

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

LA CRISE SANITAIRE AU PRINTEMPS 2020

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
(Département des Pyrénées-Atlantiques)

Période mars-juin 2020

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 10 juin 2021.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
ELEMENTS DE PROCEDURE.....	8
AVERTISSEMENT IMPORTANT.....	9
INTRODUCTION (CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE).....	10
1 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER ET DE SON ACTIVITE.....	10
1.1 L'organisation de l'établissement	10
1.2 La capacité en lits.....	11
1.2.1 Le nombre de lits disponibles	11
1.2.2 La réflexion engagée sur le capacitaire.....	13
1.3 Le personnel du centre hospitalier	14
1.4 L'activité de l'établissement avant la crise sanitaire	15
2 LA PREPARATION DE L'ETABLISSEMENT AU MOMENT DU DECLENCHEMENT DE LA CRISE	16
2.1 Les stocks d'équipements de protection individuelle (EPI)	16
2.1.1 Le stock au moment de la « première vague ».....	16
2.1.2 Le stock à l'issue de la « première vague »	18
2.2 Le plan blanc.....	19
2.2.1 Le contenu et la structuration du document.....	19
2.2.2 Les exercices réalisés.....	20
3 L'IMPACT DE L'EPIDEMIE SUR L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT.....	20
3.1 L'organisation mise en place	20
3.1.1 Les structures de pilotage en période de crise	20
3.1.2 La montée en puissance du dispositif Covid	21
3.1.3 Les capacités d'hospitalisation	23
3.1.4 L'adaptation du service de réanimation.....	23
3.2 Les patients pris en charge.....	25
3.2.1 Les séjours Covid	25
3.2.2 L'accueil des patients du Grand-Est.....	27
3.3 La déprogrammation de « l'activité courante » de l'hôpital.....	27
3.4 La diminution de l'activité durant la crise	30
3.4.1 L'activité MCO.....	30
3.4.2 L'activité SSR et HAD	35
3.5 L'activité des urgences et du centre 15	36
3.5.1 L'activité du centre 15	37
3.5.2 L'activité des urgences et du SMUR	38
3.6 Les prélèvements et les analyses des tests	41
3.6.1 Les prélèvements	41
3.6.2 Les analyses.....	41
3.6.3 L'impact financier des dépistages.....	42

3.7	L'organisation de la reprise de l'activité hospitalière.....	42
3.7.1	L'organisation de la reprise des consultations.....	43
3.7.2	L'organisation de la reprise de l'hospitalisation.....	43
3.8	Les conséquences de la première vague Covid sur la prise en charge des patients non Covid.....	44
4	LES RELATIONS AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS	45
4.1	Les relations avec l'ARS, la préfecture et les collectivités.....	45
4.1.1	Les relations avec l'ARS	45
4.1.2	Les relations avec les préfectures et les collectivités.....	46
4.2	Les relations avec la presse et la population.....	46
4.3	La coopération avec les professionnels libéraux	47
4.4	Les relations avec les autres établissements de santé du territoire	47
4.5	Le rôle du GHT pendant la crise.....	49
5	LE PERSONNEL	50
5.1	L'adaptation des effectifs.....	50
5.1.1	Le personnel médical.....	50
5.1.2	Le personnel non médical.....	51
5.2	L'absentéisme durant la crise.....	52
5.3	Le versement de la prime Covid	53
6	L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES FINANCES DE L'ETABLISSEMENT	54
6.1	L'impact sur les dépenses	54
6.2	L'impact sur les recettes	56
6.2.1	Les recettes directement liées à l'activité hospitalière.....	56
6.2.2	Les compensations financières perçues	56
6.3	L'utilisation des dispositions financières spécifiques à la crise sanitaire	58

SYNTHÈSE

Présentation de l'établissement et de son activité

Le centre hospitalier de Pau est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Béarn et Soule, qui couvre une population de près de 380 000 habitants. Il est également le siège du SAMU 64B, un second centre 15 (SAMU 64A) étant installé à Bayonne. En 2020, la capacité du centre hospitalier était de 691 lits (dont 483 lits de MCO). Au moment du déclenchement de la crise sanitaire, il disposait de 28 lits de réanimation (dont 20 lits adultes) et de 17 lits de soins intensifs.

Il emploie un peu plus de 2 500 ETP dont 243 ETP médicaux et 1 568 ETP soignants non médicaux. L'hôpital de Pau abrite également plusieurs instituts de formations paramédicales (aides-soignants, infirmiers et cadres de santé).

Depuis 2019, dans le cadre de l'accompagnement d'un schéma directeur immobilier (180 M€), l'établissement a engagé un travail de projection capacitaire en s'appuyant sur un certain nombre d'indicateurs. Cette modification des capacités, qui se traduirait par la fermeture de 21 lits et la création de 36 places, porte uniquement sur les services de chirurgie. Elle inquiète cependant la communauté médicale car les services de chirurgie servent régulièrement de services d'hébergement pour les patients de médecine. Cette perspective a, dans un premier temps, généré des inquiétudes chez certains praticiens car il était envisagé de supprimer plus d'une vingtaine de lits MCO. Le projet a depuis évolué. Le nombre de lits MCO passera finalement de 483 à 477 avec une augmentation de la capacité d'accueil en médecine. Selon la direction, cette perspective est de nature à rassurer la communauté médicale qui souhaite voir aboutir le nouveau schéma directeur immobilier.

Sur la période 2016-2019, le nombre de RSA (résumés de sortie anonymes)¹ a augmenté de 5,2 % en hospitalisation complète et de 9,9 % pour l'activité ambulatoire. Sur sa zone d'attractivité, les parts de marché du centre hospitalier de Pau progressent, sauf en chirurgie ambulatoire, qui connaît néanmoins une forte augmentation de son activité. La concurrence des cliniques privées, souvent très bien positionnées en la matière, explique cette situation.

La préparation de l'établissement au moment du déclenchement de la crise

Lors du déclenchement de la crise, il restait un stock de 80 000 masques dont la date de péremption était dépassée et qui avaient été fournis par Santé Publique France pour faire face à l'épidémie H1N1. Ces masques, après avoir été contrôlés, ont pu être utilisés au début de la pandémie dans l'attente de la livraison des stocks nationaux. La question des équipements de protection individuelle (EPI) a été particulièrement sensible dès le début de la crise. Elle était un sujet récurrent lors des comités de direction et constituait une source d'inquiétude importante pour le personnel. Une pénurie de solution hydroalcoolique est survenue en mars/avril 2020 mais l'hôpital a pu y faire face grâce à des dons et à l'achat d'environ 5 000 litres de solution en gros conditionnement. Des tensions sont également apparues sur les surblouses et les tabliers en avril/mai 2020. A l'été 2020, la pénurie a touché les gants (latex, vinyle et nitrile). Beaucoup de commandes n'ont pas été honorées et il a été constaté une forte hausse des prix sur toutes les

¹ Pour chaque séjour d'un patient hospitalisé, il est réalisé un résumé de sortie standardisé (RSS). Les RSS sont anonymisés et deviennent alors des « RSA » (résumés de sortie anonymes).

références en tension. Au début de l'épidémie, le CH de Pau avait environ six mois de stocks sur les gants vinyle mais début septembre ses stocks peinaient à atteindre les deux mois. Désormais, les équipements de protection individuelle mentionnés dans les protocoles Covid font l'objet d'un suivi particulièrement vigilant. Les stocks sont évalués quotidiennement par le responsable du magasin et l'ingénieur logistique. Par ailleurs, un stock de sécurité a été mis en place pour anticiper un éventuel rebond épidémique. Il représente un mois de couverture aux consommations les plus élevées observées sur la période Covid et ne sera utilisé que si le stock courant est épuisé et que le réapprovisionnement est impossible.

Le plan blanc a été activé le 27 mars 2020. Il avait été réactualisé et testé à l'occasion d'événements internationaux qui ont eu lieu dans le département (G7 à Biarritz en 2019 et G5 Sahel à Pau début 2020).

L'organisation mise en place pour faire face à la crise

Un comité de pilotage Covid a été mis en place dès le 24 février 2020 (avec la présence d'un anesthésiste de la clinique de Navarre) et le 19 mars, un comité restreint d'une dizaine de personnes a été constitué afin de permettre une prise de décision plus rapide. Les instances classiques de dialogue social ne se sont pas tenues durant la crise mais des rencontres périodiques (deux fois par semaine) ont réuni la direction des ressources humaines, la direction des soins et les organisations syndicales. Comme ce fut le cas dans d'autres établissements, cette situation de crise inédite a contribué à ressouder les équipes et à renforcer les liens entre soignants et cadres administratifs.

Une première unité Covid de 13 lits a été mise en place le 24 février. Elle a été renforcée par une deuxième unité de même capacité à compter du 27 mars. La capacité des unités Covid a atteint 38 lits avec une possibilité de l'étendre à 62 lits. Cinq lits de soins de suite et réadaptation (SSR) ont également été dédiés à la prise en charge de patients Covid.

Une organisation du service de réanimation en situation de crise s'est mise en place précocement, notamment en raison de retours informels d'informations inquiétantes en provenance de la région Grand-Est. Au pic de la crise, 31 lits de réanimation adulte étaient disponibles, dont 15 pour des patients Covid alors que la capacité initiale du service était de 20 lits. Lorsque cinq lits de surveillance continue ont été transformés en lits de réanimation, quelques patients ont été transférés vers la clinique de Navarre, située à proximité de l'hôpital. A compter de fin mars, lorsque les capacités en réanimation ont une nouvelle fois été augmentées, la situation s'est tendue d'autant plus que l'hôpital devait continuer à faire face à un flux continu de patients en réanimation hors Covid. Les locaux n'étaient pas adaptés et le personnel, s'il n'a pas manqué grâce aux renforts venus d'autres services, n'était pas formé. La gestion des moyens humains a dû se faire au plus juste afin de préserver les équipes et de pouvoir tenir dans la durée. L'ajustement des effectifs se faisait quotidiennement selon le nombre de patients accueillis.

Les patients Covid accueillis

Entre le 6 mars, date d'arrivée du premier patient Covid et le 15 juin 2020, 541 patients atteints de la Covid ou suspectés de l'être ont été accueillis, dont 92 confirmés Covid +, pour un total de 700 passages en unité de soins. La très grande majorité des passages recensés ont concerné des patients « suspects Covid » mais non confirmés (77,3 %). A l'image du département des Pyrénées-Atlantiques, le centre hospitalier de Pau a donc été relativement

épargné lors de la première phase de l'épidémie². Toutefois, en dépit du nombre relativement faible de patients Covid +, l'organisation de l'hôpital a été fortement impactée car l'ensemble des cas suspects a dû faire l'objet d'une prise en charge spécifique, selon un protocole beaucoup plus contraignant. Quatre patients transférés de la région Grand-Est ont été accueillis au service de réanimation le 29 mars 2020. Ces malades ont été acheminés par TGV médicalisé jusqu'à Bordeaux puis par convoi sanitaire jusqu'à Pau.

Les répercussions de la crise sur l'activité courante de l'hôpital

Afin de respecter les consignes nationales et de pouvoir redéployer des moyens, l'établissement a commencé à déprogrammer son activité courante à compter du 13 mars 2020. Sur 12 salles d'interventions chirurgicales, seules trois salles de blocs sont restées ouvertes. Les urgences chirurgicales ont été réorientées sur la Polyclinique de Navarre et la Clinique Marzet, sauf pour la chirurgie pédiatrique, thoracique, gynécologique, oncologique et pour les patients instables nécessitant une réanimation post-opératoire.

L'activité a commencé à décliner en mars mais c'est en avril que la baisse a été la plus importante. Au cours de ce mois, le nombre d'entrées a diminué de 63,2 % en chirurgie, de 21,2 % en médecine et de 10,3 % en obstétrique (gynécologie). L'activité ambulatoire a également été fortement impactée (- 41,6 % en avril). Sur l'ensemble de la période (mars à mai) les entrées ont diminué de 20,9 % en hospitalisation complète et les journées de 18,1 %. C'est de loin la chirurgie qui a enregistré la plus forte baisse d'activité (- 43,1 % en termes d'entrées et - 41,3 % en termes de journées).

En temps normal, les urgences de l'hôpital connaissent d'importantes tensions et les taux d'occupation dépassent 200 % certains jours. Durant la crise sanitaire, le nombre de passages aux urgences a considérablement diminué et a même été divisé par plus de deux en avril 2020 par rapport à la moyenne des années précédentes. Les passages liés à des cas suspectés Covid n'ont jamais compensé la perte d'activité globale. Sans surprise, ce sont les passages n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation qui ont le plus diminué (- 49,5 % sur la période de mars à mai). Le nombre de séjours en provenance des urgences a également baissé mais dans des proportions moins importantes (- 12,9 %). La crainte d'une éventuelle contamination a probablement dissuadé des patients de se rendre à l'hôpital, ce qui explique les écarts très importants relevés en ce qui concerne les passages non suivis d'une hospitalisation. Certains praticiens relèvent des cas de malades qui ne se sont pas présentés à l'hôpital alors que leur problème de santé aurait nécessité d'être traité en secteur hospitalier.

Les prélèvements et les tests Covid

Une unité de prélèvement a été mise en place dès le 27 février. Du fait de la contrainte liée à la gestion de l'environnement (procédure de bio nettoyage entre chaque patient), l'organisation des flux de patients a évolué vers la mise en place d'un drive piéton après réalisation d'aménagements extérieurs. Une unité de prélèvement mobile a également été constituée pour intervenir dans des structures sanitaires ou médico-sociales extérieures et ses personnels ont formé des infirmières d'autres secteurs aux prélèvements nasopharyngés. Sur la période allant de début mars à fin juin, 4 723 prélèvements ont été effectués par le CH de Pau.

Au début de la crise, les analyses étaient réalisées dans les CHU de Bordeaux et de Toulouse mais ce système est vite devenu inefficace et coûteux. Dès la mi-mars, le laboratoire

² Le département a été davantage touché lors de la seconde vague, et ce précocement, dès le mois de septembre 2020.

commun de biologie du GHT Béarn et Soule a été en capacité d'analyser les RT-PCR sur site. Il a fait partie des premiers laboratoires hospitaliers hors CHU à proposer cette analyse.

La reprise de l'activité hospitalière

A partir du 23 avril 2020, suite aux recommandations gouvernementales, le centre hospitalier s'est organisé pour relancer progressivement l'activité hors filière Covid-19. L'intervalle entre les consultations a été doublé pour éviter les afflux de patients et le hall d'accueil a été réaménagé. Dans la continuité de cette reprise progressive d'activité, la salle de réveil a retrouvé son usage initial à compter du 7 mai avec, en parallèle, la réouverture de sept salles de blocs opératoires. A compter du 2 juin, neuf salles de blocs opératoires sous anesthésie générale et deux en locale étaient de nouveau opérationnelles. Pour ce qui est de la médecine, depuis le 11 mai le service d'infectiologie est devenu le service d'accueil des cas Covid et les autres ailes Covid ont été fermées. Le plan blanc a été désactivé le 29 mai et début juin les lits de médecine avaient quasiment retrouvé leur capacité normale (-4 lits) alors que ceux de chirurgie demeuraient encore inférieurs (-22 lits).

Les relations avec les institutions extérieures

De nombreuses visio-conférences ont été organisées avec la tutelle. Le centre hospitalier de Pau, en tant qu'établissement support du GHT, a participé à la réunion mensuelle entre l'ARS, le département et les responsables des EHPAD du territoire des Pyrénées-Atlantiques (Pays Basque et Béarn réunis).

Entre le 6 mars et le 15 juin 2020, six communiqués de presse ont été transmis et deux audioconférences ont été organisées avec des journalistes. Des professionnels de l'établissement (chef de pôle des urgences, infectiologue, chef du service d'hygiène hospitalière) ont participé à une émission spéciale de la chaîne d'information locale « Bonsoir le Béarn » et des journalistes de Sud-Ouest et de la République des Pyrénées ont visité des unités Covid, ce qui a donné lieu à plusieurs articles de presse. Au-delà des actions menées par l'intermédiaire des médias, le site Internet et la page Facebook de l'hôpital ont permis de publier des informations avec une grande réactivité et de toucher un public varié.

Les médecins libéraux du territoire ont été destinataires de communications régulières via leurs messageries sécurisées et plusieurs « hotlines » à destination des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD ont été activées sur la plage horaire 8h30-18h30 (hotline infectiologie, hotline soins palliatifs et hotline gériatrie). Une réunion hebdomadaire animée par le centre hospitalier de Pau a été organisée à partir du 24 mars 2020 jusqu'au 8 mai 2020 avec les acteurs sanitaires et médicaux-sociaux du territoire. Une procédure de transfert des patients Covid depuis les centres hospitaliers du GHT a été élaborée.

Le personnel durant la crise sanitaire

Les agents des services qui ont subi une forte baisse ou un arrêt de leur activité ont été redéployés vers les secteurs en manque d'effectifs et quelques professionnels palois sont partis en renfort dans les régions Grand Est et Ile-de-France (une infirmière anesthésiste, quatre médecins seniors et cinq internes).

Certains praticiens ont bénéficié d'autorisations spéciales d'absence et d'autres ont été employés pour renforcer les urgences en mars et avril. Toutefois, il a souvent été nécessaire d'assurer l'accompagnement de ces personnels par des urgentistes en organisant un travail par binôme. Les astreintes chirurgicales n'ont pas été modifiées pendant la crise mais des astreintes

médicales supplémentaires ont dû être mises en place (notamment une astreinte téléphonique Covid assurée par des infectiologues et des réanimateurs).

