



Séance du 25 octobre 2023

Conseil de surveillance

Le **mercredi 25 octobre 2023** à 15H35, le Conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc s'est réuni dans la salle du Conseil.

L'ordre du jour est le suivant :

POINT 1	Approbation du procès-verbal du 27 septembre 2023	Vote
POINT 2	Présentation du Projet Médico-Soignant Partagé et avenant n°2 à la convention constitutive GHT (A. Bénard)	Vote
POINT 3	Présentation du compte financier 2022 (C. Fourier)	Vote
POINT 4	Présentation du rapport d'audit des commissaires aux comptes (C. Fourier)	Vote
POINT 5	Bilan de la période estivale et préparation hivernale (A. Bénard / JB. Fleury)	Info
POINT 6	Fonds de dotation LIAMM : point d'étape sur la collecte et les projets (D. Oudot)	Info

En cette séance du **mercredi 25 octobre 2023**, le conseil de surveillance est composé des membres et assistants suivants :

- M. Hervé **GUIHARD**, Président

ÉTAIENT PRESENTS PARMIS LES MEMBRES A VOIX DELIBERATIVE

- M. Damien **GASPAILLARD**, Conseiller
- M. Yannick **LE CAM**, Conseiller
- Mme Anne-Marie **BRIAND**, Conseiller
- Mme Béatrice **HAMON**, Conseiller
- M. le Docteur Louis **BRESSANUTTI**, Conseiller
- M. le Docteur Patrick **VAN ASSCHE**, Conseiller
- Mme Magali **BEZELY**, Conseiller
- M. Régis **PINEAU**, Conseiller
- M. Maxence **FORESTIER**, Conseiller

ÉTAIENT PRESENTS PARMIS LES MEMBRES A VOIX CONSULTATIVE

- M. François **NEGRIER**, chargé de mission de l'offre des soins hospitaliers, DD22
- Mme Graziella **LAFoux**, chargée relations établissements, pôle accompagnement des professionnels de santé – CPAM 22
- Mme le Docteur Cynthia **GARIGNON**, Président de la Commission Médicale d'Etablissement

ASSISTAIENT A LA REUNION

- Mme Ariane **BENARD**, Directeur du Centre Hospitalier
- M. Jean-Baptiste **FLEURY**, Directeur délégué du Centre Hospitalier, secrétaire général du GHT d'Armor
- M. le Docteur Régis **DELAUNAY**, Président de la CMG du GHT d'Armor
- Mme Clémence **FOURRIER**, Directeur-Adjoint
- Mme Kristell **DICHARRY**, Commissaire aux comptes
- Mme Sylvie **ERNOULD**, Trésorier Principal
- M. Damien **OUDOT**, Directeur-Adjoint
- Mme Elisabeth **GUILLEMAIN**, Directeur des Soins
- Mme Sonia **AJOUY**, Adjoint des cadres, secrétaire de séance

EXCUSES PARMIS LES MEMBRES A VOIX DELIBERATIVE

- M. Gilles **LUCAS**, Conseiller
- M. David **BELLEGUIC**, Conseiller
- Mme Nadia **LAPORTE**, Conseiller
- M. le Docteur François **LALLEMENT**, Conseiller

EXCUSES PARMIS LES MEMBRES A VOIX CONSULTATIVE

- M. Mickaël **COSSON**, Député des Côtes d'Armor (première circonscription)

M. Guihard ouvre la séance à 15H35. Mme Dicharry, Commissaire aux comptes, interviendra en visioconférence lors de l'examen du point 4.

POINT 1 : Approbation du procès verbal du conseil de surveillance du 27 septembre 2023

M. Guihard soumet le procès verbal à l'avis des conseillers. Deux modifications sont intégrées.

D'une part, à la demande de Mme Briand, dans son intervention relatée en page 4 du procès verbal, les termes « *CDU locales* » sont remplacés par la formule « *CVS locales* ».

D'autre part, en page 6 du document, M. Négrier signale que la phrase « *sur les perspectives de sortie de la T2A, M. Négrier souhaite tempérer les optimismes en rappelant que le régime par dotation globale peut bloquer la capacité d'investissement* » doit être corrigée dans son second membre car il s'agit d'une restitution incorrecte de son propos. Elle est remplacée par la phrase suivante « *sur les perspectives de sortie de la T2A, M. Négrier souhaite préciser que les modèles de financement qui ne prennent pas en compte l'activité et qui ont déjà été éprouvés, comme la dotation globale, peuvent s'avérer pénalisants* ».

Le procès verbal de la séance du conseil de surveillance du 28 juin 2023 ainsi corrigé est adopté à l'unanimité.

M. Guihard propose d'aborder le point 2 de l'ordre du jour.

POINT 2 : Présentation du Projet Médico-Soignant Partagé et avenant n°2 à la convention constitutive du GHT

Mme Hamon souhaite qu'un état des lieux de l'offre hospitalière du territoire, notamment pour les soins d'urgence, soit communiqué afin d'en mesurer l'impact sur le Projet Médico-Soignant Partagé.

M. Guihard se joint à cette demande d'information et indique qu'un état des lieux sera produit en cours de séance ; il est prévu au point 5.

Le point 2 est présenté par Mme Bénard et par le Docteur Régis Delaunay.

Mme Bénard introduit le propos en rappelant le contexte, les enjeux, les orientations stratégiques dans lesquels s'inscrit le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT d'Armor, ainsi que la procédure suivie pour son élaboration, notamment son caractère participatif (document fourni en [annexe 1](#), développements jusqu'à la partie 3, évolution de l'offre de soins).

Mme Briand évoque l'articulation entre le PMSP et le projet régional de santé (PRS) Bretagne alors que le PRS a reçu un avis défavorable devant la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et le Conseil régional. Elle se demande s'il y aura un impact sur le PMSP.

