : sur le nombre de naissances, en 2024 nous étions descendus en dessous des 400 naissances et nous nous sommes dit, bien qu'il y ait une baisse de la natalité, nous espérons revenir au seuil des 400 naissances. Nous n'avons pas fait une prévision de 500 naissances en 2025.

Docteur PROVOST : à M2 2025 les chiffres sont sortis tout à l'heure, nous sommes à +14% par rapport à 2024 ; nous avons fait une grosse chute. Entre M1 qui était très pessimiste et M2, c'est mieux.

Monsieur MANGOT : et pour information, au sujet de cet EPRD que nous avons envoyé, nous nous sommes dit que si l'agence nous le retoquait, on nous ne pouvions pas gonfler les recettes et pas descendre plus bas au niveau des dépenses. L'ARS nous a validé notre EPRD.

Docteur LABIDI : première fois depuis combien d'années et il est validé du premier coup et avant le mois de juillet ?

Monsieur MANGOT : l'ARS valide le fait avec que qu'on leur présente la cible à moins de 10 millions ce qui leur semble logique. Beaucoup de situation dans les établissements se dégradent.

Madame SINANG : sachant qu'en plus au niveau des activités qui sont financées par la T2A, l'ARS nous a indiqué que désormais les augmentations salariales étaient incluses en partie dans la tarification des séjours. Les établissements qui n'arrivent pas à avoir de l'activité vont avoir des difficultés pour financer les augmentations salariales. Avant il y avait un financement à part.

Docteur PROVOST : attention au caractère potentiellement trompeur de l'annonce de l'augmentation de l'ONDAM à 2 ou 3 car cette augmentation doit être lue au travers du Case-mix de l'établissement c'est-à-dire de ce que fait l'établissement et vous avez souvent des augmentations très substantielles de valorisation par exemple sur des greffes hépatiques – on n'en fait pas beaucoup au CHAB – si les greffes hépatiques sont augmentées de 10% car c'est extrêmement coûteux, et bien il y a des tarifs qui peuvent diminuer ailleurs. Quand on vous annonce une ouverture de l'ONDAM de l'ordre de 3%, il faut le mesurer et vous verrez que vous êtes à 0.8. 2024 a été encore plus vicieux puisque l'ancien directeur du Mans était un financier de haut vol, il s'appelle Olivier BOSSARD, et il avait mis en évidence que le mécanisme de revalorisation des actes de l'activité, était quasiment réservé qu'aux établissements qui dépassaient la garantie financière. Le diable est dans les détails.

FO : l'ONDAM est dans un bloc fermé. Ils n'ont pas expliqué par exemple que dans l'ONDAM les charges patronales allaient augmenter.

## Slide 6

### Plan Global de Financement Pluriannuel

Madame SINANG : il retrace l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles pour les 5 prochaines années et l'ensemble des ressources pour financer les investissements dans le cadre du tableau de financement des investissements.

Nous avons une enveloppe fermée pour 2025 pour 2,4 millions Euros et une enveloppe sur les 4 autres années de 2,5 millions Euros pour pouvoir financer à minima les opérations courantes.

Nous avons ensuite des opérations majeures qui parfois sont financées par l'ARS notamment pour la réhabilitation de la MAS – je rappelle que nous avons obtenu 1.5 million Euros par l'ARS. Nous avons également la réhabilitation du bâtiment Alizés pour la psychiatrie, nous avons le plateau de consultation externe dont les travaux sont prévus jusqu'à la fin de l'année, nous avons l'appel malade de la Médecine 1 et la reconstruction de l'EHPAD de Champ Fleury – cette année concerne les études – et ensuite il y a un financement de 10,35 millions Euros par le Conseil Département et l'ARS.

Nous avons prévu des travaux dans le bâtiment Ducouret pour l'UCP.

Monsieur MANGOT : autant l'ARS a validé notre budget 2025, autant ils ont rejeté notre PGFP. Ils veulent qu'on leur présente d'ici fin avril une version améliorée. On va leur faire une version non pas améliorée mais dégradée. Car là où nous mettions 150.000 Euros pour la Médecine 1 on va l'augmenter à 500.000 Euros. Nous allons commencer par dire qu'il faut être réaliste et voir la réalité en face. Nous avons un certain nombre d'opérations de travaux pour maintenir et garantir la sécurité du site ; il nous faudrait quasiment 24 millions Euros sur les 10 prochaines années. L'enjeu de discussion auprès de l'ARS autour d'une logique de reconstruction du site va commencer sérieusement à se poser. Nous avons injecté 33 millions pour maintenir Nesmond à flot sur les 20 dernières années – la dernière grosse opération a concerné les urgences, la chirurgie, le bloc et la réa ce qui a englouti 28 millions. L'établissement ensuite a fait le gros dos pour l'investissement courant car il fallait le digérer financièrement. Aujourd'hui nous avons de la vétusté partout. Il s'agissait des derniers mètres carrés disponibles. Nous n'avons plus rien, le site est arrivé à saturation. Quand on regarde les surfaces de la pharmacie, vous auriez besoin, par rapport aux références que nous avons, du double de surface. Aujourd'hui, pour l'activité que nous faisons, nous aurions besoin de 35% de surface supplémentaire. Nous ne pouvons pas le financer, ce ne serait que sur la base de crédits nationaux qui sont délégués.

Docteur LEGOUIX : c'est comme pour Lisieux. Ils ont fait la demande car ils ont besoin d'une grosse enveloppe pour reconstruire et remettre en état.

Monsieur MANGOT : nous avons plusieurs avantages. Le premier c'est que nous avons la réserve foncière à Vaux-sur-Aure sur le site de la piscine donc nous n'avons pas besoin d'acheter de terrain, le projet est bien compris de la part du maire, de la part du président du Calvados que nous avons rencontrés dernièrement. Nous allons le défendre auprès du DG de l'ARS ; ce qu'il faut aujourd'hui c'est que dès lors qu'il y aura des financements, et il y en aura, dans 3 ans, dans 5 ans, il faut que nous soyons identifiés comme archi prioritaires. Ce dont j'ai peur pour notre site Nesmond, c'est qu'au bout d'un moment, en fonction des contraintes de normes, on nous demande d'arrêter certaines activités en argumentant que nous ne garantissons pas l'environnement sûr qui est désormais obligatoire. Nous nous fragilisons avec notre offre de soins petit à petit et le jour où on nous dira que l'on a les financements pour nous accompagner, que l'on ait complètement appauvri l'établissement.