La mise en place des nouvelles organisations pour le personnel non médical a également impliqué des redéploiements d'effectifs. Il a été nécessaire d'accompagner les équipes pour l'appropriation des procédures d'habillage et de déshabillage. Sur ce point, les professionnels du service d'hygiène hospitalière ont constitué une aide précieuse en assurant la formation des nouveaux arrivants, l'écriture des procédures et des fiches techniques de prise en charge. Des réorganisations du temps de travail de personnel non médical ont été mises en œuvre avec l'extension du régime de travail en 12 heures (déjà en place aux urgences) à certains services (hospitalisation de courte durée et secteur du bloc opératoire transformé en réanimation non Covid). Quelques astreintes ponctuelles et supplémentaires ont également été déployées (imagerie, laboratoire, logistique, transport des patients).

Comme dans de nombreux établissements, l'absentéisme a augmenté en raison de la Covid 19 même si le taux de contamination est resté faible au regard des effectifs (environ 0,5 %). Au total, 14 salariés ont été contaminés sur un effectif d'environ 2 500 personnes.

Le centre hospitalier de Pau fait partie des établissements relevant du second groupe mentionné à l'article 4 du décret n° 2020-568 du 14 mai 2020 qui permet d'attribuer une prime exceptionnelle de 500 € aux agents. Il est également concerné par les dispositions de l'article 8 permettant d'octroyer une prime de 1 500 € pour les services ou agents impliqués dans la prise en charge de patients contaminés par le virus Covid-19 dans la limite de 40 % des effectifs physiques de l'établissement. Enfin, le personnel de son USLD est, quant à lui, attributaire de la prime de 1 000 € instituée par le décret n° 2020-711 du 12 juin 2020. L'impact financier global de ces primes est évalué par le CH de Pau à 2,37 M€. Les différences de montants de ces compléments exceptionnels de rémunération ont pu être source de tensions, notamment au sein du laboratoire d'analyse.

L'impact de la crise sur les finances de l'établissement

L'établissement estime que la valorisation financière de son activité a diminué de plus de 29 % en avril et de près de 22 % en mai³.

Les établissements de santé bénéficient d'un mécanisme de garantie de financement normalement calculé en fonction des valorisations financières de l'exercice 2019. Pour le CH de Pau, ce sont les deux premiers mois de l'année 2020 qui ont été retenus afin de prendre en compte les activités de médecine nucléaire transférées entre le CH de Tarbes et celui de Pau à compter de janvier 2020 (accompagnées du transfert de personnel). Le total de cette garantie de recettes s'élève à 127,36 M€ pour les dix derniers mois de l'année (152,66 M€ pour l'ensemble de l'année si l'on tient compte des recettes des mois de janvier et février). Les surcoûts liés à la première vague de l'épidémie ont, quant à eux, été pris en charge à hauteur d'une enveloppe de 2,38 M€.

³ Il s'agit d'une estimation de recettes car les données définitives n'étaient pas connues à la date de rédaction du présent rapport.

ELEMENTS DE PROCEDURE

L'examen de la gestion du centre hospitalier de Pau est inscrit au programme 2020 de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine. Cet établissement fait partie du panel de la formation inter-juridictions relative aux établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine et de Bourgogne-Franche-Comté face à la crise de la Covid 19.

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 4 février 2021. Il a été transmis à l'ordonnateur le 10 mars 2021. Une communication administrative et un extrait du rapport ont été adressés à la même date à l'Agence régionale de santé (ARS) et à l'observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine (ORU). Les accusés de réception étant datés des 10 et 15 mars 2021, la date limite de réponse était donc fixée au 15 mai 2021.

Le directeur du centre hospitalier de Pau a répondu par courriel le 7 mai 2021, l'ORU Nouvelle-Aquitaine par courrier du 21 avril 2021 enregistré à la Chambre le 27 avril 2021 et l'ARS par courriel le 11 mai 2021.

AVERTISSEMENT IMPORTANT

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre d'une formation inter-juridictions relative aux établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine et de Bourgogne-Franche-Comté face à la crise de la Covid 19.

Il ne porte que sur la première vague de l'épidémie et les observations qu'il contient ne concernent que le premier semestre 2020. Cette précision est importante dans la mesure où la situation décrite dans ce rapport diffère de celle qu'a connu l'établissement au cours du second semestre 2020, qui se caractérise, notamment, par une augmentation importante des hospitalisations.

INTRODUCTION (CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE)

L'agglomération paloise, qui s'étend sur 31 communes, compte environ 162 300 habitants, dont un peu plus de 77 000⁴ pour la ville de Pau. Cette dernière est la préfecture des Pyrénées-Atlantiques, département composé de deux entités historiques bien distinctes : le Béarn dans sa partie Est et le Pays Basque dans sa partie Ouest.

Dans l'agglomération paloise, la part des personnes de plus de 75 ans représente 11,5 % de la population, contre 9,3 % à l'échelle nationale. La médiane du revenu disponible par unité de consommation s'établit à 21 450 €, ce qui est légèrement supérieur à la médiane métropolitaine (21 110 €) et régionale (20 670 €).

L'emploi tertiaire y est important (75 % des actifs travaillent dans le commerce, les transports et les services contre 65 % à l'échelle nationale) du fait de son statut de chef-lieu de département et de la présence dans l'agglomération de sièges de grands groupes tels que Safran Hélicoptère, Euralis (coopérative agro-alimentaire) et du centre de recherche de Total (qui emploie plus de 2 500 personnes).

1 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER ET DE SON ACTIVITE

1.1 L'organisation de l'établissement

Le département des Pyrénées-Atlantiques possède quelques particularités du fait de son histoire et de son territoire, à cheval entre le Béarn et le Pays Basque. Ainsi, sur un territoire d'un peu plus de 677 000 habitants.⁵, on relève la présence de deux groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de deux centres 15, l'un implanté à Bayonne et l'autre à Pau.

Le centre hospitalier de Pau est l'établissement support du GHT Béarn et Soule⁶, qui regroupe également les hôpitaux d'Oloron-Sainte-Marie, Orthez, Mauléon, le CH des Pyrénées (spécialisé en santé mentale) et le centre gérontologique Pontacq-Nay-Jurançon (établissement en direction commune avec le CH de Pau). Au total, le GHT dispose de 2 582 lits et couvre une population de près de 380 000 habitants.

Depuis 1988, le bâtiment principal du CH de Pau est installé en périphérie de la ville sur un domaine de 39 hectares. Il est voisin de la polyclinique de Navarre, qui dispose de 179 lits et développe une activité de médecine, chirurgie et obstétrique.

⁴ Recensement 2017.

⁵ Pour information, il existe généralement un GHT par département. En Nouvelle-Aquitaine, la Charente-Maritime en compte deux et les trois départements de l'ancienne région Limousin un seul.

⁶ Le département des Pyrénées Atlantiques comprend deux GHT : le GHT Béarn et Soule, et le GHT Navarre-Côte Basque dont l'établissement support est le CH de Bayonne.

Le centre hospitalier est organisé autour de 11 pôles d'activité et d'un pôle administratif :

Pôles d'activité :

- gériatrie ;
- médecine 1, auquel sont rattachées les consultations externes, la cardiologie, la neurologie et la réanimation ;
- médecine 2 ;
- urgences ;
- anesthésiologie ;
- chirurgie ortho-traumatologique ;
- chirurgie (viscérale, vasculaire et thoracique, ophtalmologie et ORL) ;
- mère-enfant ;
- laboratoires ;
- imagerie médicale ;
- pharmacie ;

Le plateau technique est équipé de deux IRM, deux scanners, deux gamma caméras, un appareil de mammographie, une caméra à scintillation dédiée à la cardiologie (autorisé depuis le 13 janvier 2020), un mammothome et un TEP Scan exploité dans le cadre du groupement de coopération sanitaire dont le centre hospitalier est membre depuis le 3 avril 2015.

L'établissement dispose également de plusieurs instituts de formations paramédicales : un institut de formation en soins infirmiers (97 étudiants), un institut de formation d'aides-soignants (30 élèves) et un institut de formation des cadres de santé (40 étudiants).

1.2 La capacité en lits

1.2.1 Le nombre de lits disponibles

Sur la période 2016-2019, le nombre de lits de médecine a légèrement augmenté (+ 4 lits hors réanimation, soins intensifs et surveillance continue). Le nombre de lits de réanimation n'a pas évolué mais deux lits supplémentaires de soins intensifs ont été ouverts en 2019.

Tableau n° 1 : Evolution du nombre de lits (2016-2019)

Evolution des capacités en lits	2016	2017	2018	2019
Lits de réanimation	28	28	28	28
Lits de soins intensifs (SI)	15	15	15	17
Lits de surveillance continue (SC)	9	9	9	9
Total lits de médecine (hors réa, SI et SC)	258	259	265	262
Total lits de chirurgie	119	126	126	126
Total lits d'obstétrique	35	32	32	32
Total lits UHCD	8	8	8	8
Lit ZSTCD	1	1	1	1
TOTAL LITS MCO	473	478	484	483
Lits de SSR	127	128	128	128
Lits d'USLD	80	80	80	80
Total capacité en lits de l'établissement	680	686	692	691

Source : CH de Pau

En 2020, la capacité du centre hospitalier était de 691 lits, dont 483 lits de MCO. Au moment du déclenchement de la crise sanitaire, l'établissement disposait de 28 lits de réanimation (dont 20 lits adultes) et de 17 lits de soins intensifs (détail tableau n° 2).

Tableau n° 2 : Capacité en lits avant la crise sanitaire

Capacité en lits avant la crise sanitaire	2020
Total lits de réanimation	28
<i>dont lits de réanimation adultes</i>	20
<i>dont lits de réanimation pédiatrique</i>	2
<i>dont lits de réanimation néonatalogie</i>	6
Total lits de soins intensifs	17 (dont 3 de néonatalogie)
Total lits de surveillance continue	9 (dont 5 adultes et 4 pédiatriques)
Total lits UHCD	8
Lit ZSTCD	1
Total lits de médecine (hors réa, SI et SC)	262
<i>dont cardiologie</i>	21
<i>dont neurologie</i>	30
<i>dont oncologie</i>	13
<i>dont pneumologie</i>	26
<i>dont rhumato-dermato-méd interne</i>	24
<i>dont infectio-endocrino-diabeto</i>	29
<i>dont hépato-gastro-entérologie</i>	18
<i>dont soins palliatifs</i>	13
<i>dont addictologie</i>	13
<i>dont pédiatrie</i>	17
<i>dont gériatrie</i>	56
<i>dont lits détenus</i>	2
Total lits de chirurgie	126
<i>dont viscérale</i>	30
<i>dont thoracique-Gynéco-Vasculaire</i>	31
<i>dont ORL / Ophtalmo</i>	17
<i>dont ortho-traumatologie</i>	40
<i>dont pédiatrie</i>	8
Total lits d'obstétrique	32
TOTAL LITS MCO	483
Total lits de SSR	128
Total lits USLD	80
Total capacité en lits de l'établissement	691

Source : CH de Pau

1.2.2 La réflexion engagée sur le capacitaire

Depuis 2019, dans le cadre de l'accompagnement d'un schéma directeur immobilier conséquent (180 M€), l'établissement a engagé une démarche dite COPERMO⁷. Un travail de projection capacitaire a été initié en s'appuyant sur un certain nombre d'indicateurs (taux d'occupation cible, virage ambulatoire) et sur des échanges avec les chefs de pôles et de

⁷ Le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins a été mis en place afin de valider et de suivre les actions proposées par les Agences Régionales de Santé, de sélectionner et de prioriser les projets d'investissements nécessitant un financement de l'État et d'assurer le suivi des établissements en difficulté.

services. Les besoins du territoire, la démographie médicale, les projets à moyen et long terme font également partie des axes de réflexion.

Cette perspective a, dans un premier temps, généré des inquiétudes chez certains praticiens car il était envisagé de supprimer plus d'une vingtaine de lits MCO. Le projet a depuis évolué. Le nombre de lits MCO passera finalement de 483 à 477 avec une augmentation de la capacité d'accueil en médecine. Cette réorganisation a été validée par l'ARS le 25 février 2021 avant d'être présentée au directoire le 22 mars, au conseil de surveillance le 26 mars et à la commission médicale d'établissement le 6 avril. Selon la direction, cette perspective est de nature à rassurer la communauté médicale qui souhaite voir aboutir le nouveau schéma directeur immobilier.

1.3 Le personnel du centre hospitalier

Le centre hospitalier de Pau emploie un peu plus de 2 500 ETP dont 243 ETP médicaux et 1 568 ETP soignants non médicaux.

Tableau n° 3 : Effectifs en équivalents temps plein (ETP)

Indicateur	2016	2017	2018	2019
ETP médicaux	194,95	194,74	212,75	243,64
dont médecins (hors anesthésistes)	131,66	131,57	146,18	165,42
dont chirurgiens	23,47	23,47	23,62	25,86
dont anesthésistes	13,2	13,2	14,05	18,94
dont gynécologues-obstétriciens	7	7	7,56	7,56
ETP non médicaux	2 203,39	2 215,82	2 267,11	2 265,62
dont personnels de direction et administratifs	281,13	289,9	298,25	298,44
dont personnels des services de soins	1 534,97	1 538,74	1 572,62	1 568,48
dont personnels éducatifs et sociaux	17,54	18,85	19,35	19,32
dont personnels médico-techniques	125,87	127,53	129,72	133,31
dont personnels techniques et ouvriers	243,88	240,8	247,17	246,07

Source : base de données Hospidiag

Les effectifs en ETP ont progressé de 4,6 % depuis 2016 mais l'augmentation est beaucoup plus importante en ce qui concerne le personnel médical (+ 25 %). Le nombre d'anesthésistes, spécialité en grande tension, a crû de 5,74 ETP entre 2017 et 2019, ce qui correspond à un taux de croissance de plus de 43 %.

1.4 L'activité de l'établissement avant la crise sanitaire

Le nombre de RSA (résumés de sortie anonymes)⁸ permet d'appréhender l'évolution de l'activité de l'établissement.

Sur la période 2016-2019, le nombre de RSA a augmenté de 5,2 % en hospitalisation complète et de 9,9 % pour l'activité ambulatoire. Alors que les hospitalisations complètes de chirurgie ont diminué de 4,2 %, la chirurgie ambulatoire a, quant à elle, progressé de 17 %.

Tableau n° 4 : Activité (résumés de sortie anonymes)

Nombre de résumés de sortie anonyme (RSA)	2016	2017	2018	2019	Evolution
RSA de médecine	16 606	16 854	17 103	17 832	7,4 %
RSA de chirurgie (hospitalisation complète)	7 015	6 817	6 813	6 718	- 4,2 %
RSA d'obstétrique (hospitalisation complète)	1 956	2 038	2 172	2 348	20,0 %
Total RSA (hospitalisation complète)	25 577	25 709	26 088	26 898	5,2 %
RSA de médecine (ambulatoire)	9 720	9 516	9 327	10 209	5,0 %
RSA de chirurgie (ambulatoire)	4 022	4 044	4 586	4 706	17,0 %
RSA d'obstétrique (ambulatoire)	710	846	925	971	36,8 %
Total RSA (ambulatoire)	14 452	14 406	14 838	15 886	9,9 %
Nombre de séances de chimiothérapie	6 148	6 558	7 032	7 575	23,2 %
Nombre de séances autres	3 081	3 187	3 222	3 409	10,6 %
Nombre d'accouchements	1 623	1 670	1 768	1 954	20,4 %
Nombre d'actes chirurgicaux	9 845	9 710	10 105	10 040	2,0 %
Forfaits accueil et traitement des urgences	50 098	49 817	50 971	51 885	3,6 %
Nombre d'actes d'endoscopies	2 871	2 673	2 778	2 700	-6,0 %

Source : base de données Hospidiag à partir du PMSI

La dynamique de l'activité est donc positive en médecine, chirurgie et obstétrique. Les séances de chimiothérapie connaissent également une forte augmentation (+ 23,2 %), seules les endoscopies subissent une baisse relative.

Sur sa zone d'attractivité, les parts de marché du centre hospitalier de Pau progressent, sauf en chirurgie ambulatoire, qui connaît néanmoins une forte augmentation de son activité. La concurrence des cliniques privées, souvent très bien positionnées en la matière, explique cette situation⁹.

⁸ Pour chaque séjour d'un patient hospitalisé, il est réalisé un résumé de sortie standardisé (RSS). Les RSS sont anonymisés et deviennent alors des « RSA » (résumés de sortie anonymes).

⁹ Les deux principales cliniques palloises (Navarre et Marzet) viennent d'être rachetées par le groupe « Bordeaux-Nord », tandis que la clinique d'Aressy est rattachée au groupe Elsan.

Tableau n° 5 : Parts de marché en MCO

Parts de marché en %	2016	2017	2018	2019
Médecine sur la zone d'attractivité	49,9	50,7	51,1	52,4
Chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	32,6	32,4	33,8	34,7
Obstétrique sur la zone d'attractivité	50,7	55,0	60,6	66,8
Chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	21,6	20,5	22,0	21,4
Hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	42,0	42,7	42,8	43,1
Séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	40,2	43,2	44,4	46,6

Source : base de données Hospidiag

En médecine, l'hôpital détient 52,4% de parts de marché, devant la polyclinique de Navarre (11,8 %) qui est installée à proximité du centre hospitalier et la clinique cardiologique d'Aressy (10,1 %). En hospitalisation complète de chirurgie, le CH et la clinique de Navarre détiennent des parts de marché similaires, tandis qu'en ambulatoire le secteur privé arrive largement en tête du classement (50 % de parts de marché).