Mme Bénard confirme que le PRS a reçu un vote défavorable de la CRSA. Elle précise qu'elle n'a pas d'information sur la rédaction définitive du PRS et ses éventuelles modifications à l'issue des votes. En revanche, il n'y a pas de conséquences de ces votes sur le contenu du PMSP.

M. Négrier poursuit en indiquant que le PRS et le PMSP ne portent pas le même périmètre, le premier étant régional et le second territorial. Il confirme que certaines instances ont délivré un avis négatif à l'encontre du PRS : la CRSA, le conseil régional et également le conseil départemental.

Compte tenu de ces informations, l'ARS ne s'interdit pas de revoir le document, notamment sur l'aspect des autorisations sanitaires (objectifs quantifiés de l'offre de soins).

M. Guihard indique que Saint-Brieuc Armor Agglomération a choisi de ne pas prononcer un avis défavorable, mais de faire des propositions complémentaires.

Le Docteur Delaunay prend le relais de Mme Bénard pour la présentation des évolutions des activités de soin. Il commence par la chirurgie à partir des éléments du document fourni en annexe 1.

Mme Briand relève que la situation de la chirurgie du Centre Hospitalier de Guingamp évolue favorablement par rapport aux projets antérieurs issus de la mission Rossetti, où elle était strictement limitée à une activité ambulatoire. Le PMSD prévoit désormais un périmètre d'activité incluant la chirurgie programmée et le semi urgent non exclusivement ambulatoire.

Réagissant aux questionnements sur la capacité du bloc opératoire de Saint-Brieuc à absorber une partie de l'activité territoriale, **le Docteur Delaunay** exprime sa confiance compte tenu des projets en cours à moyen terme (extension du bloc opératoire).

M. Forestier approuve le bien fondé d'une organisation territoriale qui, à partir d'un partage d'information via un dossier médical partagé, articule les parcours patients sur différents sites selon une logique de graduation des soins. Néanmoins, s'il est indiqué que ces circuits n'ont pas d'impact pour les patients de Guingamp, il relève que ceux de Saint-Brieuc en subissent des effets, notamment par l'allongement des délais d'attente pour les interventions chirurgicales. Par ailleurs l'accueil de nuit des urgences vitales par le bloc opératoire de Saint-Brieuc est un point particulier de vigilance : les effectifs des personnels de blocs sont insuffisants au regard des niveaux d'activité, ce qui entraîne un fonctionnement dégradé.

M. Forestier relaye la position générale des personnels de chirurgie : ils sont favorables au principe de l'accueil des patients des autres sites ; mais ils regrettent que les effectifs n'augmentent pas pour répondre à l'augmentation de l'activité. Que ce soit en chirurgie ou en obstétrique, les professionnels se sentent en insécurité compte tenu de conditions de travail de plus en plus dégradées. Les professionnels formulent un doute sur la capacité du plateau technique de Saint-Brieuc à absorber une activité de plus en plus territoriale, dans un contexte où la démographie médicale (notamment les chirurgiens orthopédiques et ceux spécialisés en ophtalmologie) est difficile.

Sur un autre thème, M. Forestier rappelle que l'activité de chirurgie ambulatoire est en baisse de 16%. Il s'interroge sur les moyens opportuns à mettre en œuvre pour en accélérer le développement, et pour fidéliser les praticiens. Il relève que les jeunes chirurgiens sont en général motivés par la perspective d'offrir leur expertise et de développer des techniques opératoires innovantes. Ils sont disposés à intensifier l'activité de jour, en élargissant l'amplitude horaire des interventions, mais leur ambition n'est pas toujours compatible avec les disponibilités des personnels paramédicaux. M. Forestier approuve la politique d'innovation évoquée par le Docteur Delaunay qui est un facteur d'attractivité pour les chirurgiens, et s'exprime, dans un contexte de concurrence avec le site de Plérin, en faveur des projets de salles hybrides ou encore de salles équipées de robots. Mais il se demande, au regard de la situation financière du GHT, s'il a la possibilité de réaliser ces investissements.

Le Docteur Delaunay souligne que si le bloc opératoire du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc est saturé, cela tient plus à sa mission déjà ancienne d'établissement support du territoire qui accueille déjà les urgences vitales du territoire. La chirurgie de Guingamp fonctionne toujours 24h sur 24, même si l'activité réalisée est très faible en horaire de permanence des soins.

Mme Bénard rappelle les mesures proposées pour répondre à la saturation du bloc opératoire de Saint-Brieuc : d'une part, le développement et la consolidation de la chirurgie ambulatoire sur le site

de Guingamp et les autres sites de proximité ; d'autre part, le projet d'extension du bloc opératoire briochin (deux salles supplémentaires).

M. Forestier évoque la qualité du bloc opératoire de Saint-Brieuc qui dispose d'un plateau technique de très haut niveau. Cette qualité reconnue a pour contrepartie la polyvalence demandée aux équipes et la complexification des prises en charge des patients (délais de prise en charge ; absence de disponibilité immédiate des équipes). Cette situation peut être source de crispations. Il se demande si le choix de la polyvalence n'est pas porté à un degré trop important.

Le Docteur Delaunay partage cet avis. Il est important de conserver un certain niveau d'expertise compte tenu de la complexité des organisations.

Il évoque ensuite la périnatalité à partir des éléments du document fourni en annexe 1. Il introduit son propos par l'actualisation de la situation de la maternité de Guingamp, qui en vertu du PMSP, devrait être transformée en Centre Périnatal de Proximité. La décision de suspension est intervenue avant même la finalisation du PMSP, reconduite jusqu'au mois d'avril 2024. Cette décision est liée aux effectifs déficitaires, non seulement des sages-femmes mais aussi des gynécologues obstétriciens. La difficulté démographique est certes un problème connu à l'échelle nationale. Pour Guingamp, elle prend une autre proportion dans un contexte de faible activité obstétricale.