FO : comment fait-on pour articuler tout cela ? D'un côté on nous dit reconstruction dans quel délai ? a 10 ans ? a 15 ans ? A 5 ans ? On ne sait pas. Et dans le même temps on nous dit que l'on va faire des travaux ici pour faire l'UCP ? On va peut-être arrêter de faire les travaux pour l'UCP car dans 5 ans on va reconstruire ? La solution magique c'est de reconstruire illico presto. Ce qui m'inquiète un peu et nous l'avons vu avec des exemples très récents à Alençon à ou Avranches, où ils ont eu des fonds Ségur pour reconstruire les hôpitaux. Il n'y a pas de reconstruction mais on les réhabilite. Avranches, Granville et Alençon y ont vraiment cru et deux trois ans après c'est pareil.

Monsieur MANGOT : nous en sommes au stade où nous sensibilisons les pouvoirs publics et administration sur le fait que cela vaut la peine de tout regarder. Nous avons mis 33 millions sur les 20 dernières années, il faudrait en mettre 24 pour se mettre en sécurité sur Nesmond. Nous avons chiffré le coût de la reconstruction avec les standards. Nous nous sommes simplement permis de mettre les unités Médecine 1, 2 et 3. Si on fait cela, on sait que le chiffrage de coût de reconstruction se situe entre 105 et 115 millions Euros. Quand on voit que sur les 30 dernières années on a englouti pratiquement 50, cela vaut la peine de se demander si les prochaines grosses opérations qui sont de toute façon vouées à être

en durée limitée car il est peu probable que dans 20 ans, sur ce site, ce sera un hôpital, je ne peux y croire. C'est à nous de convaincre les décideurs sur le fait qu'il y a un point d'équilibre qui est sans doute dépassé et que là il faut vraiment penser à autre chose car cela revient peut-être à jeter l'argent par les fenêtres que de réinjecter de l'argent par millions pour un projet qui n'a pas de sens.

Docteur DAVARD : quelle est la position de la mairie de Bayeux ? Est-ce qu'elle peut nous aider à financer ?

Monsieur MANGOT : ils peuvent appuyer notre projet c'est le cas, financer directement ce n'est pas dans les attributions d'une mairie ni dans celles du Conseil Départemental mais la région oui. J'étais au bilan de mi-mandat d'Hervé MORIN et il aime à dire que les normands quand on les interroge sur leurs premiers besoins, ils ne répondent pas le logement ni le travail mais ils répondent la santé. La région a une démarche pro-active pour équipement lourd ou pour participer aux financements de reconstruction d'hôpitaux. Ce qui est intéressant pour la ville de Bayeux c'est de garder un établissement sur le territoire de la commune. Nous sommes le plus gros employeur. Les bâtiments de Nesmond seraient revendus et il y a donc une autre logique. Pour ce qui concerne bâtiment des Augustines dans lequel se trouve la pharmacie, nous avons déjà des sociétés qui sont venues et qui ont fait des propositions en nous disant avoir des investisseurs privés pour logement de luxe. Le moment est venu pour dire à tous regardez ce qu'est le déficit de fonctionner au quotidien dans ce bâtiment. L'autre argument est celui de l'offre de soins. La vision qu'à le CHU de nous a évolué. Aujourd'hui, ils sont beaucoup plus dans une logique de réinnover avec des internes, on accompagne des développements d'activité. Nous ne l'avons pas évoqué mais nous avons un jeune ORL qui va venir, le Professeur BABIN est venu nous voir, il nous garantit l'arrivée d'internes, d'assistants. Il nous a dit que s'il y avait un trou d'air il viendrait lui-même consulter sur Bayeux et en fait la direction du CHU se rend compte qu'elle ne peut pas absorber le flot quotidien des besoins et l'expertise. Ce que nous faisons en endoscopie, en prise en charge de nos patients c'est autant d'activité qu'eux peuvent recentrer sur d'autres besoins liés à l'expertise.

Docteur LABIDI : en 20 ans, nous avons énormément développé l'activité, il faut voir tout ce qui existe en transversal, l'HDJ, l'HPDD etc... il y a beaucoup de développement. Nous n'avons pas de concurrence, pas de clinique privée, donc nous avons une offre à mettre en valeur et montrer aux élus, à l'ARS, que nous sommes présents, que nous existons et que nous sommes utiles. Nous pourrions faire plus si nous avions des locaux et des possibilités de développement.

Monsieur MANGOT : nous avons des sollicitations de chirurgiens de cliniques caennaises, soulignant qu'ils n'ont pas assez d'accès au bloc, nous demandant si l'ambulatoire est possible chez nous.

Docteur HEUSSE : nous avons de plus en plus de jeunes stagiaires.

Monsieur MANGOT : et nous sommes dans une position de choix avec le Pré-bocage et le Bessin. Nous sommes la seule offre de soins, il n'y a pas de concurrence clinique. Nous avons beaucoup de points positifs.

Docteur CARIDROIT : il y a beaucoup de départs à Saint Lô.

Monsieur MANGOT : il y a pas mal de choses que nous pourrions développer avec beaucoup d'enthousiasme de la part des équipes mais souvent nous nous heurtons au fait que nos locaux sont hyper contraignants et nous n'avons pas de mètres carrés pour de nouveaux projets.

FO : le PGFP a été rejeté, vous allez en présenter un nouveau encore plus dégradé on peut donc supposer qu'il va être de nouveau rejeté.

Monsieur MANGOT : d'ici là, nous aurons eu l'échange avec le DG de l'ARS pour qu'il prenne connaissance de la particularité de l'établissement. Lorsque nous avons eu notre dernier point finance avec l'ARS, nous n'avons pas masqué les difficultés et ils nous ont conseillé d'aller voir directement le



DG de l'ARS, ce que nous avons prévu. Nous avons besoin de l'avis de la CME sur l'EPRD et surtout le PGFP. J'ajoute que l'ERPD et le PGFP tel qu'ils sont faits, nous paraissent être la seule voie raisonnable.

Voix contre : 0

Abstention : 0

Voix pour : unanimité

Le Docteur LABIDI propose de passer au sujet concernant le stationnement.

## 11. Stationnement

Monsieur MANGOT : si nous reprenons l'historique, nous sommes dans une situation que vous connaissez depuis des années, complexe, moins problématique sur la basse saison puisque le parking d'Ornano est gratuit, ce qui solutionne à peu près les problématiques.

Docteur YBERT : les barrières sont levées, on ne paie pas aujourd'hui.

Monsieur MANGOT : du jour au lendemain, nous avons eu la désagréable surprise de voir les véhicules qui stationnaient sur le parking rue aux Coqs et le parking à côté du self notamment, et tous les médecins avec leur caducée, qui se sont trouvés être verbalisés alors que pendant les 8 à 10 dernières années ils pouvaient le faire. Nous n'avons pas été informés. Ça a commencé un jeudi soir et c'est le Docteur LABIDI qui m'en a informé. Nous avons le nombre de parking qui diminue mécaniquement avec les travaux. Plusieurs voix se sont élevées pour interpeller la mairie et plusieurs réunions ont eu lieu. L'équipe de direction a entamé des démarches, conjointement à une démarche pro-active de la part de la communauté médicale.