2 LA PREPARATION DE L'ETABLISSEMENT AU MOMENT DU DECLENCHEMENT DE LA CRISE

2.1 Les stocks d'équipements de protection individuelle (EPI)

2.1.1 Le stock au moment de la « première vague »

Le centre hospitalier de Pau ne disposait pas de stock spécifique pour la gestion des épidémies. Les stocks avant la crise se limitaient aux stocks courants d'EPI représentant entre trois semaines et un mois de consommation. Ces produits étant gérés informatiquement, les seuils de commande et les quantités à commander étaient déterminés en fonction des consommations passées et des délais de livraisons.

Tableau n° 6 : Stocks d'EPI

Désignation	Unité	Seuil mini de commande (hors COVID 19)
Montures pour visières	Unité	87
Visières	Unité	250
Masques de protection FFP2	Unité	798
Masques chirurgicaux adultes	Unité	28 760
Masques chirurgicaux pédiatriques	Unité	437
Tabliers plastiques	Unité	8 598
Sur blouses	Unité	10 933
Gel hydro alcoolique 500 ML	Flacon	776
Gel hydro alcoolique 1L	Flacon	261
Lingettes désinfectantes	Boîte	242
Désinfectant sol et surfaces 5L	Litre	8
Détergeant désinfectant endoscopes & dispositif médicaux	Flacon	27
Gants vinyles taille S non stériles	Unité	22 740
Gants vinyles taille M non stériles	Unité	44 519
Gants vinyles taille L non stériles	Unité	28 515
Sacs plastiques 0,80 litres solubles eau chaude	Unité	600
Couvres chaussures	Unité	2 430
Charlottes	Unité	1 748

Source : CH de Pau

Lors du déclenchement de la crise, il restait un stock de 80 000 masques (dont la date de péremption était dépassée) qui avaient été fournis par Santé Publique France pour faire face à l'épidémie H1N1. Ces masques, après avoir été contrôlés, ont pu être utilisés pendant la pandémie. Dès le mois de janvier, les stocks ont été augmentés (un mois, puis deux mois de couverture courante), ce qui n'a pas empêché l'apparition de tensions. L'inquiétude s'est faite sentir dès février 2020 car des commandes passées n'ont pas été livrées. Heureusement, les stocks ont permis de faire le relais jusqu'à l'approvisionnement de Santé Publique France (mi-mars 2020).

Une pénurie de solution hydroalcoolique (SHA) est apparue en mars / avril 2020. Le centre hospitalier a bénéficié de dons de la part d'entreprises et a réussi à acheter environ 5 000 litres de SHA en gros conditionnement, ce qui a permis d'attendre les réapprovisionnements. Enfin, une pénurie sur les surblouses et les tabliers est également apparue en avril mai 2020.

La question des EPI a été particulièrement sensible dès le début de la crise. Elle était un sujet récurrent lors des comités de direction et constituait une source d'inquiétude importante pour le personnel. La communication était difficile en la matière car l'hôpital ne disposait pas d'une visibilité sur les livraisons. Afin de lutter contre l'angoisse grandissante qui se faisait sentir, le comité de pilotage a décidé de distribuer des EPI à tout le personnel sans les restreindre à certaines catégories ou services. Il aurait été, en effet, très difficile d'agir autrement sans créer d'importantes tensions particulièrement malvenues en cette période qui nécessitait la mobilisation de tous les agents.

Une véritable chaîne de solidarité s'est rapidement mise en place. L'hôpital a bénéficié de dons de la part de professionnels et de particuliers, qu'il s'agisse d'équipements de protection ou de produits alimentaires (pâtisseries, friandises, plats cuisinés). Ces derniers, s'ils ont été très appréciés par les soignants, n'ont, toutefois, pas toujours été facile à gérer compte tenu de leur caractère spontané¹⁰ et des règles d'hygiène qui s'imposent en milieu hospitalier.

2.1.2 Le stock à l'issue de la « première vague »

A la date du premier déconfinement, le CH de Pau disposait d'une réserve de stocks de l'ordre d'un mois sur les produits ciblés Covid, à l'exception des tabliers plastiques et des surblouses. Comme la grande majorité des établissements de santé, il a fait face à des pénuries mondiales successives mais a réussi à obtenir quelques livraisons ponctuelles en mai, juin et juillet, ce qui lui a permis de se doter d'un stock minimal pour couvrir la période estivale. L'hôpital a ensuite signé un engagement de commandes pour des livraisons mensuelles de surblouses entre septembre et décembre avec un de ses fournisseurs.

A l'été 2020, une pénurie de gants (latex, vinyle et nitrile) est survenue. Beaucoup de commandes n'ont pas été honorées et celles qui étaient livrées étaient soumises à des quotas. Au début de l'épidémie, le CH de Pau avait environ six mois de stocks sur les gants vinyle mais début septembre, les stocks peinaient à atteindre les deux mois. Il est également à noter une forte hausse des prix sur toutes les références en tension.

Les équipements de protection individuelle mentionnés dans les protocoles Covid font l'objet d'un suivi particulièrement vigilant. Les stocks sont évalués quotidiennement par le responsable du magasin et l'ingénieur logistique. Par ailleurs, un stock de sécurité a été mis en place pour anticiper un éventuel rebond épidémique. Il représente un mois de couverture aux consommations les plus élevées observées sur la période Covid et ne sera utilisé que si le stock courant est épuisé et que le réapprovisionnement est impossible.

¹⁰ Par exemple, un jour, une trentaine de pizzas ont été déposées au guichet d'accueil du CH.

Tableau n° 7 : Stock de sécurité (été 2020)

Désignation	Unité	Seuil mini de commande (hors Covid)	Stock de sécurité été 2020
Montures pour visières	Unité	87	1 000
Visières	Unité	250	2 000
Masques de protection FFP2	Unité	798	20 000
Masques chirurgicaux adultes	Unité	28 760	130 000
Masques chirurgicaux pédiatriques	Unité	437	3 000
Tabliers plastiques	Unité	8 598	40 000
Sur blouses	Unité	10 933	25 000
Gel hydro alcoolique 500 ML	Flacon	776	3 000
Gel hydro alcoolique 1L	Flacon	261	1 500
Lingettes désinfectantes	Boîte	242	450
Désinfectant sol et surfaces 5L	Litre	8	280
Détergeant désinfectant endoscopes & dispositif médicaux	Flacon	27	80
Gants vinyles taille S non stériles	Unité	22 740	115 000
Gants vinyles taille M non stériles	Unité	44 519	225 000
Gants vinyles taille L non stériles	Unité	28 515	120 000
Sacs plastiques 0,80 litres solubles eau chaude	Unité	600	10 000
Couvres chaussures	Unité	2 430	10 000
Charlottes	Unité	1 748	25 000

Source : données CH de Pau

Les acheteurs du CH de Pau ont pour consigne de profiter de toutes les opportunités d’approvisionnement proposées par les fournisseurs (fins de stocks, nouveaux arrivages).

Les protocoles d’hygiène ont été revus : en cas de tension forte sur les gants nitriles, certaines activités se reporteront sur les gants vinyles (qui sont moins en tension). Si les tensions se répercutent sur le vinyle, le médecin hygiéniste proposera une alternative à l’utilisation de ces gants pour les activités hors soins (bionettoyage par exemple). Pour les surblouses, le passage aux surblouses tissées est en cours pour les services les plus consommateurs. Ces surblouses sont produites localement et sont d’une qualité satisfaisante selon une enquête réalisée auprès des utilisateurs.

2.2 Le plan blanc

2.2.1 Le contenu et la structuration du document

Le plan blanc a été activé le 27 mars 2020. Le document est structuré autour d’une soixantaine de fiches réflexes détaillées qui mentionnent le rôle à tenir par les différents acteurs mobilisés, les locaux et le matériel nécessaires pour assurer la prise en charge des patients. Des exemplaires « papiers » sont disponibles dans la salle de la cellule de crise et le plan blanc est également accessible sur un répertoire numérique partagé.

Bien que l'une des fiches évoque les « *risques sanitaires (épidémie, contamination alimentaire)* », l'organisation décrite, comme dans la quasi-totalité des plans blancs en vigueur, est pensée pour faire face à un afflux massif de victimes sur une période courte et non pour gérer une situation exceptionnelle sur une longue durée, comme c'est le cas pour l'épidémie Covid 19.

Le plan blanc avait été réactualisé à l'occasion d'événements récents qui ont eu lieu dans le département (réunion du G7 à Biarritz du 24 au 26 août 2019 et du G5 Sahel à Pau le 13 janvier 2020).

2.2.2 Les exercices réalisés

Plusieurs exercices ont été réalisés en 2019, à la demande de l'ARS ou en interne, pilotés par l'établissement :

- les 29 et 30 janvier 2019 : exercice ARS « PIRATAIR » ;
- le 11 février 2019 exercice interne au centre hospitalier : test alerte et fonctionnalité cellule de crise ;
- le 10 juillet 2019 exercice interne au centre hospitalier : test des fiches réflexes ;
- le 12 août 2019 exercice ARS : simulation attentat.

Le rappel du personnel a été testé en 2019 ainsi que le montage de la tente NRBC¹¹ et le déploiement de l'équipe mobile de décontamination. Après chaque exercice un débriefing est réalisé permettant des réajustements, notamment dans l'écriture des fiches réflexes. Tous les ans, en début d'année, le listing des numéros de rappel du personnel est actualisé par la DRH.

3 L'IMPACT DE L'EPIDEMIE SUR L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'organisation mise en place

3.1.1 Les structures de pilotage en période de crise

Le plan blanc a été déclenché le 27 mars 2020 mais un comité de pilotage Covid a été mis en place dès le 24 février 2020. Le 19 mars, un comité restreint a été constitué afin de permettre une prise de décision plus rapide et d'assurer une veille réglementaire et le suivi des recommandations concernant la Covid 19. Dans un premier temps, il se réunissait quotidiennement puis, au regard de l'évolution de l'épidémie, trois fois par semaine.

¹¹ Risque NRBC : Nucléaire, Radiologique, Bactériologique et Chimique (la zone industrielle de Lacq se trouve dans le ressort du SAMU de Pau).

Ce comité était composé d'une dizaine de personnes et pouvait être élargi à d'autres invités en fonction des sujets traités :

- directeur de l'établissement ;
- présidente de la commission médicale d'établissement ;
- directeur adjoint des affaires générales et de la coopération ;
- directrice des soins ;
- directrice adjointe de la qualité et de la gestion des risques ;
- chef du pôle des urgences ;
- médecin infectiologue ;
- chef du service de réanimation ;
- biologiste ;
- chef du pôle des prestations transversales (comprenant notamment la pharmacie) ;
- directeur de garde.

Les décisions de ce « Copil-restreint » faisaient l'objet d'une information au « Copil plénier ». Ce « Copil plénier » réunissait 29 personnes, dont 16 médecins, parmi lesquels un représentant des anesthésistes de la polyclinique de Navarre.

Parmi les sujets les plus prégnants traités en Copil, figuraient la coordination des (nombreuses) initiatives individuelles et la communication vis-à-vis du personnel. Un important effort d'information a été réalisé et des « Mémo », prenant la forme de messages synthétiques, ont été diffusés dès le 16 mars 2020 (au total, 17 numéros entre cette date et le 3 juillet).

Une réunion de la commission médicale d'établissement (CME) s'était tenue le 10 mars 2020, juste avant la période de confinement. Par la suite, la CME s'est réunie à sept reprises sous la forme d'une CME « exceptionnelle » regroupant uniquement les chefs de pôles et chefs de services (23 mars, 27 mars, 02 avril, 09 avril, 22 avril, 7 mai, 19 mai). Les réunions ont repris normalement au rythme d'une fois par mois à compter du mois de juin. Durant cette période de tension et d'incertitude, des visio-conférences ont permis aux présidents de CME de différents établissements de partager leurs expériences respectives.

Les instances classiques de dialogue social ne se sont pas tenues durant la crise mais des rencontres périodiques (deux fois par semaine) ont réuni la direction des ressources humaines, la direction des soins et les organisations syndicales. Comme ce fut le cas dans de nombreux établissements, cette situation de crise inédite a contribué à ressouder les équipes et à renforcer les liens entre soignants (médicaux et para médicaux) et avec les cadres administratifs. Lors des entretiens réalisés sur place au cours de l'instruction, des praticiens ont souligné les aspects positifs engendrés par la gestion de crise (« *tout allait plus vite* », « *nous étions libérés des contraintes administratives...* »).

3.1.2 La montée en puissance du dispositif Covid

Trois phases peuvent être identifiées en fonction de différents niveaux de mobilisation, la phase 2 correspondant au pic de la crise, à partir du déclenchement du plan blanc de l'établissement (27 mars 2020)

Tableau n° 8 : Organisation de la prise en charge des patients Covid

Phases	Urgences	Médecine	Réanimation	Chirurgie	Ensemble des services
Phase 0 <i>Phase initiale</i>	195 passages par jour dont 55 en pédiatrie.	143 lits	20 lits de réanimation + 5 lits de surveillance continue	118 lits d'hospitalisation complète	
Phase 1 <i>A partir du 24 février création d'une unité Covid</i>	Déploiement d'une tente NRBC et transfert de l'UHCD vers la chirurgie (17 mars).	Unité Covid de 13 lits d'infectiologie pouvant monter jusqu'à 19 lits si besoin.	25 lits de réanimation dont 10 lits dédiés Covid.	Déprogrammation des activités non urgentes	19 lits Covid et 10 lits de réanimation Covid.
Phase 2 <i>A partir du déclenchement du plan blanc le 27 mars 2020</i>	Double filière (Covid et non Covid) et filière pédiatrique. 60 à 70 passages par jour aux urgences adultes et 20 aux urgences pédiatriques	Deuxième unité Covid de 13 à 19 lits installée en ortho-traumatologie. Unité Covid de 10 lits en rhumatologie, <u>activée 15 jours</u> Unité Covid de 14 lits en médecine interne <u>non activée</u>	31 lits de réanimation dont 15 lits de Covid.	Capacité d'accueil 80 lits.	38 lits Covid avec possibilité d'extension à 62 lits si nécessaire. 15 lits de réanimation Covid.
Phase 3 <i>A partir du 11 mai reprise progressive de l'activité</i>	Maintien du dédoublement de la filière urgences. 90 passages par jour aux urgences adultes et 20 aux urgences pédiatriques.	Le service d'infectiologie devient le service d'accueil des cas Covid. Capacité d'accueil en médecine : 139 lits.	Réanimation 20 lits dont 5 Covid et 5 lits de surveillance continue.	Capacité d'accueil : 96 lits d'hospitalisation complète.	Reprise des consultations externes, reprise progressive de l'activité de chirurgie (priorité pertes de chance).

Source : CH de Pau

Une première unité Covid de 13 lits a été mise en place dès le 24 février et a été renforcée par une deuxième unité à compter du 27 mars. La capacité des unités Covid a atteint 38 lits avec une possibilité de l'étendre à 62 lits. Toutefois, il n'a pas été nécessaire d'activer la totalité des capacités d'accueil : la troisième unité Covid (10 lits installés en rhumatologie) n'a fonctionné qu'une quinzaine de jours presque à vide et les 14 lits pouvant être déployés en médecine interne n'ont pas été mobilisés. Par ailleurs, cinq lits de SSR ont été dédiés à la filière Covid

Les capacités de réanimation adulte ont été portées de 20 à 31 lits dont 15 dédiés à des patients Covid. A partir du 24 février, le service de réanimation a transformé ses cinq lits de surveillance continue en lits de réanimation portant la capacité du service à 25 lits de réanimation dont 10 lits Covid. A compter du 27 mars, la capacité a été portée à 31 lits de réanimation dont 15 lits de réanimation Covid. En appui sur le secteur Béarn et Soule, le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie (30 kilomètres de Pau) a transformé six lits de surveillance continue en lits de réanimation et la polyclinique de Navarre, située à proximité du CH de Pau, a porté sa capacité à 18 lits de soins continus.

3.1.3 Les capacités d'hospitalisation

Un bilan réalisé au 3 avril, en période de pic épidémique, après déclenchement du plan blanc, montre que les capacités d'accueil de l'établissement n'étaient pas saturées. Ainsi, à cette date, on recensait 60 passages aux urgences dont 28 dans la filière Covid, 24 hospitalisations Covid et 13 patients en réanimation, dont quatre en provenance de la région Grand-Est.

Chaque patient suspecté Covid a été hospitalisé en chambre individuelle bien que la configuration de l'établissement ne s'y prête pas (38,5 % de chambres doubles, ce qui représente plus de 55 % des capacités d'hospitalisation). Les déprogrammations ont permis de redéployer des capacités d'hospitalisation mais celles-ci ont globalement été réduites. Au plus fort de la crise, lorsque la capacité était la plus réduite, le centre hospitalier disposait de 28 lits de chirurgie disponibles pour l'urgence, 153 de lits de médecine court séjour autre que Covid, 45 lits Covid en chambre individuelle et 31 lits de réanimation dont 10 lits fléchés Covid. L'activité ambulatoire oncologique a été maintenue avec 30 places ouvertes ainsi que l'activité obstétricale. En revanche, une diminution de la capacité d'accueil du service pédiatrique a été mise en œuvre avec 13 lits contre 17 lits habituellement.