Avec le recul, la suspension de la maternité de Guingamp sur plusieurs mois en 2023 a un impact très marginal sur l'activité des autres maternités du territoire, toutes concernées par la baisse du nombre annuel d'accouchements.

Mme Briand indique être attachée au maintien d'une activité d'orthogénie sur chacun des sites du territoire d'Armor.

Le Docteur Delaunay indique que le PMSP prévoit bien leur maintien.

M. Guihard demande si une évaluation a eu lieu pour mesurer dans la population concernée la réception des transformations apportées aux activités de Guingamp.

Mme Bénard indique que la population n'a pas été sondée, mais qu'un suivi d'impact sur l'activité des autres maternités et un suivi des événements indésirables sont réalisés. Il n'y a eu, depuis la suspension de la maternité de Guingamp, qu'un seul accouchement hors maternité.

M. Guihard insiste sur l'opportunité de vérifier la perception par la population de la transformation de la maternité de Guingamp en Centre de périnatalité, pour s'assurer qu'elle est comprise dans le bon sens : l'articulation d'un lien avec Saint-Brieuc et surtout l'opération de consolidation à Guingamp d'une activité de prise en charge périnatale de proximité qui sont des gains, et préservent de fermetures sèches. Il s'agit d'évaluer si le sentiment de perte lié à la décision de suspension de la maternité est dépassé, et qu'un lien de confiance est établi sur la base d'une nouvelle manière de concevoir le service rendu à la population. Cette bonne compréhension est le gage de la réussite du projet.

M. Forestier souligne l'importance selon lui pour la population du bassin guingampais d'entendre les motifs qui ont présidé à la décision de fermeture de la maternité, à savoir l'impossibilité pour 7 sages femmes de continuer à assurer leur activité, dans des conditions de travail où la sécurité des soins n'était plus garantie. Elles ont alerté sur la dangerosité de la situation.

M. Guihard se démarque de cet avis au sens où il relève d'une rationalité qui ne peut être entendue par l'opinion, qui réclame, s'adressant aux décideurs politiques, un idéal. Cet idéal consiste en la matière dans le maintien de la maternité de Guingamp, nonobstant les difficultés matérielles.

M. Pineau suggère aux décideurs d'aller rencontrer les personnels des maternités concernées par la fermeture du service du Centre Hospitalier de Guingamp, notamment celles du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Le syndicat a effectué la démarche, et a pu relever, pour nuancer le discours précédent, un impact sur les conditions de travail, en termes de sécurisation, avec surtout une mise en difficulté pendant la nuit. Les personnels ont le sentiment d'évoluer dans des organisations qui ne sont pas optimales.

Le **Docteur Delaunay** évoque sur ce point des précisions apportées par le chef du service de gynécologie-obstétrique. Le protocole de prise en charge des patientes a subi récemment une évolution, qui n'a pas de lien avec le contexte guingampais, et qui a pour effet d'allonger les temps de prises en charge en salles de naissance des parturientes.

Suivant la trame du document en annexe 1, le **Docteur Delaunay** présente de l'offre de soins proposée en médecine.

S'agissant des parcours de santé devant articuler la ville et l'hôpital, **Mme Briand** demande si les HAD, pour lesquels elle recueille des avis très positifs, figurent parmi les partenaires.

Le **Docteur Delaunay** le confirme, même si le dispositif HAD du territoire doit encore être renforcé.

Le **Docteur Van Assche** revient sur les difficultés du parcours patients en aval de l'hôpital. L'articulation à la sortie des hospitalisations dépend en partie des plans d'aide proposés aux patients. S'agissant de l'offre disponible sur le territoire d'Armor, elle pâtit de l'insuffisance des effectifs pour les personnels paramédicaux et les intervenants à domicile. Le Docteur Van Assche se demande si des incitations seront faites pour favoriser la venue de professionnels. D'un point de vue structurel, la sortie de l'hôpital repose en grande partie sur l'offre libérale pour les soins de médecine et de réadaptation ; celle-ci, l'été, connaît une période de fermeture très importante, ce qui a un impact sur la vie des hôpitaux publics. Le Docteur Van Assche évoque l'éducation thérapeutique, particulièrement développée au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Il insiste sur la nécessité de développer sur tout le territoire une offre extra hospitalière, qui est à ce jour embryonnaire.

M. Guihard demande des explications sur l'éducation thérapeutique.

Le **Docteur Van Assche** répond que ces programmes ont pour visée l'amélioration de la prise en charge des patients, en s'appuyant sur une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise des maladies et des traitements qui les concernent. Elle repose sur le développement de l'autonomie et la responsabilisation du patient.

Mme Briand demande quelle est la politique de l'ARS pour le développement des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

S'agissant de l'éducation thérapeutique, **M. Négrier** précise que l'ARS accompagne le développement des programmes sur tout le territoire, notamment à Guingamp. Cet outil de responsabilisation individuelle et de prise en charge de la santé est moins consommateur en personnels de santé. Tous les programmes sont en général acceptés par l'ARS car il n'y pas de limite en nombre de programmes par territoire. Ils peuvent être déclarés sur une plateforme dématérialisée dédiée.