FO : nous avons entamé une démarche en mai 2024. Notre organisation syndicale et la direction avaient rencontré le maire et tous les points avaient été soulevés. Pour FO il y avait eu des préconisations.

Monsieur MANGOT : la mairie entend et la pression qui a été mise collectivement leur a permis de prendre conscience de l'ampleur du sujet. Nous sommes atypiques. Certes, des employés de la mairie, de Bayeux Intercom doivent se stationner mais le site Nesmond c'est 460 professionnels jour et nuit. Normalement c'est à l'employeur de gérer le parking de ses professionnels mais nous n'avons pas d'argent ni de surface pour cela. Ce que nous allons faire avant l'été c'est restructurer le parking devant Nesmond au pied du bâtiment et nous allons l'aménager prioritairement pour les besoins des patients qui viennent sur les consultations externes notamment. Il y aura des systèmes de barrières. Nous allons aménager du mieux possible en limitant au maximum le coût. Concernant le parking qui est à côté de la DRH, avec les barrières, nous allons détruire le mur qui est au fond et allons aménager le jardin d'agrément qui se trouve derrière le bâtiment de la direction. Nous allons gagner 12 places sur cette partie là en restructurant le parking des médecins avec un couloir pour pouvoir y accéder et ainsi mettre plus de voitures. Quand vont redescendre les consultations externes, nous allons bénéficier de 30 places qui seront libérées sur Champ Fleury, car nous avons goudronné l'été dernier une zone complémentaire, la mairie nous a apporté une réponse structurée mais ils ne peuvent pas communiquer pour l'instant car ce n'est pas encore passé en Conseil Municipal, mais il y a une réflexion sur le parking d'Ornano, qui ne sera jamais gratuit pour nous, mais il va y avoir une logique d'extension sur d'Ornano sur une partie payante, et notamment sur la partie bus où ils vont créer environ 80 places et là il y a une réflexion sur une logique de possibilité d'abonnements et autres éléments. Dans Bayeux il y aura à priori des zones bleues complémentaires qui sont intéressantes car avec notre macaron CHAB et le disque, nous pouvons dépasser les heures de stationnement sans limite de durée et sans verbalisation. Ils vont également aménager le long de Champ Fleury un parking en épis pour se garer.

FO : c'est la mairie qui finance ?

Monsieur MANGOT : oui sauf les nôtres. Pour ce qui est du parking en épis, nous attendons de voir quelle sera l'emprise de la reconstruction de Champ Fleury car il y a une obligation de 2 m de retrait entre un parking et les murs d'une habitation. Nous avons perdu le parking dit parking infirmiers pour le personnel d'après-midi - 16 places - et ils ont créé un parking de 18 places. Nous faisons un échange de propriété et nous avons opté pour cette solution là car il pouvait y avoir simplement un droit d'utilisation pendant X années, ce que nous ne trouvons pas sécurisant. Nous préférons être propriétaires de cette parcelle, on ne sait jamais ce qu'il se passe, si un projet d'envergure avant lieu, cela sauterait, et la mairie prend en charge l'ensemble des frais notariés. Nous attendons les dernières propositions de la mairie mais ils ont pris en compte le problème. Il va y avoir d'autres aménagements mais cela nécessite de marcher 5 mn, parfois on a le temps, parfois pas. Les places du parking Gauquelin Despallières vont être redessinées car ils se rendent compte qu'ils peuvent gagner 40 à 50 places en faisant quelque chose de mieux structuré. Pour ceux qui ont le temps, cela permet de descendre à pied la rue Saint Malo. A noter que ce parking va rester gratuit. Quant à la question qui est posée concernant le parking au niveau des urgences et le fait que ce ne sont pas des gens de l'hôpital qui se garent à cet endroit, c'est un vrai sujet et c'est devenu plus problématique depuis qu'on se retrouve avec cette tension sur les parkings. On se rend compte que des gens qui ne fréquentent pas l'hôpital s'installent sur ce parking et vont faire leurs courses. Nous allons voir avec la mairie pour faire enlever les véhicules. Nous devons faire le point sur les propriétaires de bip et pour quelle utilisation. Nous devons maximiser l'utilisation des parkings. Des parkings peuvent avoir plusieurs profils d'utilisateurs.

Docteur CARIDROIT : je vous interromps mais ce qu'il faut prendre en compte ce sont les horaires tardifs des infirmières. Il ne serait pas illogique qu'elles bénéficient du parking le plus proche.

FO : en F3SCT nous avons émis des préconisations ; nous allons avoir une réunion jeudi prochain. Pour certains personnels, il faudrait ouvrir le parking DRH qui ne sert à rien les week-ends et le soir.

Monsieur MANGOT : nos zones de stationnement vont se retrouver augmentées, tant mieux, mais il va falloir que nous redéfinissions quels sont les personnels prioritaires car il peut y avoir des doubles utilisations en journée pour certains parkings - les personnels de nuit viendront se garer, les gens de jour seront partis et vice versa. Nous devons maximiser l'utilisation de nos parkings. Pour ce qui est des coûts, nous avons un coût de 100.000 €uros - que nous allons faire descendre - pour le parking devant Nesmond car il faut enlever la végétation, le muret si nous faisons des places supplémentaires. L'aménagement du parking derrière la direction nécessitant élagage et dessouchage, il y en a pour 7.000 €uros. L'idée c'est que nous mettions du gravier avec des sous couches ou des dalles pour éviter qu'il y ait des ornières quand il pleut. Le but est d'aménager ces deux parkings à moindre frais. L'aménagement du parking de Nesmond, celui qui se trouve près de la DRH et celui de la direction, si nous le faisons en puristes - goudronnés, avec évacuation des eaux en sous-sol - nous avons un chiffrage à presque un demi-million d'euros, nous ne pouvons pas le faire. Nous avons besoin de la mairie pour cela. Le permis pour démolir doit être accepté, ce qu'ils ont compris, ils seront facilitateurs. En théorie, derrière, si on faisait un parking, il faut que l'on respecte un certain nombre de contraintes techniques mais l'idée n'est pas de goudronner ni drainer les eaux, c'est de rester sur un sol qui absorbe les eaux de pluie. Il s'agit d'un parking qui n'a pas pour vocation d'accueillir le public, c'est vraiment un aménagement pour le compte des professionnels.

Madame LEROUX : serait-il possible d'avoir des places attitrées pour certains médecins qui ont des difficultés à se garer le soir, la nuit et le week-end ?