Progressivement, à partir du 11 mai, le centre hospitalier de Pau a procédé à la reprise de son activité pour aboutir en septembre 2020 à un retour à ses capacités antérieures à la crise. Fort des enseignements tirés de la première vague, l'hôpital est en mesure d'adapter rapidement ses capacités d'hospitalisation pour répondre aux évolutions de la situation sanitaire.

3.1.4 L'adaptation du service de réanimation

L'organisation de crise du service de réanimation s'est mise en place précocement, notamment en raison de retours informels d'informations préoccupantes en provenance de la région Grand-Est.

Lorsque les cinq lits de surveillance continue ont été transformés en lits de réanimation pour porter la capacité à 25 lits (Cf. phase 1 du schéma de prise en charge), 24 respirateurs étaient

disponibles. L'appareil manquant a été récupéré auprès d'un autre service, de même que les pousses seringues et les pompes de nutrition. Ce redéploiement de matériel a été possible grâce à la très forte réduction de l'activité chirurgicale et parce que l'établissement disposait d'un volet de respirateur non utilisés.

A Pau, le nombre de respirateurs disponibles n'a pas constitué la principale difficulté, même s'il a fallu faire appel ponctuellement à des respirateurs de bloc opératoire qui sont mal adaptés à la prise en charge en réanimation. Lors de l'ouverture de nouveaux lits de réanimation, ce sont plutôt les effectifs formés qui ont fait défaut.

L'article D. 6124-32 du code de la santé publique encadre strictement le nombre de personnels paramédicaux nécessaires pour faire fonctionner une unité de réanimation adulte : « *Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum :*

- *deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ;*
- *un aide-soignant pour quatre patients ».*

L'ouverture de cinq lits de réanimation induit donc la présence de deux infirmières et deux aides-soignants 24h/24, ce qui revient à doubler les besoins en personnel paramédical par rapport aux soins intensifs.

Dès le début de la crise, il a donc fallu mobiliser toutes les ressources disponibles en reportant les formations et en demandant aux infirmières en instance de départ de prolonger leur présence au sein du service, en faisant appel aux anciennes infirmières de réanimation exerçant dans d'autres services ou à des infirmières libérales souhaitant exercer à l'hôpital. Neuf infirmières supplémentaires ont été recrutées ou affectées en réanimation :

- deux infirmières libérales souhaitant exercer en tant que salariées ;
- une infirmière présente au centre de formation ;
- trois IADE ayant exercé auparavant en réanimation ;
- une IDE de salle de réveil ;
- deux infirmières en prolongement de contrat.

Pour ce qui est des aides-soignantes, le service a fait appel à trois personnes en reprise d'études et à une autre acceptant de changer de service.

La coopération avec la clinique de Navarre a été anticipée et facilitée par la proximité géographique des deux établissements. Les cinq lits de surveillance continue de l'hôpital qui ont été transformés en lits de réanimation ont été remplacés par des lits de soins continus installés à la clinique, ce qui a permis de réaliser quelques transferts de patients de l'hôpital vers la clinique.

A compter de fin mars, lorsque les capacités en réanimation ont une nouvelle fois été augmentées par l'ouverture de six lits en salle de réveil, la situation s'est tendue d'autant plus que l'hôpital devait continuer à faire face à un flux continu de patients en réanimation hors Covid. Les locaux n'étaient pas adaptés et le personnel, s'il n'a pas manqué grâce aux renforts venus d'autres services, n'était pas formé. Il a donc fallu combiner les équipes afin de garder une expertise en réanimation dans chacune des unités déployées. Par ailleurs, en secteur Covid, les effectifs doivent être encore renforcés pour tenir compte du temps d'habillage et de déshabillage (+ une infirmière pour cinq lits).

La gestion des moyens humains a dû se faire au plus juste, notamment la nuit, afin de préserver les équipes et de pouvoir tenir dans la durée. L'ajustement des effectifs se faisait quotidiennement selon le nombre de patients accueillis.

Tableau n° 9 : Ajustement des effectifs en réanimation (par rapport à la situation habituelle)

Dates	Personnel infirmier	Personnel aide-soignant
Conditions habituelles	54 ETP	37 ETP
17 mars Ouverture Réa SIPO ET Réa Est secteur Covid	61 +2 IDE jour, + 1 IDE nuit	39 +1 AS jour
20 mars Ouverture 2 ^{ème} secteur Covid Nord	63 ETP +3 IDE jour, +1 IDE nuit	42 ETP +1 AS jour
29 mars et 30 mars (ouverture réa bloc) Ouverture 3 ^{ème} secteur Covid et arrivée 4 patients du Grand-Est	66 ETP +4 IDE jour, +1 IDE nuit	45 ETP +1 AS jour
8 avril – 28 mai	61 ETP -2 IDE jour, +1 IDE nuit	39 ETP +1 AS jour
29 mai	Conditions normales	

Source : CH de Pau (service réanimation)

3.2 Les patients pris en charge

3.2.1 Les séjours Covid

Afin de produire des données statistiques sur l'impact de la Covid, l'établissement a déterminé une période « Covid » comprise entre le jour d'arrivée du premier patient Covid (6 mars 2020) et la fin de l'hospitalisation du dernier patient Covid positif pouvant être rattaché à la première période de l'épidémie (15 juin 2020).

540 patients atteints de la Covid ou suspectés Covid ont été accueillis durant cette période, ce qui a engendré un total de 700 séjours. 36 % de ces séjours ont été pris en charge par le service d'infectiologie, 29 % par les urgences et 5,6 % ont fait l'objet d'un passage en réanimation.

Tableau n° 10 : Séjours Covid ou suspectés Covid par unité d'accueil

Structures d'accueil	U0710	U0711	U0712	U0713	U0714	U0715	Total
Médecine 1	19	12		11	1	2	45
<i>dont réanimation</i>	19	12		8			39
Médecine 2	32	26	5	239	1		303
<i>dont infectiologie</i>	30	23	5	195			253
Mère-enfant	1			38			39
Chirurgie (aile dédiée Covid)	16	17		48	1		82
Gériatrie	3	1		19			23
Méd. physique et réadaptation	5						5
Urgences	1	14		186	2		203
<i>dont unité d'hospit. courte durée</i>	1	14		177	2		194
Total	77	70	5	541	5	2	700

Source : CH de Pau

Sur ces 700 séjours, seulement 87, soit 12,4 %, ont fait l'objet d'un codage correspondant à un virus formellement identifié (codes U0710, U0712 ou U0714). Les autres prises en charge concernent des virus non formellement identifiés mais avec des signes en lien avec l'épidémie (notamment des difficultés respiratoires). La très grande majorité des séjours recensés ont été codés U0713, c'est-à-dire concernant des patients « suspects Covid » mais non confirmés (77,3 % des séjours).

A l'image du département des Pyrénées-Atlantiques, le centre hospitalier de Pau a donc été relativement épargné lors de la première phase de l'épidémie par rapport aux établissements situés dans le Grand-Est ou en région parisienne.

Tableau n° 11 : Séjours Covid ou suspectés Covid selon le codage retenu

Codage des séjours	Nombre	%
U0710 – COVID-19, forme respiratoire, virus identifié	77	11,0
U0711 – COVID-19, forme respiratoire, virus non identifié	70	10,0
U0712 – COVID-19, porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique, virus identifié	5	0,7
U0713 – Autres examens et mises en observation en lien avec l'épidémie COVID-19	541	77,3
U0714 – COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié	5	0,7
U0715 – COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié	2	0,3
Total	700	100

Source : données du CH de Pau

Quel que soit le secteur d'hospitalisation, le nombre de décès enregistrés au centre hospitalier de Pau parmi les personnes âgées a été inférieur pendant la « période Covid » en comparaison avec la même période de 2019, malgré la comptabilisation de neuf décès chez des patients Covid+. En revanche, il y a eu davantage de décès chez les patients plus jeunes sans que cela soit directement imputable à la Covid.

Tableau n° 12 : Décès pendant la période de crise (6 mars- 15 juin 2020)

Patients de 75 ans et plus			Patients de moins de 75 ans		
<i>MCO</i>	2020	2019		2020	2019
Décès toutes causes	215	285	Décès toutes causes	132	107
Décès avec Covid 19	9	0	Décès avec Covid 19	6	0
<i>dont gériatrie</i>	1	0	<i>dont réanimation</i>	2	0
<i>dont infectiologie</i>	8	0	<i>dont infectiologie</i>	4	0
SSR (semaine 10 à 22)					
Décès toutes causes	36	37	<i>Décès toutes causes</i>	1	3
Décès avec Covid 19	0	0		0	0

Source : données du CH de Pau

3.2.2 L'accueil des patients du Grand-Est

Quatre patients transférés de la région Grand-Est ont été pris en charge par le service de réanimation du centre hospitalier de Pau le 29 mars 2020. Ces malades ont été acheminés par TGV médicalisé jusqu'à Bordeaux puis par un convoi sanitaire jusqu'à Pau.

Au départ six patients étaient attendus mais seul quatre d'entre eux ont finalement été acheminés vers le Béarn. Cette décision a été critiquée par certains soignants qui ont évoqué une « *gestion politique* » des transferts afin de donner satisfaction au secteur privé (cliniques bordelaises) au détriment du public qui possédait les capacités d'accueil nécessaires (cela a toutefois permis de limiter le temps de transport des patients).

L'arrivée de ces quatre malades a été perçue de façon très positive par le personnel médical et para médical qui était fortement mobilisé depuis le début de la crise mais dont l'activité était faible en raison d'un nombre limité de cas dans la région. Le choix de l'hôpital de Pau a été interprété comme un signe de reconnaissance du professionnalisme et des compétences des équipes locales, en particulier celles du service de réanimation.

La durée moyenne de séjour de ces patients transférés à Pau a été de 19 jours. A l'issue de leur passage en réanimation, trois d'entre eux ont été transférés à la polyclinique de Navarre (en post réanimation) et le quatrième dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) du département des Vosges.

3.3 La déprogrammation de « l'activité courante » de l'hôpital

Une note de service du 13 mars 2020 a posé le principe de la déprogrammation de l'activité courante de l'hôpital.

Cette note indique :

« la cellule Covid-19...a pris les décisions suivantes afin de limiter la propagation du virus sur le territoire et de mobiliser les ressources humaines et matérielles de l'établissement :

- annuler, si vous les considérez comme non prioritaires, les consultations externes, les hospitalisations de jour et hospitalisations programmées en médecine, plus particulièrement pour les personnes fragiles (personnes âgées, immuno déprimés...) et les enfants ;
- déprogrammer les interventions chirurgicales que vous considérez pouvoir être différées, pour celles qui requièrent une réanimation ou une surveillance continue post opératoire et pour les personnes fragiles (personnes âgées, immuno déprimés...) ainsi que pour les enfants. »

En mars 2020, sur 12 salles d'interventions chirurgicales, seules trois salles de blocs sont restées ouvertes (une dédiée aux urgences, une seconde servant de bloc obstétrical et une troisième disponible pour assurer l'activité de chirurgie pour les cas identifiés comme « perte de chances »). Une matrice décisionnelle proposée par l'ARS a édicté les principes généraux à respecter dans le cadre de la déprogrammation d'une partie de l'activité.

Tableau n° 13 : Matrice décisionnelle dans le cadre de la déprogrammation de l'activité

Type de besoin	Tension crise maximale	Tension crise aiguë	Tension partielle	Tension limitée	Absence de tension
Pronostic vital engagé à court terme (Urgences et semi-urgences)	Maintien de toutes les activités quel que soit le stade de la crise				
Pronostic vital engagé temps-dépendant	Maintien de toutes les activités quel que soit le stade de la crise				
Pronostic fonctionnel engagé à court/moyen terme	Report	Report	A réaliser / à évaluer	A réaliser	A réaliser
Absence d'engagement du pronostic fonctionnel temps-dépendant	Report	Report	Report	A évaluer	A réaliser

Source : CH de Pau

Les niveaux de tension se basent sur quatre critères (utilisation d'EPI, utilisation de produits de santé, niveau de saturation des soins critiques, niveau d'exposition infectieuse). Le document indique que « l'évolution de ces critères n'est pas obligatoirement cohérente et peut conduire à un niveau de tension "hybride", qu'il conviendra de jauger à l'aune de l'intervention considérée ».

Tableau n° 14 : Définition des niveaux de tension

Tension crise maximale	Soins critiques	Saturés avec reconversion des capacités d'accueil à destination du COVID
	EPI	Mobilisés pour la prise en charge des patients COVID en priorité
	Produits de santé utilisés en soins critiques	Mobilisés pour la prise en charge des patients COVID en priorité
	Risque infectieux	Maximal
Tension crise aiguë	Soins critiques	Saturation de la capacité initiale mais disponibilité de la capacité convertie
	EPI	Tension maintenue maximale pour la prise en charge des patients COVID et des activités de soins urgentes et non
	Produits de santé utilisés en soins critiques	Tension maintenue maximale pour la prise en charge des patients COVID et des activités de soins urgentes et non
	Risque infectieux	Important
Tension partielle	Soins critiques	Disponibilité de lits de soins critiques hors COVID
	EPI	Tension maintenue maximale permettant les activités de soins non différables, les urgences, les soins COVID, le dépistage
	Produits de santé utilisés en soins critiques	Tension maintenue pour la prise en charge des patients COVID et des activités de soins urgentes et non différables, surplus
	Risque infectieux	Modéré
Tension limitée	Soins critiques	Capacité importante de prise en charge en soins critiques hors COVID
	EPI	Tension maintenue nécessitant la priorisation des interventions en fonction du bénéfice patient
	Produits de santé utilisés en soins critiques	Absence de tension
	Risque infectieux	Faible
Absence de tension	Soins critiques	Absence de tension
	EPI	Absence de tension
	Produits de santé utilisés en soins critiques	Absence de tension
	Risque infectieux	Absent

Source : CH de Pau

Une fiche décrit un exemple de priorisation en fonction du niveau de tension.

Tableau n° 15 : Fiche exemple de déprogrammation en fonction du niveau de tension

Exemple 1 : Tension maximale		
Gynécologie	On réalise	Coelioscopie pour torsion d'annexe
		Mastectomie pour tumeur maligne agressive
	On reporte	Coelioscopie pour endométriose avec un retentissement urinaire
		Reconstruction mammaire post mastectomie
Pneumologie	On réalise	Lobectomie pour cancer bronchique NPC
Endoscopies	On réalise	Gastroscopie devant suspicion de rupture de varice oesophagienne
	On reporte	Coloscopie suite à un dépistage du CCR
Ophtalmologie	On reporte	Injections intravitréennes
		Phakoémulsification pour cataracte simple
Exemple 2: Tension partielle		
Gynécologie	On réalise	Coelioscopie pour torsion d'annexe
		Mastectomie pour tumeur maligne agressive
		Coelioscopie pour endométriose avec un retentissement urinaire
	On reporte	Reconstruction mammaire post mastectomie
Pneumologie	On réalise	Lobectomie pour cancer bronchique NPC
Endoscopies	On réalise	Gastroscopie devant suspicion de rupture de varice oesophagienne
		Coloscopie suite à un dépistage du CCR
Ophtalmologie	On réalise	Injections intravitréennes
	On reporte	Phakoémulsification pour cataracte simple

Source : CH de Pau

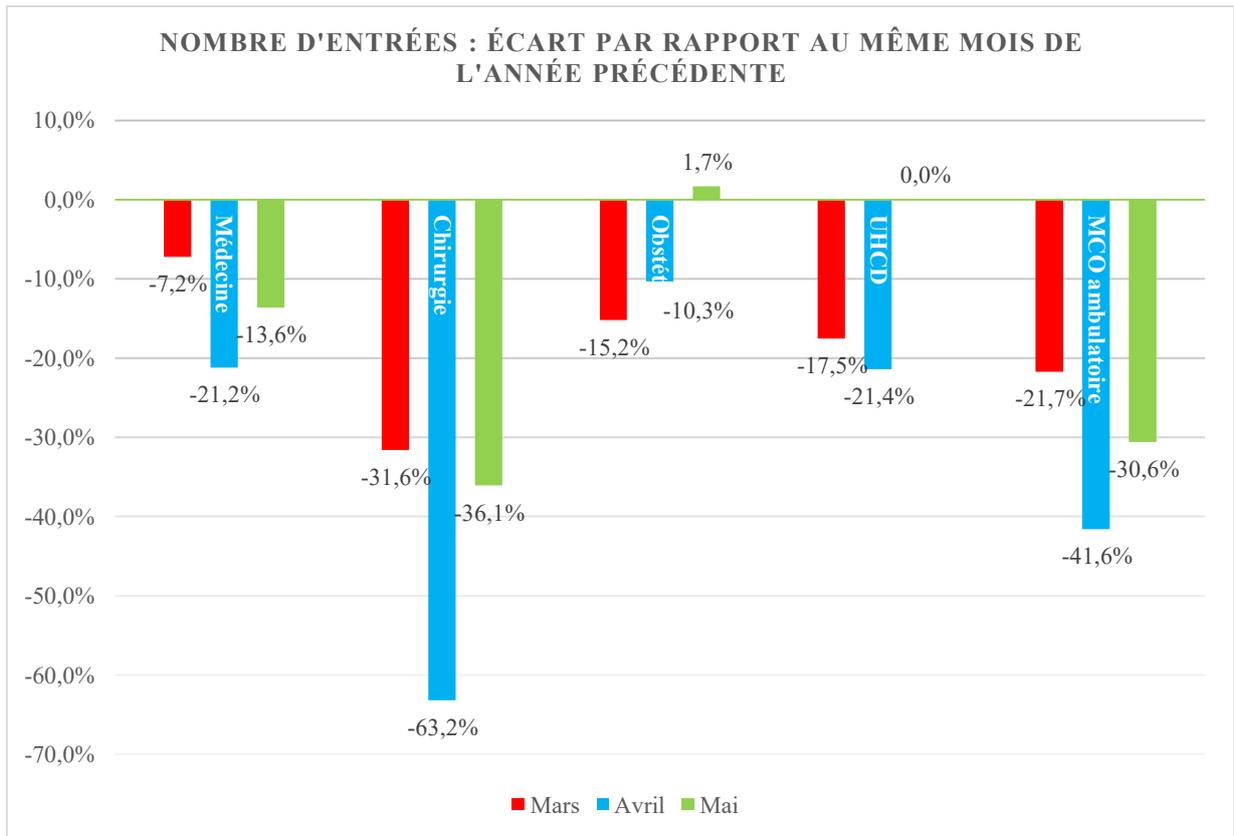
L'existence de ces documents de cadrage montre que la déprogrammation a été organisée et réfléchi de façon globale et que les décisions ont été prises en fonction de critères prédéfinis.