Sur la question des SSIAD, **M. Négrier** rappelle que l'objectif est de promouvoir sur tout le territoire le développement de ces services, qui assurent l'aval de l'hôpital, mais pas seulement. Un maillage territorial existe mais tous les besoins ne sont pas couverts. L'enjeu actuel est la création de services globaux autonomie regroupant sous une coordination unique les services d'aide à domicile et les services de soins à domicile. Cette organisation est destinée à faciliter les parcours de santé des

patients et le maintien à domicile. Le développement des SSIAD est encouragé par l'ARS dès lors qu'elle dispose des moyens financiers pour les promouvoir.

Suivant le fil de l'annexe 1, le **Docteur Delaunay** poursuit la présentation du PMSD pour les thématiques de l'offre de soins SMR (soins médicaux de réadaptation), le renforcement de la filière addictologie du territoire, les objectifs de renforcement des liens avec les partenaires du GHT, et la définition du contenu de la mission de responsabilité populationnelle du groupement. L'organisation vise à répondre aux grandes problématiques comme, pour les SMR, celle du déficit en ressources médicales qui entraîne des fermetures de service en été, et qui expose les patients à une rupture de leur parcours de santé.

Pour l'addictologie, M. Guihard manifeste un scepticisme quant au projet d'ouverture de 6 lits de sevrage au Centre Hospitalier Saint-Jean de Dieu, alors que la question de la fermeture de l'établissement psychiatrique, en grande difficulté, est posée.

Mme Bénard répond que l'établissement manifeste sa volonté de dépasser les difficultés actuelles.

Sur les questions de tensions sur la démographie médicale et paramédicale notamment au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, **M. Forestier** revient sur les politiques d'attractivité déployées par la Direction. Il relève que des actions très positives ont été conduites au niveau des instituts de formation. La politique de formation du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, en faveur de tous les métiers et personnels, et pas seulement des catégories en tension, est satisfaisante. Il déplore cependant les effets défavorables du système Parcoursup. Pour certains étudiants, les choix au sein des instituts de formation sont des choix par défaut et ils ne restent pas.

Pour y remédier, M. Forestier demande s'il existe des possibilités de moyens supplémentaires pour permettre à l'hôpital de former ses propres soignants, dans une logique de promotion professionnelle. Il évoque notamment les reprises d'études des aides soignants et des ASH, qui sont des groupes d'étudiants dont la probabilité de rester sur le territoire est grande. Les moyens actuels ne permettent pas de financer toutes les demandes. La capacité des politiques de formation à accompagner les souhaits d'évolution de carrière est un enjeu d'attractivité de l'établissement, et de fidélisation des personnels.

Selon **M. Guihard**, les questions d'attractivité des personnels sont moins des enjeux de salaire ou de finances, que des enjeux institutionnels tenant à la capacité à déployer des politiques managériales adéquates, propres à consolider les effectifs.

Mme Bénard revient sur les instituts de formation du territoire, qui sont très performants au regard de différents critères : recrutements à capacité maximale pour la plupart (sauf Tréguier) ; taux de diplômés importants ; recours à des propositions de formations innovantes (apprentissage, alternance, VAE hybride). Pour la formation continue des personnels et les études promotionnelles, elle rappelle que cette dernière relève d'une enveloppe fermée, dans le cadre de laquelle des priorités sont établies entre formation continue traditionnelle et études promotionnelles.

M. Bézely revient sur l'importance de déployer une politique pour améliorer l'attractivité des établissements du GHT. Elle indique que pour 100 étudiants admis à l'IFPS de Saint-Brieuc, 60 sont diplômés mais seulement 30% d'entre eux restent au Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. Ce manque d'attractivité justifie de développer des modalités de formation innovantes.

Mme Bénard répond que les instituts de formation sont pleinement engagés dans des politiques d'attractivité en déployant les outils innovants, par exemple à compter de 2023 le recours au dispositif de contrat d'allocation d'études, qui permettra de fidéliser les étudiants.

M. Guihard souligne l'importance d'étudier les causes d'un taux de fidélisation d'étudiants si limité.

Pour conclure, avant de recueillir l'avis du Conseil de surveillance sur le PMSP, **Mme Bénard** rend compte des avis des autres instances concernées. Toutes les instances territoriales ont donné un avis favorable. Le comité territorial des élus n'a pas voté mais a fourni des échanges plutôt favorables. Pour les instances locales, toutes celles de Guingamp se sont prononcées par des votes défavorables. Tous les CSE locaux ont prononcé un avis défavorable. Les autres instances ont émis un avis favorable.

Mme Briand demande si les votes négatifs ont un impact sur la procédure.

Mme Bénard répond qu'ils ne produisent aucun blocage.

M. Guihard fait le lien pour Guingamp entre ce vote négatif et le contexte local (fermeture de la maternité).

M. Guihard constate l'épuisement des débats sur ce sujet et propose au Conseil de surveillance de procéder au vote sur le PMSP exposé.

Le projet recueille un avis favorable à la majorité des membres présents (deux votes contre, aucune abstention, huit votes favorables).

M. Guihard propose d'aborder les points 3 et 4 de l'ordre du jour.

POINTS 3 et 4 : Présentation du compte financier 2022 ; présentation du rapport d'audit des commissaires aux comptes

Mme Fourier présente le compte financier 2022 du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, et l'affectation des résultats pour le budget principal et les budgets annexes, à partir du document fourni en [annexe 2](#). Elle précise que la procédure, qui aurait dû se tenir en juin, a pris du retard à cause de l'installation d'un nouvel outil de gestion financière.

M. Guihard demande des précisions sur le constat d'absence de retour sur investissement du nouveau bâtiment ambulatoire.

Mme Fourier indique qu'en 2022, les recettes attendues du bâtiment ambulatoire ne couvrent pas les charges qui lui sont liées.