Docteur LABIDI : nous nous sommes dit que pour les astreintes, puisque dans la cour arrière il n'y a pas d'ambulance la nuit et le week-end, les personnels d'astreinte peuvent faire enregistrer leurs plaques et se garer à cet emplacement. Ça ne « mange » pas les places du personnel qui travaille la nuit et qui peut se garer. Lorsque la pharmacie, les pédiatres ou les anesthésistes viennent en urgence, ils peuvent se garer. Il faut faire une demande d'enregistrement à la DSEL.

FO : il faut aussi rappeler que les gens qui ont la carte handicapé peuvent se garer sur n'importe quelle place.

Docteur CARIDROIT : handicapé oui mobilité réduite non.

Monsieur MANGOT : c'est pourquoi les barrières doivent être fonctionnelles et pas levées en permanence dans la journée sinon les gens vont venir se garer par opportunité.

Docteur CARIDROIT : et pour les patients, nous n'avons pas la capacité de Champ Fleury.

Monsieur MANGOT : sur Champ Fleury vous avez des types différents d'utilisateurs. Vous avez les consultations externes, les praticiens. Nous pensons que le parking de Nesmond, quand il ne sera identifié que pour les besoins des consultants, sera une bonne chose. Il ne faut pas qu'ils passent leur journée dans Bayeux et viennent chercher leur voiture le soir.

Docteur HEUSSE : il faut faire comme au CHU avec une ou deux heures.

Docteur LABIDI : il faut déjà trouver une solution pour ouvrir la barrière. Est-ce le standard qui va faire une vérification ? Si tu prends un ticket comme au CHU, on peut aller faire autre chose pendant une heure gratuite. Les gens qui iront faire leurs courses pourront le faire. Même, comme certains le suggèrent, si cela est payant, il ne faut pas que les gens de l'extérieur viennent se garer sur ces emplacements et fassent autre. Un code barre oui, qui change tous les jours pourquoi pas, il faut voir.

## 12. Poursuite accompagnement bloc opératoire

### Annexe intitulée Accompagnement bloc opératoire »

Monsieur MANGOT : il faut que nous continuions le travail engagé sur les blocs. Nous avons été accompagnés en 2024 par la société EFFIGEN qui a fait un vrai travail de diagnostic de nos caractéristiques et de ce qui pouvait évoluer. Je rappelle que le bloc représente un coût conséquent donc quand un bloc est ouvert avec nos professionnels, il faut qu'on utilise au mieux ces temps opératoires avec des patients qu'on opère donc des recettes. Tout bloc qui ne fonctionne pas sur des temps longs, c'est de l'argent que l'on perd. Notre bloc c'est aussi un des enjeux de notre développement futur d'activité car nous avons recruté une troisième urologue, nous avons un ORL qui arrive, nous allons avoir un assistant de chirurgie digestive en fin d'année, nous avons un docteur junior en chirurgie digestive, un chirurgien digestif qui va venir pour six mois et qui probablement va prendre un poste de PH... Nous avons besoin d'utiliser au mieux notre bloc en ayant le souci de nos patients en aval du bloc, sur une prise en charge en ambulatoire, une exploitation la plus aboutie possible de nos 30 lits de chirurgie. Notre bloc est au cœur de beaucoup de nos enjeux.

Slide 1 à 7

Pour rappel, la société EFFIGEN nous avait dit que nous avions plusieurs axes de travail dans les chantiers essentiels c'est-à-dire revoir la planification car elle était datée : qui occupe quelle salle, jour après jour, au fil du temps. Le constat a été que lorsque nous intégrions de nouveaux chirurgiens, on ne revoyait pas forcément en profondeur la planification et au fil du temps, nous nous sommes retrouvés avec des plages dévolues à certains praticiens ou spécialités pas suffisamment exploitées avec des jeunes chirurgiens qui nous disaient vouloir plus de temps et nous nous rendions compte qu'il fallait revoir cette planification. En théorie, une planification se fait dans le cadre du conseil de bloc et à chaque fois que l'on intègre un nouveau chirurgien on fait le point sur la planification afin de savoir si l'on est cohérent et si l'on arrive à offrir des créneaux suffisants aux uns et aux autres.

EFFIGEN avait également identifié un autre sujet : la programmation. La programmation c'est : à partir du moment où je suis au bloc, j'ai un programme opératoire, est ce que je suis capable, si j'ai des

annulations ou des patients à intervertir, est ce que je sais de manière assez souple et rapidement proposer sur le créneau opératoire un autre profil de patient, ce qui est compliqué à faire. Il y a des règles souvent classiques que l'on retrouve : un créneau qui va se libérer d'une spécialité est proposé aux praticiens de la même spécialité et s'ils n'ont pas de volume opératoire, proposer ces créneaux à d'autres spécialités. Il y avait également des outils permettant d'avoir des données et des indications sur les éléments à suivre : taux d'ouverture, taux de débordements, taux d'occupations, quel delta entre les deux, comment on explique certaines données chiffrées, notre taux de débordement. Nous avons un bloc polyvalent donc plus compliqué à organiser. Lorsque vous avez des blocs de spécialités qui ne font que du froid, il y a moins de difficultés mais lorsque vous avez des blocs comme les nôtres qui font du froid et du chaud, sans salle dédiée à l'urgence, cela veut dire qu'il faut être capable de gérer l'urgence et déplacer un programme. C'est d'une grande complexité.

Enfin, pour être vraiment complet, vous devez travailler sur vos thésaurus, fiche signalétique des différentes chirurgies que nous réalisons qui doit être la plus précise possible pour que l'on puisse placer les patients sur des programmes et dans des salles avec une cohérence globale. C'est tel praticien qui doit faire telle intervention donc tel matériel. On connaît ses temps opératoires, on sait qu'il va être sur un programme avec une durée précise type 1h30. A partir du moment où on est précis, on sait comment bien occuper une salle tout au long de la journée. Si on n'arrive pas à faire cela, il y a forcément des temps entre deux interventions qui vont s'allonger, on va avoir des patients que l'on ne va pouvoir faire monter dans des temps adaptés et au final, nous n'arrivons pas forcément à bien exploiter nos salles donc c'est bien d'être accompagné car dur à réaliser.