3.4 La diminution de l'activité durant la crise

Les données relatives aux mois de mars, avril et mai permettent d'appréhender l'ampleur de la baisse de l'activité du centre hospitalier. Mise à part l'unité de soins de longue durée (USLD) pour laquelle les écarts ne sont pas significatifs, tous les secteurs ont été touchés avec, toutefois, des différences importantes selon les activités ou les spécialités concernées.

3.4.1 L'activité MCO

L'activité a commencé à décliner en mars mais c'est en avril que la baisse a été la plus importante. Au cours de ce mois, le nombre d'entrées a diminué de 63,2 % en chirurgie, de 21,2 % en médecine et de 10,3 % en obstétrique (gynécologie). L'activité ambulatoire, qui est une hospitalisation programmée, a également été fortement impactée (- 41,6 % en avril).

Graphique n° 1 : Evolution du nombre d'entrées en MCO (mars, avril et mai 2020)

Sources : données CH Pau

Tableau n° 16 : Evolution de l'activité MCO (HC) selon les mois

Médecine	Entrées		Journées	
	Nombre	%	Nombre	%
Mars	-116	-7,2	-924	-10,6
Avril	-331	-21,2	-1 223	-15,1
Mai	-216	-13,6	-449	-5,3
Total médecine	-663	-13,9	-2 596	-10,3
Chirurgie	Entrées		Journées	
	Nombre	%	Nombre	%
Mars	-217	-31,6	-686	-23,4
Avril	-391	-63,2	-1 660	-62,6
Mai	-228	-36,1	-1 119	-39,9
Total chirurgie	-836	-43,1	-3 465	-41,3
Obstétrique	Entrées		Journées	
	Nombre	%	Nombre	%
Mars	-37	-15,2	-262	-26,3
Avril	-26	-10,3	-183	-18,4
Mai	4	1,7	-118	-12,3
Total obstétrique	-59	-8,0	-563	-19,1
TOTAL MCO hospitalisation complète	-1 558	-20,9	-6 624	-18,1

Sources : données CH Pau

Sur l'ensemble de la période (mars à mai), les entrées ont diminué de 20,9 % en hospitalisation complète et les journées de 18,1 %. C'est de loin la chirurgie qui a enregistré la plus forte baisse d'activité (- 43,1 % en termes d'entrées et - 41,3 % en termes de journées).

Tableau n° 17 : Evolution de l'activité MCO en mars, avril et mai 2020

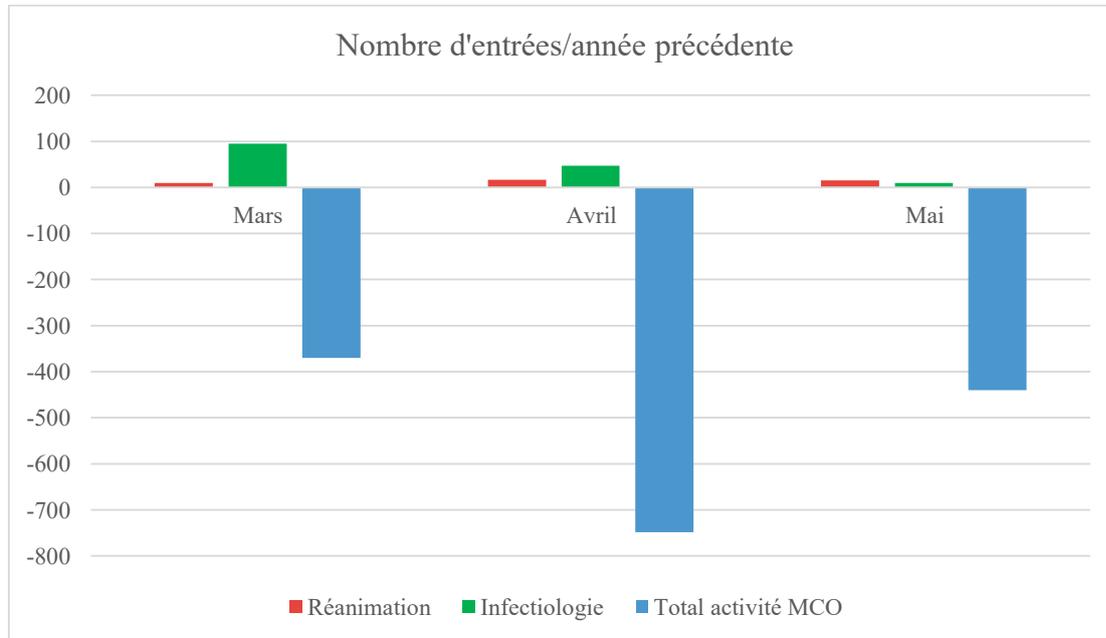
Ecart entre mars et mai (2020/2019)								
MCO	Entrées				Journées			
	2019	2020	Ecart	%	2019	2020	Ecart	%
Médecine	4 769	4 106	-663	-13,9	25 291	22 695	2 596	-10,3
Chirurgie	1 938	1 102	-836	-43,1	8 393	4 928	3 465	-41,3
Obstétrique	737	678	-59	-8,0	2 949	2 386	563	-19,1
MCO hosp. compl. et de semaine	7 444	5 886	-1 558	-20,9	36 633	30 009	6 624	-18,1
Unité hospít. courte durée	2 216	1 932	-284	-12,8	2 171	1 736	435	-20,0
MCO ambulatoire	5 219	3 592	-1 627	-31,2				

Sources : données CH Pau

Une analyse plus fine par pôle, permet de constater que la diminution de l'activité a touché l'ensemble des services, à quelques exceptions près.

La réanimation adulte a vu son nombre d'admissions augmenté de 17,1 % (+ 40 entrées) et l'infectiologie de 76,6 % (+ 151 entrées). Cette augmentation a été sensible mais les équipes s'étaient préparées à affronter un afflux beaucoup plus massif de patients, d'autant plus que les informations en provenance des hôpitaux du Grand Est étaient très alarmantes.

Graphique n° 2 : Activité (Evolution du nombre d'entrées)



Sources : données CH Pau

En médecine, c'est la pédiatrie qui a connu la plus importante diminution d'activité en nombre d'entrées : - 222 entrées, ce qui représente une diminution de 31,9 % sur l'ensemble de la période. Les écarts sont également très importants en cardiologie (- 23,9 % soit 244 entrées en moins), en hépato-gastro-entérologie (- 19,5 % soit 61 entrées en moins) et en neurologie (- 18,7 %, 117 entrées en moins).

La baisse d'activité a été particulièrement importante en chirurgie. Le nombre d'entrées a chuté de 55,5 % en chirurgie orthopédique et traumatologique (- 261 entrées), de 48,7 % en chirurgie viscérale (- 210 entrées) et de 46,7 % pour les « spécialités de chirurgie » (ORL, stomatologie, et ophtalmologie). La chirurgie thoracique et vasculaire a, quant à elle, connu une diminution d'activité moindre mais néanmoins importante (- 24 % soit 121 entrées en moins qu'en 2019).

Tableau n° 18 : Evolution du nombre d'entrées par unité fonctionnelles (mars, avril et mai 2020)

Période mars, avril, mai 2020	Ecart 2020/2019 en nombre d'entrées	%
Médecine 1		
Cardiologie	-244	-23,9 %
Neurologie	-117	-18,7 %
Réanimation et surveillance continue	-66	-17,5 %
<i>dont réanimation adulte</i>	52	22,2 %
<i>dont surveillance continue</i>	-118	-82,5 %
Médecine 2		
Oncologie	-23	-12,2 %
Pneumologie	8	2,2 %
Rhumatologie, dermatologie, médecine interne	-71	-21,6 %
Infectiologie, endocrinologie, diabétologie	125	37,4 %
<i>dont infectiologie</i>	151	76,6 %
Hépatogastro-entérologie	-61	-19,5 %
Soins palliatifs	-8	-11,4 %
Addictologie	-5	-6,8 %
Mère-enfant		
Pédiatrie	-222	-31,9 %
Gynéco obstétrique	-59	-8,0 %
Chirurgie viscérale, vasculaire, spécialités		
Chirurgie viscérale	-210	-48,7 %
Chirurgie thoracique et vasculaire	-121	-24,0 %
Spécialités chirurgicales	-176	-46,7 %
Chirurgie ortho traumatologique	-261	-55,5 %
Gériatrie		
Médecine gériatrique	-5	-1,5 %
Unité Post Urgences Gériatrique	-36	-17,4 %
Maison arrêt	-6	-85,7 %
Total	-1 558	

Sources : données CH Pau

Si l'on raisonne en termes de taux d'occupation des lits, la réanimation adulte a connu un pic d'occupation en mars 2020 et un niveau très élevé en avril et mai. Toutefois, les lits de réanimation pédiatrique et de néonatalogie (six lits au total) ont été moins occupés qu'en 2019, ce qui explique que le taux d'occupation des lits de réanimation ait diminué par rapport aux années précédentes.

Après un début d'année ayant connu une forte activité en MCO, les déprogrammations ont entraîné une baisse globale du taux d'occupation de 10 points en mars et mai et de 20 points en avril (premier mois complet de confinement).

Tableau n° 19 : Taux d'occupation des lits MCO (en %)

Taux d'occupation	2018	2019	2020					
			janv-fev	mars	avril	mai	juin	juillet
Lits de réanimation adultes (20)	86,5	88,8	92,8	99,0	95,0	95,2	84,2	86,3
Total lits de réanimation (28)	80,0	83,8	88,9	95,4	80,0	89,2	80,0	83,8
Lits de soins intensifs (17 et 15 en 2018)	70,0	70,6	75,8	63,6	69,2	67,7	68,6	76,7
Lits de surveillance continue adultes (5)	65,6	63,8	84,3	38,7	0,0	3,9	66,7	69,7
Total lits de médecine (316 et 317 en 2018)	86,3	88,9	95,1	81,8	74,3	84,5	82,9	87,2
Total lits de chirurgie (126)	69,9	71,9	77,9	58,5	26,6	44,2	62,7	58,5
Total lits d'obstétrique (32)	89,9	100,3	99,6	73,9	84,3	85,1	85,0	86,0
TOTAL LITS MCO (474 et 475 en 2018)	82,2	85,2	90,8	75,0	62,3	73,8	77,6	79,3

Source : données CH de Pau

3.4.2 L'activité SSR et HAD

Il n'y a pas que l'activité d'hospitalisation complète en MCO qui a connu une importante baisse du nombre d'entrées et de journées. Les soins de suite et réadaptation (SSR) ont également été touchés.

Au cours de la période couvrant les mois de mars à mai 2020, l'hôpital enregistre 511 entrées de moins en SSR par rapport aux mêmes mois de l'année précédente. Les entrées en SSR ambulatoire ont diminué de 76,9 % et celles concernant l'hospitalisation complète de 12,1 %. Parmi celles-ci, alors que le SSR gériatrique a connu une réduction d'activité de 5,4 %, la baisse qui affecte la médecine physique et de réadaptation est de 31,6 %. Cela est à mettre en parallèle avec les déprogrammations massives ayant affecté la chirurgie orthopédique et traumatologique.

Tableau n° 20 : Evolution de l'activité SSR en mars, avril et mai 2020

SSR et USLD	Entrées		Journées	
	Nombre	%	Nombre	%
SSR polyvalent	-5	-12,8	121	7,0
Médecine physique et réadaptation	-18	-31,6	42	1,7
SSR gériatrique	-9	-5,4	422	7,2
SSR hospitalisation complète	-32	-12,1	585	5,8
SSR ambulatoire	-479	-76,9		

Sources : données CH Pau

Si le nombre d'entrées a diminué, le nombre de journées d'hospitalisation à, quant à lui, progressé (+ 5,8 %). Ce phénomène s'explique par une augmentation de la durée moyenne de séjour (+ 2,5 jours en mars, + 11,2 jours en avril et + 10,1 jours en mai).

Tableau n° 21 : Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en SSR (mars, avril, mai 2020)

SSR (hospitalisation complète)	Durée moyenne de séjour		
	2019	2020	Ecart en jours
Mars	37,2	39,7	+ 2,5
Avril	34,0	45,2	+ 11,2
Mai	45,3	55,4	+10,1

Sources : données CH Pau

A l'inverse des SSR, l'hospitalisation à domicile (HAD) a connu une augmentation des entrées mais une diminution du nombre de journées en raison d'une durée moyenne de séjour qui s'est considérablement réduite (- 15,1 jours en mars, - 31,3 jours en avril et - 23,1 jours en mai).

Tableau n° 22 : Evolution de l'activité HAD en mars, avril et mai 2020

HAD	Entrées		Journées	
	Nombre	%	Nombre	%
Hospitalisation à domicile	72	62,6	-1 156	-22,5

Sources : données CH Pau

3.5 L'activité des urgences et du centre 15

L'activité des urgences et du centre 15 a été particulièrement impactée pendant la crise sanitaire du printemps 2020.

3.5.1 L'activité du centre 15

Le nombre d'appel au SAMU 64B (centre 15 de Pau) a augmenté de façon significative jusqu'en mai, sans que l'établissement soit en mesure de distinguer les appels liés à la Covid des autres motifs. On peut toutefois raisonnablement penser que ces écarts sont en grande partie dus à la crise sanitaire et au climat anxiogène qui l'a accompagné.

Dès le mois de janvier, le nombre d'appels est en hausse de 6,4 % par rapport à la moyenne 2018-2019 et de 2 % par rapport à l'année précédente. En février, l'écart est de 9,1 % par rapport à la moyenne des deux années précédentes et en mars cet écart atteint 48,2 %. Alors qu'habituellement le centre 15 gère environ 1 400 appels par jour au mois de mars, il en a reçu 2 087 en 2020. A partir de mai, le nombre d'appels retrouve un rythme comparable à la normale.

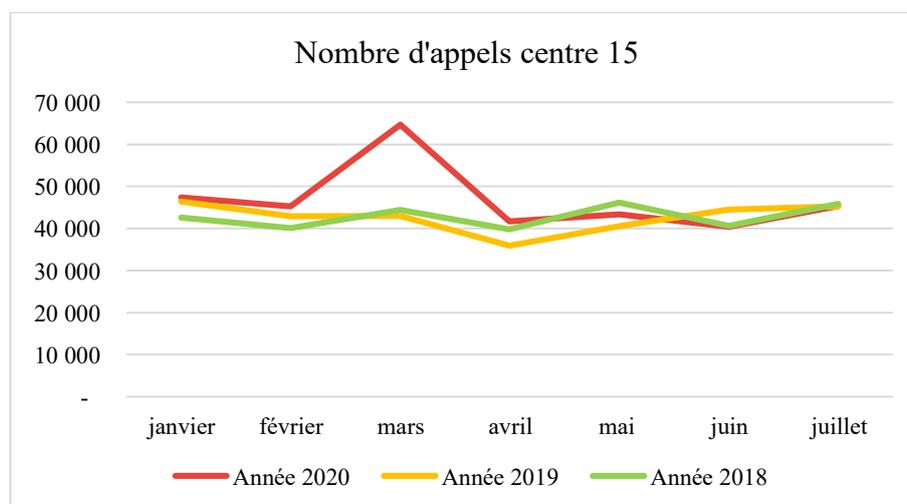
Il n'est pas possible d'évaluer l'impact de cette augmentation de l'activité sur les délais d'attente avant la prise de l'appel car l'établissement n'est pas en capacité de recueillir ces données.