Mme Briand revient sur le déficit du budget de l'EHPAD des Capucins. Il ne peut être attribué à la fermeture du bâtiment Cornouaille car les résidents ont été accueillis dans d'autres résidences. Le déficit est lié à la situation générale : notamment, le capacitaire des Alizées n'est pas rempli car il manque des personnels. Sur un aspect plus statutaire, **Mme Briand** demande quelle est la manière de comprendre la mention d'une augmentation des personnels de l'EHPAD en CDI.

Mme Fourier et Mme Bénard précisent qu'il s'agit à la fois de titularisations et de CDI de droit public, dans le cadre de la politique de « déprécarisation » menée ces derniers mois.

Sur la dette de l'établissement en général, **M. Guihard** souhaiterait une présentation du profil de la dette, compte tenu du contexte de durcissement du marché des emprunts.

Mme Briand souhaite savoir si dans le cadre de la fusion des centres hospitaliers de Paimpol, Tréguier et Saint-Brieuc, les 3 EHPAD garderont leurs budgets en propre.

Mme Fourier répond qu'en termes procéduraux, l'opération entraîne une fusion des budgets, et donnera lieu à des arrêtés budgétaires communs. Il y aura toutefois une différenciation des 3 EHPAD au niveau des dotations de soins, des tarifs d'hébergements, et, à la demande de l'ARS et du Département, de la comptabilité analytique.

Les propositions d'affectation des résultats ayant été exposées, **Mme Dicharry**, Commissaire aux comptes, fait lecture du rapport de certification des comptes 2022 ([annexe 3](#)), qui sont certifiés conformes à la réglementation et déclarés sincères. Dans le contexte de transition du système d'information, elle remercie le travail des équipes comptables du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc ainsi que Mme Fourier.

Sur le texte du rapport financier, **M. Forestier** fait part de différents questionnements :

- En pages 8 et 9 : il relève l'importance des montants des créances des établissements du territoire à l'égard du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc
- En page 10 : compte tenu de la dégradation des ratios d'endettement, il demande quel sera l'impact sur la capacité d'emprunt et d'investissement
- En page 11, la dégradation du résultat rapportée étant consécutive aux augmentations des charges des personnels, il demande quel est le montant des hausses de salaires compensé par l'Etat
- Page 26 : il note l'augmentation relative des charges consacrées à l'alimentation ; il salue et remercie la Direction car les prix de la cantine des personnels n'ont pas augmenté en dépit du contexte inflationniste
- En page 24 : sur les mesures Ségur 2, pack social, il s'étonne du montant rapporté au titre de la mise en stage accéléré (308 k€), qui ne correspondrait pas à ceux communiqués aux syndicats. Il pose la question de l'affectation finale des fonds respectivement issus du Ségur et du pack social.

Mme Fourier apporte les éclairages suivants :

- Pour les créances dues à Saint-Brieuc, elle contextualise la situation dans le cadre du GHT d'Armor et du rôle d'établissement support du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc. A ce titre ce dernier porte les investissements et les charges territoriales (système d'information, personnels mutualisés sur certaines fonctions administratives). Dans ce cadre, chaque établissement participe selon une clef de répartition au budget qui retrace ces opérations. Néanmoins, toutes les créances correspondantes n'ont pas été recouvrées en raison des difficultés financières des sites partenaires. Elles ont donné lieu à l'établissement d'un échéancier. Le reste à payer n'est pas intégré au déficit présenté mais pèse sur la trésorerie de Saint Brieuc ;
- Pour le ratio d'endettement, Mme Fourier renvoie au document de l'annexe 2 ;
- Sur la dégradation du résultat en page 11, le montant des mesures non compensé par l'Etat correspond à 50% du déficit ;
- Pour la remarque sur la divergence du montant du plan de mise en stage accéléré, Mme Fourier suggère d'y revenir pour clarification, mais évoque l'hypothèse d'un décalage dû à ventilation du montant total sur plusieurs années (2022 et 2023).

M. Forestier en déduit la nécessité de fournir des informations précises, pour être en mesure d'apporter des réponses. Il poursuit sur la nécessaire distinction entre les financements Ségur et ceux du pack social. Selon lui, l'argent du pack social, qui aurait pu être mis afin d'accélérer les mises en stage, ne l'a pas été : la direction aurait utilisé de l'argent du Ségur pour les mises en stage. Il est

nécessaire de clarifier ce qui a été fait. L'argent consacré à la mise en stage était conçu comme un supplément à l'enveloppe Ségur.

Mme Bénard confirme que le pack social s'ajoutait au Ségur et a été mise en œuvre, comme cela a été tracé lors de la présentation de l'exécution budgétaire 2022. Elle souhaite corriger le propos de M. Forestier, dans le sens suivant : le pack social a bien été mis en œuvre et il pèse lourdement sur l'exercice budgétaire (notamment les transformations de CDD en CDI et la politique de titularisation).

M. Forestier précise que le syndicat a sollicité un rendez-vous auprès de l'ARS afin de disposer d'un état de l'utilisation des crédits Ségur. Il réaffirme la position selon laquelle l'argent du Ségur aurait servi à financer le Pack Social.

Mme Bénard considère qu'il ne peut être dit que le pack social a été financé par les fonds Ségur. Elle propose de faire un état des lieux précis avec les organisations syndicales.

M. Pineau salue la qualité du travail des équipes qui ont établi le rapport financier pour l'année 2022. S'adressant à M. Négrier, il demande des précisions sur les modalités de fixation des budgets hospitaliers, constatant que les financements sont attribués sporadiquement et que les montants se révèlent insuffisants par rapport aux besoins de l'hôpital.

M. Négrier indique que la répartition des crédits se fait selon les règles votées par la loi de financement de la sécurité sociale et sur la base des dotations limitatives attribuées à chaque ARS. L'Agence est donc confrontée à la difficulté de répartir des crédits à partir d'enveloppes limitatives, pour répondre à des besoins par définition incommensurables.

