

CONSEIL DE SURVEILLANCE

Vendredi 25 avril 2025
Lieu : salle Martine Ducouret

Procès-Verbal



Centre Hospitalier Aunay Bayeux Conseil de surveillance



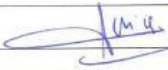






Fiche d'émargement

Le 25 avril 2025

Lieu salle Martine DUCOURET

Heure début de séance : 9h00

Heure fin de séance : 11h00

Membres	Collèges	Emargements
Mme Mélanie LEPOULTIER	Représentant les collectivités territoriales (Bayeux Intercom)	
M. Guillaume BERTIER	Représentant les collectivités territoriales (Ville du Molay Litry)	Excusé
Mr Patrick THOMINES	Représentant les collectivités territoriales (Isigny Omaha Intercom)	Excusé
Mme Lydie POULET	Représentant les collectivités territoriales (Ville de Bayeux)	
M. Patrick GOMONT	Représentant des personnalités qualifiées	Excusé
Mme Sylvie LE NOURRICHEL	Représentant les collectivités territoriales (Conseil départemental)	Excusée
M. Antoine MORICE	Représentant des personnalités qualifiées	
Mme Christine SALMON	Représentant des personnalités qualifiées	Excusée
Mr Xavier CLAUDE	Représentant des personnalités qualifiées (Usagers)	
Mme Delphine LAFARGE	Représentant des personnalités qualifiées (Usagers)	
Mme Johanne LEVY	Représentant le Personnel (CME)	
Dr Annie PEYTIER	Représentant le Personnel (CME)	Excusée
Mr Rodolphe GOSSELIN	Représentant le Personnel (organisations syndicales - FO)	
Mme Claire LOSTANLEN	Représentant le Personnel (organisations syndicales - FO)	
Mme Joëlle QUARCK	Représentant le Personnel (CSIRMT)	

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

Sommaire

1.	Approbation du procès-verbal du 24 janvier 2025	4
2.	Echange de propriété parking du CHAB rue aux Coqs et parking de la ville de Bayeux boulevard Maréchal Leclerc	4
3.	Restructuration du service d'addictologie et création d'une activité de CSAPA	6
4.	Dissolution du groupement de coopération sanitaire de la blanchisserie inter-établissements du Pré-Bocage à la Vire	12
5.	Autorisations de cancérologie.....	14
6.	Dispositif ANAP 360	16
7.	Point sur l'activité premier trimestre 2025.....	19
8.	Poursuite de l'accompagnement du bloc opératoire.....	21

Madame LEPOULTIER préside et ouvre la séance.

1. Approbation du procès-verbal du 24 janvier 2025

Madame LEPOULTIER demande aux membres s'ils ont tous reçus le procès-verbal du 24 janvier 2025 et si des modifications sont à y apporter. Le procès-verbal est approuvé à l'unanimité.

Elle propose de faire une modification dans l'ordre du jour et de commencer par la fin car Madame POULET doit partir dans la matinée. Le point numéro 8 de l'ordre du jour est donc abordé.

2. Echange de propriété parking du CHAB rue aux Coqs et parking de la ville de Bayeux boulevard Maréchal Leclerc

[Annexe « Note échange foncier Bayeux »](#)

Madame RUIZ prend la parole. Il s'agit d'une convention concernant le transfert de parcelle qui s'opère entre la mairie et l'hôpital pour retrouver les places de parking perdues, qui existaient rue aux Coqs, et récupérées sur le boulevard Maréchal Leclerc au profit de l'hôpital. Il existait environ 13 à 14 places sur le parking infirmières rue aux Coqs, qui n'était d'ailleurs pas très bien agencé. L'idée est de les transférer boulevard Maréchal Leclerc. Il y a des différences de surface à l'avantage du CHAB, les places sont mieux aménagées et sont bien situées par rapport à la localisation du site de Nesmond, ce qui va permettre de récupérer une place de parking supplémentaire. Comme tout propriétaire, tous les coûts d'entretien nous incombent mais ils sont vraiment réduits. Pour ce qui est de l'éclairage public et des espaces verts, Bayeux Intercom les finance. Il n'y a pas d'échange financier. La mairie se propose d'assumer tous les frais notariaux afférents.

Monsieur MORICE demande s'il y a un badge d'accès.

Madame RUIZ répond par l'affirmative ; la mairie a installé la barrière qui fonctionne avec un badge. La politique de stationnement va être prochainement travaillée par le CHAB. Aujourd'hui nous avons simplement transposé la localisation de fonctionnement mais au regard des autres travaux que nous allons faire sur les divers parkings, nous allons revoir la politique générale de stationnement de l'hôpital pour que les places de stationnement soient réparties le mieux possible. Pour ce qui est de ce parking, il s'agit de nos places et de notre parcelle, c'est pérenne.

Madame POULET ajoute qu'il s'agit d'un échange de propriété.

Docteur LABIDI souligne que ce parking est destiné aux infirmières qui travaillent l'après-midi. Ce n'est pas un parking médecin.

Monsieur MORICE demande quel est le nombre de place.

Madame RUIZ répond 15.

Monsieur MORICE remarque que ce n'est pas beaucoup.

Le Docteur LABIDI souligne que c'est que qu'avait le CHAB auparavant.

Madame RUIZ ajoute que le CHAB gagne quelques mètres supplémentaires et que les aménagements sont tout de même mieux. On peut circuler. Auparavant cela faisait une espèce de U, maintenant c'est en longueur, avec de l'espace pour manœuvrer, notamment pour reculer.

Docteur LABIDI approuve.

Madame RUIZ complète ses propos. Auparavant, il n'y avait pas signalisation donc les gens se garaient de travers et de la place était perdue. Maintenant c'est bien signalé. Il faut désormais travailler la politique pour faire une bonne utilisation de ce parking et des autres.

Madame LEPOULTIER demande s'il y a d'autres remarques ou questions sur ce point.

FO remarque que tant mieux si les places sont compensées mais ce n'est pas du gagnant gagnant. Il y a quand même une distance nettement supérieure pour les agents qui doivent regagner l'hôpital par rapport à ce parking. C'est le même nombre de place, oui, mais avec plus de distance et dans un contexte où il y a pénurie de parkings. FO attend la suite sur la résolution de gestion des parkings. Il y a urgence à se pencher sur le sujet.

On peut considérer que la situation va encore s'aggraver puisqu'avec la rénovation du musée, on peut supposer que cela va brasser plus de touristes qui ne viendront pas forcément qu'en bus donc FO pense que le CHAB n'a pas encore vu le bout du bout des problématiques de places de parking.

Madame LEPOULTIER souligne qu'il s'agit d'un vrai sujet.

FO ajoute qu'il s'agit d'un sujet pour tous les collègues et les usagers.

Le Docteur LABIDI spécifie que c'est un sujet partagé.

Monsieur MORICE observe que la problématique se situe notamment pendant la période estivale, les 6 autres mois de l'année il y a moins de monde, il y a peut-être une optimisation à avoir.

Madame LEPOULTIER note que c'est déjà le cas sur le parking d'Ornano.

Monsieur MORICE ajoute qu'il faut faire aussi en fonction du contexte touristique de Bayeux. Cela peut être intéressant de travailler sur des périodes plus faciles en termes de stationnement.

Madame POULET constate qu'il y a un vrai dialogue qui s'est établi entre Monsieur MANGOT et la mairie. Il y a déjà eu des réunions, des perspectives. Elle pense que la communication est le meilleur vecteur. Il faut rester en contact. Un vrai travail est fait.

Monsieur MANGOT conclut que le CHAB sera en mesure au mois de juin, lors du prochain Conseil de Surveillance, de faire un point plus global. La direction valide actuellement les derniers devis pour réaménager le parking devant Nesmond, aux bénéfices des usagers, et le réaménagement des zones de parking sur le jardin a déjà débuté. Tout est dessouché. La mairie a entrepris un travail pour être dans une logique de meilleure réponse aux besoins des professionnels du Centre Hospitalier dans la mesure du possible. En travaillant de concert, le CHAB et la mairie devraient maximiser d'un côté comme de l'autre les places à proposer. Mais ce premier point est un élément intéressant. On perdait ce stationnement et on le retrouve dans son intégralité, certes déplacé de quelques centaines de mètres mais on le retrouve et nous en sommes propriétaires. Nous n'avons pas de coût à supporter sur les frais d'enregistrement et de notaires donc c'est une réponse qui ne peut que nous satisfaire.

Madame POULET ajoute que le 10 juillet, jour du passage du Tour de France, le parking d'Ornano sera sanctuarisé pour le personnel de l'hôpital.

FO demande comment la mairie va s'organiser ?

Madame POULET répond qu'elle l'annonce et que les modalités seront communiquées au moment opportun.

Madame LEPOULTIER demande s'il y a des questions concernant ce sujet. Aucune remarque n'étant faite, elle propose de procéder au vote pour avis.

Vote contre : 0

Absentions : 2

Vote pour : 7

Madame LEPOULTIER remercie l'ensemble des membres. Elle ajoute qu'un vrai dialogue s'est établi entre la mairie, l'hôpital et les praticiens. L'écoute de part et d'autre permettra d'avancer dans la limite de ce que les uns et les autres peuvent faire mais c'est plutôt positif.

3. Restructuration du service d'addictologie et création d'une activité de CSAPA

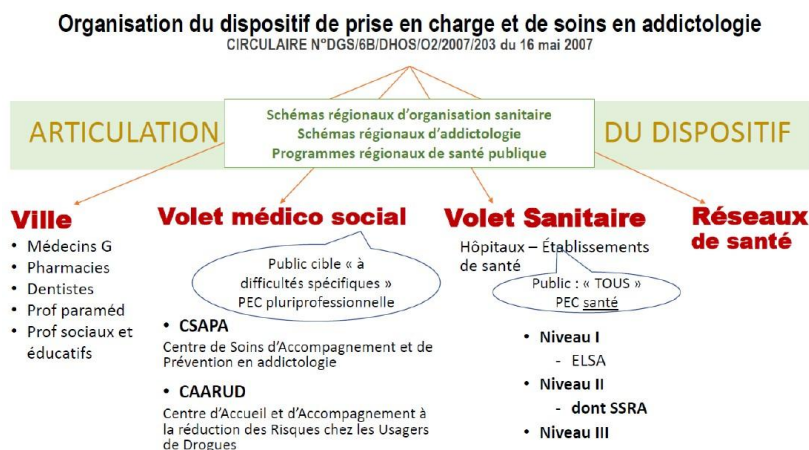
Madame LEPOULTIER donne la parole au Docteur MOTTIN et la remercie car elle a appris un nouvel acronyme. Elle ajoute que ce qui va être présenté est une originalité pour l'hôpital et une récompense aussi d'un investissement de longue date de l'addictologie au sein du CHAB. Elle prend cette création d'activité comme une récompense et une reconnaissance de l'ARS, c'est donc plutôt extrêmement positif.

Annexe « Restructuration du service addictologie »

Le Docteur MOTTIN se présente : addictologue, chef de service de l'addictologie du CHAB. Le service addictologie existe depuis 1999. Elle rappelle le contexte rapidement et présente un power point déjà exposé à la CME ; elle signale qu'elle a été invitée par Monsieur MANGOT pour expliquer la situation au Conseil de Surveillance.

Slide 2

En France l'organisation du dispositif de prise en charge de l'addictologie s'articule sur 4 volets.



- ✚ La ville, avec tous les professionnels libéraux,
- ✚ le volet médico-social,
- ✚ le volet sanitaire, qui est essentiellement hospitalier, ✚ tout ce qui est réseaux de santé.

Sur Bayeux, depuis 1999, on ne pouvait offrir qu'une offre de soins relevant du budget sanitaire pour financer ce qu'on appelle une ELSA, c'est-à-dire une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie, niveau 1 depuis 1999, sachant que le niveau 2 correspond à des lits dédiés à l'addictologie et le niveau 3 la même chose avec en plus une recherche universitaire au CHU. A Caen, il existe des structures comme le CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et le CAARUD. Le CSAPA offre une prise en charge ambulatoire pour les patients et les usagers. Dans le médico-social, il est vrai qu'il y a beaucoup d'acronyme... Depuis 1999, le service addictologie était financé sur un budget purement sanitaire mais pour répondre au mieux aux besoins de la population, le service ne faisait pas que de la liaison hospitalière et il a été développé une activité ambulatoire pluridisciplinaire qui s'apparentait vraiment à une activité de CSAPA ; depuis 25 ans, nous travaillions de cette façon-là, répondant à un besoin de la population locale, car pas de CSAPA sur le Bessin et le pré-bocage. Nous avons pu diversifier et élargir notre offre au niveau géographique car nous avons ouvert une antenne de prise en charge sur Isigny en 2010, sur Aunay en 2022. L'ARS était informée depuis longtemps qu'il n'y avait pas de CSAPA, d'où cet appel à projet de création sur Bayeux. Ce projet a donc été remporté. Cela s'est fait en toute fin d'année 2024 et s'est construit très rapidement. Cela faisait plusieurs années que l'ARS en parlait. Au-delà du fait qu'il s'agit d'une reconnaissance de notre travail, c'est en même temps une opportunité pour augmenter nos moyens et profiter de cette opportunité pour renforcer notre double activité qui va être à la fois la liaison avec l'hôpital (ELSA) et développer l'activité CSAPA - qui est déjà mise en place mais un peu à bout de bras, et pas forcément de façon satisfaisante et pour les usagers/patients et pour nous les professionnels. Cela nécessite une énorme restructuration avec la création de deux unités fonctionnelles au sein du service puisqu'il va y avoir deux budgets différents, un budget fixe tous les ans pendant 15 ans pour financer le SCAPA pour la partie médico-sociale et un budget sanitaire pour financer l'ELSA sauf que pour l'instant, on ne connaît pas exactement le budget ELSA ; le risque, c'est que ce dernier soit diminué.

FO remarque que cela ne se mélange peut-être pas.

Le Docteur MOTTIN indique qu'une rencontre avec l'ARS doit avoir lieu pour défendre le budget ELSA, que le budget était assez conséquent et que le service travaille avec ce seul budget là pour faire les deux activités. Le budget CSAPA, représente un peu moins que le budget ELSA ; le budget ELSA est conservé mais on ne sait pas à quelle hauteur. Le risque, c'est que ce soit une opération nulle.

Monsieur RAPENNE de l'ARS signale que ce ne sera vraisemblablement pas une opération nulle car il s'agit d'un développement de filière donc même si vous cela était fait avant, l'idée est de ne pas faire la même chose. On ne sait pas exactement aujourd'hui comment cela va être réparti mais l'idée est là.

Le Docteur MOTTIN remercie Monsieur RAPENNE, soulignant qu'il est angoissant de ne pas savoir car des choses doivent être mises en place et pour se projeter il faut savoir comment. Il va y avoir deux unités fonctionnelles CSAPA et ELSA, avec le même personnel. On va pouvoir utiliser les compétences de chacun, travailler sur les deux structures sanitaire et médico-sociale, ce qui représente plutôt une richesse et une complémentarité, sachant que le CSAPA et l'ELSA sont multi sites, le CSAPA est centralisé sur Bayeux même s'il se situe en dehors des murs de l'hôpital, avec une antenne de CSAPA à Aunay et une consultation avancée à Isigny. Pour l'ELSA, c'est aussi multisites puisqu'à Bayeux, il existe les sites de Nesmond, Vaux-sur-Aure, Nerval, Champ Fleury et Aunay.

FO demande s'il s'agira de dotations ou à l'activité ?

Madame SINANG répond des dotations fixes.

FO demande à nouveau des précisions : quand on dit « fixe pour 15 ans », c'est le pourcentage qui sera fixe ? On peut espérer que l'activité va augmenter donc ce sera confortable la première année et intenable la dernière année.

Monsieur RAPENNE précise que ce sont des dotations qui sont fixes mais qui peuvent être révisées.

Slide 5

Le Docteur MOTTIN rappelle les principales missions d'un CSAPA et explique ce que sont les consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs (CJC) : il s'agit de consultations jeunes consommateurs pour les mineurs jusqu'à 25 ans et de repérages précoces, intervention pour éviter de rentrer dans l'addiction.

- **Missions obligatoires:**
 - ✓ Accueil: toute personne volontaire, toute conduite addictive, tout âge
 - ✓ Information pour toute personne et entourage
 - ✓ Evaluation médicale, psychologique et sociale
 - ✓ Orientation (partenariat)
 - ✓ Réduction des risques
 - ✓ Prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative
 - ✓ Prise en charge du tabac
 - ✓ Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs (CJC)

Tout ce qui est en vert représente ce qui est déjà fait, ce qui est en noir ce que le service est amené à développer. Concernant la réduction des risques, ce qui est fait avec LADAPT notamment pour le tabagisme, du matériel de vape est délivré pour les personnes qui ont des difficultés pour arrêter de fumer. Cette activité va pouvoir être déployée en délivrant aussi du matériel de réduction des risques pour les usagers de drogues. Pour ce qui concerne les consultations CJC, ce serait évidemment de mettre en place des consultations de proximité dans des endroits stratégiques en dehors des services habituels du CHAB, pour pouvoir avoir une approche non stigmatisante, assez simple avec les jeunes et les familles, qu'ils puissent rencontrer un éducateur, une infirmière, qui pourraient faire du lien avec des professionnels. Il faut voir où et avec qui travailler sachant que ne nombreux partenariats sont déjà développés sur Bayeux.

Ces dernières années, l'activité ambulatoire a été beaucoup développée, au détriment parfois de l'activité purement hospitalière.

Slide 6

Les missions d'une ELSA sont les suivantes :

- **Former, conseiller et assister les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques de l'établissement de santé sur les questions de dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients:**
 - Sensibilisation
 - Formation
 - Aide au repérage précoce et intervention brève (RPIB)
 - Elaboration de protocoles (repérage, prise en charge médicale, ...)

Une belle offre de formation auprès du personnel a été développée.

- **Intervenir auprès des patients en soutien aux équipes soignantes:**
 - Evaluation, élaboration du projet de soins, mise d'une PEC médico-psycho-sociale
 - Aide aux sevrages et à la mise en place des traitements de substitution (TSO et TSN)
 - Orientation du patient vers un dispositif adapté (ville, hôpital, CSAPA, CAARUD...)
- **Développer des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.**
- **Education à la santé en addictologie en direction des patients et des personnels hospitaliers.**

L'éducation à la santé en addictologie : c'est ce qui est fait avec la démarche LSST. Il a été créé le coffee shop sans tabac et des actions en direction des patients mais également du personnel sont mises en place.

- **Participer aux travaux de recherche notamment de recherche clinique en addictologie.**

De nombreux projets arrivent notamment avec la nouvelle attachée de recherche clinique,

- **Consolider le partenariat avec équipes d'addictologie du territoire dans le cadre de la coordination des soins.**

Globalement, il s'agit de contribuer au renforcement de la culture addictologique au sein de l'établissement et même au-delà, c'est aussi développer un partenariat avec toutes les structures du territoire jusqu'à gérer à l'échelon régional voire national.

Pour l'instant, il faut essayer de structurer les choses à mettre en place, car il s'agit d'un lourd travail qui s'annonce.

Slide 7 à 10

Il a été nécessaire de créer un deuxième numéro FINESS pour le CSAPA. L'équipe travaille à bien distinguer les deux activités ce qui est lourd au niveau administratif car les documents sont différents entre la filière médico-sociale et la filière sanitaire. Il y a toute une mise en conformité très importante à mettre en place. Il existe deux systèmes de recueil de données différents, au niveau du dossier usager d'un côté, et du dossier patient pour le sanitaire de l'autre. Le choix d'un logiciel de recueil de données uniquement dédié pour le CSAPA est en cours. On ne pourra plus utiliser le logiciel Sillage sauf pour les patients que l'on rencontre dans le cadre de la liaison hospitalière. Il faut également recruter pour renforcer les activités ; ce n'est encore qu'une ébauche. Une cadre va prendre ses fonctions normalement le 19 mai, une cadre socio-éducative à temps plein, pour aider à structurer les services, puis sera peaufiné le plan de recrutement professionnel. La priorité ensuite sera de recruter un éducateur spécialisé, important pour le CSAPA, afin de développer tout ce qui est consultation jeunes consommateurs et réduction des risques. C'est par là qu'il faut commencer puis ensuite renforcer l'équipe médicale et l'équipe infirmière. Ensuite, si on recrute, va se poser la question de l'aménagement des locaux voire d'un déménagement puisque si le service s'agrandit, l'équipe va être à l'étroit. Le Docteur MOTTIN ajoute qu'elle attend impatiemment la nouvelle cadre pour aider à mettre en conformité la structure sachant qu'il s'agit d'une personne qui a une bonne expérience dans ce domaine-là et qu'il est nécessaire de connaître tous les outils de la loi de 2002.

Slide 11

Le Docteur MOTTIN souligne que le CSAPA va amener de nouvelles prestations sur le territoire en termes de réduction des risques et des dommages bien qu'il y ait déjà le passage du CAARUD de Caen qui vient une fois par mois sur Bayeux et Isigny et distribue du matériel auprès de quelques pharmacies du territoire, délivre du matériel avec des messages auprès des usagers. Cela marche bien, il y a un gros besoin. Elle est contente de pouvoir le développer au sein du CSAPA car cela fait partie de ses missions. C'est une belle évolution qui va permettre d'avoir une activité qui n'est pas

centrée sur une journée par mois, car une fois par mois c'est clairement insuffisant. Les liens avec le CAARUD vont être renforcés car il a beaucoup à partager et à apprendre les uns des autres. Au niveau de la CJC, un projet de consultation de proximité existe, l'activité de TROD, de dépistage va être développée - des bilans sont prescrits à des patients qui ne vont pas les faire. Le Buvidal est un autre projet : il faut faire avec l'évolution actuelle. Il s'agit d'un traitement de substitution d'opiacé pour les patients dépendants des opioïdes mais qui est en libération prolongée. C'est comme les traitements que l'on utilise en psychiatrie par exemple toutes les 3 à 4 semaines. Il s'agit d'une injection retard qui se fait régulièrement et qui permet de ne pas avoir à prendre de médicament tous les jours. Il y a un bonus avec ce traitement, c'est l'avenir, mais pas simple à mettre en place. L'équipe y pensait déjà avant l'appel à projet du CSAPA.

Monsieur MORICE demande s'il s'agit d'un traitement de substitution par injection ? Car il y a un gros problème de trafic en ville.

Le Docteur MOTTIN répond que cela peut aussi améliorer la qualité de vie des patients qui vont très bien et pour qui c'est contraignant de prendre son traitement tous les jours et de se déplacer. Quand on a eu son injection, on peut partir pendant 15 jours, alors qu'il est compliqué de prendre son avion avec un traitement de substitution. Il y a vraiment une plus-value énorme.

Monsieur MORICE demande s'il est sur le marché.

Le Docteur MOTTIN répond par l'affirmative mais il faut faire une demande particulière auprès de l'ARS.

Monsieur MORICE demande enfin si le traitement est disponible uniquement en milieu hospitalier.

Le Docteur MOTTIN répond qu'il est disponible en milieu hospitalier et CSAPA. Il y a beaucoup de choses à mettre en place, il faut le faire étape par étape. C'est l'avenir. Il s'agit d'une plus-value pour tous les patients et les professionnels. La poly-diversité des ateliers collectifs est à mettre en place aussi bien en CSAPA qu'en ESLA. Les ateliers collectifs sont en train d'être expérimentés depuis un moment auprès des patients hospitalisés en SMR à Aunay et ça marche bien. C'est peut-être un projet qui pourrait être mis en place sur Bayeux pour les patients hospitalisés même sur une courte durée et cela permettrait de faire une sensibilisation du repérage précoce plus facile pour les patients hospitalisés, faite par l'équipe ELSA et pas forcément par les soignants, ce qui pourrait permettre de développer cette activité. Ce projet permettra de renforcer l'activité ambulatoire. Le souhait est de pouvoir à terme augmenter l'activité de consultation avancée sur Isigny-sur-Mer. Pour l'instant, il existe une activité médicale de 10%, ce qui est insuffisant. Il y a une grosse problématique sur Isigny, historique, qui n'est pas nouvelle. Il faut augmenter ce temps sur Isigny qui n'est pas satisfaisant, ni pour les patients, ni pour les équipes. A terme, cela va améliorer la qualité de service rendu, les délais d'accueil ou les délais entre chaque rendez-vous. Il faudra peut-être développer le partenariat qu'il l'est déjà et l'activité ELSA à la fois sur Bayeux et sur Aunay. A noter que concernant ces deux activités, il n'y a pas de croisement de données entre le logiciel CSAPA et le logiciel hospitalier : c'est pas mal.

Madame LEPOULTIER remercie le Docteur MOTTIN.

Monsieur MORICE prend la parole. Il souhaite témoigner en tant qu'ancien pharmacien de ville. L'évolution depuis la création du service d'addictologie, la prise en charge des toxicomanes en ville, a révolutionné la façon de travailler. Il y a plus de contacts et de sérénité dans la prise en charge. Ça a été quelque chose de tout de suite efficace. Tout un pan échappe peut-être à la prise en charge de l'addictologie et ce qui l'inquiète, c'est le développement de la cocaïne. Et là y a-t-il une réponse médicale ou une prise en charge ou un projet ? C'est quelque chose qui pend au bout du nez de tous, chez les vieux, chez les jeunes, partout. Y a-t-il une réflexion de menée ?

Le Docteur MOTTIN explique que la cocaïne est un problème qui flambe depuis trois quatre ans, progressivement, et qui est apparu post Covid. Ça a été un constat immédiat. Ce n'est pas que dans notre région mais partout en France. Il s'agit d'une vraie problématique. Il n'y a pas de traitement de substitution comme l'héroïne. Tout ce qui est opioïde est plus « facile » à traiter. Le traitement permet une bonne stabilisation à condition de créer une bonne alliance thérapeutique avec les usagers, cela permet aussi une rétention dans les soins. Pour la cocaïne, il n'y a pas de traitement qui permet cela. Il y a des traitements qui existent pour diminuer les envies mais qui ne sont pas remboursés, même si cela coûte moins cher que la cocaïne, discours toujours tenu. La cocaïne pose problème. Les activités de prévention, de repérage précoce, la CJC... il faut commencer par cela et ne pas lâcher.

Monsieur MORICE demande s'il y a possibilité de faire des sevrages ?

Le Docteur MOTTIN répond qu'elle n'y croit pas. On peut faire des sevrages mais plutôt mettre les gens à distance de la cocaïne. Un sevrage c'est facile à faire, on peut être 3 semaines sans prendre de cocaïne mais quand on est dépendant, si tout d'un coup on a un crayon qui survient, qu'on ait fait un sevrage ou pas, l'attrait est plus fort et les gens sont prêts à faire n'importe quoi pour avoir leur dose. C'est vraiment un suivi au long cours qui peut permettre de dompter la maladie de la dépendance. Une dépendance est une maladie chronique, à vie, et il va falloir la dompter et apprendre à vivre avec, comme le diabète. Ce qui est dit en consultation. Il est difficile de sevrer quelqu'un en opioïde.

Monsieur MORICE demande si le sevrage doit se faire à Bayeux.

Le Docteur MOTTIN répond qu'ils font des sevrages simples, plus pour l'alcool, mais dès l'instant qu'il y a une cure de trois à quatre semaines, le service addictologie travaille soit avec Saint Lô soit avec le CHR ou les Essarts à Rouen. Tout dépend du profil du patient, de la demande et de l'objectif de la cure. Il y a des règles différentes pour chaque centre. On peut aussi demander aux patients de chercher leur lieu de cure. Il y a qui vont à l'autre bout de la France et c'est comme ça que ça marche. Ils l'ont choisi. Il y a d'autres structures comme le SSRA Beauregard à la Glacière ou Cricquebœuf.

Madame LEPOULTIER remercie de Docteur MOTTIN pour la présentation et la félicite. Si cet appel à projet a désigné le CHAB comme lauréat c'est bien car il y avait un besoin sur le territoire mais c'est aussi une manière de reconnaître le savoir-faire et la capacité des équipes à faire plus encore. Quand on récompense par un appel à projet c'est aussi que l'on croit que c'est faisable et plus encore donc bravo à vous. Elle en profite pour dire que l'on fêtera l'anniversaire de la création du CSAPA et les 25 ans du service addictologie. Elle ne sait pas si c'est une bonne nouvelle de fêter la longue vie d'un service addictologie, mais en tous les cas, on voit bien que les besoins sont là, qu'ils ne vont pas en diminuant donc l'important, c'est de pouvoir répondre aux besoins de la population. C'est une belle reconnaissance.

Le Docteur MOTTIN ajoute, en réponse à Monsieur MORICE, que ce travail a pu se faire aussi grâce à l'énorme partenariat avec tout le réseau de pharmaciens.

Monsieur MORICE souligne qu'à partir du moment où la prescription est faite, le patient est répertorié chez un pharmacien référent. Il existe un réseau de fait donc tout le monde travaille ensemble.

Madame LEPOULTIER conclut que c'est la force de notre territoire.

Le Docteur MOTTIN quitte la salle.

4. Dissolution du groupement de coopération sanitaire de la blanchisserie inter-établissements du Pré-Bocage à la Vire

Madame LEPOULTIER précise qu'il s'agit de la blanchisserie qui était aux Monts-d'Aunay, et qu'il s'agit d'un sujet qui n'est pas simple. Elle laisse la parole à Monsieur MANGOT.

Annexe « Accompagnement des agents du GCS Blanchisserie d'Aunay

Monsieur MANGOT expose les faits : nous nous sommes retrouvés en fin d'année 2024 dans une situation particulière. L'activité de blanchisserie d'Aunay-sur-Odon a été créée par la constitution d'un GCS de moyens en 2005 pour créer de toute pièce une activité de blanchisserie aux bénéfices de plusieurs structures hospitalières et médico-sociales. Un emprunt de 3.300.000 € a été contracté pour créer les locaux, les équiper et faire fonctionner la blanchisserie. A l'époque de sa création, les des professionnels d'Aunay-sur-Odon ont été mis à disposition de ce GCS. Un rapport de la cour des comptes a été fait et des conclusions rendues en 2022, retraçant l'exercice de 2016 à 2020, pointait déjà à l'époque d'importantes difficultés, de différentes natures. La première, une certaine fragilité dans la constitution de ce GCS puisqu'aucun des membres qui le constituait n'avait d'obligation de confier un volume minimal de linge. Il y avait une fragilité structurelle. Si un des membres, qui était partie prenante de ce projet, souhaitait au fil des années diminuer le tonnage confié, rien ne venait le contraindre - ce qu'il s'est passé car entre 2016 et 2020, 90.000 tonnes de linge sont parties, un des membres a souhaité rerouter une partie de son linge traité vers un autre opérateur. D'autres difficultés étaient liées au coût de la structure avec un tarif pour le kilo de linge, assez élevé, qui n'a pas permis au GCS de faire entrer de nouveaux clients. Il a donc fonctionné avec ses partenaires historiques, dont certains ont confié un peu moins de linge, et surtout, les investissements n'ont pas été réalisés sur les machines, entraînant une vétusté. Des machines ont été achetées début des années 2000, qui sont des machines de conception des années 1990. Aujourd'hui ça a beaucoup évolué et le GCS n'a pas investi au fil des années pour renouveler régulièrement son parc. L'ensemble des membres du GCS qui se sont réunis ont fait le constat que la situation financière s'aggravait progressivement. Les résultats d'exploitations ont commencé à être négatifs, allant crescendo : 34.000 € en 2021, 120.000 € en 2023, 150.000 € en 2024 donc la structure n'est plus équilibrée sur le plan financier. Ce qui est intéressant, quand on reprend la synthèse de ce rapport d'observation de la chambre régionale des comptes, c'est qu'ils précisent, dans leur conclusion, qu'une réflexion doit être menée sur les moyens d'obtenir un équilibre financier pérenne et qu'une meilleure connaissance des coûts est attendue de la part de ce GCS ; il y avait donc déjà des interrogations de la chambre régionale des comptes sur la pérennité de cette activité. Il faut savoir que le CHAB n'a jamais été administrateur de ce GCS, il a toujours été client et que nous avons toujours confié le linge d'Aunay à cette structure. Face à ce constat d'impossibilité d'équilibrer le fonctionnement de ce GCS, la décision a été prise de partir sur une logique d'arrêt d'activité et donc de dissolution de ce GCS. L'administrateur, qui est le Centre Hospitalier de Flers Vire, a un cabinet qui l'aide, KPMG, qui se charge de la liquidation et nous, nous avons un sujet qui est l'accompagnement des professionnels, car tous ces professionnels qui en 2005 ont été mis à disposition du GCS pour cette activité de blanchisserie, cette activité cessant techniquement, redeviennent des agents du CHAB. Il y avait également un autre enjeu. Quid de cette activité ? Le GCS arrêtant l'exploitation de cet outil, liquidant l'activité et entraînant sa dissolution, il y avait un enjeu de cet outil industriel à savoir trouver ou non un repreneur. Il s'avère qu'un repreneur s'est trouvé intéressé. Il s'agit de l'EHPAD dans la manche qui exploite un GIE de droit privé avec deux blanchisseries, et qui a été intéressé pour reprendre cette activité. Ce repreneur de droit privé part sur une logique de racheter les locaux, investir lourdement dans des machines neuves à hauteur d'un million d'€ pour moderniser cet outil industriel. Nous avons donc eu une possibilité nouvelle qui s'offrait à nous pour accompagner nos professionnels car certains peuvent souhaiter continuer cette activité avec ce nouvel employeur, d'autres peuvent souhaiter légitimement quitter cet univers de blanchisserie et revenir vers nous. Madame MESNAGE et son équipe a eu un gros travail d'accompagnement de l'ensemble des professionnels.

Madame MESNAGE prend la parole et ajoute qu'effectivement 19 professionnels dépendaient du CHAB et travaillaient dans la blanchisserie qui a fermé au 31 mars. Il y avait 11 fonctionnaires. Sur ces 11 fonctionnaires, 5 ont été repris par le GIE, il en restait donc 6 dans le giron de l'hôpital. Sur ces 6 personnes, une a signé une rupture conventionnelle car elle avait un autre projet professionnel, et 5 autres ont été réaffectés au CHAB, deux à Bayeux et 3 à Aunay. Tous ont eu une affectation définitive. Pour les CDI, sur les 4 agents, 3 ont été repris par le GIE, le 4^{ème} n'a pas pu être gardé, car aucun poste à lui proposer. C'était un agent de maintenance et le CHAB n'avait pas de poste vacant. Une procédure de licenciement pour suppression d'emploi a donc été mise en place et ce licenciement sera effectif mi-juin. Pour les 5 CDD, il s'agit d'agents en remplacement, un terme a été fixé à leur CDD en même temps que le terme de fonctionnement de la blanchisserie à savoir le 31 mars. Ce qu'il faut savoir c'est que deux d'entre eux ont été repris par le GIE. Voilà comment ont été réaffectés les personnels, ou licenciés, pour ceux que nous n'avons pas eu la possibilité de reprendre.

Monsieur MANGOT ajoute qu'il y a deux autres points qu'il faut avoir en tête. Evidemment, sur l'emprunt contracté en 2005 de 3,3 millions, il reste une partie conséquente du capital à rembourser. Le coût de sortie estimé à ce jour, il y a encore des éléments chiffrés que nous n'avons pas, serait pour le CHAB de 240.000 € à supporter. Ce qui est surprenant, c'est que sur un emprunt contracté de 3,3 millions en 2005, il y ait encore pratiquement 2 millions à devoir solder. Pour ce qui est du traitement du linge, nous avons repris sur notre GIP de blanchisserie de Bayeux le traitement du linge d'Aunay. Ce qui est prévu, c'est que dès lors que le repreneur aura installé ses nouvelles machines et modernisé l'outil de travail, nous allons l'aider à monter en croissance et confier à nouveau le linge d'Aunay pour qu'il puisse stabiliser son activité. Ses plus gros clients sont Flers Vire et le CHAB sur le site d'Aunay.

Madame LEPOULTIER demande s'il y a des questions.

FO souligne que le coût de remplacement des machines a été mentionné mais pas le montant de la vente.

Monsieur MANGOT précise qu'une estimation a été faite mais pas le chiffrage définitif.

FO interroge Monsieur MANGOT. Sait-on combien cela va nous coûter ?

Monsieur MANGOT répond que le coût de sortie est de 240 à 250.000 € mais il n'a pas les derniers éléments. Le GCS a une assemblée générale prévue prochainement et nous aurons des éléments précis ; cela est travaillé avec le cabinet KPMG.

FO remarque que l'on peut supposer qu'il va y avoir une « forte décote » entre le moment de la création de la blanchisserie et le moment où elle commencera à être rentable.

Monsieur MANGOT signale que le coût du bâtiment a été estimé mais il n'a pas le chiffrage car le CHAB n'est pas administrateur, juste client. Il souhaitait porter à la connaissance des membres ces éléments. Le tout va se consolider au fur et à mesure. Dans le coût de sortie, est intégré également le coût des agents qui nous quittent. Dans la cadre d'une rupture conventionnelle, le coût est partagé par l'ensemble des membres.

FO observe d'une rupture conventionnelle, cela ne va pas très très loin.

Madame MESNAGE répond par l'affirmative, si la personne mène à bien son projet professionnel, sinon nous payons le chômage.

Monsieur MANGOT conclut que le CHAB va avoir une estimation plus précise, mais les premiers éléments que l'administrateur avait communiqués, c'était un coût d'environ 240.000 €.

5. Autorisations de cancérologie

Annexes ARS 2025

Monsieur MANGOT prend la parole. Les autorisations de cancérologie conditionnent énormément l'activité d'un établissement comme le nôtre. Avoir ou non une autorisation de cancérologie dans une spécialité c'est demain se trouver être plus attractif pour des internes lorsqu'ils choisissent un semestre. Si dans une spécialité donnée il n'y a pas d'activité de cancérologie, on peut être moins attractif pour des internes qui viennent en stage. C'est aussi notre capacité demain à recruter des professionnels dans le cadre du post-internat, ou même des praticiens hospitaliers, si nous ne pouvons, dans une spécialité, déployer qu'une partie des activités. Pour un établissement comme le nôtre, conserver des activités de cancérologie, c'est quand même une identification importante. Dans le cadre des renouvellements des autorisations, il faut dissocier deux types d'autorisations : tout d'abord les autorisations dans le cadre d'un renouvellement. Renouvellement des activités pour l'oncologie, la chirurgie oncologie viscérale et digestive, le renouvellement d'autorisations pour la chirurgie oncologique mammaire, le renouvellement d'autorisation pour la chirurgie oncologique indifférenciée, ce qui nous permet de traiter les problématiques de dermatologie. Sur le champ médical il y avait le traitement médicamenteux du cancer – service de chimiothérapie. Sur l'ensemble de ces 4 autorisations, nous avons eu les renouvellements donc confortés dans notre activité. Pour la première fois, nous avons fait une demande sur la spécialité de cancérologie en urologie que nous avons motivée sur la base que nous avons un partenariat avec le Centre Hospitalier de Saint Lo, nous avons 3 urologues qui travaillent maintenant dans notre établissement avec une activité qui, pour l'une d'entre elles, démarre avec des consultations avancées sur Saint Lo, elle opère au CHAB et elle fait un jour par semaine du robot chirurgical au CHU. Il s'agit de toute une filière publique que nous avons créée avec le CHU qui permet d'apporter une réponse depuis la Manche jusque dans le Calvados avec une gradation de la prise en charge. C'est un beau projet avec une activité naissante. L'urologie dans notre établissement n'a que 2 ou 3 ans. Il s'agit d'une activité qui se structure, se développe, et nous répondons à un vrai besoin. Nous avons motivé notre demande en faisant état du dispositif que nous avons en partenariat avec le CHU et de la cohérence du projet. Nous avons malheureusement eu une réponse négative sur cette demande de cancérologie en urologie, argumentée sur la base de 3 points :

- le CHAB ne disposait pas auparavant de l'autorisation pour de la chirurgie oncologique urologique, ce qui est normal, étant donné qu'il s'agit d'une primo-demande, donc il y a bien un moment où il faut démarrer,
- l'activité de chirurgie carcinologique actuellement déployée sur notre centre hospitalier ne permet pas, au regard des seuils enregistrés sur les dernières années, de garantir le développement d'une activité pérenne et conforme en termes d'atteinte de seuils, lien avec le premier point car nous avons une équipe qui se structure, nous avons 2 urologues, la troisième vient d'arriver. Nous n'avons pas de doute qu'à terme ces seuils nous les atteindrons,
- enfin, le dernier argument opposé, a été de considérer qu'il y a une offre de chirurgie carcinologique urologique existante à proximité de la ville de Bayeux à savoir Caen et Saint Lo, ce qui est vrai.

Nous avons la possibilité, au regard de cette décision, de faire appel. Nous allons donc faire un recours gracieux auprès de l'ARS pour faire valoir nos arguments. Nous verrons si cela peut être entendu mais dans la communauté médicale de l'établissement, on considère, mais nous avons moins la lecture régionale, que nous avons raisonnablement une activité à développer et c'est

maintenant que nous devons le faire au risque de nous couper les ailes sur cette activité qui est en cours de structuration.

Le Docteur LABIDI ajoute que sur Saint Lo c'est privé. Le CHU a des problèmes d'accès au bloc, ils ont du mal à programmer, toutes les spécialités ont des difficultés donc des délais qui augmentent. Nous avons un bloc et des urologues donc il est dommage de ne pas pouvoir faire certaines interventions ici.

Monsieur MORICE demande s'il y a des consultations externes en urologie ?

Le Docteur LABIDI répond oui, nous avons 3 urologues, nous sommes montés en charge et nous drainons très très loin, notamment dans la Manche.

Monsieur MORICE constate donc que les besoins ont augmenté mécaniquement.

Le Docteur LABIDI souligne qu'on le voit aux urgences, il y a de plus en plus de patients qui viennent de loin. Elle ajoute que l'audit de 2018 avait dit qu'il fallait de l'urologie sur le territoire et ça explose.

Monsieur MORICE résume. Le système au CHU est saturé, l'alternative c'est des cliniques avec des dépassements d'honoraires donc l'égalité d'accès aux soins n'est pas assurée en ce qui concerne l'urologie.

Le Docteur LABIDI ajoute que nos 3 urologues sont allées au CHU et disent qu'elles n'ont pas accès au bloc.

Monsieur RAPENNE rappelle que tout le monde est d'accord concernant le problème d'organisation au CHU, et c'est problématique. Il souhaite revenir sur les 3 arguments avancés, et souligne mais il y en a un quatrième qui est plutôt contextuel. Si l'ARS avait pu donner à Bayeux, elle aurait donné à Bayeux, mais il y avait des dossiers concurrents, 4 établissements 3 autorisations, plus proches des seuils, Lisieux plus éloigné. C'est objectif. Ce n'est pas parce qu'on ne voulait pas la donner à Bayeux.

Le Docteur LABIDI questionne : comment fait-on pour développer une nouvelle activité si elle existe déjà, qu'il y a des seuils... On ne va jamais pouvoir obtenir d'autorisation.

Monsieur RAPENNE répond que c'est réglementaire, compliqué mais cela peut évoluer et on peut refaire des fenêtres, le PRS est évolutif. Si on objective un besoin sur un secteur, il sera toujours possible d'ouvrir une fenêtre mais ce ne sera pas le territoire, ce sera le département. Ce n'est pas satisfaisant, il l'entend, c'est encore moins satisfaisant au vu de la difficulté du CHU en ce moment. Il souhaitait juste ajouter que le besoin sur le territoire est compris et que ce n'est pas pour embêter les gens.

Le Docteur LABIDI observe que le CHAB a développé l'urologie, avec difficulté. Faire venir une urologue toute seule au départ, puis 2 puis 3...il ne faudrait pas que le fait qu'elles ne puissent pas pratiquer leur activité les fasse fuir. Le temps que cela a pris, l'investissement financier dans le matériel... il ne faut pas qu'elles partent.

Monsieur RAPENNE répond qu'elles peuvent faire de l'urologie sans carcinologie.

Le Docteur LABIDI répond par l'affirmative mais c'est attractif. Nous avons gardé le contact avec le CHU car il y a le robot. L'organisation était compliquée, le démarrage de l'activité difficile. Il ne faut pas que nous n'ayons pas d'autorisation, car on ne peut pas faire ce que l'on veut, et que le Bessin n'ait plus d'urologue.

FO demande s'il s'agit d'un dossier qui a été porté devant la FHF, étant donné que c'est la foire d'empoigne entre le privé et le public.

Le Docteur LABIDI remarque que c'est très compliqué en cancérologie, entre les A1 B1 etc..

Monsieur RAPENNE ajoute, le tout dans le cadre d'une réforme qui vient un peu complexifier la donne. Ça n'a pas facilité la décision.

Monsieur MANGOT répond à FO : nous avons systématiquement une réunion FHF sur les arguments que l'on déploie pour soutenir le secteur public.

FO souligne que s'il y a autant de demande que d'autorisations c'est bien, mais s'il y a plus de demandes que d'autorisations, c'est logique que toutes ne soient pas retenues....

Le Docteur LABIDI ajoute que la FHF était capable de dire « on laisse telle activité au privé afin que nous ayons telle activité ».

Madame LEPOULTIER constate qu'il est vrai qu'il s'agit d'un besoin partagé CHU, CHAB, ST LO. Cette spécialité urologique sur le CHAB revient de loin. Elle propose de passer au point suivant.

6. Dispositif ANAP 360

[Annexe « Démarche ANAP 360 »](#)

Monsieur MANGOT rappelle que l'ANAP est l'agence nationale de performance sanitaire et médico-sociale. Elle propose un appui aux établissements qui est décrit comme un appui 360 car c'est dans une lecture assez large et embrasse un champ vraiment important du fonctionnement d'un établissement. Le CHAB a été sollicité par l'Agence Régionale de Santé, qui souhaite, et c'est une bonne chose, que l'ensemble des établissements normands puissent bénéficier de cet accompagnement. Evidemment, les établissements les plus fragiles tels que le nôtre sont prioritairement identifiés pour rentrer dans cette démarche. Cette démarche ANAP a déjà été amorcée notamment pour l'activité HAD où nous sommes dans le groupe avec les experts ANAP pour voir les potentiels de développement de notre hospitalisation à domicile. Nous allons le faire de manière générale sur l'ensemble de notre établissement. Il s'agit d'un appui de terrain qui va aller sur tous les champs, le champ des ressources humaines, de la finance, de nos organisations médico-soignantes, qui va ouvrir aussi la réflexion sur le développement durable, puisque cela fait partie désormais des critères dans le cadre de la certification, le potentiel de développement de l'hospitalisation à domicile. Ces experts sont des experts terrain et sont là pour identifier les marges de progrès opérationnelles et nous faire des recommandations concrètes. Il s'agit d'une approche qui va être précise sur nous et nos caractéristiques, ce qui va nous aider collectivement à affiner notre stratégie et voir quels sont nos potentiels. Immergés dans le fonctionnement de notre hôpital, peut-être ne voyons-nous pas certaines activités ou pans de développement qui pourraient être travaillés. Cela va également nous offrir une lecture sur des champs qui vont de la trésorerie jusqu'au fonctionnement de certaines activités et la cohérence de leur intégration sur un territoire. Cet accompagnement est un appui qui va toucher depuis les logiques de trésorerie voire les aspects financiers sur l'équilibre de l'exploitation. Sommes-nous en capacité avec la structure de nos activités d'atteindre un équilibre de notre budget d'exploitation à terme ou, si ce n'est pas le cas, comment peut-on restaurer cette situation d'exploitation. L'idée c'est que ces experts nous aident aussi sur la pertinence de nos organisations et nous aident à travailler, pour aboutir sur un plan d'action. Les experts ANAP vont venir nous auditer. Nous allons travailler sur un temps qui va être d'environ 3

à 4 mois. La première partie consiste en un volume d'informations qu'on leur transmet en amont puis ils viennent nous rencontrer, font une démarche d'évaluation, comme une démarche d'audit, font un état des lieux sur des sujets extrêmement précis et 3 à 4 mois après, nous proposons un diagnostic complet et un plan d'action. Nous vous ferons une restitution de tous ces éléments. Ensuite il y a un accompagnement durant 24 mois. Ce n'est pas un one shot avec des professionnels qui viennent et nous donnent des directives, c'est un accompagnement qui s'inscrit dans la durée. Le planning d'intervention, on le voit, c'est vraiment sur 4 mois avec un livrable, une restitution, et on partagera dans les différentes instances l'ensemble des éléments qui auront pu être travaillés avec les experts. Il s'agit d'une mission qui est très cadrée. Pour avoir échangé avec les établissements qui ont déjà connu ce dispositif, ils en tirent énormément de bénéfices. Quand on discute avec notre équipe HAD qui travaille avec l'ANAP, elle est extrêmement satisfaite car elle a des experts terrain et ce sont donc des professionnels qui parlent à des professionnels. C'est très concret. Sur l'HAD, cela leur permet de travailler sur des profils de prises en charge un peu nouvelles ou leur permet de voir comment ils peuvent réorganiser la façon de penser et la prise en charge. Est-ce que l'équipe ne peut pas travailler sur des parcours précis, des profils de patients avec des caractéristiques de prise en charge bien particulière... Nous avons bien entendu répondu positivement et nous sommes en train de regrouper tous les documents qui vont être remontés. Nous allons juste nous assurer que l'ANAP ne vienne pas au même moment que l'HAS c'est-à-dire en février 2026. Il s'agit d'une démarche positive. Nous n'avons que des choses à y gagner. Nous nous lançons donc dans ce projet.

Monsieur MORICE demande si cela est financé.

Monsieur MANGOT répond par l'affirmative. Il s'agit juste de temps pour les professionnels.

FO demande quels établissements ont été accompagnés par l'ANAP ces dernières années.

Monsieur RAPENNE répond qu'il s'agit d'une démarche qui date d'environ deux ans. Par exemple, dans le département, Lisieux vient de finir son 360. Monsieur RAPENNE l'a fait également avec Dieppe. Il doit y en avoir une dizaine. La priorité était ceux qui ont de grandes difficultés financières et structurelles dans leur positionnement sur le territoire. Il pense qu'il y a certaines craintes de voir arriver les experts. Ils peuvent être mal accueillis. A Dieppe, par exemple, les chirurgiens étaient récalcitrants mais les émissaires étaient des pairs. Il s'agit d'une proposition de bonnes pratiques. L'ANAP fait des propositions et des recommandations mais rien n'est imposé. C'est à l'établissement de saisir les diagnostics et les recommandations et de les adapter à sa réalité.

FO met en avant que ce qui lui fait peur c'est que des gens viennent expliquer comment faire mieux avec moins. Quand on voit 360 on se demande si ce n'est pas 360 emplois en moins. On sait faire un tour autour de nous-mêmes, on sait regarder ce qu'il se passe autour de nous et ce qu'il se passe ailleurs. La seule marge de manœuvre c'est la masse salariale et que s'il y a des économies à faire, on sait où elles seront faites. Vous dites qu'il s'agit de spécialistes qui viennent, qui connaissent le terrain. Est-ce que pour analyser les pratiques, il va y avoir des spécialistes aides-soignants anapiens qui vont venir pour nous expliquer comment faire une toilette en 10 minutes ou en un quart d'heure ? Il y a des réalités sur le terrain que les anapiens ignorent.

Monsieur MORICE interroge : y a-t-il un retour d'expérience ? Quelles ont été les recommandations appliquées ? Quelles ont été les conséquences de l'application et des recommandations sans avoir un a priori défavorable au départ.

FO constate que ce qui est sûr, c'est que le CHAB est à l'os sur la masse salariale. Que ce soit en EHPAD ou l'hôpital en général, nous sommes dans la limite en termes de capacité à mener des soins et on voit mal comment, en optimisant, retrouver un équilibre budgétaire là où nous sommes en difficulté.

Monsieur MORICE remarque ce n'est pas qu'un aspect financier, il peut y avoir un aspect de mieux être au travail.

Monsieur RAPENNE ajoute qu'il s'agit de chaque activité, une vision générale d'un service.

FO note que le premier objectif marqué c'est « restaurer une trésorerie nette positive ».

Monsieur RAPENNE répond qu'il s'agit d'un élément comptable, pas du budget. Il s'agit d'experts dans leur domaine. Comment rééchelonner une dette, comment avoir les meilleurs taux, des éléments comme ceux-là.

FO renchérit : le deuxième objectif « restaurer l'équilibre d'exploitation ».

Madame LEPOULTIER constate c'est le plus gros problème des établissements normands. Il ne faut pas masquer la réalité.

Monsieur MORICE met en avant que si on arrive à optimiser le travail des agents, faire en sorte qu'ils soient mieux dans leur travail et mieux organisés, être moins en burn out, peut-être qu'à un moment ce sera du gagnant gagnant.

FO objecte que pour cela il faut peut-être injecter des fonds et arrêter de croire qu'on peut faire mieux avec moins car c'est un leurre. Essayer de faire mieux avec la même chose et croire que c'est un seul problème d'organisation pardon mais nous avons des collègues qui savent s'organiser un minimum dans les services et quand il faut faire des toilettes en 5 minutes, ce que je ne sais pas faire sur moi-même, ce n'est pas un manque d'organisation c'est un problème de personnel. Je veux bien qu'on optimise mais il faut objectiver ce qu'il se passe dans les établissements publics de santé. Nous n'avons rien à envier aux établissements privés en la matière. Par exemple dans les EHPAD, nous ne sommes pas loin des mêmes scandales.

Par exemple, pendant les vacances estivales, on ne peut même pas donner aux collègues les vacances auxquelles ils ont droit. On peut comprendre le concept sur le papier mais la réalité terrain est autre.

Madame LEPOULTIER propose de reprendre de débat lorsqu'il y aura le retour de cette démarche car l'analyse 360 mettra en évidence certains éléments et là, effectivement, on verra les préconisations. Elle fait le lien avec le point suivant qui va être abordé à savoir l'accompagnement du bloc opératoire. Il ne s'agit pas de diminuer le nombre de personnels mais de réorganiser le bloc pour des raisons d'efficience. Il y avait ce besoin là aussi - parfois il y a des choses qu'on ne voit pas. Nous serons peut-être déçus, peut-être pas surpris ou ravis. Cela permet d'avoir un autre regard qui n'est pas inutile. Nous serons cependant vigilants sur le fait que la variable d'ajustement de personnels n'en soit pas une dans le secteur du soin. Ce serait effectivement intéressant d'avoir le retour de Lisieux.

Monsieur MANGOT ajoute qu'il ne faut pas oublier les dépenses mais qu'il y a aussi le côté activité et sur le côté activité il est curieux et attend beaucoup des échanges avec les experts notamment sur les soins intensifs. Combien faut-il de lits de réanimation aujourd'hui ? Nous en avons 8, ne sommes plein qu'à 60%. Quel est le modèle de demain pour réajuster au plus près les réels besoins de notre territoire ? Est-ce qu'il faut que nous ayons des lits de soins intensifs polyvalents oui/non quand on a une réanimation pleine à 60% ? Quel est le schéma le plus abouti ? Que serions-nous capables de travailler ? Eux, qui vont venir avec une expérience terrain et un œil neuf, vont nous apporter un éclairage qui va forcément nous faire progresser.

Monsieur MORICE demande si une recommandation concernant une activité de chirurgie urologique oncologique, et qui serait la bienvenue, pourrait influencer l'ARS ?

Monsieur MANGOT l'ignore mais souligne qu'il ne s'agit pas de la même temporalité. Il pense que sur une lecture un peu générale, ils considéreront qu'une autorisation de cancérologie ne peut être qu'une plus-value pour notre établissement mais ils ne vont pas aller sur ce champ-là. Ils vont nous aider à regarder la structure de nos recettes et là où on a parfois un décalage entre ce qu'on visait comme objectif et la réalité de ce que nous sommes capables de produire. C'est constructif.

Madame LEPOULTIER ajoute que nous accueillerons les anapiens et serons vigilants sur le timing pour ne pas avoir tout le monde en même temps et être disponibles comme il le faut pour être le plus efficace possible. Il s'agit d'argent publique. Il faut que ce soit efficace pour tout le monde.

7. Point sur l'activité premier trimestre 2025

Madame LEPOULTIER souligne que le point abordé concerne le début du premier trimestre 2025.

Madame SINANG prend la parole et ajoute qu'il s'agit d'une présentation concernant les deux premiers mois car le codage n'est pas terminé pour le mois de mars.

Annexe « Activité »

Slide 3 - Les tendances et points de vigilance.

Madame SINANG précise qu'elle souhaitait faire un focus sur le Court Séjour Gériatrique qui a ouvert il y a un an, en avril 2024, et qu'il s'agit d'un service qui a trouvé son public, car on observe 35% d'entrées directes, sachant qu'aujourd'hui nous avons 10 lits et que cet été nous allons repasser à 18 lits.

Slide 5 - Activité en hospitalisation complète au 28 février 2025

Madame SINANG explique que les lignes de couleur saumon sont les services pour lesquels il y a une baisse par rapport aux prévisions : hospitalisation à domicile, pédiatrie, chirurgie, obstétrique, sachant que pour la chirurgie il manque toujours un praticien et des recrutements sont prévus cette année.

Le Docteur LABIDI complète ce qui est dit ; il manque deux chirurgiens digestifs et un en orthopédie.

Madame SINANG ajoute, concernant l'activité HAD, que le CHAB compte augmenter son activité notamment avec un accompagnement ANAP et un travail qui sera réalisé cette année par les équipes pour pouvoir augmenter cette activité. Etant donné le manque de chirurgien, il y a une baisse d'activité en chirurgie ambulatoire. Cette baisse d'hospitalisation complète se matérialise aussi sur l'hospitalisation de jour.

Le Docteur LABIDI souligne que le CHAB a les moyens de développer les consultations en HDJ, que les résultats seraient meilleurs mais que l'activité est bloquée par le manque d'espace et de locaux. Il y a énormément de projets, de demandes, que ce soit en dermatologie, en urologie, en gynécologie. Il y a plein de demandes et on ne sait pas comment les développer. Le CHAB pourrait faire un chiffre qui ne serait pas du tout celui-là.

Monsieur MANGOT ajoute qu'il s'agit des mois de janvier et février avec une particularité c'est que février a concentré la quinzaine de congés des vacances d'hiver. Il y a forcément moins d'activité programmée, moins d'activité de bloc. Il va falloir observer la tendance lorsque nous aurons les résultats de mars et avril. Sur l'HAD, un deuxième médecin a été recruté, qui est venu compléter l'équipe médicale et lorsqu'on observe le taux d'occupation, nous sommes à 85% sur les 40 lits qui

sont sur Bayeux et Aunay. On peut espérer que sur les éléments que l'on vous présentera en juin, nous ayons des données consolidées qui auront inversé cette tendance.

FO remarque que si en mars et avril il n'y a pas de recrutement de chirurgien, cela va continuer de baisser.

Le Docteur LABIDI répond que cela va rester stable, il n'y a pas de recrutement mais pas de perte. Il y a une urologue qui rentre de congés maternité.

FO constate pourtant que tout avait été présenté de façon optimiste.

Le Docteur LABIDI ajoute que le congé maternité avait été pris en compte.

Madame QUARK renchérit en soulignant que pour ce qui concerne les HDJ médicales et notamment les HDJ douleurs et chimiothérapie, l'activité est en augmentation.

Slide 7 – Données activité externe sur le site d'Aunay

Madame SINANG souligne qu'il y a une baisse par rapport à l'année dernière, principalement focalisée sur la radiologie car un praticien est parti l'année dernière et que le CHAB n'arrive pas à recruter de radiologue. En termes de consultations, l'activité est assez stable et même en augmentation sur certaines activités.

Slide 8 – Données activité externe sur le site de Bayeux

Laboratoire, imagerie et accueil des urgences sont en légère augmentation. Les lignes de couleur saumon montrent une baisse d'activité – consultation de cardiologie, douleur, chirurgie, orthopédie (le Docteur LABIDI souligne qu'il y a une cardiologue en moins). En vert, les activités sont en légère augmentation comme la gynécologie (un gynécologue a été recruté), l'anesthésiologie (un anesthésiste a été recruté), en médecine interne (le docteur LABIDI intervient en spécifiant qu'un médecin de médecine 3 a pu se libérer du temps pour faire plus de consultations donc il s'agit d'un équilibre de temps disponible), et l'activité urologique.

Slide 10 – Activité en hospitalisation complète

Le SMR gériatrique présente un taux d'occupation de 97%. Il y a une différence par rapport à l'année dernière car on avait fermé des lits pendant 6 mois pour pouvoir ouvrir le Court Séjour Gériatrique. On constate une baisse concernant le SMR neuro-locomoteur à Aunay et une légère augmentation pour le SMR neurocognitif.

Le Docteur LEVY intervient et demande si la fermeture des lits dans cette activité a été prise en compte.

Madame SINANG répond que lorsque l'on a connaissance que les lits sont fermés, ils sont pris en compte.

Le Docteur LABIDI ajoute que la question se posait concernant les lits dont les patients partaient en permission, mais qui font partie des séjours, donc du coup pas à 100% d'occupation, parce qu'il y a les week-ends de permission des séjours de 3 mois.

Le Docteur LEVY souligne que les équipes sont en train de réfléchir et revoir le type de permission. Madame SINANG reprend et ajoute que le SMR cardio et le SMR neuro ont légèrement augmenté.

Slide 12 – Données de psychiatrie

On constate une légère baisse en psychiatrie adulte pour les hospitalisations et une augmentation pour les hospitalisations de jour. En pédopsychiatrie, nous constatons une légère baisse concernant les hospitalisations à temps complet et une baisse de l'activité HDJ.

Le Docteur LABIDI marque son étonnement. Elle ne comprend pas pourquoi car il semblerait qu'il n'y ait pas de lit et que l'on soit obligé de garder les patients aux urgences. Le service récupère des patients de Caen, n'arrive pas à placer les siens ; c'est donc exceptionnel quand nous avons un lit en psychiatrie. Elle ne comprend donc pas le taux d'occupation. Peut-être qu'il y a des permissions, elle ne sait pas.

Monsieur MANGOT ajoute que ces données ne concernent que deux mois. Un écart n'offre pas une tendance.

Slide 14 - Données d'activité de l'USLD, de la MAS, de l'EHPAD et du SSIAD

Pour les SSIAD, Madame SINANG précise qu'il n'a pas été possible d'obtenir de chiffres car un changement de logiciel a eu lieu et que la récupération des données est en cours. Pour ce qui est de l'accueil de jour, l'activité est à 25% environ malgré la communication mise en place.

Slide 15 – Points d'actualité

Madame SINANG résume l'ensemble des points d'actualité.

Madame LEPOULTIER remercie Madame SINANG et souligne qu'il ne s'agit que des deux premiers mois de l'année.

8. Poursuite de l'accompagnement du bloc opératoire

Madame LEPOULTIER rappelle le contexte : un travail a été fait avec le cabinet EFFIGEN sur l'optimisation de l'utilisation du bloc opératoire et du travail avec les équipes.

Monsieur MANGOT prend la parole. Le cabinet EFFIGEN a été identifié pour accompagner le CHAB et faire un audit sur le fonctionnement de son bloc. Cela a déjà été évoqué en conseil de surveillance, et il souhaite partager un premier retour concernant les caractéristiques d'utilisation du bloc sur le site de Bayeux.

[Annexe « Bloc opératoire thésaurus et indicateurs »](#)

Slide 3 – Analyse quantitative

Ce slide résume la façon dont nos salles ont été utilisées sur la période d'étude qui était celle 2023. On se rend compte que l'on a un démarrage de notre activité opératoire avec une exploitation de nos salles le matin autour de 80%, une chute d'activité le midi, une reprise d'activité dans les salles l'après-midi qui est modérée. Dans un fonctionnement frisant la perfection, nous devrions être capables d'être à 100% dès l'ouverture jusqu'à la fermeture du bloc, ce qui est impossible. Nous avons la caractéristique d'être un bloc polyvalent et qui dit bloc polyvalent dit bloc qui nécessairement doit intégrer dans son activité les urgences, qui viennent perturber le programme opératoire. Un bloc polyvalent doit viser 75% de taux d'occupation, objectif qui est le nôtre.

Slide 4 – Analyse qualitative des processus critiques

La synthèse d'évaluation du cabinet EFFIGEN soulignait que nous avons un sujet sur lequel travailler, à savoir la planification opératoire c'est-à-dire définir le dimensionnement des vacations et être capable de dire qui ou quelle spécialité opère dans quelle salle, le matin, l'après-midi, en

fonction des jours de la semaine. Il s'avère que dans notre établissement, la planification opératoire n'avait pas évolué au fil du temps bien qu'il y ait eu des nouveaux chirurgiens. Nous avons des créneaux pour certaines spécialités qui pouvaient être surdimensionnés et d'autres praticiens qui demandaient plus d'accès au bloc. Ce sujet-là a été retravaillé, a beaucoup progressé et nous avons revu la planification opératoire ; ceci est un sujet qui est derrière nous. Néanmoins, dès lors qu'un nouveau chirurgien arrive dans l'établissement, se pose la question de l'accès au bloc. Il faut refaire la planification dès que nous avons de nouveaux praticiens. La programmation opératoire avait également été identifiée par le cabinet. Ce sont des sujets d'une grande complexité. Par exemple, un créneau est prévu, un patient ou deux ne peuvent pas être opérés ce matin-là j'ai donc un creux dans le programme. Quelle est notre organisation ? Est-ce qu'on peut rapidement proposer une intervention pour un autre patient ? Est-ce que d'autres médecins de la même spécialité souhaitent utiliser ce créneau vacant ? Est-ce que à défaut on peut le proposer à une autre spécialité qui aurait des patients en attente ? La programmation est un sujet sur lequel nous avons encore besoin de travailler. Le pilotage du bloc nécessitait des conseils de bloc beaucoup plus réguliers, ce que nous faisons tous les mois où nous sommes nombreux à partager l'activité et les difficultés du bloc. Nos difficultés vous sont présentées de manière schématique : planification, programmation et la boucle de rétroaction avec le conseil de bloc qui permet de faire état de ce qui fonctionne bien ou moins bien et comment nous corrigeons les points qui nous mettent le plus en difficulté.

Slide 5 – Analyse qualitative des processus critiques

Nous avons donc travaillé sur la planification, les conseils de bloc, sur le management avec un nouveau chef de bloc, il y a une dynamique qui est bien présente mais il reste encore du travail à faire.

Slide 7 – Eléments importants pour construire un thésaurus

Le travail qui nous reste à accomplir se situe désormais principalement sur les thésaurus et les données précises d'utilisation de notre bloc. Le thésaurus est une fiche pratique qui va décrire pour un acte donné et de manière assez précise de nombreux éléments, à la fois matériels – quel type d'équipement, comment le patient doit être installé en salle – et quelle est la durée prévisible en fonction du chirurgien puisqu'en fonction de la complexité de l'intervention et du chirurgien, les temps d'intervention sont différents. A partir du moment où l'on souhaite programmer des patients sur une journée de bloc, nous devons être précis sur nos thésaurus.

Slide 10 – Exemple 3

Si l'on prend un thésaurus ayant comme thématique l'amputation, l'amputation c'est large. Si l'estimation des différents paramètres manque de précision, on est dans l'incapacité d'estimer un temps opératoire suffisant ; c'est dans l'absolu un risque de perte de temps car si la fiche n'est pas suffisamment précise, on peut courir après le matériel au moment de l'intervention et se retrouver pénalisé puisque on va perdre du temps à rassembler l'ensemble des éléments nécessaires pour ce geste chirurgical. EFFIGEN, qui a accompagné de nombreux blocs opératoires dans le public comme le privé, a une bibliothèque de thésaurus. Nous en avons mais le cabinet nous aide à les affiner pour que l'on programme de manière la plus précise possible.

Slide 12 – Indicateurs de bloc de janvier 2025

Les indicateurs de bloc montrent que nous avons progressé, en taux d'ouverture (l'objectif est d'être à 75% de taux d'ouverture pour un bloc polyvalent comme Bayeux) Nous sommes sur les données d'analyse qui courraient entre le 6 janvier et le 2 février de cette année, à 73%. Nous avons des taux d'ouverture qui sont bons. Par contre, nous n'occupons qu'à 66% nos salles de bloc. Le sujet est là, le décalage entre un bloc qui est ouvert et une exploitation pas toujours à hauteur de son taux d'ouverture. Nous avons à travailler sur ce plan-là. Travailler sur les thésaurus va permettre de réduire le temps entre deux interventions. En théorie, entre deux interventions, nous devons être à 15 minutes de préparation. Si les thésaurus ne sont pas assez précis, nous avons des temps qui s'allongent et mécaniquement nous n'avons pas exploité le bloc de façon correcte. Le taux de

débordement est à 7% ce qui est admis et normal car il peut aller jusqu'à 10%. On peut donc voir que nous progressons.

Slide 13 – Indicateurs de bloc de janvier 2025

Il nous reste du travail à faire sur nos thésaurus et les indicateurs du bloc car en janvier 2025 on va retrouver peu ou prou ceux de 2023. On exploite mieux le matin, le démarrage est un peu tardif, la coupure du midi est à corriger et il est nécessaire de mieux exploiter nos créneaux de bloc l'après-midi car qui dit bloc ouvert dit présence de professionnels et s'il n'y a pas d'activité, on perd massivement de l'argent. Nous avons des patients qui attendent et de jeunes chirurgiens qui arrivent. Nous allons nous renforcer sur des spécialités pour lesquelles nous avons des difficultés. En chirurgie digestive, nous avons un docteur junior qui arrive au mois de mai, un assistant qui prend ses fonctions au mois de novembre, un jeune ORL qui démarre son activité au mois de mai... Nous avons besoin d'être dans une logique d'optimisation de notre bloc. Ce n'est pas le seul sujet car après le bloc il faut passer en salle de réveil puis soit en ambulatoire, soit en hospitalisation complète. Nous avons besoin de bien travailler nos capacités en aval du bloc pour fonctionner.

Slide 14 – Indicateurs bloc mars 2025

Monsieur MANGOT termine. En complément des thésaurus, l'enjeu du travail mené actuellement, c'est d'avoir des indicateurs de bloc précis pour que le conseil de bloc puisse analyser son activité. Tous les mois, nous avons des données qui permettent de constater si oui ou non nous avons progressé sur l'exploitation du bloc le matin par exemple.

Slide 15 – Indicateurs bloc mars 2025 (graphique).

On peut constater que sur l'ensemble de nos 5 salles, nous sommes à 76% de taux d'ouverture, donc dans la cible, et il nous reste le petit gap sur le taux d'occupation pour essayer de combler ces presque 10 à 12% de décalage. On voit que notre taux de débordement est à 6%. Donc le travail se poursuit et il est nécessaire car c'est un sujet pour notre établissement. Le développement de la chirurgie est un des leviers pour notre établissement car nous avons la chance d'avoir une multiplicité d'opérateurs dans des spécialités différentes.

Madame LEPOULTIER remercie Monsieur MANGOT et demande si quelqu'un a des remarques à faire.

Monsieur MORICE demande si dans le cadre de l'optimisation de l'utilisation des salles d'opération, donc avec un turn over plus important, cette utilisation n'est pas limitée par des contraintes d'hygiène et de risques d'infection ? Il faut respecter entre chaque intervention un temps donné ?

Monsieur MANGOT répond par l'affirmative. Il y a un temps incompressible de 15 minutes. Dans les structures où l'organisation est la mieux huilée, les préconisations visent 15 minutes, ce qui n'est pas toujours faisable car le bloc du CHAB est polyvalent, il n'y a donc pas de salle dédiée à l'urgence. S'il y avait une salle dédiée à l'urgence, les 4 autres salles tourneraient sur du programmé. Il y aurait un taux d'occupation qui serait plus satisfaisant et pas de perturbations sur le programme. Nous sommes un établissement polyvalent et n'avons pas la capacité d'avoir et un chirurgien qui fait de l'urgence dans une salle et un autre de la même spécialité dans une autre salle. L'urgence va venir perturber les programmes. Le bloc polyvalent est le plus complexe à organiser. Nous progressons dans une vraie dynamique mais il y a un niveau de granularité qui est plus fin pour que tout le monde trouve son compte.

Le Docteur LABIDI ajoute que maintenant on voit la limite avec les places d'hospitalisation et ambulatoire. On optimise le bloc mais n'avons pas la place en ambulatoire pour augmenter l'activité. Nous hospitalisons désormais des patients de chirurgie en médecine.

Madame LEPOULTIER conclut. Ce sont des arguments auprès de nos autorités de tutelles en leur spécifiant que nous faisons des efforts d'efficience financière mais aussi demandés par les praticiens eux-mêmes car les usages bougent, parce que de nouveaux praticiens arrivent, qu'ils ont besoin de temps au bloc, d'organisation, ce qui appelle aussi à changer les manières de faire.

FO ajoute que cela ne va pouvoir que s'améliorer puisque nous avons eu l'audit EFFIGEN, nous allons avoir l'audit ANAP et ce qui sera intéressant, c'est de comparer leurs conclusions.

Monsieur MANGOT ne sait pas car vont-ils aller investiguer sachant que cette analyse a déjà été faite ?

Madame LEPOULTIER ajoute que si on s'approche des chiffres requis ou préconisés, cela veut dire que le CHAB sera là où il est attendu. Elle demande s'il y a d'autres points à aborder ? Personne ne prenant la parole, elle remercie les membres, lève la séance et leur souhaite une belle journée.

La Présidente du Conseil de Surveillance

Mélanie LEPOULTIER