#### Slide 8 à 12

Tous les thésaurus sont listés. Un thésaurus sur un pace maker c'est la mise en place ? Remplacement de boîtier ? Quel type de pace maker ? Nous allons avoir besoin d'aller sur ce niveau de précisions là les durées opératoires peuvent être différentes. Une thyroïde, est-ce que c'est une lobectomie unilatérale, une lobectomie endoscopique unilatérale, totale bilatérale ? Ces éléments ont besoin d'être précisés pour que nous arrivions globalement à avoir beaucoup de finesse. Une amputation, est-ce que c'est du fémur ? Du genou ? Du pied ? Plus on va réussir à descendre dans notre niveau de granularité mieux nous allons être. Beaucoup d'items sont à préciser. EFFIGEN vient avec des thésaurus venant de la France entière et l'idée est de nous aider en nous proposant le bon Thésaurus qui nous correspond et que nous avons à ajuster à la marge pour répondre à cet enjeu. Ils nous invitent également à avoir des indicateurs réguliers de suivi de l'activité du bloc. Début d'année 2025, nous avons augmenté notre taux d'ouverture à 73% c'est bien, la cible, en tant que bloc polyvalent comme le notre doit être à 75%. Globalement, nous offrons une ouverture qui est correcte, qui correspond à ce qu'il faut faire, mais nous n'occupons les salles qu'à 66%. Notre taux de débordement est normal, il faut qu'il aille jusqu'à 10%, nous sommes à 7% ; rien n'est vraiment atypique. Aujourd'hui, la réponse c'est nos Thésaurus, nous n'arrivons pas à suffisamment exploiter nos différentes salles. Ces éléments macroscopiques, nous avons du mal à les voir, car lorsque nous sommes immergés dans le fonctionnement au quotidien du bloc, il y a des choses que l'on voit et d'autres pas. C'est lorsque l'on a le recul et des données consolidées que l'on s'en rend compte. Nous avons toujours cette même caractéristique qui était celle présente lorsqu'ils avaient fait leur audit, on utilise notre bloc le matin globalement (slide 4 rectangle jaune) le démarrage a un peu de retard, nous exploitons à 80% et un peu plus sur la première partie de la matinée, 9h/10h, la courbe a tendance à s'écrouler légèrement, et arrive la période du repas de midi où on a un creux d'activité et on a juste un rebond l'après-midi. Nous avons encore cette caractéristique propre aux blocs rencontrée dans les années 2000. Pour progresser, nous avons besoin de ces données précises. Quand au regard du 3 mars au 30 mars, on retrouve les mêmes caractéristiques. Nous avons ouvert à 76% mais en taux d'occupation nous sommes à 64%. Le taux de débordement est inférieur à 10%. On a un peu de marge. La caractéristique bloc sur le mois de mars c'est toujours un peu la même chose, un petit retard au démarrage, une bonne exploitation en première partie de matinée, un petit peu moins en deuxième partie de matinée, le creux du midi, le petit rebond de l'après-midi.

EFFIGEN va donc nous aider à avancer sur nos Thésaurus et l'idée est que nous continuions à avoir nos conseils de bloc une fois par mois pour entretenir la dynamique car faire bouger l'environnement du bloc est complexe, de par la multiplicité des intervenants, cela n'a rien de simple.

Docteur FLEURY : il faut mettre l'accent sur l'accès à l'informatisation par les chirurgiens eux-mêmes. Ils ne doivent pas passer par l'intermédiaire de leur secrétaire. Dans la nouvelle fiche de bloc, qu'ils sont censés remplir eux-mêmes, on leur demande la durée probable d'intervention - c'est mieux rempli surtout par les chirurgiens digestifs. On a une visibilité beaucoup plus nette pour l'activité des anesthésistes mais aussi pour le staff.

Docteur LABIDI : comment peut-on faire pour vous aider ? Faire des comparatifs ?

Docteur FLEURY : rien que de mettre un petit mot d'observation sur les patients compliqués dans les services, c'est exceptionnel et nous sommes obligés de les accompagner.

Docteur PROVOST : et les comptes-rendus d'hospitalisation, les comptes-rendus opératoires « Mon Cher Jean-Louis, j'ai opéré ta patiente... Tout s'est bien passé... ». C'est assez court. Je l'ai déjà dit précédemment, comme une copie d'internat, pas de mot clé, pas de point.

Madame SINANG : et ça a un impact sur les recettes.

Docteur THOMASSET : à la clinique du Parc, ils ont une grosse plus-value car ce sont des généralistes qui ont la main sur le codage et sur les hospitalisations, ils sont mieux notés.

Docteur PROVOST : un essai a été fait à Angers. C'est un médecin généraliste qui notait les observations médicales mais cela n'a pas duré car vous ne pouvez pas garder quelqu'un pendant 10 ans qui va être la petite main.

Docteur LABIDI : et il se retrouve au milieu de l'orthopédie, des anesthésistes etc...

Docteur THOMASSET : au parc, il y a eu un projet pendant 6 mois en amont. Les médecins généralistes sont 3 ou 4, ils ouvrent des consultations pré et post orthopédie et chirurgie bariatrique. Les médecins généralistes font des consultations postopératoires pour la gestion de la douleur, le suivi ensuite, la consultation orthopédie. Ils ont fait une valorisation de la prise en charge et les chirurgiens orthopédistes ont joué le jeu et ont compris.

Docteur PROVOST : il faut payer le PH chargé et il faut une activité qui va payer le PH, ce ne sont pas les médecins généralistes qui codent, c'est le DIM.

Docteur LABIDI : as-tu essayé de les revoir après la dernière CME ?

Docteur PROVOST : nous les avons revus et finalement il y a des efforts de faits mais le problème, c'est qu'il faut que cela dure. Pour l'avoir vécu pendant 3 ans à Angers, quand on parle de codage, on fait une courbe d'efficacité, ça tient deux jours, puis vient le premier appel téléphonique qui vous demande un code car à la base, ce sont les praticiens qui codent. Vous avez déjà eu l'excellente idée que ce soit le DIM qui code, les règles de codage ayant explosé.

Docteur LABIDI : et ça ne vaudrait pas la peine de faire des audits comme à la qualité ?

Docteur PROVOST : on leur a proposé une check-list, service par service. Malheureusement nous avons deux arrêts de travail au DIM ce qui fait que pour coder les 1300 à 1400 séjours mensuels, nous ne sommes que deux.

Docteur LABIDI : faire des petits audits mensuels en reprenant quelques dossiers d'orthopédie et essayer de leur montrer ?

Docteur PROVOST : c'est toujours un peu les mêmes. Certains sont réceptifs.

Docteur YBERT : il faut pouvoir les voir.

Docteur PROVOST : tu en as vu 3.

Docteur LABIDI : il n'y en a pas beaucoup plus.

Docteur PROVOST : on les a vus, on leur a expliqué etc... on ne leur a pas demandé de coder mais de mettre les mots clé.

Docteur LABIDI : et les encourager ?

Docteur PROVOST : c'est difficile.

Docteur YBERT : il faut aussi que les chirurgiens soient respectueux, c'est un travail conjoint.

Docteur THOMASSET : au Parc, il n'y en a pas un qui est chef de l'autre, les médecins font « à la suite » de l'autre.

Docteur PROVOST : au Parc cela fonctionne bien et diffère de l'Anjou, par contre, la seule chose qui les unis c'est le fait qu'aucun acte CCAM ne leur échappe.