Tableau n° 23 : Evolution du nombre d'appels au centre 15 (janvier-juillet)

Période janvier-juillet	Nombre d'appels centre 15						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Année 2020	47 339	45 225	64 695	41 639	43 283	40 350	45 287
Année 2019	46 410	42 838	42 920	35 920	40 490	44 448	45 215
Année 2018	42 532	40 088	44 397	39 762	46 186	40 585	45 818
Moyenne 2018-2019	44 471	41 463	43 659	37 841	43 338	42 517	45 517
Ecart (2020/moyenne 2018-2019)	6,4 %	9,1 %	48,2 %	10,0 %	-0,1 %	-5,1 %	-0,5 %

Sources : données CH Pau

Graphique n° 3 : Nombre d'appels au centre 15 (janvier-juillet)



Afin de pouvoir traiter l'ensemble des appels, il a fallu renforcer les assistants de régulation à partir de début avril (renfort d'un poste entre 10h et 22h et rapatriement des personnels formés). Une régulation spécifique « Covid jour » a été créée afin de traiter les appels ne relevant pas des urgences vitales mais identifiés Covid.

Le directeur général de l'ARS a validé, dès la fin du mois de février, un renforcement exceptionnel de la régulation libérale des SAMU-Centre 15 par un élargissement de la régulation libérale à des périodes situées en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires, notamment la journée de 8h à 20h. La mobilisation des médecins libéraux dans le cadre de la régulation a été très précieuse car elle a permis de faire face à un afflux d'appels.

3.5.2 L'activité des urgences et du SMUR

En temps normal, les urgences de l'hôpital connaissent d'importantes tensions. Ces dernières ne sont pas liées à un manque de personnel mais à un manque de places en raison de locaux peu adaptés. L'engorgement est aggravé par les difficultés rencontrées pour transférer les patients dans les services d'hospitalisation après leur passage aux urgences. L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD adulte) compte huit places mais elle est sous dimensionnée. Le service a mis en place une gestion précise des lits grâce à un logiciel spécialisé mais les taux d'occupation dépassent 200 % certains jours.

A compter du 31 mars, une double filière d'admission a été créée aux urgences. L'une maintenue pour les patients non Covid et l'autre dédiée aux patients susceptibles d'être infectés par la Covid-19.

Le nombre total de passages aux urgences, suivis ou non par une hospitalisation, a considérablement diminué dès le mois de mars (- 38,7 %) et a même été divisé par plus de deux en avril 2020 par rapport à la moyenne des années précédentes.

Les passages liés à des cas suspectés Covid n'ont jamais compensé la perte d'activité globale, qui a atteint 2 360 passages en mars, 2 850 en avril et 1 895 en mai 2020.

En avril 2020, au pic de l'épidémie, les passages liés à la Covid-19 représentaient 23,5 % du total des passages et ce taux était de 11,1 % en mai.

Tableau n° 24 : Evolution du nombre de passages aux urgences

Période janvier-juillet	Nombre total de passages aux urgences						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Année 2020	6 053	5 839	3 731	2 687	3 939	4 458	5 116
<i>dont Covid en %</i>			235 6,3 %	632 23,5 %	439 11,1 %	218 4,9 %	243 4,7 %
Année 2019	6 274	5 808	6 276	5 563	5 919	5 780	5 808
Année 2018	5 697	5 170	5 905	5 510	5 748	5 789	5 948
Moyenne 2018-2019	5 986	5 489	6 091	5 537	5 834	5 785	5 878
Ecart (2020/moyenne 2018-2019)	1,1 %	6,4 %	-38,7 %	-51,5 %	-32,5 %	-22,9 %	-13,0 %

Sources : données CH Pau

Sans surprise, ce sont les passages aux urgences n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation qui ont le plus diminué (- 49,5 % sur la période de mars à mai). La baisse enregistrée était de 46,5 % au mois de mars, de 61,4 % en avril et de 41,6 % en mai. Cette tendance, s'est même poursuivie, dans une moindre mesure, en juin et juillet, donc après le déconfinement.

Tableau n° 25 : Passages aux urgences sans hospitalisation (janvier-juillet)

Période janvier-juillet	Nombre de passages aux urgences sans hospitalisation						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Année 2020	4 387	4 372	2 474	1 611	2 600	3 032	3 755
Année 2019	4 734	4 442	4 729	4 146	4 474	4 345	4 402
Année 2018	4 213	3 865	4 522	4 196	4 426	4 391	4 527
Moyenne 2018-2019	4 474	4 154	4 626	4 171	4 450	4 368	4 465
Ecart (2020/moyenne 2018-2019)	-1,9 %	5,3 %	-46,5 %	-61,4 %	-41,6 %	-30,6 %	-15,9 %

Sources : données CH Pau

Les passages ayant donné lieu à une hospitalisation ont également diminué mais dans une proportion moindre (- 12,9 % entre mars et mai). Les écarts constatés par rapport aux années précédentes étaient de 14,2 % en mars, 21,2 % en avril et 3,2 % en mai.

Tableau n° 26 : Passages aux urgences avec hospitalisation (janvier-juillet)

Période janvier-juillet	Nombre de passages aux urgences avec hospitalisation						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Année 2020	1 666	1 467	1 257	1 076	1 339	1 426	1 361
Année 2019	1 540	1 366	1 547	1 417	1 445	1 435	1 406
Année 2018	1 484	1 305	1 383	1 314	1 322	1 398	1 421
Moyenne 2018-2019	1 512	1 336	1 465	1 366	1 384	1 417	1 414
Ecart (2020/moyenne 2018-2019)	10,2 %	9,8 %	-14,2 %	-21,2 %	-3,2 %	0,7 %	-3,7 %

Sources : données CH Pau

Cette période de sous activités aux urgences pose la question de la nature des pathologies généralement prises en charge. La crainte d'une éventuelle contamination a probablement dissuadé des patients de se rendre à l'hôpital lorsque leur cas ne relevait pas d'une urgence, ce qui explique les écarts très importants relevés en ce qui concerne les passages non suivis d'une hospitalisation. En revanche, les praticiens interrogés relèvent tous des cas de malades qui ne se sont pas présentés à l'hôpital alors que leur problème de santé aurait nécessité d'être traité en secteur hospitalier. Ainsi, il a été mentionné des personnes ayant fait un AVC pendant la crise sanitaire et qui n'ont consulté que tardivement avec des séquelles qui auraient probablement pu être évitées ou minimisées si leur prise en charge avait été réalisée en temps utile.

Les sorties du SMUR ont diminué de façon assez significative en avril et mai. On peut certainement y voir un effet du confinement (en vigueur entre le 17 mars et le 11 mai) qui a notamment réduit les accidents de la circulation nécessitant l'intervention d'une équipe mobile médicalisée (les statistiques concernant les motifs des sorties SMUR, notamment celles liées à la Covid-19, ne sont pas disponibles).

Tableau n° 27 : Nombre de sorties SMUR (janvier-juillet)

Période janvier-juillet	Nombre de sorties SMUR						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet
Année 2020	266	271	257	182	201	231	252
Année 2019	262	223	265	224	261	251	275
Année 2018	237	226	224	228	254	272	234
Moyenne 2018-2019	249,5	224,5	244,5	226	257,5	261,5	254,5
Ecart (2020/moyenne 2018-2019)	6,6 %	20,7 %	5,1 %	-19,5 %	-21,9 %	-11,7 %	-1,0 %

Sources : données CH Pau

3.6 Les prélèvements et les analyses des tests

3.6.1 Les prélèvements

Une unité de prélèvement (UCH : unité de consultation hospitalière) a été mise en place dès le 27 février, située dans les locaux de la médecine du travail. Initialement, les prélèvements étaient réalisés en partie par les médecins puis par les infirmiers sous la responsabilité d'un médecin urgentiste. L'organisation du flux des patients pris en charge, les organisations de soins, les procédures inhérentes aux prélèvements ont été établies en partenariat avec les médecins hygiénistes et urgentistes.

Du fait de la contrainte liée à la gestion de l'environnement (procédure de bio nettoyage entre chaque patient), l'organisation des flux de patients a évolué vers la mise en place d'un drive piéton après réalisation d'aménagements extérieurs.

La sollicitation des structures extérieures sanitaires ou médico-sociales a conduit l'établissement à étoffer son offre par une unité de prélèvement mobile (UPM). Cela a permis d'assurer les prélèvements dans ces structures ou de venir en appui des équipes départementales pour des dépistages massifs.

Les équipes soignantes de l'UCH-UPM ont formé des infirmières de différents secteurs de soins à la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé notamment dans le cadre de la reprise d'activité programmée en chirurgie. Les infirmières du service de santé au travail ont également été impliquées tout au long de la crise sanitaire et ont assuré, conjointement avec les équipes de l'UCH-UPM, l'ensemble des sérologies proposées aux professionnels hospitaliers.

Sur la période allant de début mars à fin juin, 4 723 prélèvements ont été effectués par le CH de Pau.

3.6.2 Les analyses

Au début de la crise, les analyses étaient réalisées dans les CHU de Bordeaux et de Toulouse. Des navettes (internes ou avec recours à un prestataire extérieur en fonction du moment de la journée) ont été organisées pour acheminer les prélèvements vers les différents laboratoires. Ce système est vite devenu inefficace et coûteux. Dès la mi-mars, le laboratoire commun de biologie du GHT Béarn et Soule a été en capacité d'analyser les RT-PCR sur site. Il a fait partie des premiers laboratoires hospitaliers hors CHU à proposer cette analyse.

Le laboratoire a dû se réorganiser à plusieurs reprises pour prendre en compte la pénurie de réactifs, la montée en charge du nombre de tests, la priorisation de la filière urgences et les demandes des infectiologues. Le laboratoire réalise également les RT-PCR pour les établissements du GHT. En cas d'afflux d'analyses, une convention de partenariat pour la réalisation des diagnostics biologiques de SARS COV2 par PCR a été signée le 5 mai 2020 avec un laboratoire privé mais cette dernière n'a pas été mise en œuvre.

A compter du déconfinement, la reprise de l'activité chirurgicale a nécessité la réalisation de tests PCR en amont du geste opératoire. Un circuit a été mis en place en collaboration avec les anesthésistes, l'UCH et le laboratoire. Ce dernier garantit, pour les patients vus en

consultation préopératoire et prélevés au centre hospitalier de Pau, que les résultats de la PCR SARS-CoV-2 soient disponibles et vérifiables par les anesthésistes en amont de la chirurgie.

Le laboratoire du centre hospitalier de Pau est en capacité de réaliser jusqu'à 120 tests par jour et est en mesure de développer sa capacité de prélèvement et d'analyse.

3.6.3 L'impact financier des dépistages

Les surcoûts en lien avec l'organisation des dépistages sont évalués à environ 367,4 k€ (au titre de la première vague de l'épidémie).

Tableau n° 28 : Surcoûts dépistage

Données semestre 1		Commentaires
Nombre de tests réalisés		
Pour les patients hospitalisés	2 086	A rajouter : 644 tests envoyés à des laboratoires sous-traitants (difficulté pour distinguer patients hospitalisés ou externes)
Pour les patients externes	2 335	
Pour les professionnels de santé	187	
Total	4 608	
Charges en €		
Personnel non médical	97 711 €	coût chargé
Personnel médical	11 931 €	coût chargé
Total charges de personnel	109 642 €	Figurent les médecins, infirmières, personnel adm ayant participé aux prélèvements Ne sont pas inclus les techniciens de laboratoire ayant réalisé les analyses
Charges à caractère médical	257 341 €	- tests et consommables (248 335 €) - écouvillons violets (6 336 €) - écouvillons oranges (2 670 €) La sous-traitance laboratoire reste à chiffrer
Charges à caractère hôtelier et général	485 €	Location tente NRBC
TOTAL DES CHARGES	367 469 €	

Source : CH de Pau

3.7 L'organisation de la reprise de l'activité hospitalière

A partir du 23 avril 2020, suite aux recommandations gouvernementales et à celles de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le centre hospitalier de Pau s'est organisé pour relancer progressivement l'activité hors filière Covid-19.

Pour organiser la reprise de ses activités, l'établissement s'est appuyé sur le document de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine du 7 mai 2020 relatif à la territorialisation de l'offre dans le cadre de la reprise de certaines activités (ligne directrice ARS du 19/04 – adaptation de l'offre). La communauté médicale s'est également référée à la matrice décisionnelle de priorisation des activités de soins proposée par l'ARS.

Pour permettre la reprise d'une activité quasiment normale, une nouvelle organisation des soins a été définie pour que l'hôpital soit en mesure de répondre rapidement en cas de reprise de l'épidémie. Sur les 551 chambres qu'il possède (MCO, USLD, SSR, soins critiques), l'hôpital dispose de 213 chambres doubles. Cette donnée doit être prise en compte car la capacité d'accueil d'un service est diminuée chaque fois que la situation impose une chambre individuelle.

3.7.1 L'organisation de la reprise des consultations

Il a été décidé de les prioriser en fonction des critères suivants : urgences, perte de chance, retard de diagnostic et de prise en charge.

L'intervalle entre les consultations a été doublé pour éviter les afflux de patients notamment dans les salles d'attente et préserver la distanciation physique au sein de l'hôpital. Le hall d'accueil a été réorganisé avec la présence d'agents d'accueil, un aménagement et une signalétique appropriée en amont et à l'entrée du sas d'accueil. Une procédure de pré-admission informatique a été mise en place via le site Internet de l'établissement.

Des circuits ont été définis avec des marquages au sol et un affichage adapté. La reprogrammation des rendez-vous a été réalisée par les secrétaires qui appelaient les patients et leur expliquaient les procédures de pré-admission dématérialisées et les consignes de sécurité. Des procédures de désinfection entre chaque patient ont également été mises en place par le service d'hygiène hospitalière.

3.7.2 L'organisation de la reprise de l'hospitalisation

Le plan blanc a été désactivé le 29 mai. Cependant, le niveau 1 du plan de mobilisation interne est resté en vigueur pour pouvoir adapter rapidement les capacités d'accueil.

Pour la chirurgie, au regard de l'évolution de l'activité, le comité de pilotage restreint a décidé, dès le lundi 27 avril, de procéder à l'ouverture de huit places d'anesthésie-chirurgie ambulatoire et de neuf lits médico-chirurgicaux non Covid au sein du service de spécialités chirurgicales. Il a également été décidé de transformer le secteur de réanimation bloc en trois lits de réanimation post-opératoire et six places de SSPI (salle de surveillance post interventionnel) nécessaires pour assurer la reprise des actes diagnostics (les endoscopies digestives par exemple) et éviter toute perte de chance pour les patients déprogrammés à la mi-mars.

Dans la continuité de cette reprise progressive d'activité, la salle de réveil a été de nouveau destinée à son usage initial à compter du 7 mai avec, en parallèle, l'ouverture de sept salles de blocs opératoires, dont trois salles d'urgences, une salle d'interventionnel et trois salles « perte de chance ». Une huitième salle de bloc opératoire a été ouverte à compter du 18 mai et a été réservée à l'activité « perte de chance ». A compter du 2 juin, neuf salles de blocs opératoires sous anesthésie générale et deux en locale étaient de nouveau opérationnelles (capacité normale du bloc opératoire : onze salles en anesthésie générale et deux en locales). Au plus fort de l'épidémie, seules quatre salles étaient ouvertes dont trois d'urgences comprenant une salle de césarienne et une salle « perte de chance ».

Les neuf salles se décomposent de la manière suivante : trois salles d'urgences dont la salle de césarienne, une salle interventionnelle et cinq salles identifiées « perte de chance ». Cette notion a, depuis le déconfinement, été élargie aux pertes de chances secondaires c'est-à-dire à des interventions qui ont déjà été reportées une ou deux fois et qui initialement ne constituaient pas une perte de chance mais qui au fil des reports le sont devenues.

Le bloc est organisé avec un circuit entrée-sortie dédié afin de respecter les mesures barrières et de distanciation sociale. Des tests de dépistages systématiques sont réalisés pour toutes les interventions afin d'identifier le statut des patients au regard de la Covid-19. Ces tests doivent être réalisés 48 heures avant l'intervention.

Le service de chirurgie ambulatoire a regagné ses locaux le 31 août et les 14 lits d'hospitalisation complète du service de chirurgie orthopédique ont pu être rouverts à partir du 3 septembre.

Pour ce qui est de la médecine, l'établissement a maintenu une filière opérationnelle de prise en charge spécifique de la maladie Covid-19, dont le dimensionnement sera adapté à la situation épidémiologique. Depuis le 11 mai, le service d'infectiologie est devenu le service d'accueil des cas Covid et les autres ailes Covid ont été fermées. Le 12 mai, les urgences non Covid ont regagné leur site habituel et les urgences Covid les ont remplacés au sein de l'unité anesthésie – chirurgie ambulatoire. La filière urgences a finalement été réunifiée à compter du 6 juillet dans ses locaux « historiques ». L'astreinte téléphonique Covid de nuit a été supprimée le 5 juin mais une telle astreinte a été maintenue en journée les week-ends et jours fériés. Elle est assurée par un médecin du service d'infectiologie.

Début juin, les lits de médecine avaient quasiment retrouvé leur capacité normale (- 4 lits) alors que ceux de chirurgie demeuraient encore inférieurs (- 22 lits).

Tableau n° 29 : Capacité d'hospitalisation début juin 2020

	1 ^{er} janvier 2019	Avril 2020	3 juin 2020	Ecart/début de période
Lits de médecine	143	126	139	-4
	1 ^{er} janvier 2019	29 mai 2020	8 juin 2020	Ecart/début de période
Lits de chirurgie	118	80	96	-22

Source : CH de Pau – Copil restreint du 29 mai 2020

3.8 Les conséquences de la première vague Covid sur la prise en charge des patients non Covid

Compte tenu du rebond épidémique en cours, l'établissement n'est pas en mesure d'avoir une analyse poussée concernant le reflux d'activité et les retards de prises en charge de certaines pathologies. L'activité a toutefois fortement diminué entre le mois de mars et le mois de mai alors que janvier et février enregistraient une hausse non négligeable du nombre de séjours par rapport à 2019. En juin, la reprise était encore timide. En médecine, le nombre de séjours était inférieur à celui de juin 2019 alors qu'en chirurgie, le rebond d'activité semblait plus sensible (+ 4,7 %).