M. Guihard perçoit une contradiction. D'un côté, il est indiqué que l'hôpital connaît des tensions sur son activité et sur ses effectifs, ce qui laisse entendre un niveau d'activité soutenu. De l'autre, le bilan financier fait état d'une baisse des recettes liées à l'activité. Il souhaite une clarification. La baisse des recettes est-elle due à une baisse de l'activité, ou à l'effet des mécanismes de financement ?

Mme Fourier répond qu'au global, l'activité 2022 augmente par rapport à 2021. Mais c'est l'activité ambulatoire, qui est moins rémunératrice, qui augmente alors que l'activité en hospitalisation complète, plus rémunératrice, est en baisse. Pour l'hospitalisation complète, l'impact de la baisse d'activité se combine au fait que les patients occupent leur lit sur des durées plus longues. Ce phénomène alourdit la charge de travail des personnels, sans être financée, car les tarifs associés subissent une décote. Si les tarifs ont augmenté en 2022, l'effet volume conjugué à l'effet typologie de l'activité de Saint-Brieuc aboutit à une baisse des recettes.

Le Docteur Garignon poursuit en évoquant un effet délétère du modèle de financement. Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc est engagé dans une politique volontariste pour assurer le virage ambulatoire prescrit au niveau national, mais cela tourne à son désavantage. L'ambulatoire est une réelle amélioration pour les patients, mais ces soins sont moins rémunérateurs pour l'établissement, et les tarifs sous-évaluent le temps en personnel, notamment celui qui est nécessaire pour la coordination des parcours des patients qu'ils induisent. Il y a par ailleurs un effet de distribution préjudiciable : les patients les plus légers sont pris en charge en ambulatoire ; les plus lourds relèvent de l'hospitalisation conventionnelle. Une partie importante de ces patients présente des problématiques sociales (30% des journées d'hospitalisation ne sont pas pertinentes d'un point de vue médical) et ils sont maintenus sur des lits d'hospitalisation faute de solution d'aval adaptée. L'hôpital condense tous les problèmes.

M. Pineau partage le propos du Docteur Garignon. L'hôpital a des difficultés financières, tout en étant le dernier rempart social. Dans une logique contradictoire, au lieu de renforcer les financements de l'hôpital public, celui-ci est sous doté par l'Etat.

M. Négrier revient sur le modèle économique de l'ambulatoire. Sans nier l'importance des temps de coordination dans les prises en charge, certains établissements s'y retrouvent notamment parce qu'ils n'ont pas la charge de l'hospitalisation conventionnelle. Le modèle est soutenable sur la durée, même s'il convient d'analyser les charges de manière fine. L'autre question, celle des hospitalisations sociales indûment payées par l'assurance maladie sur des durées trop longues et sans justification médicale, est un véritable problème. On ne peut que constater que l'assurance maladie paye indûment des charges qui ne relèvent pas d'elle. M. Négrier conclut sur les montants des tarifs fixés. Il y a certes des coûts importants et un contexte d'inflation. Toutefois il souligne que les montants des tarifs ont été significativement augmentés à hauteur de 7 %, ce qui est un fait inédit.

M. Guihard prend note de cette réponse, qui ne lui paraît toutefois pas satisfaisante. Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc n'a en effet pas vocation à évoluer vers une activité exclusivement ambulatoire ; il sera donc toujours confronté aux difficultés qui contrarient son équilibre budgétaire.

M. Forestier souligne en outre que le modèle ambulatoire des hôpitaux publics ne se compare pas à celui des cliniques, car il ne concerne pas les mêmes profils de population. Divers facteurs amènent le modèle du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc à s'écarter du cadre horaire théorique de l'ambulatoire, faisant basculer les patients dans de l'hospitalisation conventionnelle. Compte tenu de ces paramètres, l'ambulatoire hospitalier peut difficilement être efficient.

M. Guihard constate l'épuisement des débats sur ce sujet et propose au Conseil de surveillance de procéder aux votes sur le compte financier 2022 (éclairé par le rapport du Commissaire aux comptes) et sur l'affectation des résultats.

Les affectations des résultats proposées, pour le budget principal H, le budget annexe EHPAD E, le budget annexe institut de formation C, recueillent un avis favorable à la majorité des membres présents (aucun vote contre, deux abstentions, huit votes favorables).

Le rapport d'audit du Commissaire aux comptes recueille un avis favorable à la majorité des membres présents (aucun vote contre, deux abstentions, huit votes favorables).

Les votes font l'objet de deux délibérations séparées (n° 9 et 10) ([annexe 4](#)).

M. Guihard propose d'aborder le point 5 de l'ordre du jour.

POINT 5 : Bilan de la période estivale et préparation de la période hivernale

A partir du document joint en [annexe 5](#), **M. Fleury** présente un bilan de la période estivale, et notamment du fonctionnement des urgences.

A l'écoute de ce bilan et des incertitudes sur le fonctionnement des urgences pour les mois à venir, **M. Guihard** fait part de son inquiétude. Les vacances de postes d'urgentistes concernent les centres hospitaliers de Guingamp, de Lannion et de Paimpol, mais également celui de Saint-Brieuc. Par conséquent, il se demande si le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, en tant que structure d'appui du dispositif de régulation du territoire, sera en difficulté, avec des implications sur tout le territoire. Sur le fond, M. Guihard revient sur l'assimilation du dispositif des urgences régulées à une solution de

sauvegarde de l'offre des urgences. Selon lui, il n'y a pas de sauvegarde dès lors que le système est régulé (la normale étant un accès ouvert 24 heures sur 24). Il revient également sur la façon de communiquer par voie de presse. Les administrés ne peuvent pas comprendre spontanément les changements introduits par la régulation.

M. Guihard redoute que la nouvelle organisation devienne pérenne par la force des faits, au motif qu'elle assure une protection anticipée du système pivot que constituent les urgences de Saint-Brieuc. Cela reviendrait à changer en sourdine la substance de l'offre de soins urgents sur le territoire, sans passer par un débat démocratique, sans avoir un positionnement des instances politiques régionales voire nationales. L'introduction d'un nouveau dispositif territorial de prise en charge des urgences devrait venir d'une décision officielle, débattue, transparente sur le contenu et les implications par rapport à la situation de départ.

Le Docteur Garignon explique que le dispositif mis en place correspond bien à une modification de l'offre de soins. Initialement les services des urgences constituaient la réponse à un besoin spécifique en soins techniques urgents. L'insuffisance de l'offre de médecine de ville a progressivement transformé le service hospitalier en porte d'entrée 24h/24, par défaut, quel que soit le degré de gravité du patient, dans le système de santé. La régulation est une réponse apportée à cette dérive ; elle vise à opérer une juste redistribution de la prise en charge des urgences entre la ville et l'hôpital. Il y a bien aujourd'hui un problème de définition des missions des urgences. La fragilisation des urgences hospitalières est liée à la chute de la démographie des médecins libéraux, amplifiée par la faible régulation des cabinets pour la permanence des soins. Par exemple, compte tenu du calendrier 2023, on peut dès à présent prévoir pour les vacances Noël la fermeture d'une grande partie d'entre eux. Cette situation entraîne la désorganisation chronique des services des urgences et de l'hôpital, et est une cause de la désaffection des praticiens pour les urgences. Les praticiens éprouvent une perte de sens de leur métier originel.

Mme Bénard indique que les pouvoirs publics soutiennent le modèle de régulation comme solution par défaut, en réponse aux problèmes de démographie médicale, et sous la forme d'un retour aux vraies missions des urgences hospitalières. La régulation des urgences et l'accès aux soins via le SAS risque de devenir le modèle unique, avec une probable consécration réglementaire dans les textes à venir sur l'activité d'urgence. Elle y voit une alternative acceptable dès lors que le dispositif est efficace, de bonne qualité, et qu'il assure la prise en charge rapide des patients. Or, à l'heure actuelle, la réorientation des patients par le SAS vers la ville est complexe faute de disponibilité en ville pour des soins non programmés. Une bonne régulation suppose également que le dispositif soit accompagné quantitativement (effectifs suffisants au SAMU) et qualitativement (des régulateurs libéraux qui n'orientent pas trop facilement les patients vers les urgences par peur du risque juridique).

M. Guihard évoque les créations de centres de santé, qui sont pour les collectivités locales une manière de répondre à l'étiologie de la médecine de ville. Faute d'accueil des personnes par l'hôpital public ou les médecins libéraux, elles devront probablement renforcer leur action. La question est posée de savoir s'il entre bien dans leurs missions de palier les défaillances de l'offre de soins.

Il souligne toutefois que les médecins apprécient l'exercice en centre de santé.

Le Docteur Van Assche exprime son inquiétude des transformations à l'œuvre. D'une part, la prise en charge d'interventions SAMU par des acteurs paramédicaux constituerait une régression, au sens où elle contrevient à l'idée de rapprocher les médecins des patients, y compris à domicile ou sur la route. D'autre part, la fermeture des services d'urgences pendant la nuit, pour laisser place à une activité unique de régulation, donne une vision réductrice du travail de médecin urgentiste. Enfin, l'évolution visant à assimiler l'activité des services des urgences à de la médecine générale ou à une simple hospitalisation standard nie la plus value de la médecine d'urgence en tant que spécialité à

part entière. Pour revenir à la question de la démographie des médecins urgentistes, le Docteur Van Assche témoigne de la grande pénibilité de la discipline qui ne permet pas d'y envisager une carrière professionnelle complète. Il constate une inflexion récente, à savoir que les urgentistes se réorientent de plus en plus précocement. En guise conclusion, il s'émeut de devoir assister à l'agonie de la médecine d'urgence.

Souhaitant exposer les mesures proposées par l'Etat, **M. Négrier** commence par rappeler la loi RIST et son effet amplificateur des problèmes de démographie médicale. Il rejoint le propos selon lequel le recours indifférencié aux urgences est une dérive à laquelle des solutions doivent être apportées. Il revient sur les échanges du début de la séance, qui évoquaient les critiques apportées par certains acteurs à l'encontre des mesures du PRS, dans le secteur des urgences comme dans d'autres. Elles seraient insuffisantes. Mais il souligne que l'ARS ne peut faire autrement que de composer avec la démographie médicale en crise, et avec le cadre réglementaire en vigueur. Les différents axes de la stratégie de l'ARS pour les soins urgents sont les suivants :

- Il s'agit de préserver la capacité de prise en charge des urgences vitales en déployant un dispositif de régulation départemental, le SAS, en affectant des moyens sur les opérateurs de soins non programmés. La régulation concerne les horaires de nuit, et repose sur au moins un SMUR opérationnel 24h/24 ;
- Il s'agit de mettre en place une organisation plus lisible à partir d'un travail avec les professionnels de santé. La démarche répond au constat d'une dégradation de la situation de la démographie médicale des urgences, qui, dans le contexte de la loi RIST, se poursuit au delà de la période estivale, en entraînant des plages de régulation de plus en plus grandes ;
- Il s'agit de renforcer la coordination de la médecine de ville, à partir d'un dispositif de permanence des soins jugé satisfaisant, et en consolidant les maisons médicales de garde (notamment en renforçant les effectifs médicaux) ;
- Il s'agit de poursuivre le déploiement des CPTS dans l'objectif de couvrir l'ensemble du territoire.

Au delà des constats et des insatisfactions, ces leviers permettent d'avancer avec des solutions locales. S'agissant de l'anticipation des mois à venir, l'ARS organise des réunions de crise pour préparer la période hivernale. Toutefois, la volonté de régulation de l'Agence est limitée faute de pouvoir détenir une visibilité sur les congés des médecins libéraux (le Conseil de l'ordre refuse de diffuser un calendrier prévisionnel des absences).

M. Négrier évoque par ailleurs la nécessité d'assurer une plus grande lisibilité dans l'organisation des transports sanitaires. Le fonctionnement actuel pour les retours à domicile s'appuie, grâce à la mobilisation de l'ARS, sur un système additionnel fluctuant, qui configure des capacités de transport supplémentaires en fonction des besoins prévisionnels de la journée. La solution atteint ses limites (parfois les équipes mobilisées ne sont pas appelées) et requiert une organisation également plus lisible.

Concernant le SAMU et le SAS, **M. Pineau** revient sur le tableau dressé par Mme Bénard qu'il juge conforme à la réalité.

En réponse aux interrogations de **M. Guihard** sur la manière de désengorger les urgences, **M. Pineau** revient sur une proposition faite depuis longtemps par la CGT. Le syndicat a toujours estimé insuffisante une organisation fondée sur 3 médecins affectés au service de nuit pour le SAMU. L'augmentation du nombre d'effecteurs permettrait de diminuer le recours aux urgences, mais cela renvoie à la question du financement. **M. Pineau** pose un regard critique sur la solution de faire appel à des IADE urgentistes pour assurer les transports. Cela constitue une perte de chance pour les patients, en même temps qu'une remise en cause de la garantie d'accès aux soins 24 h/24. Plus généralement le principe des urgences régulées génère de la perte de chance (allongement des délais d'attente des prises en charge des patients, patients qui renoncent et raccrochent, ...). Le problème de l'organisation des urgences tient selon lui au sous-dimensionnement des financements

au regard des besoins, qui amène à des solutions dégradées. L'attractivité des métiers est en grande partie un problème de finances et de rémunération.

M. Guihard pondère cette approche car selon lui, les difficultés de recrutement dans le secteur des urgences ne tiennent pas seulement à une question budgétaire (elles persistent même lorsque les moyens sont affectés). Elles résultent plus largement des changements qui impactent le rapport au métier.

M. Forestier pose également un regard critique sur le recours à des SMUR para médicalisés. De cette manière, on vide le SAMU de sa mission première qui est de garantir la venue d'un médecin à domicile. Il est défavorable à l'extension de ce modèle dans le département. Il exprime une inquiétude générale car les urgences se transforment désormais en des structures difficilement accessibles pour la population.

M. Guihard relève qu'il s'agit là d'un débat corporatiste sur la possibilité de créer à côté des médecins urgentistes des paramédicaux qualifiés pour la prise en charge des soins urgents. Cela impose de repenser le métier, en s'intéressant aux solutions en œuvre notamment à l'étranger, certains pays ayant adopté avec satisfaction le principe d'une mixité professionnelle. Il évoque également l'exemple du SDIS qui repose sur l'intervention de médecins et d'infirmiers. Mais selon lui ce modèle national est valable dans la mesure où il s'appuie sur l'hôpital considéré un relais solide.

M. Forestier revient sur le manque d'attractivité du métier d'urgentiste. Il prend l'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, où l'accueil des urgences repose sur deux médecins. Le sous effectif amplifie selon lui la pénibilité du métier et serait une explication aux départs de professionnels.

Le Docteur Garignon corrige ce propos par des informations chiffrées. Le service des urgences accueille en moyenne 180 personnes par jour, essentiellement en journée. S'il y a bien 2 médecins en service de nuit (2,5 en réalité), l'équipe est constituée de 7 praticiens en journée. Il y a bien un lien entre le nombre de médecins postés et l'activité escomptée selon la plage horaire.

En tant que représentante des usagers, **Mme Hamon** exprime son inquiétude sur l'avenir des urgences de Saint-Brieuc, qui connaissent une fragilisation des effectifs médicaux, tout en devant assurer une mission support du territoire. Elle se demande si l'organisation est soutenable.

M. Guihard répond, en un résumé, que l'on assiste à un basculement vers un système fondé sur la régulation. Il émet un regret sur la méthode, car la transformation ne génère pas le débat transparent qu'il requiert, ni la mobilisation adéquate de la médecine de ville.

M. Guihard propose d'aborder le point 6 de l'ordre du jour.

POINT 6 : Fonds de dotation Liamm : point d'étape sur la collecte et les projets

A partir du fascicule « Hôpitaux publics, en Armor on donne plus fort » en date d'octobre 2023, **M. Oudot** dresse un bilan des projets et des actions conduits par le fonds Liamm du GHT d'Armor.

M. Gaspillard fait également part de l'initiative qu'il mène sous l'égide du club Kalon EAG, « Tous ensemble à cœur battant » : les kilomètres qu'il accomplira en course à pied ou à vélo, entre les mois d'août 2023 et 2024, généreront un don au profit du fonds Liamm.

Son initiative est applaudie.

M. Guihard loue la vertu d'un dispositif du type fonds Liamm qui permet aussi d'établir une connexion entre la société civile et l'hôpital.

M. Guihard constate l'épuisement des débats et propose de clôturer la séance du Conseil de surveillance.

La séance se termine à 18H50.

Saint-Brieuc, le 17 novembre 2023

Le Président

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a horizontal line that ends in an arrowhead pointing to the right.

Hervé GUIHARD