Par rapport à l'investissement de soins, les efforts que cela représente, parfois le dossier est niveau 2 ou 3 alors qu'il devrait être à 1. Un contrôle sécurité sociale ne va rien dire, ça fait partie du jeu mais nous passons ainsi à coté de beaucoup de choses. Nous ne retrouvons rien dans les dossiers. Un patient est resté 12 jours pour une prothèse ou une prise en charge digestive, vous vous dites c'est forcément niveau 1. Quand le DIM voit ce type de dossier il se frotte les mains, se tourne vers le dossier médical. Observations : néant, CRH : il s'agit d'un courrier expliquant que l'intervention s'est bien passée et c'est les seuls renseignements médicaux que vous allez trouver donc avec ça vous ne pouvez rien faire.

Madame RIVAT-CACLARD : sans parler des lettres de liaison qui ne sont pas forcément signées. Nous assistons à des reports de sortie car les chirurgiens font les lettres de liaison, ne les signent pas quand les patients doivent sortir, mais quand ils ont du temps pour le faire.

Docteur PROVOST : il ne faut pas oublier le côté médico-légal. J'ai le dossier d'un patient qui est décédé à la suite d'une intervention, peu importe la discipline, pas de compte-rendu opératoire. Vous tombez sur une famille teigneuse dont le père est décédé, dont un fils habite à la Réunion. Il téléphone à son frère qui est à coté - c'est arrivé à Angers, c'est une histoire vraie - le frère va voir et boum plainte contre X. L'interne qui n'y est pour rien se retrouve à enlever lacets et ceinture au commissariat et là le dossier est saisi et on demande où est le compte-rendu et il faut l'expliquer. Nous avons eu un mort du COVID, famille de gens du voyage, là ça bouge plus vite. La famille a débarqué et ça aurait pu partir très vite en vrille. D'où les visites de l'HAS. Ils finissent par contrôler tous les points qui ont déjà posé problème.

Docteur LABIDI : Caroline on va peut-être essayer de les voir ensemble, les resensibiliser ?

Docteur PEYTIER : il est impossible qu'il n'y ait pas de compte-rendu opératoire.

Docteur PROVOST : et c'est compliqué 3 mois après. Ça nous arrive à tous mais 15 jours après c'est fait.

Docteur LABIDI : il faut nous donner les noms que l'on puisse aller les voir. C'est comme lorsque on fait des réunions de services. Ce qui viennent c'est toujours les bons élèves et c'est contreproductif de s'en prendre à ceux qui font. Il vaut mieux avoir des noms ou des statistiques et aller les voir.

Docteur PEYTIER : on peut faire attendre le codage qui ne se fait pas sans compte-rendu.

Docteur PROVOST : ce n'est pas une découverte, nous faisons des relances et avons des codes. Z008 pas de CRO, Z101 pas de CH et on en envoie tous les mois.

Docteur LABIDI : est ce qu'ils reviennent codés ?

Docteur PROVOST : pas toujours. Non seulement c'est partagé mais on leur envoie.

Madame RIVAT-CACLARD : vous les relancez mais ils n'ont peut-être pas une idée du nombre de dossiers non traités ?

Docteur YBERT : c'est ce qui est fait mais il nous a déjà été répondu « je n'ai pas de ça à faire ».

Docteur LABIDI : le compte-rendu opératoire c'est la base.

Docteur PROVOST : le compte-rendu d'hospitalisation aussi. On en a besoin pour les visites de certification.

### 13. Démarche ANAP 360

#### Annexe intitulée « Présentation démarche ANAP 360 »

Monsieur MANGOT : vous pourriez vous dire qu'il s'agit d'une énième sollicitation et vous n'avez pas tort. J'ai été contacté par l'ARS qui souhaite que l'ensemble des établissements normands passe par cette démarche ANAP.

Le docteur THOMASSET connaît car lui, pour le HAD, est déjà immergé dans cette démarche. L'ARS veut déployer cette démarche en commençant par les établissements les plus en difficultés pour basculer dans cette logique d'accompagnement.

Il s'agit d'une logique qui consiste en un appui terrain vraiment individuel, qui couvre plein de champs : les ressources humaines, les finances, les organisations médico-soignantes qui s'emparent de thématiques nouvelles comme le développement durable, le potentiel de développement d'activité HAD...L'idée c'est de nous aider à identifier nos propres marges de progrès qui pourraient être mises en place et ils iront jusqu'à nous faire des recommandations qui se veulent concrètes.

Il s'agit d'un temps qui va être séquencé en trois grandes périodes avec un enjeu de recherche de gains rapides sur les processus de gestion et notamment la trésorerie. Ils vont regarder à quelle vitesse rentrent nos recettes, comment l'améliorer, comment décaisser, comment piloter notre trésorerie en situation complexe puisque nous n'avons jamais assez d'argent pour payer ce que nous avons à payer aujourd'hui. Ils vont aussi regarder et nous aider sur une analyse à 360 de nos services administratifs, les fonctions supports et un focus particulier sur certaines thématiques ou éléments de contexte qui nous caractérisent ; l'enjeu est aussi de renforcer la gouvernance et la capacité à mettre en œuvre des plans d'action. Il s'agit d'un appui à l'organisation interne dans ses grands principes, d'une approche qui au départ est financière, restaurer une trésorerie nette positive mais notre crédit passe aussi par là. Si demain nous voulons décrocher des crédits au niveau national pour avancer et être accompagnés sur une reconstruction il faut que nous leur fassions la démonstration que nous sommes globalement déjà dans l'application des bonnes pratiques ou dans tous les cas dans les pratiques les plus abouties même si nous sommes dans une situation complexe. Restaurer une trésorerie nette positive, j'en rêve, Madame SINANG aussi, restaurer l'équilibre d'exploitation également, s'assurer du bon dimensionnement des équipes support finances, RH, achats, système d'information, s'assurer de la pertinence des organisations médico-soignantes, garantir la capacité de l'établissement à mettre en œuvre ses plans d'actions et développer les sujets structurants pour l'avenir. Le Docteur THOMASSET au titre de l'HAD a déjà commencé cette démarche.

Docteur THOMASSET : nous nous sommes rassemblés avec l'ANAP et 8 ou 10 HAD de la région car il y a des objectifs régionaux. Il ne s'agissait pas de tables rondes, à se tourner les pouces. Il s'agit plutôt de faire des focus sur les problématiques à développer. Nous avons différents objectifs nationaux, des choses qui sont pertinentes. On teste des outils et il y a un travail personnel entre chaque réunion. On doit utiliser les outils pour avoir des objectifs de développement. Nous n'avons pas senti de perte de temps. Cela répond à des questions, nous avons eu le sentiment que l'on peut se développer et ça a été très positif.

Madame RIVAT-CACLARD : une des premières réunions consistait à faire une analyse entre le développement potentiel et une analyse du marché pour mieux connaître les besoins de la population, ensuite il a été proposé des pistes de développement d'activité.

Docteur THOMASSET : c'est très certifiant.

Madame RIVAT-CACLARD : il y aura ensuite la présentation de notre feuille de route. Une présentation nous sera faite au mois de juin ?

Docteur LABIDI : le Docteur THOMASSET nous fera effectivement une présentation à la prochaine CME du mois de juin.

Docteur THOMASSET : il faut aussi que je présente ce qu'est l'HAD, ce que cela apporte. Cette démarche est très positive.

Monsieur MANGOT : le planning consiste en un accompagnement sur 4 mois. Au bout de 4 mois, il nous est fait une restitution avec nos caractéristiques, ce que l'on peut dégager comme piste d'action et un suivi est assuré pendant 24 mois.

Docteur THOMASSET : et c'est gratuit.

Docteur HEUSSE : des audits comme ceux-là, on en a eu beaucoup.

Docteur LABIDI : le dernier nous a permis de mettre le service urologie en place.

Monsieur MANGOT : ça pourrait démarrer d'ici la fin de l'année.

Docteur TRUET : ça concerne quel service ?

Monsieur MANGOT : ils vont être dans une logique où ils vont venir investiguer plusieurs secteurs et les thématiques abordées seront : le process finance, les fonctions supports DIM DAF DAM DSI l'achat, le process RH, les organisations internes – bloc, maternité – je pense que la pharmacie sera forcément sollicitée d'une façon ou d'une autre, projet immobilier, développement durable, la gouvernance, l'équipe de direction, la communauté médicale.

Docteur LABIDI : nous avons déjà beaucoup de choses. Nous pouvons leur donner l'audit immobilier, l'audit de 2018...

Monsieur MANGOT : nous sommes en train de compléter tous les documents que nous allons leur transmettre. Nous allons leur communiquer le nom des personnes essentielles pour eux mais ce n'est globalement pas avant la fin de l'année et si jamais les dates se télescopent avec la visite de la certification, nous pourrons leur demander mars 2026.

Docteur LABIDI : c'est eux qui vont choisir en fonction de la liste des documents ?



Monsieur MANGOT : on leur envoie la liste des documents qu'ils souhaitent, ils vont venir nous rencontrer et peut être par exemple, concernant les achats, ils souhaiteront intégrer notre PUI ou des éléments qui toucheront chacun directement. On ne maîtrise pas cela.

Docteur CARIDROIT : ils pourraient peut-être nous accompagner dans la création de l'HDJ médical ?

Monsieur MANGOT : c'est cela, nous accompagner pour des projets qui ont du sens pour nous et qui présentent pour nous des difficultés dans leur réalisation. Ce sont des experts hospitaliers donc des pairs. Le retour du Docteur THOMASSET nous prouve que ce n'est pas une perte de temps. Ce qui va être intéressant c'est de voir comment eux vont nous aider dans les diagnostics et des préconisations opérationnelles. On pourra leur poser la question sur certains développements d'activité auxquels nous pensons, que nous ne savons pas réaliser ou nous emparer de ces sujets. Il doit y avoir des établissements en France qui ont les mêmes difficultés que nous ; l'envie, les ressources mais l'incapacité à les mettre en œuvre de manière facile.

Docteur THOMASSET : l'objectif est de faire et développer ce que l'on sait faire, c'est intéressant par secteur.

Docteur HEUSSE : sans besoin de financer ?

Docteur THOMASSET : non il s'agit de partenariat avec des spécialistes en fonction des filières. Le seul investissement c'est du temps.

Madame RIVAT-CACLARD : le recours à l'HAD dans la région est bon ; la cible en HAD au niveau national est à 30 et nous sommes à 27 alors que la moyenne dans la région est à 22. Nous avons un recours non négligeable.

## 14. Autorisation de cancérologie

Monsieur MANGOT : nous avons eu un retour sur nos autorisations de cancérologie ce qui est important car lorsque nous avons ces autorisations, se jouent notre dynamique, notre capacité à maintenir des prises en charge. C'est cette dynamique qui fait que nous arrivons à avoir des internes qui viennent sur des semestres car nous sommes identifiés comme faisant de la cancérologie. Il y a des enjeux extrêmement forts qui conditionnent notre développement d'activité.

Plusieurs bonnes nouvelles et une mauvaise. Nous avons les renouvellements pour les mentions oncologiques, viscérale et digestive. Nous avons également un renouvellement pour la mention chirurgie oncologique mammaire, nous avons un renouvellement pour la mention chirurgie oncologique indifférenciée.

Docteur PEYTIER : la chirurgie indifférenciée, c'est quelque chose de nouveau, nous ne l'avions pas. Nous avons travaillé dessus avec Madame SINANG.

Docteur LABIDI : que met-on dans la chirurgie indifférenciée ?

Docteur PEYTIER : nous souhaiterions mettre les thyroïdes et ce qui nous intéressait c'était la dermatologie. La filière est bien. Ce n'est pas nous vraiment sur le CHAB qui les traitons mais nos dermatologues font ce qu'il y a à faire. Il y avait des autorisations possibles. C'était un casse-tête.

Monsieur MANGOT : et nous avons l'autorisation pour les traitements médicamenteux systémiques du cancer, la chimiothérapie. Nous avons demandé, avec l'appui du CHU, d'obtenir l'autorisation pour avoir une activité d'oncologie en urologie car nous avons notre troisième urologue qui est arrivée, nous drainons des patients depuis Saint Lô où ils font un peu plus de consultation avancée, où les patients

sont opérés chez nous, et nous avons un urologue qui fait du robot sur le CHU, l'enjeu étant de densifier la réponse de cancérologie en urologie publique. Nous n'avons pas été suivis – nous souhaitons faire appel de cette décision, nous avons deux mois pour le faire - les arguments qui nous ont été opposés est que nous ne disposions pas auparavant d'une autorisation de chirurgie oncologique urologique mais il faut bien demander une première fois. Nous étions identifiés comme un peu moins prioritaires. Il nous a été opposé également que l'activité de chirurgie carcinologique actuelle qui est déployée sur le CHAB ne permet pas au regard des seuils enregistrés ces dernières années, de garantir une activité pérenne et conforme en termes d'atteinte de seuils.

Docteur PEYTIER : c'est incohérent. Quand on a 3 jeunes urologues qui arrivent, on ne peut pas avoir le seuil atteint.

Monsieur MANGOT : et le dernier argument qui nous a été opposé c'est qu'il existe une offre de chirurgie carcinologie urologique à proximité de la ville de Bayeux sur Caen et Saint Lo. Nous souhaitons sur des arguments qualitatifs essayer de d'apporter la démonstration que cela a beaucoup de sens de bénéficier de cette autorisation car cela nous permet d'envisager un développement d'activité en cancérologie urologique pertinent avec la dynamique qu'est la nôtre, structurée avec le CHU.

Docteur LE BELLEC : le CHU avait appuyé notre demande ?

Monsieur MANGOT : oui.

Docteur PEYTIER : il s'agit d'un marchandage très particulier, il y a le privé, le public, je vote pour toi et tu votes pour moi...Nous avons été en concurrence avec Lisieux.

Monsieur MANGOT cite des exemples concernant les demandes et les votes : concernant le A4 qui cible l'urologie, il y avait le CFB, Saint Martin, le CHAB, et l'hôpital privé Pays d'Auge site de Lisieux.

Docteur PEYTIER : je crois que c'est parce que Saint Martin n'a pas eu le D4 alors que le public devait voter pour le D4 et nous devons récupérer le A4.

Docteur LABIDI : si tu as le B tu as d'emblée le A. Nous nous sommes dit que tous ceux qui ont le B, on vote le B pour libérer du A.

Docteur PEYTIER : dans la discussion c'était ça. Voter pour le B4 de Saint Martin pour libérer le A. Nous avons donné à la FHF nos arguments.

Monsieur MANGOT : l'idée c'était d'affiner la stratégie du public.

FO : il s'agit de marchandage, c'est la guerre public/privé, c'est du copinage.

Monsieur MANGOT : il y a toujours une réunion préparatoire FHF pour défendre les intérêts du public, ce qui a été fait mais après il y a des ajustements.

Docteur LE BELLEC : combien de temps dure les autorisations ?

Docteur LABIDI : 7 ans.

Docteur PEYTIER : nous allons faire un recours. J'ai vu avec mes collègues urologues. Leur principal argument c'est qu'il y a des pertes de chance pour les patients qui sont opérés au CHU car c'est prendre plusieurs semaines ou mois de retard pour opérer : pas d'accès au bloc, pas d'accès au robot.

Docteur YBERT : à Noël, on a dit à un patient qui avait un problème de rein d'attendre le retour de congé maternité du Docteur CALVES.

## 15. Visite de l'agence de biomédecine

Docteur LABIDI : en mars, la visite de certification pour le prélèvement d'organes a eu lieu sur un jour et demi.

Madame RIVAT-CACLARD : ils ont surtout mis en avant l'implication de l'équipe et sa communication pour la collecte de dons d'organes. Ce qui nous reste à améliorer, c'est notamment la formalisation et l'imprégnation de la qualité.

Docteur LABIDI : ils font beaucoup de choses qui ne sont pas spécialement tracées et il n'y a pas de culture qualité. L'équipe est dynamique. Ils ont été impressionnés par tout ce que le CHAB faisait par rapport à la taille de l'hôpital en quantité et en qualité.

Madame RIVAT-CACLARD : en qualité mais non formalisée.

Docteur LABIDI : ils ont insisté sur le fait que le Docteur BALLEROY était un peu seul et que l'activité ne peut pas reposer sur une tête. Il va falloir penser à mettre une seconde compétence médicale dans l'équipe.

Madame RIVAT-CACLARD : sur le site d'Aunay, il y a une chambre équipée avec le matériel nécessaire mais entre les heures de décès et le temps que l'on a pour faire les prélèvements, nous ne pouvons pas le faire par manque de personnel. Cet audit positif nous sert dans le cadre de la certification.

Docteur DE BRISSON : concernant les dossiers des identifiés soins palliatifs, pourriez-vous nous informer du retour quand vous aurez la réponse ?

Monsieur MANGOT : il y avait aussi le retour de l'analyse que vous aviez faite Docteur PROVOST au moins +1 et on avait un retour terrain qui disait +2 donc nous avons renvoyé une demande à +2 qui correspond certainement beaucoup plus à la réalité de ce que nous assurons.

Docteur DE BRISSON : ce sont les professionnels de terrain qui sont tous les jours auprès des patients, il s'agit d'une valorisation.

Monsieur MANGOT : le dossier est remonté mais nous n'avons pas de retour.

Docteur LABIDI : dernière chose concernant la mailing liste. Elle va être débloquée mais le but c'est qu'elle ne serve pas à autre chose qu'à un but professionnel.

Docteur YBERT : pourquoi l'était-elle ?

Monsieur MANGOT : c'est moi qui l'aie bloquée car en une journée j'ai compté 70 mails. Plus ou moins sympa, plus ou moins amusants ou agressifs, une expression libre des uns et des autres. La boîte professionnelle était submergée par les avis des uns et des autres. Nous avons donc décidé de la stopper. Certains établissements sont très restrictifs et cadrent les échanges avec des droits donnés à certains utilisateurs – pharmacie, président de CME etc. La boîte professionnelle est dévoyée. Quand on veut mettre des professionnels en relation, il faut faire en sorte que la boîte mail reste à usage professionnel exclusif.

Docteur LABIDI : je vous rassure, j'ai envoyé des mails pour la certification et j'ai été bloquée. J'ai insisté auprès de l'informatique qui m'a répondu par la négative, demandant un mail de la direction. Il n'y a que le Docteur TRUET et le Docteur BRIERE qui avaient été débloqués. Je n'ai pas réalisé et j'ai envoyé deux trois mails.

Docteur DETROUSSEL : dans les questions diverses, nous avons une problématique assez récurrente mais actuellement nous faisons des prescriptions pour des attelles et autres systèmes que nous avons l'habitude d'utiliser. L'hôpital ne les fournit pas donc nous faisons des ordonnances pour l'extérieur pour des patients hospitalisés. Le remboursement n'est pas fait et il y a un reste à charge pour l'hôpital. J'ai vu avec Monsieur LEPETIT qui m'a dit qu'il fallait que nous fassions un grand listing de tous nos matériels. Ça va être long et fastidieux. N'y a-t-il pas une solution pour qu'on puisse avoir nos appareillages sans pour autant tout lister ?

Docteur PAIOLA : là il y a des délais jusqu'à 3 mois pour avoir une attelle.

Madame SINANG : Madame BONAFIOUS est en train de travailler sur la problématique.

Docteur PAIOLA : c'est un gros problème au quotidien, on a besoin de matériel relativement rapidement, ce ne sont pas des urgences vitales mais les délais sont beaucoup trop longs.

Docteur DETROUSSEL : quand on passe par le circuit habituel, parfois le patient est sorti avant d'avoir l'attelle. C'est un peu gênant.

Docteur LABIDI : ça passe par les achats de l'hôpital.

Monsieur MANGOT : on transmet l'information pour que Madame BONAFIOUS revienne vers vous rapidement.

Docteur DETROUSSEL : nous vous remercions.

Docteur LABIDI : merci d'avoir fait cette réunion par téléphone.

Docteur DETROUSSEL : il faudrait que la visio fonctionne à nouveau...

Le Docteur LABIDI lève la séance.

Docteur Magali LABIDI  
Présidente de la CME