Comme dans tous les établissements ayant dû déprogrammer certaines interventions, il y a eu des retards de prise en charge. Ces derniers ne peuvent, toutefois, pas être imputables à l'organisation du centre hospitalier qui n'a fait qu'appliquer des directives nationales alors que l'incertitude dominait quant à l'ampleur à venir de l'épidémie, y compris dans des régions peu touchées au début de la crise.

Les retards de prise en charge d'un certain nombre de pathologies sont en grande partie liés à la très forte diminution des consultations enregistrées chez les médecins de ville qui n'ont, de ce fait, pas orienté autant de patients qu'auparavant vers les structures hospitalières. En revanche, les personnes qui étaient préalablement déjà suivies par le centre hospitalier ont été invitées à se rendre à l'hôpital si leur état de santé le nécessitait.

4 LES RELATIONS AVEC LES AUTRES INSTITUTIONS

4.1 Les relations avec l'ARS, la préfecture et les collectivités

4.1.1 Les relations avec l'ARS

L'établissement souligne le rôle et la réactivité de l'agence régionale de santé (ARS) pour la fourniture d'équipements de protection individuelle. Cette dernière a également organisé la transmission des recommandations et instructions nationales et régionales qui ont fait l'objet d'une analyse en comité de pilotage restreint et d'une transmission dans les services concernés. De nombreuses visio-conférences ont été organisées par la tutelle et le centre hospitalier de Pau, en tant qu'établissement support du GHT, a participé à la réunion mensuelle entre l'ARS, le département et les responsables des EHPAD du territoire des Pyrénées-Atlantiques (Pays Basque et Béarn réunis).

Toutefois, nombreux sont les praticiens qui affirment ne pas avoir attendu les instructions nationales pour s'organiser. L'information est d'abord passée par les sociétés savantes et les réseaux informels constitués avec d'autres professionnels de santé, notamment ceux en poste dans des établissements précocement touchés et plus durement impactés par la pandémie. Ce retour d'expérience « en quasi temps réel » a contribué à une prise de conscience rapide de la gravité de la situation, nécessitant une organisation adaptée pour y faire face.

La remontée des données Covid-19 s'est traduite par l'envoi journalier de tableau d'activité Covid pour diffusion à l'ARS et, en réciprocity, au centre hospitalier de la Côte Basque (Bayonne). Ce tableau recensait le nombre de passages aux urgences, d'hospitalisations et de réanimations Covid, de prélèvements, de cas positifs et de décès. En accord avec l'agence, sa diffusion a cessé à compter du 1^{er} juillet mais a, de nouveau, été réactivée dès le 15 septembre en raison du rebond de l'épidémie. Un envoi quotidien du listing des personnes prélevées et de l'ensemble des résultats de laboratoire PCR a été mis en place, ainsi qu'un envoi biquotidien d'un tableau de suivi des patients hospitalisés.

Les informations sur les lits disponibles sont remontées à travers le répertoire opérationnel des ressources (ROR)¹² accompagnées d'une mise à jour quotidienne de l'outil SI-VIC¹³.

Des indicateurs de suivi pour le territoire ont également été définis par l'ARS dans le cadre de l'appui offert par les centres hospitaliers aux EHPAD et ESMS du territoire via ses hotlines.

4.1.2 Les relations avec les préfectures et les collectivités

Le préfet a visité l'établissement, en présence du maire de Pau, président du conseil de surveillance, le 24 avril 2020, mais l'établissement n'a pas participé aux réunions de la cellule de crise de la préfecture. La représentation du secteur sanitaire était assurée par l'ARS.

Dès le début de la crise, le centre hospitalier a été sollicité par la communauté d'agglomération pour répondre aux inquiétudes des citoyens lors d'une matinée d'information à laquelle ont participé le chef du pôle des urgences et un infectiologue.

4.2 Les relations avec la presse et la population

En période de crise, la communication est un enjeu essentiel. Pour faire face à une situation anxiogène qui génère parfois des messages contradictoires, les journalistes comme le grand public sont demandeurs d'une information à la fois rapide et fiable.

Entre le 6 mars et le 15 juin 2020, six communiqués de presse ont été transmis et deux audioconférences ont été organisées avec des journalistes (20 mars et 6 avril 2020). Ces audioconférences se sont déroulées en présence du directeur de l'établissement, du directeur de la communication, de la présidente de la CME, du chef de pôle des urgences, d'un infectiologue, du chef de service de réanimation.

Des professionnels de l'établissement (chef de pôle des urgences, infectiologue, chef du service d'hygiène hospitalière) ont participé à une émission spéciale de la chaîne d'information locale « Bonsoir le Béarn » et des journalistes de Sud-Ouest et de la République des Pyrénées ont été accueillis au sein des unités Covid du centre hospitalier.

Au-delà des actions menées par l'intermédiaire des médias, le site Internet et la page Facebook de l'hôpital ont permis de publier des informations avec une grande réactivité et de toucher un public varié.

¹² Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est le référentiel de données qui décrit l'offre de santé sanitaire et médico-social. Grâce au ROR, les professionnels de santé accèdent à l'offre de santé disponible, information clé pour l'organisation d'une prise en charge des patients.

¹³ Le système d'information pour le suivi des victimes permet de renseigner et mettre à jour les informations relatives à l'identité du patient, sa prise en charge et la personne à contacter si besoin.

4.3 La coopération avec les professionnels libéraux

Pour la régulation SAMU, les professionnels libéraux de l'ASSUM 64¹⁴ ont renforcé leur présence en période diurne (mois de mars et avril).

Les responsables de l'URPS¹⁵ et de SOS médecin Pau ont participé activement aux vidéo-conférences du réseau Territorial des Urgences organisées tous les 15 jours par le pôle des urgences en lien avec le groupement de coopération sanitaire « Observatoire des Urgences Nouvelle Aquitaine » (ORU-NA).

Les médecins libéraux du territoire ont été destinataires de communications régulières via leurs messageries sécurisées et plusieurs « hotlines » à destination des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD ont été activées sur la plage horaire 8h30-18h30 (hotline infectiologie, hotline soins palliatifs et hotline gériatrie).

4.4 Les relations avec les autres établissements de santé du territoire

Une répartition territoriale des capacités des établissements amenés à recevoir des patients Covid a été définie. Ainsi, la filière Covid soins critiques a été organisée avec l'appui de la polyclinique de Navarre et, si besoin, du centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie.

Au total, au niveau d'alerte maximale, 43 lits de réanimation seraient disponibles sur le territoire (19 lits Covid + et 18 non Covid sur Pau et 6 lits mixtes sur Oloron) et 20 lits de soins continus (6 lits Covid et 12 non Covid sur Pau et 2 lits mixtes sur Oloron).

¹⁴ Association regroupant des médecins libéraux qui assurent la permanence des soins dans le département.

¹⁵ Union régionale des professionnels de santé : association loi 1901 ayant pour missions de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et de représenter les médecins libéraux dans les instances organisatrices du système de santé.

Tableau n° 30 : Organisation territoriale dans le cadre de la crise sanitaire

Niveaux d'alerte	Etablissements	Organisation mise en place à l'échelle du territoire
Niveau 1	CH Pau	Armement de 5 lits de soins continus en lits de réanimation et 15 lits Covid.
	Clinique de Navarre	12 lits de l'unité de surveillance continue (USC) mis à disposition pour recevoir des patients post-réanimation non Covid
Niveau 2	CH Pau	Armement 6 lits de surveillance post-interventionnelle (SSPI) en lits de réanimation soit 31 lits de réanimation
	Clinique de Navarre	Ouverture de 6 lits de soins continus Covid + pour recevoir des patients de post-réanimation Covid et des patients Covid +.
Niveau 3	CH Pau	Extension du secteur Covid à 19 lits Covid +.
	Clinique de Navarre	Armement de 6 lits de SSPI en lits de réanimation avec mise en place d'une garde sur place afin de maintenir 18 lits de réanimation non Covid sur Pau pour un total de 37 lits de réanimation.
Niveau 4	CH Oloron-Sainte-Marie	Armement de 6 lits de soins continus en lits de réanimation pour l'accueil de patients Covid ou suspects Covid et maintien de 2 lits d'USC sur Oloron. Au total, 43 lits de réanimation sur le territoire et 20 lits de soins continus.

Source : données CH Pau

La filière urgence chirurgicale a été réorientée dans un premier temps sur la polyclinique de Navarre et la clinique Marzet sauf pour la chirurgie pédiatrique, thoracique, gynécologique, oncologique et pour les patients instables nécessitant une réanimation post-opératoire. La coopération a été facilitée par la proximité de la clinique de Navarre et par la bonne connaissance réciproque des praticiens, certains ayant exercé au sein du centre hospitalier.

Une filière territoriale concernant les soins de suite et de réadaptation Covid-19 a également été déployée avec l'accueil dans le service de médecine polyvalente et de réadaptation du CH de Pau des patients Covid-19 en post réanimation et l'accueil dans le service de SSR de la clinique d'Aressy (installée à la périphérie de Pau) des patients Covid-19 en post médecine. Les cliniques Korian (à Gan) et les Jeunes Chênes (à Pau) se sont, quant à elles, positionnées pour recevoir en SSR des patients non-Covid.

L'appui aux EHPAD a été organisé avec les autres établissements du GHT, selon le périmètre dédié par zonages SMUR et conformément aux délimitations existantes pour l'HAD. Une procédure de prise en charge d'un cas suspect en EHPAD a été définie et des hotlines spécialisées ont été activées : hotlines gériatriques, soins palliatifs et hygiène. Par ailleurs, une unité mobile de prélèvements (UPM) a été déployée pour assurer le prélèvement dans les EHPAD ou pour venir en appui des équipes départementales pour des dépistages massifs.

Dans le cadre des conventions plan bleu¹⁶, la coopération a reposé sur les conventions existantes et le réseau des EHPAD Béarn-Soule (REBS). Une réunion hebdomadaire, animée par le centre hospitalier de Pau, a été organisée à partir du 24 mars 2020 jusqu'au 8 mai 2020 avec

¹⁶ Mis en place en réaction à la canicule de 2003, le plan bleu est un outil d'organisation interne pour les établissements médico-sociaux.

les acteurs sanitaires et médicaux-sociaux du territoire (GHT Béarn- Soule, polyclinique de Navarre, clinique de Marzet, CGPNJ¹⁷, SSR les Jeunes Chênes, clinique Princess, clinique Korian, clinique Aressy, centre de soins Nouvelle-Aquitaine). L'objectif était d'échanger sur la gestion de la Covid-19 ainsi que sur l'aménagement et l'organisation des filières de soins du territoire. L'évolution de l'épidémie a encouragé les établissements à reprogrammer ces réunions depuis le 3 septembre.

Une procédure de transfert des patients Covid depuis les centres hospitaliers du GHT (Orthez et Oloron) a été élaborée par le CH de Pau. L'algorithme prévoit un transfert en réanimation en cas de besoin important en oxygène, de syndromes de détresse respiratoire aiguë ou de défaillance multi-viscérale. Les autres cas peuvent donner lieu à un éventuel transfert, uniquement le jour, selon l'évaluation des risques et des capacités d'accueil. Une procédure particulière a été définie avec le centre hospitalier des Pyrénées (CHP), établissement spécialisé en santé mentale. Le CHP dispose d'une équipe de préleveurs interne permettant de réaliser des prélèvements naso-pharyngés, adressés au laboratoire du centre hospitalier général pour analyse. Sauf en cas de détresse respiratoire brutale et vitale, traitée par le centre 15, les transferts se font après avis d'un infectiologue ou d'un réanimateur du CH de Pau.

Selon le directeur du centre hospitalier de Pau, la période de crise a permis de renforcer les partenariats existants et a démontré qu'il était essentiel que les acteurs du territoire puissent échanger de manière formelle et régulière afin d'avoir la réactivité et l'anticipation suffisante pour faire face à une telle situation.

4.5 Le rôle du GHT pendant la crise

Le CH de Pau a été désigné par l'ARS comme étant le référent pour la gestion des équipements de protection individuelle distribués par Santé Publique France sur le territoire béarnais (le département a été découpé en deux secteurs, un autour du CH de la Côte-Basque et l'autre autour du CH de Pau). Le magasin du centre hospitalier de Pau recevait ainsi une dotation hebdomadaire dont il devait assurer la distribution à l'ensemble des acteurs du territoire (établissements de santé publics et privés, EHPAD, SSIAD, associations, transporteurs, professionnels de santé, taxis sanitaires).

Le magasin central de l'hôpital de Pau ayant un stock plus conséquent, et des capacités de stockage très importantes, les échanges entretenus avec les autres établissements ont permis d'éviter les ruptures de stocks. L'achat de matériels a principalement concerné les services internes au centre hospitalier. Cependant, pour les références les plus critiques et pour lesquelles il était compliqué de trouver des fournisseurs, des commandes groupées ont été passées avec les établissements membres du GHT Béarn-Soule (ce fut le cas notamment pour les masques et les surblouses intissées).

¹⁷ Centre gérontologique Pontay-Nay-Jurançon.

5 LE PERSONNEL

5.1 L'adaptation des effectifs

Compte tenu des contraintes sanitaires et des importantes réorganisations de services, la gestion du personnel a pris une importance majeure durant la crise, d'autant plus que les redéploiements inter services ont nécessité de combiner les équipes formées et celle en cours de formation. L'aspect psychologique a également dû être géré (peur de la contamination et d'une pénurie d'équipements de protection). Le rôle des encadrants de proximité a, de ce point de vue, été crucial. Une plate-forme téléphonique de soutien psychologique à destination des agents du centre hospitalier a été activée dès le 27 mars mais elle a été peu sollicitée.

La question de la restauration du personnel s'est posée très tôt car dès le 17 mars le self a fermé ses portes et ne les a rouvertes qu'à compter du 18 mai. Des plateaux repas ont été livrés au personnel (soignant et non soignant) via un système de commandes informatisé ou téléphonique.

5.1.1 Le personnel médical

Seuls deux praticiens en pneumologie ont été recrutés pendant la crise : l'un pour 0,4 ETP du 25 mars au 25 avril et l'autre à temps plein du 23 mars au 24 mai.

Outre l'appui de l'ASSUM 64, la Croix Rouge Française a également apporté son concours au SAMU pour des missions de soutien logistique et de désinfection des ambulances et du matériel. Son personnel est intervenu à titre bénévole, seuls les repas et les frais de fonctionnement du véhicule de premier secours étant pris en charge par le centre hospitalier. Une convention spécifique a été signée à cet effet.

Trois professionnels palois, dont un du service hygiène et deux soignants sont intervenus dans un EHPAD touché par la Covid-19¹⁸. Une infirmière anesthésiste, quatre médecins seniors (deux réanimateurs, un anesthésiste et un médecin de soins palliatifs) ainsi que cinq internes d'anesthésie sont partis en mission dans les régions Grand Est et Ile-de-France. Ces missions ont donné lieu à des conventions de mise à disposition prévoyant la facturation du temps de travail.

Le personnel des services qui ont subi une forte baisse ou un arrêt de leur activité ont été redéployés vers les secteurs en manque d'effectifs.

Certains praticiens dont l'activité a très fortement diminué pendant cette période ont bénéficié d'autorisations spéciales d'absence alors que d'autres ont été employés pour renforcer les urgences en mars et avril avec la prise de gardes en filière hospitalisation et ambulatoire. Ce renfort ponctuel n'a, toutefois, pas permis de redéployer complètement les urgentistes sur d'autres missions (accueil Covid ou régulation SAMU par exemple) car l'accueil des urgences nécessite des compétences particulières que ne possèdent pas tous les praticiens. De ce fait, il a souvent été nécessaire d'assurer l'accompagnement de ces praticiens par des urgentistes en organisant un travail par binôme. Par ailleurs, si les urgentistes sont formés pour gérer les

¹⁸ Le centre hospitalier de Pau ne dispose pas de lits d'EHPAD mais uniquement des lits USLD.

situations de crise et l'imprévu au quotidien, ce n'est pas le cas pour des médecins exerçant dans des secteurs d'hospitalisation programmée ou dans des activités très spécifiques (certaines formes de chirurgie par exemple).

Des lignes de garde supplémentaires ont été créées aux urgences : une ligne H24 pour la prise en charge Covid, une ligne H12 supplémentaire au plus fort de la crise et un renfort 8 h minuit pour la régulation SAMU. Les astreintes chirurgicales n'ont pas été modifiées pendant la crise mais les astreintes médicales sur les services identifiés Covid ont été renforcées : création d'une ligne le week-end et les jours fériés et création d'une astreinte téléphonique dédiée Covid assurée par des infectiologues et des réanimateurs. L'astreinte de biologie médicale a également été doublée le week-end en mars et avril.

5.1.2 Le personnel non médical

La mise en place des nouvelles organisations pour le personnel non médical a impliqué des redéploiements. Cela a demandé de mixer les professionnels « sachants » et les apprenants, notamment en réanimation. Il a également été nécessaire d'accompagner les équipes pour l'appropriation des procédures d'habillage et de déshabillage. Sur ce point, les professionnels du service d'hygiène hospitalière ont constitué une aide précieuse en assurant la formation des nouveaux arrivants, l'écriture des procédures et des fiches techniques de prise en charge. Ainsi, le cadre de santé de ce secteur est à l'origine de documents de vulgarisation permettant une action rapide et efficace de la part des personnels exerçant en renfort.

Des réorganisations du temps de travail de personnel non médical ont été mises en œuvre avec l'extension du régime de travail en 12 heures (déjà en place aux urgences) aux services d'UHCD et sur le secteur du bloc opératoire transformé en réanimation non Covid. S'il permet d'économiser un équivalent temps plein, le passage en 12 heures entraîne une accumulation de fatigue qu'il peut être difficile de gérer sur le long terme.

Quelques astreintes ponctuelles et supplémentaires ont également été déployées. Une astreinte est venue renforcer le service d'imagerie médical pour le scanner, une ligne a également été ajoutée pour le personnel de laboratoire, la logistique et les transports internes de patients qui ont augmenté du fait des transferts du secteur Covid vers les secteurs non Covid après des résultats de tests négatifs. En ce qui concerne l'encadrement, une astreinte de cadre supérieur de santé a été déployée les week-ends et les gardes de nuit (deux cadres présents la nuit au lieu d'un seul) et de week-ends ont été renforcées (trois cadres de santé au lieu de deux).

Les services en arrêt d'activités

Le personnel du service de chirurgie ambulatoire (six IDE et deux AS) a été affecté dans une unité de courte durée (service post-urgences) et a également renforcé le service des urgences ordinaires (délocalisé dans un service de chirurgie spécialisé). « L'ambulatoire forain »¹⁹ a été maintenu dans les services de chirurgie ouverts (15 lits de chirurgie générale et 15 lits d'orthopédie ainsi que 9 lits de spécialités médico-chirurgie).

¹⁹ On parle d'ambulatoire « forain » quand une chirurgie ambulatoire est réalisée en dehors d'une unité dédiée à cet effet.

Un cadre formateur des instituts de formation a rejoint la direction des soins pour être cadre référent de la logistique. Les agents du service hospitalier affectés aux instituts ont été positionnés dans les services de pédiatrie et de médecine adulte.

Les services à activité ralentie

Des infirmières anesthésistes (IADE) ont été affectées en réanimation et des infirmières de bloc opératoire (IBODE) ont exercé en tant qu'aides-soignantes, notamment en gériatrie. Le personnel non médical des services de chirurgie est venu renforcer les services Covid.

Deux infirmières de la consultation pneumologie ont été affectées en secteur Covid localisé en unité d'orthopédie car les professionnels de cette unité avaient besoin de la compétence et de l'expertise de soignants formés aux pathologies respiratoires. Trois infirmières « prélèvements » ont été affectées à l'unité de consultation hospitalière Covid (prélèvement PCR, mise en place de l'équipe mobile de prélèvement).

Une secrétaire avec une expérience d'assistant de régulation médicale a renforcé la plateforme SAMU et les agents des services hospitaliers ont été répartis dans l'institution, en participant, notamment, au déménagement des services et à l'activité de bio nettoyage.

5.2 L'absentéisme durant la crise

L'établissement souffre depuis plus d'un an de l'absence de médecin du travail. Aucun des deux postes n'est pourvu.

Comme dans de nombreux établissements, l'absentéisme a augmenté en raison de la Covid-19 même si le taux de contamination demeure faible au regard des effectifs (environ 0,5 %). Au total, 14 salariés ont été contaminés (trois agents administratifs, quatre infirmiers, deux aides-soignants, un ouvrier et quatre médecins) sur un effectif d'environ 2 500 personnes.

Tableau n° 31 : Absentéisme (nombre d'arrêts) durant la crise

Motifs de l'absentéisme	Personnel non médical	Personnel médical
Arrêt maladie Covid +	10	4
Arrêt isolement en attente des résultats des tests	18	3
Arrêt maladie personne à risque	155	3
Arrêt maternité anticipé		10
Arrêt garde d'enfants	39	
Autres motifs (sans lien connu avec la Covid)		7

Source : données CH Pau

Pour pallier ces absences, l'établissement n'a pas eu recours à des intérimaires mais a fait appel à des réintégrations de promotions professionnelles (19), à des contrats à durée déterminée (44 étudiants en soins infirmiers) ainsi qu'à des redéploiements de personnels.

Tableau n° 32 : Redéploiements non médicaux

	ETP autorisés	ETP au plus fort de la crise
Réanimation		
IDE et IADE	54	61
Aides-soignants	36,88	40
Urgences		
IDE	41,88	54
Aides-soignants	15	21
Assistants de régulation	16	18,75
Infectiologie		
IDE	14,30	18,20
Aides-soignants	11,40	15,70

Source : données CH Pau

Pour le personnel médical, certains internes en stage ont pris des gardes supplémentaires aux urgences mais il n'a pas été nécessaire de recourir à des personnels extérieurs, si ce n'est les deux pneumologues évoqués supra.

Les congés annuels et les repos ont été maintenus, dans la mesure du possible. Aucune prise obligatoire de congés ou de repos compensateurs n'a été imposée. Toutefois, dans une logique de gestion des congés sur l'année, il a été demandé à la communauté médicale de poser ses congés normalement pendant les vacances scolaires de printemps. Pour permettre aux agents de récupérer, des renforts en personnel ont été maintenus, au-delà de la levée du Plan Blanc.

5.3 Le versement de la prime Covid

Le centre hospitalier de Pau fait partie des établissements relevant du second groupe mentionné à l'article 4 du décret n° 2020-568 du 14 mai 2020, modifié par le décret du 8 juin 2020, qui permet d'attribuer une prime exceptionnelle de 500 € aux agents. Il est également concerné par les dispositions de l'article 8 permettant d'octroyer une prime de 1 500 € pour les services ou agents impliqués dans la prise en charge de patients contaminés par le virus Covid-19 ou mobilisés par les circonstances exceptionnelles d'exercice, dans la limite de 40 % des effectifs physiques de l'établissement. Enfin, pour le personnel de son USLD, il est également concerné par le versement de la prime de 1 000 € instituée par le décret n° 2020-711 du 12 juin 2020.

L'impact financier global de ces primes est évalué par le CH de Pau à 2 365 500 €. L'attribution suivant la règle des 40 % est conforme au décret dans la mesure où les bénéficiaires sont ceux issus des secteurs Covid et des services où les agents ont vu leur activité fortement augmenter durant la période de crise. Toutes les catégories professionnelles en sont bénéficiaires mais plus particulièrement les catégories soignantes (environ 80 % des effectifs concernés).

L'attribution de ces primes, dont les montants différaient selon les postes occupés, a parfois été source de tensions sociales, comme ce fut le cas au sein du laboratoire d'analyses en septembre 2020.

6 L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES FINANCES DE L'ETABLISSEMENT

6.1 L'impact sur les dépenses

A la date de rédaction du rapport, les surcoûts identifiés par le centre hospitalier sont les suivants :

Tableau n° 33 : Surcoûts identifiés (investissements)

Type d'investissement	Montants mandatés et engagés mais non mandatés (€)	Détails
Equipements biomédicaux	173 141	Respirateurs, filtres respirateurs, hémofiltration, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, ventilateurs de réanimation, automates de laboratoire, location de matelas, pompes à perfusion, tensiomètres, lits, armoires à pharmacie, soulève-malades, seringues électriques, système d'aspiration, vidéolaryngoscope, autoclave, chariots d'urgence, défibrillateurs, brancards, etc.
Travaux d'aménagement des locaux existants	326 816	Mise aux normes et transformation d'unité, autres dispositifs temporaires
Informatique (biens corporels et incorporels) et téléphonie	19 845	Connexion informatique de l'automate Elite Ingenius pour les tests PCR COVID-19, tablettes, webcams, casques pour régulateurs selon préconisations hygiène contexte COVID
Total investissement	519 802	

Source : CH de Pau

Tableau n° 34 : Surcoûts spécificités pharmaceutiques utilisées en réanimation et soins intensifs

Spécificités pharmaceutiques utilisées en réanimation et soins intensifs (*)	Montants (€)
Surcoûts Covid des spécialités pharmaceutiques	26 020
Tests diagnostics	257 341
EPI : masques (FFP2), surblouses, lunettes de protection, charlottes, gants; thermomètres à usage unique, solution hydro alcoolique	82 821
Total	366 182

Source : CH de Pau

Tableau n° 35 : Autres surcoûts en consommables

Autres surcoûts en consommables	Montants (€)
Restauration	5 900
EPI (tenues)	10 088
Matériel pour confectionner des EPI	12 244
Aménagement locaux	8 995
Fournitures hôtelières	23 154
Signalétique	2 739
Dispositifs temporaires	10 515
Unités de décontamination	57 340
Total	130 975

Source : CH de Pau

Ces chiffres ne constituent qu'une estimation de dépenses qu'il conviendra d'affiner. Ils ne concernent que la première vague de l'épidémie, du moins pour les consommables. Les investissements réalisés (adaptation des locaux, achat de matériels etc.) permettront, quant à eux, d'améliorer la prise en charge des patients sur le moyen terme, au-delà de l'épidémie en cours.

A ces dépenses, il convient également d'ajouter les surcoûts liés aux frais de personnel qui s'élèvent à 1,85 M€, hors prime Covid (ETP supplémentaires, astreintes, heures supplémentaires).

Tableau n° 36 : Surcoûts charges de personnel

Suppléments charges de personnel (hors prime Covid)	En €
PNM masse salariale supplémentaire	1 422 808
PM masse salariale supplémentaire	28 368
Plage additionnelles supplémentaires	275 076
Gardes et astreintes supplémentaires	107 838
Heures supplémentaires	13 906
Total	1 847 996

Source : données CH de Pau

Avec la prime Covid (2 365 500 €), l'impact total sur les charges de personnel est de 4 213 496 €.

6.2 L'impact sur les recettes

6.2.1 Les recettes directement liées à l'activité hospitalière

L'établissement estime que la valorisation financière de son activité (GHT MCO) a diminué de plus de 29 % en avril et de près de 22 % en mai²⁰. Cette situation résulte à la fois des déprogrammations de l'activité et de la moindre fréquentation des hôpitaux, y compris de la part de patients qui auraient nécessité une prise en charge hospitalière.

Au regard du faible nombre de cas déclarés dans les Pyrénées-Atlantiques lors de la première vague de l'épidémie, la valorisation des séjours Covid + au CH de Pau ne représente que 5,7 % de la valorisation de l'ensemble des séjours au mois d'avril 2020 et seulement 1,6 % en mai.

Tableau n° 37 : Valorisation financière des séjours (GHS + suppléments)

En €

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Valorisation estimée 2020 (*)	9 926 613	9 189 848	8 465 317	6 219 660	7 305 369	8 185 635
<i>Dont séjours Covid +</i>			63 460	356 719	118 719	66 725
Valorisation réalisée 2019	9 187 227	8 500 261	9 277 543	8 814 667	9 347 463	8 523 231
Ecart de valorisation	739 386	689 587	-812 226	-2 595 007	-2 042 094	-337 596
En %	8,0%	8,1%	-8,8%	-29,4%	-21,8%	-4,0%

Source : données CH de Pau

Ces pertes de recettes constatées à compter de mars tranchent avec les données d'activités des mois de janvier et février pour lesquels la valorisation financière avait augmenté par rapport à 2019 (+ 8,1 % par rapport à la même période de l'année précédente).

6.2.2 Les compensations financières perçues

Les établissements de santé bénéficient d'un mécanisme de garantie de financement (arrêté du 6 mai 2020) visant à garantir un niveau minimal de recettes pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020.

²⁰ Il s'agit d'une estimation de recettes car les données définitives n'étaient pas connues à la date de rédaction du présent rapport.

Cette garantie de financement est calculée par rapport aux données de l'année 2019. Toutefois, au CH de Pau, elle se base sur l'activité des deux premiers mois de l'année 2020 et non l'année N-1 afin de prendre en compte, notamment, les activités de médecine nucléaire transférées entre l'hôpital de Tarbes et celui de Pau à compter de janvier 2020 (accompagnées du transfert de personnel). Compte tenu du niveau d'activité important enregistré en début d'année, ce mécanisme spécifique s'avère plutôt favorable pour le centre hospitalier, ce que confirme l'ARS en précisant que ce calcul résulte d'une méthodologie nationale. L'agence précise que l'écart apparent entre les recettes 2019 et la garantie de financement 2020 se trouve, toutefois, minoré car le centre hospitalier a engagé des moyens pour réaliser cette activité qui n'est pas prise en compte dans les données de l'année 2019.

Ainsi, sur les 10 derniers mois de l'année 2020, le montant de la garantie notifiée est de 93,14 M€ (9,31 M€ par mois) alors que l'assiette théorique, calculée à partir de l'exercice 2019 serait de 89,96 M€.

Tableau n° 38 : Garantie de financement MCO (assiette définitive / assiette théorique)

En €

Calcul de l'assiette pour la garantie de financement	Annuel
Recettes GHS 2019 (y compris LAMDA 2019)	107 741 177,55
Assiette théorique	89 963 883,25
Assiette définitive de la garantie	93 135 890,00

Source : CH de Pau

Au-delà de cette garantie de financement, qui couvre les pertes de recettes basées sur la valorisation financière des GHS, des compléments de financement sont attribués pour couvrir d'autres dépenses ou champs d'activité (actes et consultations externes, IVG, médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation, dispositifs médicaux implantables, etc.).

L'enveloppe dégagée pour couvrir les recettes des 10 derniers mois de l'exercice 2020 s'élève à 127,36 M€, ce qui correspond à un montant annuel garanti de 152,66 M€ en intégrant les recettes des mois de janvier et février.

Tableau n° 39 : Garanties de financement

Garanties de financement	Janvier 2020 (a)	Février 2020 (b)	Garantie financement mars 2020	Garanties de financement mars-décembre 2020	Recettes 2020 garanties (a+b+c)
MCO	9 291 673	9 168 194	9 313 589	93 135 887	111 595 754
Prélèvements multi organes (PMO)	9 326	0	4 705	47 053	56 379
Transports	34 404	25 774	30 361	303 615	363 792
IVG	24 491	20 392	22 486	224 862	269 745
ATU Urgences	85 920	76 451	81 921	819 214	981 585
Soins externes	38 324	33 544	36 260	362 601	434 470
Prestations internes	331	1 060	702	7 018	8 409
Actes et consultations externes (ACE)	307 149	269 682	288 821	2 888 207	3 465 038
FIDES	959 414	898 061	928 737	9 287 370	11 144 845
Total activité garantie (art 2)	10 751 032	10 493 158	10 707 583	107 075 826	128 320 017
Séjours et ACE détenus (art 8)	1 789	1 403	1 596	15 965	19 157
MON, DMI, ATU (art 3) (*)	1 457 799	1 757 531	1 607 665	16 076 649	19 291 979
Aide médicale d'Etat (AME)	11 195	5 801	8 514	85 140	102 136
Hospitalisation à domicile (HAD)	424 459	393 194	410 776	4 107 760	4 925 413
TOTAL GENERAL	12 646 274	12 651 087	12 736 134	127 361 340	152 658 701

*Molécules onéreuses, dispositifs médicaux implantables, autorisation temporaire d'utilisation
Source : données CH de Pau

En plus de ces garanties financières, l'ARS a notifié des crédits complémentaires censés couvrir les surcoûts engendrés par la crise sanitaire et les pertes subies sur le titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'Assurance maladie). Pour la première vague de l'épidémie, leur montant s'élève à 3 289 400 € (2,38 M€ au titre des surcoûts et 911,5 k€ au titre des pertes sur le titre 2).

6.3 L'utilisation des dispositions financières spécifiques à la crise sanitaire

L'ordonnance n° 2020-319 du 25 mars 2020 a prévu un certain nombre de dispositions spécifiques permettant d'adapter les règles de la commande publique.

Le CH de Pau a principalement mis en œuvre les dispositions relatives aux articles 3, 4 et 6 de cette ordonnance.

En application de l'article 3, les délais de remise des offres des marchés lancés pendant la crise sanitaire ont été prolongés pour tenir compte des conditions dans lesquelles les soumissionnaires devaient candidater (équipes incomplètes, télétravail ou chômage partiel). Cette mesure n'a pas eu d'incidence financière.

Concernant l'article 4, plusieurs marchés arrivés à échéance ont été prolongés par voie d'avenants (trois marchés logistiques, deux marchés biomédicaux et 40 marchés de médicaments et de dispositifs médicaux). Ces marchés ont majoritairement été prolongés aux conditions de départ, sans augmentation de prix.

Enfin, pour ce qui relève de l'article 6, pratiquement tous les fournisseurs d'équipements de protection individuelle ont été défaillants à un moment ou à un autre (rupture sur les masques, les solutions hydro alcooliques, les sur-blouses etc.). Il n'y a pas eu de sanction compte tenu des dispositions de l'ordonnance et l'hôpital a dû rechercher d'autres fournisseurs pour se procurer ces produits hors marché. Bien entendu, les prix ont été très supérieurs au prix du marché (multipliés par 5 voire par 10).

En revanche, l'hôpital n'a pas mis en application les dispositions de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 lui permettant de déroger à la certification des comptes pour l'exercice 2019.



Les publications de la chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine

Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine

3, place des Grands-Hommes – CS 30059 – 33064 Bordeaux Cedex

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr