Chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE

(Département de la Gironde)

ENQUETE SUR LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE

Exercices 2017 et suivant

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la Chambre le 22 juin 2021.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE 3
INTRODUCTION 5
1 LA CARTE D'IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT 6
1.1 Le groupe GBNA (groupe Bordeaux Nord Aquitaine) 6
1.2 La présentation de l'établissement 6
1.3 Les participations de la clinique au sein d'entités juridiques 8
1.4 L'organisation et la gouvernance 9
2 L'ACTIVITÉ DE LA POLYCLINIQUE 9
2.1 La progression des capacités installées 9
2.1 Un plateau technique en expansion 10
2.2 La prise en charge des urgences 11
2.3 La permanence des soins 11
2.4 Les activités de soins critiques 12
2.5 Les données d'activité 13
3 LA POLYCLINIQUE EN CHIFFRES 15
3.1 La situation financière 15
3.2 La rémunération des activités 15
3.3 La gestion des ressources humaines 16
3.3.1 Les effectifs 16
3.3.2 La gestion des RH et l'impact de la crise sanitaire 16
4 LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE 17
4.1 L'état de préparation de la clinique à la survenue d'une crise sanitaire 17
4.1.1 Les stocks d'équipements de protection individuels (EPI) 17
4.1.2 L'absence d'activation du plan blanc 18
4.1.3 La préparation aux situations de crise 18
4.1.4 Les objectifs inscrits au sein du CPOM 2019-2023 19
4.1.5 Un plan ORSAN en décalage avec la réalité 19
4.2 La mission organisatrice du CHU de Bordeaux 20
4.3 L'enjeu du recensement des capacités disponibles 21
5 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT FACE A L'EPIDEMIE DE COVID-19 22
5.1 Les organisations internes 23
5.1.1 Une déprogrammation massive 23
5.1.2 Les spécialités médicales disponibles 23
5.1.3 Les réorganisations capacitaires 23
5.1.4 La réorganisation des flux aux urgences 24
5.2 L'épidémie en chiffres 24
5.2.1 L'épidémie de Covid-19 au travers des données PMSI 25
5.2.2 Le recensement via l'applicatif SI-VIC 28
5.2.3 Les données qualitatives de l'épidémie de Covid-19 29
5.2.4 L'accueil de patients Covid-19 en provenance d'autres régions 30
5.2.5 L'impact de la crise sur l'activité des urgences 30
5.2.6 Le reflux de l'activité globale 31

5.3 L'impact sur la gestion des ressources humaines 32
5.3.1 Les redéploiements et les renforts en effectifs 32
5.3.2 La formation et l'information des personnels 33
5.3.3 L'absentéisme 33
5.3.4 L'organisation du temps de travail 34
5.3.5 Les gardes et astreintes médicales 34
5.3.6 L'organisation des instances 34
5.3.7 L'attribution de la prime Covid-19 35
6 LES RELATIONS AVEC L'AGENCE REGIONALE DE SANTE 35
6.1 Les informations transmises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine 35
6.2 Les remontées d'information vers l'ARS 36
6.3 Le rôle de facilitateur de l'ARS 36
7 LES RELATIONS AVEC LES ACTEURS DE SANTE 36
7.1 L'organisation des prises en charge des sujets âgés Covid suspects au sein du groupe GBNA 37
7.2 Les relations avec les professionnels libéraux 37
7.3 La communication externe 37
8 UNE CRISE DURABLE : DU DÉCONFINEMENT A LA DEUXIEME VAGUE 38
8.1 L'impact sur les moyens matériels 38
8.1.1 Une surconsommation d'EPI 38
8.1.2 Les difficultés d'approvisionnement 38
8.2 Les évolutions dans la gestion du personnel : le recours au télétravail 39
8.3 Les tests réalisés 39
8.4 L'activité à la sortie du confinement 39
8.4.1 La tentative de relance de la programmation 39
8.4.2 L'impact sur les activités spécialisées hors Covid 40
8.4.3 Une organisation qui reste en situation d'alerte maximale 42
9 L'IMPACT FINANCIER DE LA CRISE 42
9.1 Le versement de la garantie de financement : une T2A entre parenthèses 42
9.1.1 Le mécanisme de la garantie de financement : une avance de trésorerie 42
9.1.2 Les recettes à l'activité perçues 43
9.2 L'impact budgétaire des surcoûts liés à la crise sanitaire 44
9.3 Les autres recettes 45
9.4 L'impact sur la situation économique de PBNA 45
9.5 Les aides perçues 46
ANNEXES 47

SYNTHÈSE

Le premier établissement privé du territoire girondin

La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (PBNA) dispose d'une capacité totale de 316 lits et places. Elle est le seul établissement privé de Nouvelle-Aquitaine, autorisé pour l'ensemble des prises en charge chirurgicales dans le traitement du cancer et l'un des rares établissements privés à disposer d'une unité de réanimation et d'une maternité de niveau II-A avec néonatalogie (2 859 accouchements en 2019). L'activité de son service d'urgence est par ailleurs en progression constante.

Le plateau technique dispose de 27 salles (blocs opératoires, salles d'accouchement, salles d'endoscopie), dont 10 destinées à la chirurgie. Il regroupe en outre un centre de dialyse et 5 antennes d'auto-dialyse et dispose d'un plateau d'imagerie complet (radiologie conventionnelle, scanner et IRM, ainsi qu'un TEP).

L'établissement est désormais le deuxième acteur du territoire de santé girondin, derrière le CHU. Il représente le tiers des parts de marché du CHU, et la moitié des parts de marché en cumulant celles des 6 cliniques en Gironde du groupe qui contrôle la PBNA.

La Polyclinique a un positionnement atypique sur l'agglomération bordelaise et plus généralement sur le territoire de santé, qui en fait un partenaire privilégié du CHU dans la gestion des urgences et des évènements exceptionnels. Il est toutefois, comme l'ensemble des établissements de santé privés, placé en niveau 3 de recours en cas de déclenchement du plan Orsan, alors qu'il a été parmi les premiers établissements à accueillir des patients suspectés d'infection Covid et a en réalité fonctionné comme un établissement de niveau 1.

Les enseignements de la première vague de la crise sanitaire

L'épidémie est caractérisée par un nombre important de données chiffrées disponibles, mais qui diffèrent toutefois suivant leur périmètre, leur période de référence, et leur objectif. Coexistent les données PMSI qui ont une vocation rétrospective (données disponibles en M+1), de classification des séjours suivant le diagnostic médical (patients Covid confirmés ou non confirmé) pour permettre leur valorisation ; les données SI-VIC qui ont une vocation administrative permettant le recensement des patients suspects Covid un jour donné ; les données de la direction qualité de la clinique, qui mesurent les difficultés de fonctionnement et ont vocation à informer largement en interne.

Si les chiffres diffèrent, ils permettent toutefois d'identifier le rôle de la clinique PBNA dans l'accueil et le traitement des patients Covid. Des séjours recensés par le PMSI en mars et avril 2020 comptabilisent 781 cas, dont 176 positifs. La moitié de ces séjours a nécessité une prise en charge, soit en réanimation (11 %), soit en soins intensifs (3 %), soit en surveillance continue (24 %).

Cependant, en comparaison avec les données d'activité sur 6 mois, il est possible de relativiser l'intensité de la crise. En effet, à fin juillet 2020 ce sont 4 % des séjours produits par la PBNA sur 6 mois qui ont été répertoriés Covid, soit 986 séjours

dont seulement 232 confirmés. En revanche, l'engagement de l'établissement dans la crise a nécessité de fortes adaptations des organisations internes qu'il ne faut pour autant pas minimiser, d'autant que la plupart d'entre elles restent encore d'actualité.

L'établissement s'est rapidement adapté en augmentant son nombre de lits de réanimation, en installant une unité de médecine Covid, et en étoffant les équipes de soins.

Il a procédé au recensement de ses lits vacants via le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de manière pluriquotidienne. Les modalités de remplissage des données ne sont cependant pas formalisées, ce qui peut expliquer des variations dans les capacités déclarées comme susceptibles d'accueillir des patients Covid. Ceci peut conduire à une variabilité dans les numérateurs à partir desquels sont calculés les taux d'occupation nationaux des lits de réanimation, selon qu'est pris en compte le nombre de lits autorisés ou transformés (vague 1), ou encore selon que le gestionnaire souhaite ou pas déprogrammer son activité (vague 2).

La crise a renforcé la cohésion interne des équipes de soins et la cellule de crise a permis de rapprocher la direction et les médecins. Cette cohésion s'est toutefois effritée en raison des dissensions autour de la répartition de la prime exceptionnelle pour les personnels non médicaux et l'attribution en octobre d'une compensation de perte de revenus pour les praticiens libéraux, les médecins urgentistes étant cependant exclus du dispositif national.

La direction indique que l'agence régionale de santé (ARS) a joué un rôle de « facilitateur », alors que l'ensemble des acteurs se sont tournés vers le CHU de Bordeaux pour qu'il joue un rôle d'« organisateur ». En revanche, elle estime que c'est le rôle d'arbitrage régional qui fait désormais défaut et doit être pensé pour faire face à une crise désormais durable.

La déprogrammation totale et massive lors de la première vague a aidé à accueillir de manière fluide les cas suspects Covid, et emporté l'adhésion de tous les acteurs de santé. Ce n'est plus le cas pour la seconde vague, les établissements privilégiant une déprogrammation progressive ou graduée.

La baisse de l'activité durant les mois de confinement (mars à mai) a été pour partie rattrapée par un fort dynamisme en juin et juillet. Durant cette période, toutes les activités enregistrent des diminutions, excepté la maternité et la radiothérapie. Toutefois, concernant certaines activités spécialisées hors Covid (cardiologie interventionnelle, cancérologie), le retard accumulé reste important au terme du premier semestre 2020, laissant redouter des retards de diagnostic (absence d'adressage des médecins libéraux), plus qu'un retard de prise en charge.

La mise en place de la garantie de financement (GDF) a répondu aux objectifs de maintien de trésorerie des établissements de santé. En revanche, la direction de la polyclinique s'inquiète de la prolongation de la GDF dans le temps susceptible, selon elle, de générer des comportements visant à maintenir l'activité au niveau de 2019. En définitive, ce que le gestionnaire interprète comme une mise entre parenthèse de la tarification à l'activité ainsi que l'absence de rémunération des prévisions de hausses d'activité de 2020 est pour lui une source d'inquiétude. Si la GDF n'a pas intégré les recettes liées à l'hôtellerie et redevances diverses, ce qui représente pour les établissements de santé privés un manque à gagner important, des compensations ont toutefois été accordées via des dotations exceptionnelles de l'ARS en fin d'exercice.

A la clôture de l'instruction, la direction anticipait une baisse de l'ordre de 2 M€ de son résultat d'exploitation de fin d'année. Les surcoûts ont depuis fait l'objet de versements complémentaires, portant ainsi le montant total des aides perçues en 2020 à 1,9 M€.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine a été inscrit au programme 2020 de la chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, par arrêté n° 2020-08 du 17 juin 2020 du président de la juridiction portant modification dudit programme pour 2020.

Le présent contrôle s'inscrit dans le cadre de la nouvelle compétence de contrôle partagée des chambres régionales des comptes et de la Cour des Comptes, issue de l'article 109 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a introduit les nouveaux articles L. 111-7 et L. 211-7 dans le code des juridictions financières. Ces articles instaurent un contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, lorsqu'elles sont financées par l'État, ses établissements publics ou l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1 du code des juridictions financières et lorsqu'elles sont financées par une collectivité territoriale, un établissement public ou un groupement d'intérêt public relevant lui-même de la compétence de la chambre régionale des comptes ou par l'un des organismes mentionnés à l'article L. 134-1.

Le présent contrôle s'inscrit dans le cadre d'une enquête sur les « établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine et de Bourgogne-Franche-Comté face à l'épidémie de Covid-19 ». A cet effet, une formation interjuridictions entre la Cour des comptes et ces chambres régionales des comptes a été créée le 4 septembre 2020 par l'arrête n° 20-537 du premier président de la Cour.

Le contrôle a été ouvert le 25 juin 2020 par lettre du président de la chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine, adressée à Monsieur François Guichard, président directeur général de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine.

L'entretien d'ouverture du contrôle s'est tenu le 30 juin 2020. Une réunion de présentation du contrôle s'est tenue avec l'ensemble de l'équipe de direction, le 21 juillet 2020.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 6 novembre 2020 avec Monsieur François Guichard.

Lors de sa séance du 9 décembre 2020, la chambre régionale des comptes a arrêté ses observations provisoires, qui ont été adressées au président directeur général de la polyclinique le 23 mars 2021, qui a adressé une réponse le 3 mai 2021.

Une communication administrative a été adressée à l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, qui y a répondu le 21 mai 2021.

Des extraits des observations provisoires ont également été adressés au directeur général du CHRU de Bordeaux et au directeur de la CPAM de Bordeaux. Ce dernier y a répondu le 8 avril 2021.

1 LA CARTE D'IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Le groupe GBNA (groupe Bordeaux Nord Aquitaine)

Le groupe GBNA est une société holding fondée en 1967 par des praticiens et détenue par la société civile familiale Guichard.

Les valeurs véhiculées par le groupe sont l'excellence, l'humanisme, l'indépendance et la proximité. Par indépendance, le groupe entend poursuivre son fonctionnement initial, avec une rapidité de décision, une pérennité assurée par le maintien de la présence du même noyau familial.

Le groupe se composait de six établissements de santé, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad « Le parc du Béquet ») et de cinq antennes d'autodialyse.

Les six établissements du groupe GNBA sont :

- la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (PBNA) ;
- la clinique d'Arcachon (CARC) ;
- la clinique Thiers (COTH) ;
- la nouvelle clinique Bel Air (NCBA) ;
- la Polyclinique Bordeaux Caudéran (PBCA) ;
- la Polyclinique Bordeaux Rive Droite (PBRD).

Il comprend depuis le 30 novembre 2020, deux nouveaux établissements, les cliniques paloises Navarre et Marzet, acquises auprès d'un groupe familial.

Il comprend, par ailleurs, un centre de formation professionnelle Bordeaux Nord Aquitaine (CFPBNA), deux sociétés à responsabilité limitée (ALIUM et ALIUM/ ALTER) spécialisées dans la restauration collective, les GIE GBNA logistics et LOGHOS.

La holding est constituée en société anonyme au capital social de 12 000 000 €, divisé en 16 977 actions de 706,8386 €. Le groupe comprend 1 900 salariés répartis sur 7 établissements pour un chiffre d'affaires de 220 M€ et un résultat de 1,8 M€ en 2019.

Elle est administrée par un conseil d'administration, présidé par M. François Guichard qui en est le président directeur général depuis 2014 et a succédé à son père M. Guy-Paul Guichard.

Le capital de la holding est détenu à hauteur de 80 % par une société civile qui porte les intérêts de la famille Guichard. Son capital est de 8 217 €, divisé en 539 parts de 15,2449 € chacune.

1.2 La présentation de l'établissement

Les statuts de la « société nouvelle Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine », dataient du 19 décembre 2003, date à laquelle la polyclinique de Bordeaux Nord-Aquitaine a absorbé par

fusion-absorption la SARL Maternité Bel-Air. La dénomination sociale en « Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine » (PBNA) est intervenue lors de la modification des statuts le 13 juin 2019.

La société PBNA est une société anonyme qui gère un établissement de santé et plusieurs centres d'activité : un établissement de soins qu'est la « Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine », un centre d'hémodialyse et cinq antennes spécialisées en dialyse.

Le capital social s'élève à 1,3 M€, divisé en 88 130 actions de 15,30 € chacune, détenu à 99,99 % par la Holding GBNA elle-même détenue à 78,4 % par la société civile Guichard qui gère le patrimoine familial.

Les dirigeants de la société sont le président directeur général, M. François Guichard et quatre administrateurs (Mme Christine Guichard, Mme Kelly Marie Guichard, et M. Guy-Paul Guichard, ainsi que M. Herpé).

L'établissement de soins « Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine » (PBNA) créé en 1971 est désormais localisé au 33 rue du Docteur Finlay à Bordeaux (depuis le 25 avril 2019). Le directeur actuel est M. Philippe Cruette.

L'établissement a régulièrement investi et déployé de nouvelles activités (médecine nucléaire, regroupement des maternités de Bordeaux Nord et de la clinique Bel-Air, cardiologie interventionnelle notamment). Un nouveau bâtiment existe depuis 2016, disposant d'un plateau chirurgical rénové, d'un accueil central traversant, qui permet de multiplier les accès à partir de plusieurs rues. La clinique dispose d'un projet d'établissement qui n'a pas été renouvelé en 2019, à l'issue des cinq années d'application, mais il ne s'agit toutefois pas d'une obligation réglementaire concernant les établissements de santé privés, contrairement aux établissements publics. L'établissement a cependant conclu un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) couvrant les exercices 2019 à 2023 qui comprend des axes stratégiques conformes au plan régional de santé (PRS).

Le chiffre d'affaires hors taxe au 31 décembre 2018 s'établissait à 92 M€ et à 96,7 M€ fin 2019, en progression de 34 % depuis 2015. Le résultat net 2019 est ramené à 1,6 M€, contre 2,5 M € l'année précédente, essentiellement du fait de charges exceptionnelles pour un montant de 1,3 M€. Les effectifs permanents étaient de 693 ETP en 2019, alors que l'effectif moyen annuel est bien supérieur, puisqu'il intègre les contractuels de remplacement (867,67 ETP en 2019).

La clinique PBNA dispose d'une capacité de 316 lits et places. C'est le seul établissement privé de Nouvelle-Aquitaine autorisé pour l'ensemble des prises en charge chirurgicales dans le traitement du cancer et l'un des rares établissements privés à disposer d'une unité de réanimation et d'une maternité de niveau II-A avec néonatalogie.

Le plateau technique comprend 27 salles, dont 10 salles de chirurgie. Il regroupe un centre de dialyse et 5 antennes d'auto dialyse et dispose d'un plateau d'imagerie complet (radiologie conventionnelle, scanner et IRM, ainsi qu'un TEP).

La Polyclinique est un partenaire privilégié du CHU dans la gestion des urgences et des plans blancs et du plan Orsan. En effet, les établissements étaient déjà organisés de concert pour faire face au championnat d'Europe de football (2016), au mouvement des gilets jaunes et à la préparation du sommet franco-africain (qui devait se tenir en 2020).

1.3 Les participations de la clinique au sein d'entités juridiques

La société est membre de plusieurs groupements dont l'objet est la fourniture et l'organisation de prestations logistiques pour les établissements de soins.

Il s'agit notamment du GIE GBNA logistics, dont la vocation est de constituer une plateforme logistique de fourniture de dispositifs médicaux, solutés et produits ménagers pour l'ensemble du groupe. La pharmacie à usage intérieur, intégrée à ce GIE, a fait l'objet d'un agrément par l'agence régionale de santé. Le GIE a accompagné cette réorganisation par la mise en place d'un système « vide-plein » sur chacun des sites afin d'éviter toute rupture de stock de médicaments.

La crise sanitaire a mis à l'épreuve le fonctionnement de ce GIE, notamment concernant la fourniture des EPI et médicaments. Les acteurs de la polyclinique s'accordent tous à dire que l'efficience de ce fonctionnement a permis de surmonter les difficultés d'approvisionnement en vêtements stériles.

La société PBNA est également associée au GIE GBNA, lequel propose depuis 2003 une gamme de services étendue aux différentes sociétés du groupe (maintenance, assistance informatique, assistance administrative, financière et comptable, constitution et gestion des dossiers d'accréditation et d'autorisation).

Le GIE « Logistique Hospitalière », plus communément appelé LOGHOS, a été créé en 2006. Il assure les activités de logistique de ses membres, notamment de restauration, et d'hôtellerie (nettoyage, linge, boutiques et cafétérias, déchets centralisés en un même point avant enlèvement par le prestataire).

Par ailleurs, la SARL Alium gère la cuisine centrale du groupe. Elle fonctionne en liaison froide et prépare les repas pour l'ensemble des cliniques du groupe. La société dispose également d'une activité de portage de repas à domicile, de fourniture de repas pour les crèches et les écoles maternelles et primaires ainsi que pour des centres de loisirs.

La société facture à chaque établissement le coût des repas. Il existe au sein de la polyclinique une cuisine relais qui fonctionne avec du personnel du GIE LOGHOS. La précédente instruction avait mis en évidence l'absence de contrat entre les sociétés PBNA et Alium permettant la facturation des repas. La clinique avait alors indiqué vouloir signer un contrat, ce qui ne semble pas avoir été réalisé.

La société PBNA est également associée au GIE 246 créé en 2018 qui regroupe les fonctions dites de siège, directement rattachées au président directeur général. Il assure les fonctions administratives gérées de façon centralisée par le groupe que sont la gestion des ressources humaines, la gestion financière et les achats. En complément des prestations administratives, il convient de relever l'existence d'une convention de management, dite « management fees », facturée par la holding à la société PBNA pour un montant de 102 K€.

Enfin, l'établissement a isolé certaines activités de soins au sein de filiales qui sont érigées en entités juridiques distinctes en partenariat avec les médecins libéraux :

- la SAS médecine nucléaire (détenue à hauteur de 50,5 % par la PBNA) ;

- le GCS (groupement de coopération sanitaire) centre IRM cancérologie (la PBNA possède 15 % des parts).

1.4 L'organisation et la gouvernance

La société a modifié sa dénomination depuis le 1er juin 2019 et s'appelle désormais « Polyclinique Bordeaux-Nord-Aquitaine » (PBNA). Il s'agit d'une société anonyme à conseil d'administration.

Le conseil d'administration est composé de cinq membres désignés par l'assemblée générale des actionnaires en 2019 pour une période de 6 ans. Chaque administrateur est propriétaire d'une action. Il a opté pour une confusion des fonctions de président du conseil d'administration et de direction générale de la société. Monsieur François Guichard est le président du conseil d'administration et le directeur général depuis 2014. Il a été renouvelé dans ses fonctions en 2016 pour une période de 6 ans.

Le directeur général est investi de pouvoirs étendus et représente la société auprès des tiers. Il n'existe actuellement pas de directeur général délégué. M. Philippe Cruette est le directeur général de la polyclinique et directeur général du groupe PBNA depuis 2008. Il était auparavant directeur du pôle économique de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP).

2 L'ACTIVITÉ DE LA POLYCLINIQUE

2.1 La progression des capacités installées

L'établissement a vu ses capacités en lits et places fortement progresser en passant de 284 à 316 grâce à la chirurgie, tandis que le nombre de lits de médecine diminue assez sensiblement.

Tableau n° 1 : Détail des lits autorisés de PBNA

Indicateurs	2017	2018	2019
Lits de Médecine	122	122	92
- dont lits de soins intensifs	*16*	*16*	*16*
- dont lits de surveillance continue déclarés par la polyclinique ;	*30*	*30*	*30*
- dont lits de réanimation	*15*	*15*	*15*
-dont néonatalogie	*6*	*6*	*6*
Dont places de Médecine	14	14	14
Lits de Chirurgie	102	102	120
Places de Chirurgie ambulatoire	27	27	42
Lits d'Obstétrique	60	60	47
Places d'Obstétrique	1	1	1
TOTAL Lits et places	**284**	**284**	**316**

Source : données PBNA

La spécificité de l'établissement repose sur une capacité globale importante et une forte technicité des lits, peu courante parmi des établissements de santé privés (15 lits de réanimation, 16 lits de soins intensifs, 6 lits de néonatalogie).

L'établissement a par ailleurs spécialisé des lits en pédiatrie (5 lits de chirurgie pédiatrique et 5 places de jour), ce qui lui permet d'être référencé comme le seul établissement de la métropole disposant d'une prise en charge chirurgicale pour les enfants, en dehors du CHU de Bordeaux. Il dispose également d'une reconnaissance contractuelle de l'ARS de 8 lits de soins palliatifs.

Il comprend également une maternité de niveau II-A, c'est-à-dire disposant d'un service de néonatalogie. Celle-ci recouvre la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Celle-ci compte parmi les maternités qui disposent d'une grande capacité d'hospitalisation (60 lits, contre 35 en moyenne en France). Le nombre d'accouchements était en 2019 de 2 859, le nombre de séjours en hospitalisation complète de 3 947, et 66 en hospitalisations de jours (une place).

2.1 Un plateau technique en expansion

Le plateau technique a récemment évolué de par l'optimisation des blocs opératoires et suite à l'obtention d'une autorisation de détention d'un TEP-scan depuis 2018 :

Tableau n° 2 : Description du plateau technique

Composition du plateau technique	PBNA
Blocs opératoires dont 1 avec astreinte H 24	11
Salles de réveil	17
Nombre de scanners	2
Nombre d'IRM	2
Nombre de TEP-SCAN	1
Niveau de la maternité	2

Sources : données Hospidiag et PBNA

Le fonctionnement des équipements de radiologie conventionnelle, scanners et IRM est prévu dans le cadre d'un GCS d'imagerie, lequel est détenteur des autorisations. Le fonctionnement de ces équipements n'est toutefois organisé que jusqu'à minuit, adossé au service des urgences de l'établissement.

L'établissement dispose par ailleurs d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) constituée au sein du GIE Logistics. Les analyses biologiques sont quant à elles réalisées par des prestataires extérieurs.

2.2 La prise en charge des urgences

Selon les données issues de la SAE 2018, l'établissement prend en charge en moyenne 93 patients par jour. L'activité des urgences était de 31 050 passages déclarés en 2019. Il compte parmi les acteurs essentiels de la prise en charge des urgences de l'agglomération bordelaise.

Le CPOM 2019-2023 contient un indicateur visant à la réduction du taux d'hospitalisation à partir des urgences en privilégiant les entrées directes dans les services. Le déroulement de la crise sanitaire a profondément remis en cause ces indicateurs, 80 % des patients suspects et hospitalisés s'étant présentés au sein de l'établissement via le service des urgences.

2.3 La permanence des soins

Compte tenu des activités autorisées et de son positionnement sur le territoire de santé, la polyclinique dispose d'une reconnaissance contractuelle d'exercice de la mission de service public de la permanence des soins.

Il s'agit d'une garde en gynécologie obstétrique liée à l'autorisation de maternité de niveau 2, d'une garde de cardiologie dans le cadre de l'autorisation d'unité des soins intensifs de cardiologie (USIC), ainsi que d'une garde de réanimation, liée aux activités précédentes, et à l'unité de réanimation.

La clinique dispose par ailleurs d'astreintes en anesthésie, en chirurgie traumatologique et viscérale, et une demi-astreinte en urologie dont le fonctionnement s'interrompt cependant à

minuit. La permanence des activités médicotechniques repose quant à elle sur des sociétés d'exercice libéral privées notamment concernant la radiologie et le laboratoire.

2.4 Les activités de soins critiques

Les activités de soins critiques sont classées selon trois niveaux de prise en charge basés sur la gravité et/ou le risque d'apparition d'une ou de plusieurs défaillances organiques (surveillance continue[1], soins intensifs[2] et réanimation[3]). Elle implique un suivi continu des fonctions vitales et, le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance (transfusion de dérivés sanguins, remplissage vasculaire, ventilation mécanique (y compris invasive), hémodialyse, etc.).

L'établissement dispose d'une autorisation pour une capacité de 12 lits de réanimation depuis 2007, 16 lits de soins intensifs de cardiologie depuis 2008, ainsi que d'une reconnaissance de 20 lits de soins continus.

Il existe toutefois une différence entre les capacités installées par l'établissement et celles autorisées ou reconnues et financées. En effet, l'établissement déclare disposer de 15 lits de réanimation installés, au lieu des 12 autorisés.

Il déclare par ailleurs disposer d'une capacité installée de 6 lits de néonatalogie et 30 lits de surveillance continue (dont 8 lits adossés à la réanimation). Or, le site de l'Atih ne reconnaît que 20 lits de surveillance continue, qui seuls sont donc financés[4]. Le CPOM 2019-2023 indique cependant, dans son annexe 3, la reconnaissance tarifaire de 30 lits, mais sans préciser le nombre de suppléments qui seront pris en charge par l'assurance maladie.

Il apparaît donc une disparité entre les capacités installées, financées par l'assurance maladie et autorisées ou reconnues contractuellement par l'agence régionale de santé.

Dans la perspective de la crise sanitaire, l'établissement pouvait donc mobiliser une capacité en lits supérieure aux capacités reconnues aux termes des autorisations et capacités dont il a fait déclaration au sein du répertoire opérationnel des ressources (ROR). Il a ainsi pu porter sa capacité totale à 76 lits au pic de l'épidémie, dont au maximum 29 à 30 lits en réanimation.

Le tableau infra récapitule cette souplesse de transformation des lits, qualifiée « d'élasticité ».

[1] Le patient est placé en surveillance continue lorsqu'il présente un risque de défaillance vitale ou dans le cas d'une surveillance post-opératoire ; ces lits font l'objet d'une reconnaissance contractuelle par l'ARS au sein du CPOM, ils peuvent parfois être adossés à une unité de réanimation (annexe 3 du CPOM 2019-2023).

[2] Le patient est placé en unité de soins intensifs dans le cas d'une défaillance unique sur une durée limitée (ces unités sont souvent spécialisées, en cardiologie (USIC), néonatalogie, etc.) ; ces lits font également l'objet d'une reconnaissance contractuelle au sein du CPOM ; la réglementation prévoit une norme d'effectifs concernant les USIC (présence d'une IDE pour 4 patients).

[3] Le patient est placé en réanimation lorsque l'équipe médicale diagnostique des défaillances aiguës de plusieurs organes mettant en jeu le pronostic vital. Le décret du 24 janvier 2006 distingue désormais la réanimation adulte de la réanimation pédiatrique. Le décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006, codifié au sein du CSP aux articles D. 6124 indique précisément les normes techniques de fonctionnement des réanimations. L'article D. 6124-32 du CSP indique que 2 IDE doivent être présentes pour 5 patients et un aide-soignant pour 4 patients.

[4] 9 lits reconnus en date du 1er janvier 2008 et 11 lits en date du 1er janvier 2012.

Tableau n° 3 : L'élasticité des lits permettant une prise en charge en soins critiques

Capacités en lits de soins critiques	Capacités financées par l'AM avant la crise	Capacités installées	Capacités mobilisables en période de crise	Commentaires
Lits de réanimation	12	15	15+8 SC=**23**	L'établissement possède 8 lits de SC adossés au service de réanimation et donc pouvant être transformés rapidement en lits de réanimation, avec le matériel et les équipes formées.
			15+8 SC+6 SC =**29**	Face à la crise Covid, l'établissement a transformé 6 lits de SC en réanimation, afin d'étendre sa capacité totale de réanimation à **29/30 lits maximum**.
Lits de soins intensifs en cardiologie (USIC)	16	16	16	En période de crise Covid, ces lits sont demeurés USIC.
Lits de surveillance continue (SC)	20 pour l'AM ; et 30 inscrits au CPOM ;	30	30 + 17 salles de réveil= **47**	L'établissement déclare avoir installé une capacité en lits de SC supplémentaire à celle financée ; l'élasticité des lits de SC a été trouvée grâce à la transformation des salles de SSPI inactives.

Source : données établissement ; données Atih ; tableau CRC

L'« élasticité » des lits de soins critiques est ainsi de 141 % au total et spécifiquement de 91 % concernant les lits de réanimation (sur la base de 12 lits autorisés). Ceci permet donc à l'établissement de procéder rapidement au doublement de ses lits de réanimation, sans dégradation de la prise en charge.

L'assurance maladie s'est cependant adaptée en procédant au financement de la totalité des lits de réanimation installés dans le cadre de la crise Covid.

2.5 Les données d'activité

La valorisation des séjours entre 2017 et 2019 progresse de 7,39 % en volume et de 8,32 % en valeur (72 992 854 € en montant brut versé par l'assurance maladie). La progression de l'activité en volume sur les trois derniers exercices est récapitulée dans le tableau qui suit, démontrant un fort dynamisme de l'activité de chirurgie, d'obstétrique et de chimiothérapie.

Tableau n° 4 : Evolution du nombre de séjours

Données de séjours PMSI	2017	2018	2019
Nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis	**50 319**	**50 250**	**53 961**
Dont Nombre de RSA de médecine	13 342	13 204	13 196

Dont Nombre de RSA de chirurgie	5 803	5 919	6 312
Dont Nombre de RSA d'obstétrique	3 129	3 210	3 297
Dont Nombre de RSA de médecine ambulatoire	11 568	12 041	13 045
Dont Nombre de RSA de chirurgie ambulatoire	4 512	5 123	5 751
Nombre de séances de chimiothérapie	8 369	7 993	9 072
Nombre d'accouchements	2 709	2 843	2 859

Sources : Atih et hospidiag

La Polyclinique possède un nombre non-négligeable de séjours complexes, puisque 5 % d'entre-eux représentent plus de 20 % de la valorisation de l'activité. Par ailleurs, les séances de radiothérapie représentent 30 % en volume et 23 % en valeur.

La valorisation de l'activité externe disponible sur la plateforme Atih est de 524 863 € en 2019 (consultations et actes externes, accueil aux urgences, forfaits), en progression de 5 % par rapport à 2018.

2.6 L'attractivité de la Polyclinique Bordeaux Nord

La Polyclinique Bordeaux Nord voit ses parts de marché progresser rapidement au sein de sa zone d'attractivité, qui s'étend au-delà du territoire de santé girondin. Cette progression est prégnante dans les trois disciplines, à la fois en médecine, chirurgie ainsi qu'en obstétrique.

L'établissement accroît ses parts de marché au sein de la région, comme le démontrent les données d'Hospidiag qui suivent, notamment en chirurgie et obstétrique.

Tableau n° 5 : Évolution des parts de marché de PBNA

Parts de marché	2017	2018	2019
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	12.2	12.3	12.7
Part de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité	7.5	7.8	8.5
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	21	20.7	21.1
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	5.3	5.8	6.4
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)	8.3	7.9	8.6

Source : Hospidiag

L'établissement est désormais le deuxième acteur du territoire de santé derrière le CHU de Bordeaux. Il représente le tiers des parts de marché du CHU, mais cumule jusqu'à la moitié des parts de marché si on lui adjoint celles de la clinique Bordeaux rive droite.

3 LA POLYCLINIQUE EN CHIFFRES

3.1 La situation financière

Le Groupe Bordeaux Nord Aquitaine emploie 2 000 personnes sur 7 établissements, pour un chiffre d'affaires de 220 millions d'euros et un résultat de 1,8 M€ en 2019.

Au sein du groupe, la société PBNA s'est endettée sur la période (+ 439 % de dettes financière), le total du passif progressant de 58 % entre 2015 et 2019. Les dettes financières représentent cependant 68 % des fonds propres en 2019. Les données bilancielles sont retracées infra.

Tableau n° 6 : Données bilancielles PBNA

Passif	31/12/2015 12 Mois	31/12/2016 12 Mois	31/12/2017 12 Mois	31/12/2018 12 Mois	31/12/2019 12 Mois	% T.B.
Ressources Propres	**9 731 K€**	**10 692 K€**	**11 967 K€**	**13 531 K€**	**14 448 K€**	**36**
Fonds Propres	9 363 K€	10 409 K€	11 689 K€	13 231 K€	13 305 K€	33
Provisions Risques	367 K€	283 K€	278 K€	299 K€	486 K€	1.2
Comptes Courants	0 K€	0 K€	0 K€	0 K€	656 K€	1.7
Ressources Externes	**15 448 K€**	**20 366 K€**	**20 697 K€**	**21 938 K€**	**25 318 K€**	**64**
Dettes Financières	1 694 K€	5 369 K€	5 529 K€	6 193 K€	9 134 K€	23
Dettes Fournisseurs	5 142 K€	5 746 K€	5 928 K€	6 247 K€	6 759 K€	17
Dettes Fiscales	5 365 K€	6 506 K€	7 015 K€	7 423 K€	7 072 K€	18
Autres Dettes	3 203 K€	2 745 K€	2 224 K€	2 075 K€	2 354 K€	5.9
Trésorerie Passive	44 K€	0 K€	0 K€	NS	NS	0
TOTAL PASSIF	**25 178 K€**	**31 059 K€**	**32 664 K€**	**35 469 K€**	**39 766 K€**	**100**

Source : score et décisions

Le chiffre d'affaires hors taxe au 31 décembre 2018 s'établissait à 92 M€ et à 96,7 M€ fin 2019, en progression de 34 % depuis 2015. Les comptes 2019 ont été déposés le 22 mai 2020.

L'excédent brut d'exploitation est de 5,2 M€ fin 2019, en progression de 58 % entre 2018 et 2019. Il représente 5,4 % du chiffre d'affaires. Le résultat net était de 2,5 M€ en 2018, mais de 1,5 M€ en 2019, en légère baisse après une progression constante depuis 2016.

Le résultat d'exploitation progresse de 1,2 M€ en 2019, positivement impacté par le transfert du CICE en déduction des charges salariales. Cet impact était de l'ordre de 990 K€ en 2018.

Le résultat courant avant impôts s'établit à 4 M€ en 2019, contre 2,8 M€ en 2018. Il représente 4,2 % du chiffre d'affaires en forte progression sur ce dernier exercice.

La holding a procédé à d'importants investissements sur la période récente afin de soutenir les filiales, faisant ainsi progresser l'endettement global de 25 % en deux ans. Le montant total des dettes atteint de ce fait 25,9 M€ en 2019 et le ratio d'endettement à long terme rapporté aux capitaux propres est désormais de 18,46 %, contre 1,88 % en 2017.

3.2 La rémunération des activités

Le chiffre d'affaires a progressé de 4,7 M€ sous l'impulsion de l'activité de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire). Les produits de soins progressent globalement de 3,2 M€, dont

presque 2 M€ imputables à la chirurgie, en partie grâce au recrutement de nouveaux chirurgiens orthopédistes.

Les chimiothérapies (+ 311 K€) et l'activité des urgences (+ 773 K€) ont également fortement progressé et dans une moindre mesure l'obstétrique (+ 204 K€).

L'ensemble des produits liés aux facturations des prestations hôtelières est, a contrario, en légère baisse (- 40 K€), impacté également par l'arrêt de la facturation des forfaits administratifs (- 86 K€), qui fait suite au dernier rapport de la chambre régionale des comptes.

3.3 La gestion des ressources humaines

3.3.1 Les effectifs

Les effectifs permanents étaient de 693 ETP en 2019. L'établissement utilise dans la plupart de ses analyses le nombre d'ETP présents au 31 décembre, soit 842,33 ETP fin 2019, contre 780,6 fin 2017, soit une progression de près de 8 %.

La masse salariale était par ailleurs de 38,3 M€ en 2019, en progression de 7,5 % entre 2017 et 2019.

Le nombre de médecins en contrat d'activité libérale est d'environ 170 ETP, dont 16 anesthésistes et 30 chirurgiens. La présente instruction n'a pas expertisé les contrats d'exercice libéral liant ces praticiens à la clinique, ni le niveau des honoraires perçus par ces derniers, ou les redevances, et loyers qu'ils acquittent, au bénéfice de la clinique.

3.3.2 La gestion des RH et l'impact de la crise sanitaire

L'établissement a rénové récemment la gestion des ressources humaines et diminué de façon drastique le nombre de salariés appartenant à des entreprises extérieures (217 en 2017 et seulement 15 en 2019), ainsi que le nombre de salariés temporaires (10 tous les mois en moyenne toute l'année en 2017 et seulement l'équivalent de 1 en 2019). La durée moyenne en heures des contrats temporaires est par voie de conséquence en forte diminution (1 571 heures en 2017, contre 116 heures en 2019).

Presque la moitié de l'effectif (44 %) a une ancienneté de moins de 5 ans, et 22 % de plus de 10 ans. Le turn-over progresse entre 2017 (3,07 %) et 2019 (6,20 %), ce qui traduit un renouvellement plutôt régulier du personnel.

La direction indique que l'impact de la crise se fait actuellement ressentir avec un nombre important de soignants qui quittent la profession et une tension sur le marché de l'emploi pour la catégorie infirmière, conduisant à de réelles difficultés de recrutement. A cet égard, le bilan social 2019 recensait déjà le plus grand nombre de démissions jamais atteint (54 démissions en 2019, contre 22 en 2017) et un nombre de départs nettement plus important (91 en 2019, contre 89 en 2018, mais 46 en 2017).

4 LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE

Le directeur de la Polyclinique indique être fier de la réactivité de PBNA face à cette épidémie et rappelle que rendre service à la population est l'une des valeurs du groupe GNBA. Il insiste sur les caractéristiques de l'établissement privé et son excellence, qui repose sur un large éventail de disciplines, aux compétences médicales disponibles, qui tient pour partie à l'origine des médecins pour la plupart issus du CHU de Bordeaux. Il insiste également sur le fait que l'établissement s'est immédiatement senti investi dès la transmission du courrier de la DGOS le vendredi 13 mars au soir annonçant le confinement.

Le service des urgences a rapidement accueilli des patients suspects. L'organisation n'a cependant pas été bousculée par un afflux massif contrairement à d'autres régions. Lors de cette période de crise, c'est un grand élan de solidarité interne qui a émergé. La coopération médicale a bien fonctionné entre les secteurs public et privé, grâce à des circuits validés en amont par le SAMU du CHU. L'ARS a joué, selon la direction, un rôle de facilitateur. Celle-ci précise avoir eu pour objectif de mobiliser tous les acteurs de santé, quel que soit leurs statuts, dans le respect de la place de chacun pour permettre « *une répartition homogène et équilibrée des patients* ».

En l'espèce, la Polyclinique déclare avoir été associée rapidement au dispositif régional, contrairement semble-t-il à d'autres régions, ce qu'elle explique par les relations régulières qu'elle entretient avec le CHU de Bordeaux et son autorisation de pratiquer une activité de réanimation.

Pour M. Philippe Cruette, directeur de la polyclinique Bordeaux-Nord, si « *les cliniques se sont rapidement mobilisées, c'est parce qu'elles font partie intégrante du service public. Dans l'inconscient collectif, le privé n'est pas présent dans la lutte contre le Covid-19, alors que c'est faux. Dès le vendredi 13 mars, on a étudié la situation et le lendemain, on a mis en place le poste médical avancé* ».

La garantie de financement a permis de passer outre la période de confinement sans s'inquiéter de la perception des recettes et de la trésorerie. Le directeur s'inquiète cependant de la pérennisation de ce mécanisme au-delà de la période de confinement, considérant qu'elle ne stimulerait pas une forte reprise d'activité.

4.1 L'état de préparation de la clinique à la survenue d'une crise sanitaire

4.1.1 Les stocks d'équipements de protection individuels (EPI)

L'établissement recense depuis 2014 les données concernant ses stocks de matériels (masques, blouses et solutions hydroalcooliques - SHA). L'évolution de ces stocks est à relier aux consignes du plan ORSAN NRBC[5] et aux épidémies de grippe saisonnière, sans toutefois qu'il existe de consigne précise quant au niveau de stocks à constituer et à maintenir.

L'établissement disposait d'un stock initial qui avait fortement progressé en 2019, notamment en termes de masques FFP2 et solutions hydroalcooliques. Le volume de masques représentait 1,5 masques FFP2 et 31 masques chirurgicaux par effectif permanent.

[5] Acronyme NRBC : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique

Le rapport réalisé par l'ARS dans le cadre de la préparation aux situations exceptionnelles en septembre 2019 recense seulement 560 masques FFP2, ce qui ne semble pas concorder avec l'état des stocks déclarés par l'établissement (1 100 masques FFP2)[6].

Par ailleurs, le parc de respirateurs a pu être augmenté grâce à la réaffectation de 13 respirateurs pour partie empruntés à d'autres cliniques du Groupe (clinique Bel Air, Rive droite). Cette dotation a permis d'ouvrir 14 lits de réanimation supplémentaires au pic de la crise. L'établissement n'a cependant pas pu profiter de la commande nationale de respirateurs pilotée par le CHU de Poitiers pour la région Nouvelle-Aquitaine.

4.1.2 L'absence d'activation du plan blanc

Le plan blanc[7] a été réactualisé le 26 novembre 2019 suite à l'inspection de l'ARS. L'actualisation a porté sur la simplification des circuits d'accueil, la limitation des accès, l'optimisation des fléchages, l'actualisation des fiches réflexes, l'identification des zones d'accueil des familles, l'actualisation des capacités de déprogrammation et des capacités d'accueil des urgences, le système d'alerte H 24. Les compositions et modalités de mobilisation des cellules de crise et de tri ont été revues à cette occasion. Le principe a été de limiter l'effectif de la cellule de crise au strict nécessaire pour en faire un véritable poste de commandement et de prise de décisions rapides, avec une volonté de centrer les efforts sur le partage des informations (ascendantes et descendantes). La cellule de crise possède par ailleurs des moyens dédiés.

Le plan blanc comprend la typologie des risques sur le territoire, les procédures de rappel des personnels, la stratégie de déprogrammation déclinée en fiche action (prévenir les chirurgiens et libération des blocs), l'organisation de l'évacuation du site, ainsi que l'instauration éventuelle d'un confinement. Un volet NRBC renvoie à l'organisation mise en place par l'établissement de référence pour la zone de défense du sud-ouest.

Le plan blanc n'a pas été officiellement déclenché par la direction lors de la crise sanitaire. En effet, elle indique que le plan blanc est déclenché suite à une catastrophe, de type attentat ou accident, engendrant un afflux de victimes, ce qui, en l'espèce, n'était pas le cas. L'établissement a toutefois fonctionné en « mode plan blanc », organisant une réunion quotidienne du comité de direction (CODIR) à laquelle était associée l'équipe médicale (urgences, réanimation, médecin référent en qualité et gestion des risques, médecin référent de l'unité Covid).

4.1.3 La préparation aux situations de crise

Le plan blanc a fait l'objet d'exercices réguliers. On recense ainsi un exercice en 2018, deux en 2019 (dont un dans le cadre de la préparation à la tenue du G7 à Biarritz), un en 2020.

L'établissement était déjà en situation de préalerte plan blanc lors de la réalisation des exercices en 2019 et 2020, et dans ces circonstances, habitué à travailler en étroite collaboration avec le CHU, notamment lors des différents mouvements sociaux des "gilets jaunes". La

[6] Détail des données en annexe 1.

[7] L'article L.3131-7 CSP précise que : « *chaque établissement de santé est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.* ».

préparation de la tenue du sommet franco-africain qui devait se tenir en juin 2020, avait aussi contribué à mobiliser les acteurs internes, avant même la survenue de la crise sanitaire.

Des procédures de retour d'expérience ont également été réalisées en interne. Un plan d'action est systématiquement proposé et validé en groupe pluridisciplinaire. Ces actions portent sur l'organisation interne, les moyens humains et matériels, l'actualisation des documents et les pratiques en équipe. La direction a précisé que suite à ces retours d'expériences en 2020, des commandes de matériels et de respirateurs complémentaires étaient faites avant la crise sanitaire, ce qui a permis à l'établissement de n'être pas confronté à des manques importants de matériels.

En début de crise, l'ARS avait missionné une équipe pluridisciplinaire organisée sous forme de mission d'appui et d'accompagnement des établissements face à la crise sanitaire. Cette mission est venue auditer l'organisation de la PBNA et notamment les flux au sein des urgences (poste médical avancé) et au sein des services de réanimation.

4.1.4 Les objectifs inscrits au sein du CPOM 2019-2023

Le CPOM comprend un indicateur qui mesure le nombre de professionnels formés et entraînés à la gestion de la crise, avec une cible de 44 % au terme du contrat, à partir d'un taux de 40 % en début de contrat (2019). La direction précise par ailleurs que tous les membres du CODIR sont formés, ainsi que l'équipe du service qualité, un praticien urgentiste, le président de la CME et certains praticiens formés au *Damage control*. Plusieurs professionnels sont formés au risque NRBC.

Le contrat contient également un nouvel indicateur concernant le nombre de lits ouvrables et ré-ouvrables en 24 heures en cas de tension (épidémie hivernale) et en cas de déclenchement du plan blanc. Toutefois, le nombre de lits ne constitue pas un réel objectif mais simplement une déclaration de l'établissement (15 lits chirurgicaux mobilisables en 24 heures dans le cadre d'une crise).

Le 10 février 2020, le dialogue de gestion entre l'établissement et l'ARS a donné lieu à une actualisation des indicateurs du CPOM, notamment celui portant sur le taux de remplissage quotidien du répertoire opérationnel des ressources (ROR), afin de permettre à l'autorité de tutelle de disposer d'un recensement quotidien exhaustif des capacités disponibles et de l'activité du service d'accueil des urgences. Le taux cible à atteindre était alors de 75 %, associé à un remplissage de l'applicatif trois fois par jour pour les secteurs à risque et une fois pour les autres services, y compris le samedi. Le taux cible concernant le remplissage du ROR paraît cependant relativement faible, compte tenu de son caractère stratégique. L'établissement s'est toutefois conformé à un remplissage quotidien du ROR durant la crise.

4.1.5 Un plan ORSAN[8] en décalage avec la réalité

Avant 2014, la réponse aux situations exceptionnelles ou de crise s'appuyait principalement sur les établissements de santé avec les dispositifs « plans blancs » et un « plan blanc élargi » au niveau départemental. Le dispositif Orsan avait pour vocation de mettre en place une meilleure coordination régionale des dispositifs existant dans les 3 secteurs (médecine de ville, hospitalier et médico-social), sous l'égide de l'ARS. Ce plan comprend 5 volets, dont le

[8] ORSAN : organisation de la réponse du système sanitaire.

volet 3 concerne la gestion d'une épidémie ou pandémie sur le territoire national, pouvant nécessiter l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle (« ORSAN EPI-VAC »), situation qui peut s'apparenter à la crise sanitaire actuelle.

La mobilisation du plan Orsan permet de réorganiser l'offre de soins, de réaffecter des ressources au regard des priorités identifiées, de renforcer des moyens locaux (rappel du personnel hospitalier, renforcement de la permanence des soins ambulatoires, ouverture de lits supplémentaires, etc.), voire de mobiliser des moyens nationaux, notamment par le biais de la mobilisation de réservistes sanitaires de l'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS), en particulier des professionnels de santé remplaçants, retraités et étudiants en santé.

Le plan Orsan a été déclenché le vendredi 6 mars 2020 dans les hôpitaux des régions les plus touchées (Grand-Est et Ile-de-France), puis élargi à toute la France le 13 mars.

L'organisation mise en place en région Nouvelle-Aquitaine s'est traduite par l'élaboration d'un classement des établissements de santé publics et privés, entre les première, seconde et troisième lignes, en fonction de leur capacité d'accueil de médecine, de réanimation, mais aussi de la présence d'un médecin infectiologue[9]. La Polyclinique, parce qu'elle ne dispose pas de médecin infectiologue, mais pourtant dotée de lits de réanimation, s'est trouvée positionnée en troisième ligne, c'est-à-dire à priori comme établissement ne recevant des cas de patients atteints de la Covid-19 qu'en dernier recours.

Le plan régional n'avait toutefois pas pris en compte la situation particulière de l'établissement à savoir son rôle reconnu dans l'accueil des urgences, sa capacité de libération de lits[10] (y compris des lits de réanimation), ainsi que sa capacité à prendre en charge des patients médicaux.

L'établissement a, en réalité, assumé un rôle d'établissement de première ligne en début de crise sanitaire, puisqu'il a accueilli via le service des urgences, des patients Covid dès le début de l'épidémie. Ce positionnement n'a évidemment pas eu de conséquence sur la prise en charge des patients, mais pourrait en revanche conditionner l'attribution par la suite de financements exceptionnels via le fonds d'intervention régional (FIR), tout comme la possibilité d'avoir accès aux commandes groupées de matériels (respirateurs par exemple).

L'agence régionale de santé confirme n'avoir accompagné en première intention que les établissements de première et deuxième lignes. Elle précise avoir toutefois accordé des crédits dans le cadre de l'enquête de surcoûts (830 K€). Enfin, à la date de la rédaction du rapport, les données de clôture n'étaient pas connues, mais l'ARS indiquait toutefois que l'aide de 1,9 M€ attribuée à l'établissement devait contribuer à neutraliser l'exercice 2020.

4.2 La mission organisatrice du CHU de Bordeaux

Le directeur précise que le CHU a été chargé d'élaborer un schéma de prise en charge des patients Covid suivant trois scénarii, préconisant au départ une centralisation de l'accueil des patients au CHU et, dans l'hypothèse d'une surcharge d'activité, le transfert des patients non-Covid vers les établissements de seconde et troisième lignes. Ce schéma d'organisation initial a

[9] Ce classement était défini aux termes des fiches « acteurs » du volet ORSAN mis à jour le 25 février 2020 par l'ARS NA.

[10] Le plan ORSAN régionale indique que l'établissement a une capacité de libération de lits pour un afflux massif de victimes, de l'ordre de 23 à 40 lits à T+6 et un/5ème de l'établissement en 24 heures.

rapidement été modifié, tous les établissements ayant accueilli les patients se présentant aux urgences, à charge pour eux de mettre en place un circuit dédié à ceux présentant des signes de la Covid-19.

La délégation départementale de la Gironde a organisé des réunions quotidiennes avec les établissements du territoire et le CHU. Elles se sont poursuivies par la suite avec toutefois moins de régularité. La direction indique cependant qu'elles sont souvent longues (2 heures) et n'ont d'autre utilité que de faire le tour des capacités disponibles.

Des réunions spécifiques étaient organisées avec les praticiens anesthésistes-réanimateurs, infectiologues et urgentistes du CHU, permettant des échanges réguliers entre les équipes accueillant des patients Covid. Elles avaient pour but d'apprécier les disponibilités réelles en lits, d'évoquer les aspects médicaux de prises en charge et de partager les retours d'expérience.

D'autres étaient organisées entre les directions et les responsables qualité, afin d'échanger les supports, protocoles, et réaliser des points épidémiologiques.

Le CHU estime avoir rempli une mission d'organisateur et d'expert qui lui a été confiée par l'ARS et acceptée par tous les acteurs de santé du territoire. Toutefois, lors de la seconde vague, cette organisation aurait méritée d'être repensée pour permettre une répartition équilibrée des patients Covid au sein des établissements, désormais soucieux de maintenir leurs activités programmées.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, l'ARS précise que ces réunions ne peuvent, selon elle, être réduites à un simple recueil des capacités disponibles, constituant l'occasion d'une régulation territoriale qui avait aussi pour objectif de protéger le CHU d'une sur-sollicitation. Elle précise qu'il serait par ailleurs erroné d'indiquer que le CHU aurait géré la crise en lieu et place de l'autorité de tutelle.

4.3 L'enjeu du recensement des capacités disponibles

Selon la direction, la gestion informatisée des lits et le remplissage pluriquotidien du ROR a permis une remontée des informations à l'ARS concernant les capacités disponibles. Le ROR a donc été utilisé pendant l'épidémie de la Covid-19 pour apprécier les taux d'occupation des lits de réanimation.

L'applicatif ROR a été rempli par l'établissement à partir des lits installés pendant la crise et donc en capacité de recevoir des patients atteints de la Covid-19 (30 lits de réanimation et non les 12 autorisés). Par ailleurs, l'établissement y avait indiqué les capacités de l'unité d'hospitalisation dédiée aux patients Covid confirmés.

Les médecins anesthésistes-réanimateurs interrogés sont quant à eux inquiets de cette variabilité dans les lits transformés, insistant sur la technicité et l'équipement liés aux lits de réanimation, conditions qui ne sont pas toujours remplies dans le cas de lits de surveillance continue transformés en lits de réanimation. Ils insistent alors sur la dégradation des prises en charge et pertes de chance éventuelles pour certains patients lors de la première vague. La période plus récente s'oriente toutefois vers une oxygénation intensive des patients permettant d'éviter les intubations et des transferts en réanimation. Selon les praticiens, l'élasticité des lits doit être encadrée et privilégiée dans les établissements possédant déjà une autorisation de réanimation.

Les médecins indiquent alors avoir utilisé une autre application locale dénommée « e-cubam », à destination des médecins de la métropole bordelaise, et consultable sur les

téléphones portables. Cet applicatif permettait de transférer plus aisément des patients à destination uniquement des services de réanimation. Au final, il semble donc que ce soit cet applicatif qui ait été le réel outil de pilotage de la répartition des patients entre les établissements. Il a été maintenu actif durant la seconde vague.

L'absence de guide de remplissage du ROR et de définition précise de l'élasticité des lits, conduit à une absence de fiabilité dans les statistiques de taux d'occupation des lits de réanimation et une absence de comparaison possible entre les deux vagues, notamment parce que lors de la seconde vague, les établissements n'ont pas pratiqué de déprogrammation massive.

Enfin, la multiplicité des applicatifs servant au recensement des lits sur le territoire de santé interroge sur le volume de données disponibles et leur absence d'interopérabilité, ne contribuant pas à l'efficacité du pilotage régional de la crise, ce que reconnaît d'ailleurs l'ARS dans sa réponse aux observations provisoires, tout en précisant que les cellules de crise ont travaillé en continu pour permettre ce suivi.

5 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT FACE A L'EPIDEMIE DE COVID-19

La polyclinique s'est adaptée rapidement à la situation de crise, en procédant à une déprogrammation rapide de la chirurgie non urgente, et en maintenant l'activité de cancérologie, la maternité, l'hémodialyse, et les urgences hors Covid.

Elle a par ailleurs mis en place un poste médical avancé (PMA) dédié à l'accueil des patients présentant des symptômes de la Covid-19, installé devant le service des urgences, une unité d'hospitalisation dédiée de 30 lits et une extension de ses lits de réanimation.

Au final, l'établissement indique que cette organisation simple et efficace, a rendu le travail plus concret et au plus près des besoins du patient : « *les choses ont été bien organisées, avec une cohésion des médecins libéraux, la nomination de référents et une unité au sein de l'établissement* ».

Selon la direction, la principale difficulté à l'issue de la première vague réside dans le combat permanent pour doter les professionnels d'équipements individuels, notamment de tenues stériles, tout en précisant qu'à la date de rédaction du présent rapport, c'est la fourniture de gants qui était davantage source de tensions. En revanche, les dotations hebdomadaires en masques organisées par l'ARS ressortent parmi les éléments positifs de cette crise.

L'établissement indique qu'il convient également de tirer les enseignements de la variabilité des discours des autorités de tutelle, parfois inappropriés concernant le port du masque en début de crise, lesquels ont par ailleurs généré des difficultés de fonctionnement interne.

5.1 Les organisations internes

5.1.1 Une déprogrammation massive

La première vague est caractérisée par une déprogrammation massive de l'ordre de 50 % dès le 17 mars. Toutes les activités non urgentes ont été ainsi déprogrammées jusqu'au 11 mai 2020, avec maintien des activités liées aux urgences, à la maternité et à la carcinologie afin éviter toutes pertes de chance pour les patients.

Les activités de stomatologie, de chirurgie esthétique et d'ambulatoire ont été inexistantes pendant le mois d'avril. Au pic de la crise, la direction indique qu'elle avait conservé entre 50 à 60 % de son activité.

Si la déprogrammation a été massive lors de la première vague et le retour à la normale très progressif jusqu'à fin juin, la seconde vague n'a pas conduit à des déprogrammations, la direction préférant cette fois-ci privilégier des mesures graduées. Le directeur préfère « *se donner un peu de temps et avoir un peu de recul* ». La déprogrammation début novembre 2020 a été marginale, de l'ordre de 10 %. L'ARS indique dans sa réponse aux observations provisoires avoir donné pour consigne aux établissements, lors de la seconde vague, de ne déprogrammer que selon les besoins afin de préserver l'accès aux soins de tous les patients. Elle précise qu'elle est intervenue auprès des « *établissements de santé privés qui ont eu à gérer, lors de cette crise, la réticence du corps médical à suspendre son activité qui impactait directement leur revenu* », en leur demandant de procéder à des déprogrammations lorsque cela s'est avéré nécessaire.

5.1.2 Les spécialités médicales disponibles

L'établissement disposait de compétences médicales en anesthésie-réanimation, et par ailleurs de la possibilité de recourir aux praticiens libéraux spécialisés en pneumologie et en médecine d'urgence. En revanche, l'établissement ne disposait pas de compétence en infectiologie.

La clinique disposait donc des compétences médicales et paramédicales permettant de faire face à l'accueil des patients atteints de la Covid-19 et notamment de gérer une unité d'hospitalisation dédiée, laquelle a été essentiellement encadrée par un médecin cardiologue, épaulé par plusieurs autres confrères.

5.1.3 Les réorganisations capacitaires

La Polyclinique a globalement diminué sa capacité d'accueil en transformant toutes les chambres doubles en chambres seules pendant la période du pic épidémiologique, ce qui correspond à une réduction capacitaire de 20 lits.

Les capacités de l'établissement n'ont à aucun moment été saturées. Le nombre de patients présents dans les services de médecine a globalement diminué de plus de 20 % en mars et de 46 % au mois d'avril 2020 en comparaison avec l'exercice précédent. Le retour à la normale date du mois de juin 2020.

Un étage de chirurgie a été converti en unité Covid, soit 30 lits transformés en 24 chambres. L'établissement s'était préparé à organiser une autre unité de 30 lits en complément, mais qu'il n'a cependant pas eu à activer.

Enfin, l'extension du nombre de lits de réanimation a globalement permis de passer la période critique. Le service de réanimation est ainsi passé, au gré des besoins, de 15 à 30 lits de réanimation.

L'établissement reconnaît cependant avoir connu des difficultés pour libérer les capacités de réanimation lors de la mise en place du confinement, les lits étant déjà embolisés par des patients non-Covid. En définitive, seuls 19 patients au mois de mars et 11 en avril ont nécessité une réanimation, aucun en mai et un en juin[11], soit une occupation des lits de réanimation inférieure à 50 % sur toute la période. A contrario, des patients ont nécessité une hospitalisation en soins continus, contribuant à occuper les lits à 80 % en mars et 30 % en avril.

Les IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'Etat) et IDE (infirmier diplômé d'Etat) qui ont une expérience en réanimation ont été rappelés dès le début de la crise. Les effectifs infirmiers non spécialisés appelés en renfort ont permis à l'établissement de doter des équipes dites « de couloir ». Le ratio nombre d'IDE par patient a ainsi été renforcé à un effectif pour 2 patients, et porté à 1 pour 1,5 en comptabilisant les effectifs de couloir.

Les prises en charge étaient en effet plus lourdes pour ces patients. Il fallait les mobiliser en position ventrale pour augmenter l'oxygénation, ils avaient davantage de médication et étaient presque tous intubés. Dans toutes les unités, la mise en place des protocoles destinés à éviter toute contamination a nécessité des effectifs supplémentaires et contribué à consommer des EPI en grand nombre.

5.1.4 La réorganisation des flux aux urgences

La clinique a mis en place un « poste médical avancé » (PMA), au moyen de l'installation d'une tente devant le service des urgences, afin de séparer les flux entrants de patients aux urgences, entre les patients Covid suspects et non-Covid. Le principe retenu du poste médical avancé correspond à la mise en place d'une médecine de crise.

Cette organisation a nécessité l'affectation de personnels supplémentaires, à savoir un(e) IDE et un(e) aide-soignant(e) supplémentaires de jour et de nuit, la création d'un accueil administratif, un brancardier de jour et de nuit, un médecin urgentiste, et l'appui d'un médecin d'une autre spécialité.

Un circuit de prélèvement a été mis en place aux urgences permettant de prendre en charge les cas suspects et de procéder aux prélèvements, les analyses étant réalisées par un laboratoire qui est un prestataire privé n'appartenant pas au groupe GNBA.

5.2 L'épidémie en chiffres

Il existe plusieurs sources de données permettant d'évaluer l'impact de l'épidémie. Les données PMSI ont pour vocation d'opérer une classification des diagnostics médicaux (patients

[11] Données détaillées en annexe 2.

Covid confirmés et non confirmés) et permettre la valorisation des séjours. Les données SI-VIC recensent des cas de patients Covid qui se présentent à l'hôpital un jour donné. Enfin, les données produites par la direction qualité de la Polyclinique illustrent les difficultés organisationnelles et avaient pour objectif d'informer en interne.

5.2.1 L'épidémie de Covid-19 au travers des données PMSI

5.2.1.1 Le nombre de séjours Covid-19

Les codes disponibles pour le codage de l'infection à SARS-CoV2 ont évolué au cours du premier semestre 2020, concomitamment à l'évolution de la pandémie.

Le code « U07.1 Maladie respiratoire à Coronavirus 2019 (COVID-19) » a été introduit le 31 janvier 2020. Son libellé a depuis été modifié par l'OMS, il est désormais « U07.1 COVID-19 », avec une note indiquant que des codes additionnels peuvent préciser la pneumonie ou les autres manifestations cliniques. Afin de répondre au besoin de description dans le PMSI de toutes les situations cliniques liées au COVID-19, l'Atih a créé par la suite plusieurs extensions[12] avec ou sans symptômes respiratoires.

Le code U 07-13[13] est un code de surveillance pour les personnes contacts, mais qui n'est pas recensé par l'Atih comme cas de covid-19 confirmé. Sa prise en compte permet toutefois d'apprécier avec justesse le niveau de l'afflux de patients suspects aux urgences et des difficultés d'organisation interne.

L'établissement précise avoir reçu la consigne de procéder au codage des patients « Covid positifs » dès que le scanner thoracique ou le clinicien le confirme (même si le test n'a pas été réalisé voire s'avère négatif).

Le recensement des séjours via le PMSI est à la fois descriptif et exhaustif, permettant de recenser tous les patients présentant des symptômes, qu'ils soient par la suite confirmés ou non. Ainsi, à fin juillet, les données transmises sur la plateforme Atih recensent 986 cas sur 29 911 séjours transmis (entre janvier et juillet), soit environ 4 % des séjours. Toutefois, seulement 232 sont recensés comme cas Covid confirmés et 754 non confirmés.

Tableau n° 7 : Remontée d'information Covid-19 (tableau 1.D.COV.A de l'Atih)

Nombre total séjours[14]	29 911
Nombre dossiers COVID-19	232
Nombre séjours avec diagnostic COVID-19 (hors cas non-confirmés)	232

[12] « U07.10 COVID-19, confirmé » : Cas clinique (infection respiratoire aiguë ou détresse respiratoire selon critères SPF) confirmé par la biologie ; « U07.11 COVID-19, non confirmé » : Cas clinique (infection respiratoire aiguë ou détresse respiratoire selon critères SPF) non confirmé par la biologie. Cas possible (symptomatique) ou probable (selon critères SPF) ; « U07.12 Porteur de SARS-CoV-2 asymptomatique ou pauci symptomatique » : Patient sans infection respiratoire aigu ; U07.14 COVID-19, autres formes cliniques, virus identifié ; U07.15 COVID-19, autres formes cliniques, virus non identifié.

[13] U07.13 Autres examens et mises en observations en lien avec l'épidémie COVID-19 : Personne contact non retenu cliniquement et/ou radiologiquement, prélèvement non effectué ou non conclusif ; cas possible secondairement infirmé.

[14] Séjours recensés au moyen des résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis par l'établissement via les données PMSI.

Nombre séjours avec diagnostic COVID-19 (avec cas non-confirmés)	986
Nombre de RSA 07.13 (cas contact non confirmés)	754

Source : Atih

L'appréciation du flux de patients Covid durant la première vague démontre un pic aux mois de mars et avril (cf tableau infra).

Tableau n° 8 : Nombre de séjours par mois (tableau 1.D.COV.B de l'Atih)

Mois d'entrée	Nb séjours	Nb séjours/ cas confirmés	DMS	Age moyen	% avec réanimation	% avec soins intensifs	% avec surveillance continue
Février	2	1	3,5	53	50	0	50
Mars	286	111	3,54	49,34	10,84	3,15	23,78
Avril	495	95	2,03	54,21	4,04	3,23	15,76
Mai	136	17	3,51	61,71	4,41	11,76	14,71
Juin	47	7	1,49	47,04	4,26	2,13	2,13
Juillet	20	1	1,3	44,85	0	5	0
Total	**986**	**232**	**2,63**	**53,3**	**6,09**	**4,36**	**17,04**

Source : Atih

Ce sont ainsi 781 séjours comptabilisés par l'établissement entre mars et avril, avec un diagnostic de Covid, dont 176 ont été diagnostiqués positifs. La moitié de ces séjours ont nécessité une prise en charge, soit en réanimation (presque 11 %), soit en soins intensifs (3 %), soit en surveillance continue (presque 24 %).

5.2.1.2 La typologie des séjours Covid-19

Sur les 986 patients référencés en tant que patients Covid entre février et juillet, 232 étaient des patients atteints du virus, dont 151 avaient un diagnostic principal Covid. Sur ces séjours, 6 % ont nécessité un passage en réanimation (soit 60 séjours, dont les durées moyennes de séjours étaient de 12 jours pour la moitié et presque 9 jours pour l'autre moitié), 17 % en surveillance continue, et 4 % en soins intensifs.

Tableau n° 9 : Description des séjours Covid (tableau 1.D.COV.E de l'Atih)

Nombre de séjours par code PMSI	Cas Covid	Dont cas confirmés	En diagnostic principal	En diagnostic associé	DMS	% passage en REA	% passage en SC	% passage en SI	Séjours Avec passage en REA	DMS réa
U071 MALADIE À CORONAVIRUS 2019 [COVID-19]	3	3	3	0	2	0	0	0	0	
U0710 COVID-19 RESPIRATOIRE VIRUS IDENTIFIÉ	74	74	68	6	10,8	35,14	79,73	1,35	26	12,04
U0711 COVID-19 RESPIRATOIRE VIRUS NON IDENTIFIÉ	100	100	36	64	5,88	25	39	18	25	8,48
U0712 PORTEUR SARS-COV-2	28	28	26	2	0,25	0	0	0	0	
U0713 AUTRES EXAMENS ET OBSERVATIONS COVID-19	754	0	0	754	1,46	0,93	8,22	2,79	7	5,57
U0714 COVID-19 AUTRES FORMES, VIRUS IDENTIFIÉ	13	13	12	1	2,85	0	23,08	7,69	0	
U0715 COVID-19 AUTRES FORMES, VIRUS NON IDENTIFIÉ	14	14	6	8	4,07	14,29	35,71	14,29	2	2,5
Tous diagnostics	**986**	**232**	**151**	**835**	**2,63**	**6,09**	**17,04**	**4,36**	**60**	**9,48**

Source : Atih

5.2.1.3 Les modes d'entrée et de sortie des patients Covid-19

La plupart des entrées des patients hospitalisés s'est réalisée via le service des urgences (84 %) et environ 13 % depuis le domicile.

Tableau n° 10 : Modes d'entrée des patients Covid (Tableau 1.D.COV.G Atih)

Mode d'entrée	Nb séjours	% séjours	Nb séjours cas confirmés	DMS	Age moyen
En provenance d'une unité de soins de courte durée	10	1,01	2	0,00	87,40
Transfert court séjour	19	1,93	15	8,95	69,47
Transfert moyen séjour	2	0,20	1	2,00	70,00
Domicile	126	12,78	43	7,13	58,25
Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement	829	84,08	171	1,84	51,72

Source : Atih

Le taux de décès n'est que de 1,72 %. L'essentiel des patients est reparti à leur domicile à l'issue du séjour, pour 86 % d'entre eux tandis que 9 % ont été transférés vers un autre service de court séjour.

Tableau n° 11 : Modes de sortie (Tableau 1.D.COV.H Atih)

Mode de sortie	Nb séjours	% séjours	Nb séjours cas confirmés	DMS	Age moyen
Vers une unité de soins de courte durée	10	1,01	2	0,00	87,40
Transfert court séjour	89	9,03	36	3,15	74,87
Transfert moyen séjour	19	1,93	9	17,47	71,58
Transfert long séjour	1	0,10	1	74,00	59,00
Domicile	850	86,21	172	2,01	49,84
Décès	17	1,72	12	12,12	72,59

Source : Atih

5.2.2 Le recensement via l'applicatif SI-VIC

La plateforme nationale SI-VIC a été initialement conçue et utilisée pour répertorier et identifier les victimes des attentats de Paris en 2015. La vocation de cette plateforme est de permettre un recensement nominatif et administratif, en générant un numéro de rattachement à chaque cas suspecté de Covid.

Pour permettre une remontée de données au niveau régional (ARS) puis national, elle nécessite une actualisation quotidienne par les établissements de santé, afin d'intégrer les arrivées de cas suspects via les urgences et modifier par la suite le statut des patients hospitalisés (en cas confirmés ou non). L'ARS dispose ainsi quotidiennement de l'information du nombre de cas

répertoriés par la plateforme SI-VIC, ainsi que, en principe, les résultats des tests réalisés en laboratoire, identifiant précisément le nombre de cas confirmés.

La plateforme devait également être alimentée des résultats de scanners atypiques ou suspects. En réalité, l'absence de compatibilité entre les systèmes d'information ne permet pas de l'alimenter directement, ce qui a contraint l'établissement à déclarer les images atypiques par mail à l'Assurance Maladie.

Il appartient donc à chaque établissement d'organiser la mise à jour des données dans SI-VIC. En l'espèce, à la PBNA, la plateforme est en réalité alimentée grâce au tableau de recensement issu des urgences et dont le récapitulatif est inséré en annexe du présent rapport[15].

Au sein de ce recensement, on note que les patients suspects Covid accueillis par l'établissement sont pour 90 % d'entre eux arrivés par l'intermédiaire du poste médical avancé. On dénombre seulement 19 transferts durant la période de confinement, soit seulement 10 % des patients. Ces chiffres tendent à démontrer que l'établissement a joué un rôle d'établissement de niveau 1 et non de niveau 3 comme prévu au sein du plan ORSAN.

Le nombre de patients Covid, répertoriés par l'établissement en interne, s'élève à 177 patients suspects Covid et un afflux nettement plus important est concentré sur les semaines 13 à 16.

Le nombre de patients testés positifs lors de l'entrée ne représentait que 69 patients sur la même période, soit environ 40 % des cas suspects accueillis.

La seconde vague se caractérise, jusqu'à fin octobre, par l'accueil régulier de patients suspects Covid, nécessitant le maintien de moyens et d'une organisation exceptionnelle de crise maintenant ainsi l'établissement sous tension. A la date de rédaction du présent rapport, elle n'avait toutefois pas nécessité de déprogrammation des activités de soins autre que Covid.

Si la plateforme SI-VIC a rempli son rôle en période de crise épidémique en permettant le transfert rapide de données et a pu contribuer au pilotage de la crise, l'outil n'est toutefois pas adapté à une crise durable, obligeant à un recensement continu, et sans permettre de mise à jour suffisamment rapide du statut du patient (confirmé ou non).

5.2.3 Les données qualitatives de l'épidémie de Covid-19

Les analyses de l'épidémie de Covid-19, appelés « bilans Covid » ont été réalisées par la direction qualité, l'objectif étant d'informer largement les professionnels en interne. Le PMSI, ainsi qu'évoqué supra, n'ayant qu'une vocation de codage, ne permet pas une analyse très qualitative, ni fonctionnelle de l'épidémie. Selon la direction, la double source des données reste intéressante et a été maintenue dans le temps, y compris dans la seconde période de la crise.

A titre d'exemple, ces bilans[16] indiquent le nombre total de patients accueillis, le nombre de patients positifs et le nombre de dossiers saisis dans SI-VIC. Comme constaté précédemment, le taux de patients Covid confirmés n'est que d'environ 10 % sur toute la période et sans surmortalité constatée.

[15] Détail du recensement des données de cas suspects saisis dans SI-VIC en annexe 3.
[16] Détail de bilans insérés en annexe 4.

5.2.4 L'accueil de patients Covid-19 en provenance d'autres régions

Ce sont sept patients au total qui ont été accueillis par PBNA en provenance des régions Grand-Est et Ile-de-France, dont le détail est inséré en annexe du présent rapport[17].

L'ensemble des acteurs rencontrés ont transmis leur profonde satisfaction d'avoir pu aider les régions en difficulté, d'autant que la région Nouvelle-Aquitaine était peu touchée. *« Les trains de solidarité »* sont une grande réussite selon les anesthésistes-réanimateurs. Cette solution avait été selon eux imaginée dans l'hypothèse d'un afflux massif de victimes lors de la coupe du monde de football en France. Sa mise en œuvre dans le cadre de la pandémie a démontré son efficacité.

Les enseignements qu'en tirent les médecins anesthésistes-réanimateurs qui ont accueilli les patients, peuvent ainsi être synthétisés :

- la répartition des patients et la logistique de transfert ont fait leurs preuves lors de la première vague ;

- les patients qui ont été transférés de services de surveillance continue dans un établissement ne disposant pas d'activité de réanimation, sont souvent parvenus dans de moins bonnes conditions à Bordeaux, parce qu'équipés de respirateurs de moins bonne performance et souvent issus de services dans lesquels le personnel n'était pas suffisamment formé ;

- l'éloignement des familles a été toutefois source de complexité et d'inquiétude, qu'il a fallu compenser par davantage d'information notamment téléphonique. En outre, lors du réveil des patients, l'établissement a dû se préoccuper de pouvoir les vêtir car les patients ont été transférés sans leurs effets personnels. Ce sont les dons des grandes surfaces qui ont permis de leur fournir le nécessaire.

Le nombre de patients accueillis par l'établissement reste cependant minime comparé au nombre total de patients Covid pris en charge.

5.2.5 L'impact de la crise sur l'activité des urgences

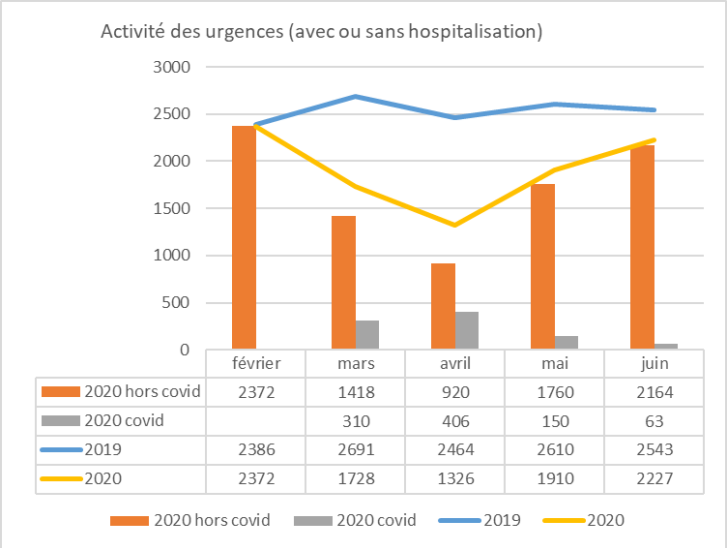
L'activité des urgences a chuté, passant d'environ 90 patients par jour en moyenne à 40 (dont 80 % pour suspicion de Covid-19). Depuis le 20 avril, l'établissement accueille des patients qui sont, pour les autres pathologies, à des stades de gravité importants, par défaut de recours aux soins.

L'établissement déclare avoir eu à faire face à des complications d'infarctus chez des patients, parvenus au service des urgences pour des ruptures de piliers de valve, une semaine après la douleur thoracique ou au stade d'insuffisance cardiaque sévère, tout comme des tumeurs parvenues à des stades avancés.

L'activité du service d'urgences a diminué de 37 % en mars 2020, en comparaison avec les deux exercices précédents, et atteint 48 % au mois d'avril. L'activité se redresse légèrement en mai, mais demeure inférieure de 32 % aux deux exercices précédents. Elle reste encore de 16 % inférieure en juin.

[17] Détail des patients transférés en annexe 5.

Graphique n° 1 : Activité des urgences



	février	mars	avril	mai	juin
2020 hors covid	2372	1418	920	1760	2164
2020 covid		310	406	150	63
2019	2386	2691	2464	2610	2543
2020	2372	1728	1326	1910	2227

La reprise de l'activité aux urgences a donc été très progressive et au final, l'activité globalement inférieure de 34 % sur 4 mois, de mars à juin. En revanche, l'activité d'hospitalisation issue des urgences a quant à elle progressé sur toute la période d'environ 25 %.

La crise connaît donc un épicentre entre les mois de mars et mai, mais s'étire dans le temps, contribuant à une réduction globale de l'activité des urgences de 34 % environ. L'ARS insiste sur la priorité donnée lors des vagues suivantes, au maintien de l'activité médicale et chirurgicale afin d'éviter les retards de prise en charge.

5.2.6 Le reflux de l'activité globale

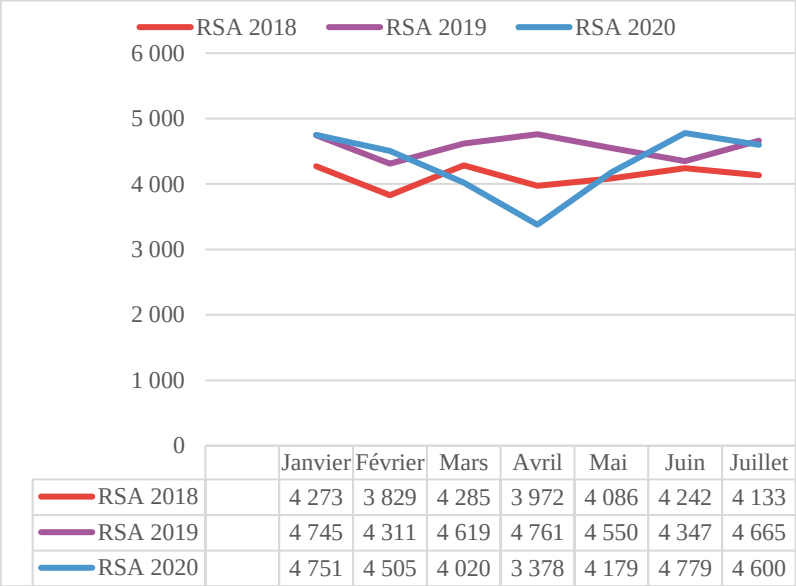
L'établissement a connu une très forte évolution à la baisse du nombre des entrées durant la première vague de la crise sanitaire, avec un effet particulièrement visible en avril 2020 (- 50 %), accompagnée d'une reprise très progressive en mai.

La baisse d'activité se traduit également dans les envois du nombre de séjours[18] valorisés par l'Atih. Le nombre de résumés est en baisse de 17 % sur les trois mois de la première vague, avec un impact négatif sur les 6 premiers mois de l'année de l'ordre de presque 6 %. L'activité du mois d'avril demeure la plus impactée par la crise, accusant un recul des séjours de presque 30 % et de 20 % globalement durant la période de confinement.

Le détail des données est inséré infra et démontre qu'à fin juillet, l'établissement a connu une activité dynamique de sortie de crise, qui n'a pas permis de compenser l'écart négatif des trois mois de confinement (- 1 786 séjours).

[18] Les séjours sont retracés dans le nombre de RSA (résumés de sortie anonymisés) transmis mensuellement par l'établissement sur la plateforme Atih.

Graphique n° 2 : Evolution du nombre de séjours (RSA)

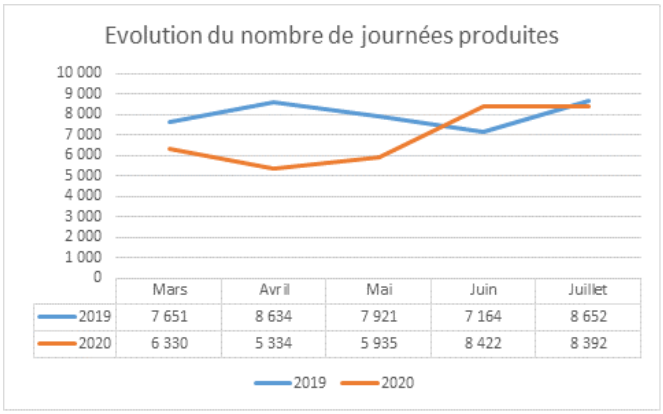


	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
RSA 2018	4 273	3 829	4 285	3 972	4 086	4 242	4 133
RSA 2019	4 745	4 311	4 619	4 761	4 550	4 347	4 665
RSA 2020	4 751	4 505	4 020	3 378	4 179	4 779	4 600

Source : données Atih

Il en va de même en terme de journées produites, l'écart négatif dû à la période de confinement est de l'ordre encore de 6 000 journées à fin juillet. Les données issues de l'Atih sont détaillées par mois (cf. graphique infra) et tendent à démontrer que l'établissement était occupé environ à 60 % de ses capacités au cœur de la crise en avril 2020.

Graphique n° 3 : Evolution du nombre de journées



	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
2019	7 651	8 634	7 921	7 164	8 652
2020	6 330	5 334	5 935	8 422	8 392

Source : données Atih

5.3 L'impact sur la gestion des ressources humaines

5.3.1 Les redéploiements et les renforts en effectifs

Les personnels affectés dans des services subissant une baisse d'activité ou fermeture du fait des déprogrammations, ont été réaffectés dans les unités Covid (service de médecine covid-19 et tente de tri des urgences). Toutefois, au niveau du groupe, seulement deux agents de la clinique Bel Air ont été mis à disposition, ce qui paraît modeste. L'établissement a par ailleurs

eu recours à deux IADE salariés des SCI de médecins anesthésistes réanimateurs issus d'autres structures du groupe GBNA.

La création d'un poste médical avancé a nécessité un renfort en effectifs du fait des consignes d'habillage et de déshabillage entre chaque patient. Les quotas des unités d'hospitalisation ont ainsi été portés à une IDE et une AS pour 6 patients, avec l'appui d'un effectif de couloir.

L'établissement a ainsi pu doubler les effectifs sur les postes de réanimation médicale et les gardes de 12 heures, en permettant de mettre à jour les connaissances des infirmiers n'ayant pas récemment travaillé dans cette discipline.

Dans un article de presse, le directeur général précisait ainsi que « *pour renforcer son service réanimation, Bordeaux-Nord, en charge de 99 patients Covid (hospitalisation et réanimation), a dû recruter 60 personnes. « 1 250 personnes travaillent à Bordeaux-Nord, détaille son directeur. 850 salariés, 200 médecins libéraux et 250 personnes d'entreprises externes. 95 % de notre personnel participent à la mobilisation, les 5 % restant l'ont décliné pour des cas de force majeure comme le cas de parents célibataires avec enfants. On a géré ces 5 % en recrutant et aussi parce qu'on a doublé notre capacité d'accueil Covid, de 15 lits à 29 lits* ».

5.3.2 La formation et l'information des personnels

En réanimation, les professionnels venus en renfort en provenance d'autres services ou d'autres établissements étaient encadrés par les soignants et les médecins formés à la discipline. Dans l'unité, deux médecins étaient ainsi chargés de rassurer les équipes, tant sur le plan médical (certains soignants connaissaient peu les prises en charge respiratoires car originaires d'un service de chirurgie par exemple), que sur le plan épidémiologique.

L'infirmière hygiéniste était, selon la direction, au sein des services de manière quotidienne, afin de former et informer les équipes soignantes.

5.3.3 L'absentéisme

L'absentéisme du personnel non médical durant la crise était lié, selon la direction, aux difficultés d'organisation liées à la garde des enfants, à des états de santé de personnes « vulnérables » ou à des placements en isolement dans la cadre de suspicion ou de contamination au covid-19.

Les arrêts de travail liés aux cas positifs ou contacts parmi les personnels n'ont eu des impacts que lors de la seconde vague, obligeant même la direction à fermer une salle de réveil et à procéder à quelques déprogrammations.

La direction fait part de difficultés liées aux évolutions dans les directives transmises par la CPAM concernant les arrêts maladie des soignants lorsqu'ils sont cas contacts asymptomatiques. En effet, le document adressé aux soignants dans cette situation indique qu'il faut procéder à un isolement de 7 jours, alors que plus récemment, la consigne s'est conformée à celle de l'ARS, qui était de poursuivre l'activité professionnelle jusqu'à réception du résultat biologique. Dans leurs réponses, la CPAM et l'ARS n'ont d'ailleurs pas contesté cette observation.

Par ailleurs, les consignes diffèrent suivant les catégories professionnelles. A titre d'exemple, les diététiciens qui n'appartiennent pas à la catégorie soignante, disposent quant à eux d'un arrêt de travail de 7 jours.

5.3.4 L'organisation du temps de travail

L'établissement n'a pas modifié les roulements de travail (amplitude de 12 heures) et les plannings. Les personnels médicaux étant libéraux, leurs amplitudes de travail ne sont pas gérées par la clinique. Les astreintes n'ont pas connu de modifications pour les personnels non-médicaux.

Les congés ou jours attribués au titre de récupération, n'ont pas été imposés, mais fortement suggérés aux salariés des services en baisse d'activité, pour éviter au maximum l'activité partielle. Selon la direction, les salariés ont bien compris l'enjeu, car beaucoup se sont portés volontaires pour annuler leurs congés, mais la DRH n'a pas toujours souhaité y donner une suite favorable, afin de préserver la santé au travail face à une crise qui s'étire dans le temps.

5.3.5 Les gardes et astreintes médicales

La permanence des soins a été poursuivie avec les spécialités concernées. Un médecin urgentiste supplémentaire a été positionné la nuit dans le poste médical avancé.

Concernant l'unité Covid, un médecin était d'astreinte et joignable 24h/24 pour les prises en charge médicales avec un relais par les anesthésistes-réanimateurs en cas de besoin.

En réanimation, cinq réanimateurs étaient présents la journée et deux la nuit, au lieu d'un seul en temps normal.

Quant au médecins libéraux, mobilisés dans les services Covid, ils bénéficient d'indemnités journalières comme pour une interruption d'activité professionnelle (112 €). Des négociations ont permis de faire progresser cette indemnité. La polyclinique a perçu une dotation de l'ARS en octobre afin de compléter la rémunération des médecins impliqués dans la crise, sans toutefois que les médecins urgentistes ne soient concernés par le dispositif.

5.3.6 L'organisation des instances

Les instances se sont réunies de façon régulière, même durant la crise. Deux réunions de la commission des soins (CSSCT) se sont tenues les 25 mars et 25 juin. Les membres de la CSSCT ainsi que les membres de la CSE (comité social et économique) ont été informés régulièrement par la direction des actions mises en place pour faire face au Covid. Deux réunions de la CME (commission médicale d'établissement) se sont tenues en mars et trois réunions du conseil d'administration.

Par ailleurs, une réunion quotidienne de la cellule de crise était organisée durant la période du 23 mars au 17 avril (comprenant l'ensemble de la direction, un urgentiste, un réanimateur, le médecin responsable de l'unité Covid, le président de la CME). Les réunions se sont par la suite espacées à compter du 18 avril, et sont devenues hebdomadaires.

5.3.7 L'attribution de la prime Covid-19

La direction a pris une décision unilatérale d'attribution d'une prime exceptionnelle dite « prime Covid », en date du 5 août 2020. Cette décision a mis en place des critères spécifiques d'attribution de la prime inspirés du décret n° 2020-568 du 14 mai 2020.

La direction souhaitait ainsi, en référence au décret, attribuer 500 euros minimum pour l'ensemble des salariés et l'ensemble des catégories professionnelles, y compris les personnels administratifs et d'entretien. Elle indique avoir voulu récompenser toutes les catégories sans privilégier les seuls soignants, mais en mettant toutefois en place une surprime d'un montant de 1 500 € pour les services les plus sollicités, dont la liste a fait l'objet d'une négociation syndicale.

Les règles internes se sont écartées du décret en octroyant une prime généralisée de 500 € mais également une surprime plus élevée, mais circonscrite à seulement 20 % de l'effectif. Ces dispositions ont toutefois fait l'objet d'une remise en cause par les organisations syndicales.

La direction a ainsi réuni un comité social et économique extraordinaire en date du 24 août qui a modifié la liste des services répertoriés de façon marginale et précisé qu'un acompte avait été versé début août (70 %) et que le solde serait versé en septembre (30 %).

Selon la direction, l'octroi de cette prime a créé des dissensions internes, alors que la crise avait contribué à rassembler et à créer une solidarité de groupe. Elle indique également que les règles d'attribution des rémunérations ponctuelles octroyées aux médecins libéraux qui se sont rendus disponibles pendant la crise, ont exclu les médecins urgentistes ce qui a été particulièrement mal vécu par la communauté médicale.

6 LES RELATIONS AVEC L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

La direction de la clinique indique n'avoir eu des contacts qu'avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, mais aucune relation avec la préfecture, ni le conseil départemental de la Gironde pour ce qui concerne l'Ehpad.

6.1 Les informations transmises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

A la demande de l'équipe d'instruction, la direction de la qualité a recensé les envois réceptionnés par mail en provenance de l'ARS, diffusant les consignes nationales et divers protocoles. Les envois de consignes et recommandations étaient quotidiens. Au total, le nombre de mails recensés est le suivant :

- 146 documents, mesures, recommandations de l'ARS et/ou du niveau national ;
- 76 mails le week-end du 14 et 15 mars ;
- 9 mails le week-end du 9 et10 mai ;
- 45 mails en avril et mai.

Il apparaît que cette abondance de consignes, enquêtes, requêtes, mails a été source de désorganisation et d'instructions tardives, parfois même discordantes.

6.2 Les remontées d'information vers l'ARS

L'ARS disposait des transmissions via les applicatifs nationaux concernant le nombre de cas Covid accueillis au sein des établissements (fichier SI-VIC) et l'occupation des lits via le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

L'ARS a cependant adressé 58 mails durant la période de crise demandant des recensements divers. En effet, ces mails demandaient de renseigner des tableaux sur le recensement de masques, des EPI, des médicaments, des pompes à oxygène, de l'accueil des personnes âgées, des prises en charge des insuffisants rénaux chroniques, des prises en charge en oncologie, du fonctionnement du SSR, du nombre de respirateurs, du recensement des chambres mortuaires, des commandes de médicaments non honorées, et des dispositifs médicaux implantables.

La direction de la Polyclinique s'interroge sur le bénéfice de tels envois, très chronophages pour l'établissement au moment du pic de l'épidémie. L'établissement indique en effet n'avoir pas eu de retour quant à l'utilisation de ces données, sachant qu'une partie des recensements de matériels avait été opérée par l'ARS lors de l'inspection du service d'urgence en 2019. Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ARS précise que ces remontées d'information ont pu notamment contribuer à éviter les ruptures d'approvisionnement en EPI.

6.3 Le rôle de facilitateur de l'ARS

Une visioconférence quotidienne était organisée par l'ARS et une conférence téléphonique avec tous les établissements de la Gironde sous l'égide de la délégation départementale. La direction de la Polyclinique insiste sur la grande disponibilité dont a fait preuve l'ARS.

Elle préconise toutefois de s'interroger sur l'efficacité de ces réunions dont la durée de deux heures paraît disproportionnée au regard des impératifs quotidiens, surtout lors de la seconde vague. Comme l'illustrent ces réunions, selon la direction, c'est l'arbitrage régional de l'ARS qui fait défaut lors de la seconde vague, afin de ne pas toujours laisser le CHU de Bordeaux occuper ce rôle.

7 LES RELATIONS AVEC LES ACTEURS DE SANTE

Dans la presse, le directeur de la délégation départementale de la Gironde a salué « *une véritable coopération [qui] a gommé tout esprit de concurrence* ». Pour le directeur de la Polyclinique, la cohésion s'est opérée entre établissements qui possèdent des unités de réanimation. La direction de PBNA indique n'avoir pas eu de relations soutenues avec les établissements sanitaires privés. C'est ainsi que son interlocuteur privilégié a essentiellement été le CHU, avec lequel les relations sont facilitées de par l'absence de concurrence entre les deux établissements.

7.1 L'organisation des prises en charge des sujets âgés Covid suspects au sein du groupe GBNA

Le groupe a structuré une filière gériatrique Covid en identifiant un établissement de référence du groupe « les Pins Francs » (PBCA), permettant d'accueillir dans de meilleures conditions les personnes âgées susceptibles d'être infectées. Cette filière gériatrique était déjà fonctionnelle avant la crise mais s'est adaptée aux prises en charge des cas Covid.

Ainsi, les 65 lits des « Pins Francs » ont pu être sanctuarisés afin d'organiser une prise en charge gériatrique adaptée avec des médecins gériatres. A la fin de de la crise, presque la totalité des chambres, transformées en chambres seules, ont été mobilisées pour l'accueil des personnes âgées.

7.2 Les relations avec les professionnels libéraux

La clinique exprime avoir eu très peu de contacts avec les professionnels libéraux spécialistes extérieurs, en dehors de ceux travaillant au sein du groupe GBNA venus pour partie renforcer les effectifs médicaux de la Polyclinique.

Les professionnels libéraux de l'établissement ont largement contribué à la gestion de la crise en annulant l'activité programmée et en participant à la prise en charge des patients Covid hospitalisés dans l'unité médicale dédiée et aux urgences. Les médecins sont restés disponibles pour expliquer les prises en charge et mesures barrières, pour sécuriser et rassurer les soignants.

Au sein du PMA, il y avait en permanence un médecin ayant un rôle de formateur pour diffuser l'information en continu, notamment au bénéfice des professionnels libéraux extérieurs.

7.3 La communication externe

Quelques articles ont été publiés dans le quotidien Sud-Ouest, beaucoup de communications ont été réalisées sur la page LinkedIn pour informer mais aussi pour remercier les nombreux commerçants, artisans, professionnels divers qui ont adressé des cadeaux aux salariés (pâtisseries, repas, etc.). Plusieurs grandes surfaces ont été sollicitées pour doter de vêtements les patients transférés par train.

La direction insiste sur l'élan de générosité dont a fait l'objet la clinique, recevant quotidiennement des repas pour les équipes soignantes préparés par les restaurateurs situés à proximité de la Polyclinique.

8 UNE CRISE DURABLE : DU DÉCONFINEMENT A LA DEUXIEME VAGUE

La direction de PBNA estime que la garantie de financement (GDF) a joué son rôle lors des trois mois de confinement, mais elle remet toutefois en cause son maintien dans le temps. En effet, elle favoriserait, selon elle, la non-reprise de l'activité dans certains établissements afin de ne pas dépasser l'activité de N-1 et éviter tout surcoût.

La direction redoute que la crise ne se traduise par une prime à la mise en place d'orientations purement économiques, au détriment de la prise en charge des patients.

8.1 L'impact sur les moyens matériels

8.1.1 Une surconsommation d'EPI

L'établissement a organisé des réunions hebdomadaires en avril et mai, puis plus espacées depuis le mois de juin, afin de dresser le bilan des stocks au regard de l'évaluation des besoins. Il se félicite de la réactivité de la pharmacie centrale et de la plateforme logistique Groupe qui ont su anticiper les difficultés et proposer des nombreux essais et solutions alternatives.

Les modifications dans les pratiques et la généralisation des mesures barrières dans l'établissement impliquent des surconsommations quotidiennes d'EPI, comme le démontre la cellule qualité qui a procédé au recensement suivant :

- zone mesures barrières à l'entrée FINLAY depuis le 11 mai 2020 en moyenne : 1 350 passages par jour (y compris les soignants) ;
- masques chirurgicaux : 100 par jour, majoritairement aux soignants qui rentrent sans masques ;
- masques en tissus: 100 par jour, puis entre 60 et 80 masques par jour ;
- solutions hydroalcooliques (installation des totems) : moyenne de 3 à 4 litres par jour.

La modification durable des comportements et le maintien des gestes barrières, induisent des surcoûts qui perdurent dans la période postérieure à la première vague et dont le coût annuel sera plus élevé que prévu initialement.

8.1.2 Les difficultés d'approvisionnement

Il existe une tension sur le marché concernant les gants obligeant l'établissement à rechercher des solutions alternatives, à former le personnel sur leur bonne utilisation et sur les changements de pratiques professionnelles.

Les sur-blouses stériles (en dialyse par exemple) sont en rupture de stocks chez de nombreux fournisseurs, obligeant à tester l'usage de sur-blouses non stériles et leur possible stérilisation. L'établissement a même eu recours à l'embauche d'une salariée durant deux semaines afin de mettre les sur-blouses livrées non stériles sous poche et permettre leur stérilisation localement. Il en est de même pour les kimonos stériles utilisés au bloc opératoire. Plus globalement, ce sont les protections stériles qui font défaut.

8.2 Les évolutions dans la gestion du personnel : le recours au télétravail

Les personnels administratifs ont pu bénéficier du télétravail en urgence, alors que l'établissement ne s'y était pas préparé. Le retour progressif au travail sur place était, selon la direction, indispensable pour pouvoir proposer une véritable politique en la matière, et permettre sa pérennisation.

Beaucoup d'efforts ont été demandés aux équipes soignantes, ce qui a inévitablement généré des attentes, notamment en terme de revalorisation des carrières. Cependant, l'établissement n'identifiait pas de réel impact psychologique au moment de l'instruction et avant la fin de la seconde vague de l'épidémie.

8.3 Les tests réalisés

Les tests sont réalisés par un laboratoire privé, ce qui ne permet pas de disposer de données consolidées dans le cadre de la présente instruction.

Globalement, au début du mois de juillet, l'établissement effectuait le recensement suivant :

Tableau n° 12 : Volume de tests en laboratoire

Nombre de tests réalisés	Au 31 juillet 2020
Pour les patients hospitalisés	195
Pour les patients externes	928
Pour les professionnels de santé	91 salariés + 19 médecins
Total	**1 123**

Source : données établissement

8.4 L'activité à la sortie du confinement

8.4.1 La tentative de relance de la programmation

La reprise de l'activité a été organisée grâce à des réunions avec les praticiens et des échanges de mails en amont du déconfinement. La reprise s'est organisée en conformité avec les recommandations nationales et des sociétés savantes, ainsi qu'avec les consignes de l'ARS.

Il a été cependant nécessaire de veiller à réguler le nombre de patients présents en même temps, notamment dans les salles de consultations, et pour ce faire, les plages ont été augmentées en intégrant les samedis, afin de relancer l'activité. La clinique a d'ailleurs proposé à certains praticiens des augmentations de plages chirurgicales.

Toutefois, les activités médicales et le flux de patients, en dehors des urgences, dépendent en réalité de l'organisation et de la planification des praticiens libéraux qui gèrent chacun de façon indépendante, le flux de leurs patients programmés.

8.4.2 L'impact sur les activités spécialisées hors Covid

L'analyse des données détaillées du PMSI permet d'isoler le recul de certaines activités durant la période de confinement ainsi que la progressivité du retour à la normale.

L'activité de prise en charge du cancer a été maintenue à PBNA et n'a pas fait l'objet d'une déprogrammation durant la crise sanitaire. Pourtant, ainsi que le démontre le tableau qui suit, les prises en charge ont été moins nombreuses, sans doute du fait de l'absence d'adressage par les médecins libéraux. Il est donc vraisemblable de penser qu'il y a eu un retard dans les diagnostics, mais cependant compensé par un fort rattrapage en juin et juillet concernant notamment les séances de chimiothérapies. L'activité de radiothérapie, quant à elle, semble avoir été peu impactée en nombre de séjours.

Tableau n° 13 : Activité de traitement du cancer

Nombre de séjours/séances	janvier février 2019	mars à mai 2019	janvier à juillet 2019	janvier février 2020	mars à mai 2020	Ecart mars mai 2020/ 2019	janvier à juillet 2020	Ecart janvier-juillet 2020/ 2019
Traitement du cancer - Chirurgie	190	373	663	188	213	- 160	633	- 30
Traitement du cancer - Chimiothérapie (séjours)	129	276	477	150	176	- 100	456	- 21
Traitement du cancer - Chimiothérapie (séances)	1526	3027	5368	1634	2358	- 669	5562	194
Traitement du cancer - Radiothérapie (séjours)	4	27	34	4	2	- 25	17	- 17

Source : données Atih

L'activité de médecine spécialisée et notamment la cardiologie interventionnelle a chuté de 80 % pendant la première vague, et n'a pas récupéré le retard à fin juillet, cette activité restant nettement inférieure aux exercices précédents, même à l'issue de la période estivale.

Les séances et hospitalisations partielles, déprogrammées durant la période de la crise sanitaire, ont toutes décru de 50 % durant la période de confinement. Elles sont toutefois compensées par une très forte activité en juin et juillet.

Tableau n° 14 : Activité de médecine hors Covid

Nombre de séjours/séances	janvier février 2019	mars à mai 2019	janvier à juillet 2019	janvier février 2020	mars à mai 2020	Ecart mars-mai 2020/2019	janvier à juillet 2020	Ecart janvier-juillet 2020/2019
Médecine Activité interventionnelle	1 361	2 804	4 876	1 488	961	- 1 843	3 976	- 900
Médecine en hospitalisation partielle (0jours)	406	824	1472	499	491	- 333	1 528	56
Médecine en hospitalisation partielle	449	1 010	1726	512	678	- 332	1 658	- 68
Médecine en hospitalisation complète (séances)	795	1 580	2796	735	824	- 756	2 362	- 434

Source : données Atih

L'activité chirurgicale a fait l'objet d'une déprogrammation massive en mars 2020, conduisant à une fermeture de l'unité de chirurgie ambulatoire. La forte augmentation de cette activité durant les deux premiers mois de l'année a donc été totalement neutralisée par une régression de 50 % de l'activité durant les mois de confinement. Les progressions des activités chirurgicales durant les mois de juin et juillet ont permis à l'établissement de récupérer son retard, voire de faire progresser son activité ambulatoire en comparaison avec 2019.

Tableau n° 15 : Activités de chirurgie hors Covid

Nombre de séjours/séances	janvier février 2019	mars à mai 2019	janvier à juillet 2019	janvier février 2020	mars à mai 2020	Ecart mars-mai 2020/2019	janvier à juillet 2020	Ecart janvier-juillet 2020/2019
Chirurgie ambulatoire	588	1 060	1942	761	553	- 507	2 074	132
Chirurgie en hospitalisation complète	755	1 574	2699	769	765	- 809	2 434	- 265
Neuro-chirurgie	-	7	7	5	0	- 2	5	- 2

Source : données Atih

Seule l'activité obstétricale ne semble pas devoir être impactée par la crise sanitaire, excepté les IVG qui sont en recul de 29 % durant la période de confinement. Globalement, il s'agit de l'unique activité de l'établissement qui ne semble pas avoir été impactée par la crise sanitaire.

La crise sanitaire a eu un impact sur l'ensemble des activités spécialisées de l'établissement, conduisant à des prises en charge moins nombreuses et à des retards de diagnostics. Toutefois, l'établissement a produit un effort considérable pour faire progresser son activité en juin et juillet afin de récupérer les retards des mois précédents.

8.4.3 Une organisation qui reste en situation d'alerte maximale

La période de déconfinement se caractérise toutefois par le maintien du PMA devant le service des urgences et donc la distinction entre les circuits. Cela se traduit par la nécessité de disposer d'un local, du matériel (informatique et médical) et du personnel, tous dédiés à ce fonctionnement.

Les lits de réanimation sont restés armés en cas d'afflux potentiel (les 8 lits de surveillance continue adossés à la réanimation) et désarmés progressivement. Les soins continus de chirurgie ont été au départ localisés en soins continus de cardiologie afin de laisser les lits disponibles pour accueillir les patients. Un secteur en cardiologie a été identifié pour être transformé, si besoin, en unité Covid.

La cellule de régulation de l'établissement gère les programmes opératoires en fonction des lits disponibles et des recommandations nationales. Le programme opératoire n'a donc jamais été totalement stoppé, bien que très ralenti. A la clôture de l'instruction en novembre, aucune déprogrammation n'avait encore eu lieu.

9 L'IMPACT FINANCIER DE LA CRISE

9.1 Le versement de la garantie de financement : une T2A entre parenthèses

9.1.1 Le mécanisme de la garantie de financement : une avance de trésorerie

L'assurance maladie a mis en place une garantie de financement (GDF) calculée en référence aux versements de 2019 au titre de l'activité. La Polyclinique évoque l'atout de cette procédure qui a permis d'éviter toute rupture de trésorerie. A contrario, elle met en exergue l'inconvénient de ne pas percevoir le montant total des recettes 2019 (toutes les recettes ne sont en effet pas incluses dans la garantie), tout comme l'effet pervers de la poursuite de ce mécanisme dans le temps car il ne susciterait pas la reprise d'une activité soutenue.

En effet, le mécanisme s'apparente à une avance de trésorerie basée sur le versement N-1. Chaque versement de 2020 est donc amputé du montant des factures adressées par l'établissement au titre de l'activité réalisée en 2020. Elle se traduit donc par une GDF négative pour la Polyclinique à compter du mois de juin. L'ARS indique que concernant les établissements privés, le système d'avance a eu pour avantage de sécuriser le niveau de recettes à un niveau équivalent à celui de 2019, sans pour autant stopper l'envoi de factures auprès de l'assurance maladie. Le montant total de la garantie ne sera ainsi finalisé qu'à la fin de l'exercice 2020.

Les pertes d'activité traduites au sein du « chiffre d'affaires soins » s'élèvent ainsi à - 1,1 M€ à fin septembre, par comparaison avec 2019. Elles sont neutralisées par le versement de la GDF à hauteur de 1,2 M€. Toutefois, comme que le montre le tableau infra, la croissance d'activité à l'issue du confinement l'est également, ce qui en l'espèce se traduit par l'absence de versements à hauteur de l'activité produite par la clinique soit 1,2 M€ environ à fin septembre.

Tableau n° 16 : Le détail des versements de la GDF

Montants en K€	janv. 2020	fév. 2020	mars 2020	avril 2020	mai 2020	juin 2020	juillet 2020	août 2020	sept. 2020	Cumul sept. 2019	Cumul sept. 2020	Ecart 20/19
CA Soins	*6 552*	*6 293*	*5 559*	*4 718*	*5 727*	*6 421*	*6 679*	*5 782*	*6 322*	*55 183*	*54 052*	*-1 131*
Simulation garantie de financement COVID 19	*0*	*0*	*763*	*1 267*	*384*	*-255*	*-453*	*-346*	*-120*	*0*	*1 239*	*1 239*

Source : données PBNA

Selon la direction, le mécanisme même de la garantie de financement peut conduire à des effets pervers contraires à l'intérêt des patients. Ainsi, toute progression des charges supérieure à 2019 induit une situation déficitaire. C'est pourquoi la direction de PBNA indique que la poursuite du mécanisme de GDF conduit à limiter l'activité d'hospitalisation, surtout dans un contexte de grande difficulté de recrutement des professionnels infirmiers.

Les négociations avec les fédérations représentant les établissements de santé privés à but lucratif n'étaient pas abouties, les montants des GDF ne sont, à la clôture de l'instruction, qu'estimatifs.

L'absence de visibilité sur les modalités de récupération de ces avances, ou de neutralisation en fin d'exercice et de régularisation en mars 2021, constitue une source d'inquiétude pour la direction financière du groupe. L'ARS, tout en insistant sur la réactivité du système d'avances et ses avantages, confirme l'absence de visibilité concernant à la fois le montant et les modalités de remboursement de ces avances consenties par l'assurance maladie.

9.1.2 Les recettes à l'activité perçues

La principale perte de la clinique est liée à la diminution des séjours durant la crise. La forte reprise de l'activité en juin n'a que compensé pour partie cette diminution à fin septembre, ainsi que le démontre le tableau infra.

Tableau n° 17 : Les recettes à l'activité à fin septembre

Détail des quelques recettes à l'activité perçues	Cumul septembre 2019	Cumul septembre 2020
Séjours de chirurgie	12 851 379	12 216 689
Séjours de médecine (complète et ambulatoire)	10 165 506	9 175 941
Séjours ambulatoire en chirurgie	4 204 178	4 256 234
Séjours obstétrique	5 051 487	5 440 693
Séjours de néonatalogie	287 055	267 048
Suppléments de réanimation	2 220 429	2 406 263
Suppléments de surveillance continue	1 257 752	1 255 373
Suppléments soins intensifs de cardiologie	1 231 489	1 229 973
Séjours de chimiothérapie	2 009 178	2 073 199
Dialyses en centre	4 450 731	4 358 584
IRM	1 383 930	1 289 222
Médecine nucléaire	1 907 063	1 915 979
Urgences	936 863	918 927
CA Soins hors Refacturation	***55 182 800***	***55 291 402***
GARANTIE FINANCEMENT COVID 19	*0*	*1 239 452*
PRODUCTION VENDUE	**71 809 723**	**72 874 977**

Même si certaines activités se sont maintenues (obstétrique, chimiothérapie, médecine nucléaire, réanimation), la Polyclinique n'a toujours pas pu compenser fin septembre les pertes liées à la période de confinement.

9.2 L'impact budgétaire des surcoûts liés à la crise sanitaire

Les surcoûts concernent les achats supplémentaires (médicaments) ou à tarifs plus élevés (masques, blouses, SHA), les frais de personnel en renfort, les aménagements divers (poste de travail, tente de dépistage, etc.), les investissements (logiciel, respirateurs, etc.).

Le montant ainsi identifié par l'établissement est évalué à 793 K€, dont le détail est inséré en annexe du présent rapport[19].

Le renfort des personnels lié à la crise représente 15 ETP en mars, 25,3 ETP en avril, 13,7 ETP en mai. Le nombre supplémentaire d'effectifs recrutés durant la première vague de la crise était de 54 ETP. Le nombre d'heures supplémentaires liées à la crise Covid ne constitue pas la charge la plus importante constatée par l'établissement. En effet, la majoration du nombre total d'heures supplémentaires à fin juin 2020 ne représente environ que 10 % de plus (en nombre d'heures et en valeur) en comparaison avec l'année précédente.

L'essentiel des surcoûts est donc représenté par les effectifs supplémentaires liés à la création d'« *effectifs de couloir* ». Les surcoûts actuellement déclarés à l'ARS n'ont pas encore été compensés.

[19] Tableau détaillé des surcoûts en annexe 6.

9.3 Les autres recettes

Les recettes autres que celles à l'activité connaissent une forte évolution à la baisse durant la période de crise sanitaire. Le chiffre d'affaires hôtelier est composé des facturations de téléphone, de Wi-fi, des chambres particulières, des prestations funéraires, de la télévision, des repas accompagnants, des lits accompagnants. Le chiffre d'affaires dit « autres » est composé des facturations de loyers aux praticiens et SCI médicales, des forfaits de transports sanitaires, des redevances diverses, des parkings, de produits issus de la recherche clinique, etc.

À titre d'exemple, à fin mai, l'impact cumulé est de - 15 % pour les recettes hôtelières et - 14 % pour les autres recettes, soit un montant total de plus de 500 K€.

Tableau n° 18 : L'évolution des autres recettes à la fin du confinement

Autres recettes	Cumul réalisé fin mai 2019	Cumul réalisé fin mai 2020	Evo. mai 20/19
Chiffre d'affaires « Hôtelier »	*1 991 272*	*1 678 157*	*-15,7 %*
Chiffre d'affaires « Autres »	*1 969 004*	*1 686 941*	*-14,3 %*

Source : données PBNA

À fin septembre, l'impact cumulé des pertes pour les deux chiffres d'affaires s'est réduit mais reste de l'ordre de - 7 % pour chacun, soit au total plus de 480 K€.

Tableau n° 19 : L'évolution des autres recettes à fin septembre

Autres recettes	Réalisé septembre 2019	Budget prévisionnel septembre 2020	Réalisé septembre 2020	Ecart 19/20
Chiffre d'affaires Hôtelier	*3 408 153*	*3 396 678*	*3 177 825*	*-6,8 %*
Chiffre d'affaires Autres	*3 522 904*	*3 529 708*	*3 269 823*	*-7,2 %*

Source : données PBNA

La direction des finances indique notamment que le tarif des chambres particulières ne peut plus être facturé, alors-même que tous les patients en bénéficient par application des mesures d'isolement. En effet, la règle précise qu'elle ne peut procéder à la facturation d'une chambre particulière sans l'accord explicite du patient. Or, à l'heure actuelle, l'établissement ne met à disposition que des chambres individuelles par mesure de précaution, mais sans prendre en considération le choix du patient.

9.4 L'impact sur la situation économique de PBNA

L'établissement indique qu'à fin octobre, la situation économique de la clinique s'est dégradée, la GDF ne prenant en compte que les séjours et non les recettes hôtelières, et les produits divers (loyers, baisse des redevances des médecins libéraux et diminution des activités annexes).

La clinique estime que son résultat d'exploitation sera en retrait de 891 K€ à fin septembre et évalué à presque 2 M€ en fin d'exercice (y compris le versement de la GDF et même dans l'hypothèse d'une prise en charge de la totalité des surcoûts déclarés par l'établissement à l'ARS), soit une baisse d'environ 48 % en fin d'exercice.

L'état financier suivant permet de mesurer la baisse du chiffre d'affaires soins mais également la progression des chiffres d'affaires refacturés et autres produits qui permettent globalement d'enregistrer une progression de l'ordre de 1,5 % des produits à fin septembre.

La progression des charges est évaluée à 5 % à fin septembre et l'excédent d'exploitation en baisse de 24 %.

Tableau n° 20 : Situation économique de PBNA

Etat de suivi financier PBNA à fin septembre 2020	Réalisé Septembre 2019	Budget prévisionnel Septembre 2020	Réalisé à Septembre 2020	Ecart 19/20
PRODUITS D'EXPLOITATION	**73 843 035**	**75 837 308**	**74 945 745**	**1,5 %**
Chiffre d'affaires hors refacturation	62 113 858	64 611 211	61 739 050	-0,6 %
CA Soins	*55 182 800*	*57 684 825*	*54 051 950*	*-2,0 %*
****** Simulation garantie de financement COVID 19***	**-**	**-**	***1 239 452***	
CA Hôtelier	*3 408 153*	*3 396 678*	*3 177 825*	*-6,8 %*
CA Autres	*3 522 904*	*3 529 708*	*3 269 823*	*-7,2 %*
Chiffre d'affaires refacturé	9 695 865	9 641 722	11 135 927	14,9 %
Autres produits	2 033 311	1 584 375	2 070 768	1,8 %
CHARGES D'EXPLOITATION RETRAITEES	**(64 971 802)**	**(67 597 811)**	**(68 216 834)**	**5,0 %**
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION RETRAITE	**8 490 390**	**7 917 354**	**6 406 532**	**-24,5 %**
RESULTAT D'EXPLOITATION	**2 891 150**	**2 009 919**	**891 644**	**-69,2 %**

Source : données PBNA

9.5 Les aides perçues

Lors de la première notification des aides liées à la compensation des surcoûts liés au Covid, l'établissement, identifié en niveau 3, n'a pas pu bénéficier des montants attribués en priorité aux établissements identifiés comme étant de niveau 1 dans le plan ORSAN.

Il a toutefois bénéficié d'un montant au titre de la prime Covid à destination des salariés pour un montant total de 755 303 €, conforme aux déclarations de l'établissement. Il a perçu par ailleurs des crédits exceptionnels en octobre puis novembre, pour un montant total de 1 156 246 €, comprenant des surcoûts globaux (837 K€), le renfort en réanimation (148 K€), un montant de compensation pour le corps médical mobilisé (71 K€) et pour les pertes liées aux autres recettes (282 K€). Ces montants sont conformes aux déclarations de l'établissement, excepté concernant le corps médical. En effet, les montants ne comprennent pas les rémunérations des urgentistes, exclus du dispositif d'indemnisation exceptionnel.

Le montant global des aides était ainsi de 1,9 M€ à la clôture de la présente instruction.

ANNEXES

Annexe n° 1. Détail des stocks en EPI 48
Annexe n° 2. L'activité de réanimation 49
Annexe n° 3. Détail du recensement transmis via SI-VIC 50
Annexe n° 4. Exemples de Bilans qualité 51
Annexe n° 5. Détail des patients transférés depuis d'autres régions 52
Annexe n° 6. Tableau des surcoûts liés à la crise 53

Annexe n° 1. Détail des stocks en EPI

Évolution des stocks d'EPI

	01/01/2014	01/01/2015	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019	01/01/2020
SHA 1000 ml : H00146	*236*	*244*	*681*	*678*	*436*	*342*	***1 293***
SHA 500ml : H0045	*567*	*0*	*687*	*1 446*	*1 478*	*2 755*	***1 715***
Total SHA (en équivalent 500 ml)	*1 039*	*488*	*2 049*	*2 802*	*2 350*	*3 439*	***4 301***
Masque soins : H00157	*0*	*10 800*	*10 150*	*14 050*	*21 900*	*21 650*	***23 100***
Masque FFP2	*475*	*450*	*750*	*375*	*400*	*1 100*	***1 100***
Blouse isolation : HM108	*1 680*	*950*	*2 940*	*720*	*1 340*	*590*	***850***

Source : données PBNA à partir du tableau de l'enquête CRC

Annexe n° 2. L'activité de réanimation

Détail des patients hospitalisés par unité

Nombre de patients	Année 2020				
	mars	avril	mai	juin	juillet
Réanimation	35	25	25	19	
dont lié au Covid	19	11	0	1	
Soins intensifs	0	0	0	0	
dont lié au Covid	0	0	0	0	
Soins continus	19	7	18	15	
dont lié au Covid	0	0	0	0	
Autres services médecine	340	266	362	457	
UNITE COVID (30 lits)	149	90	fermée	fermée	

Nombre de patients	Année 2019				
	mars	avril	mai	juin	juillet
Réanimation	34	26	21	23	29
Soins continus que post op et post rea	24	21	25	28	27
Autres services médecine	405	471	446	437	430

Nombre de patients	Année 2018				
	mars	avril	mai	juin	juillet
Réanimation	44	39	31	34	40
Soins continus que post op et post rea	23	15	23	22	23
Autres services médecine	442	374	430	409	429

Source : données établissement/ tableau CRC

Annexe n° 3. Détail du recensement transmis via SI-VIC

Recensement interne des cas de Covid-19 transmis via SI-VIC

Semaines vague 1	**Nombre cas de Covid répertoriés**	**Dont nombre cas de Covid+**
Semaine 12 (16 au 21 mars)	12	4
Semaine 13 (22 au 28 mars)	50	27
Semaine 14 (29 mars au 4 avril)	32	14
Semaine 15 (5 au 11 avril)	36	15
Semaine 16 (12 au 18 avril)	32	6
Semaine 17 (18 au 24 avril)	10	3
Semaine 18 (26 avril au 5 mai)	5	0
Sous total confinement	**177**	**69**
Semaine 19 (2 au 7 mai)	8	0
Semaine 20 (10 au 18 mai)	3	0
Semaines 21, 22, 23, 14, 25 Du 18 au 29 juin	5	1
Juillet	6	0
Sous total mars à fin juillet (vague 1)	**199**	**70**
Août	2	0
Semaine 36 (1er au 5 septembre)	9	2
Semaine 37 (6 au 12 septembre)	16	0
Semaine 38 (14 au 19 septembre)	23	3
Semaine 39 (20 au 26 septembre)	26	1
Semaine 40 (27 septembre au 3 octobre)	31	2
Semaine 41 (4 au 10 octobre)	25	3
Semaine 42 (11 au 17 octobre)	23	4
Total vague 2 (depuis le mois d'août)	**155**	**15**

Source : données PBNA

Annexe n° 4. Exemples de Bilans qualité

Exemple de bilan qualité au 18 mai :

982 patients,

69 soignants dont 5 positifs,

16 médecins dont 1 positif,

7 patients transférés depuis les Zones rouges et 7 sortis.

5% ont été transférés vers des structures d'aval,

5 Décès [*62-80ans*].

43 % de femmes et 57 % d'hommes,

Age moyen : 51 ans [Min=2 ; Max=101], 12 mineurs,

.10,5 % positifs, 47 % négatifs, 42,5 % non prélevés,

.116 dossiers dans Si-Vic

Exemple de bilan qualité au 03/07/2020 :

.1125 patients ont été accueillis à PBNA (passages tente, hospitalisations),

.125 dossiers ont été saisis dans Si-Vic,

Âge moyen : 51 ans [Min=2 ; Max=101]. L'enfant de 2 ans a été pris en charge sous la tente, puis retourné à domicile, en tout début de l'épisode (fin mars),

.12 mineurs ont été concernés,

.43 % de femmes et 57 % d'hommes,

.10,5 % ont été testés positifs, 47 % sont négatifs, les 42.5 % restant sont en attente de saisie,

.97 % des patients sont passés par la tente, les autres étant accueillis par des transferts et des mutations,

.49 guérisons (au sens DGS du terme, c'est à dire COVID confirmés + hospitalisés + retour à domicile), et 821 Retours à domicile (qui sont eux aussi quelque part des guérisons),

.5 % ont été transférés vers des structures d'aval,

.5 Décès [62-80ans].

Annexe n° 5. Détail des patients transférés depuis d'autres régions

Patients	Provenance	Durée de séjour	Modalité de sortie	Lieux
1	*Hop Robert Ballanger (93)*	*19*	*Transfert SSR*	*CRRF Henri Lalande*
2	*Hop Argenteuil (95)*	*24*	*Transfert MCO*	*GHI DU VEXIN*
3	*Hop René Dubos (95)*	*17*	*Transfert MCO*	*GHI DU VEXIN*
4	*Hop Cochin (75)*	*20*	*Transfert MCO*	*CHU Ctre Henri Mondor*
5	*CHR METZ (57)*	*36*	*Transfert SSR*	*CRF LE ZANDER*
6	*CHU NANCY (54)*	*22*	*Retour à domicile*	
7	*CH SAINT AVOLD (57)*	*22*	*Retour à domicile*	

Source : données PBNA

Annexe n° 6. Tableau des surcoûts liés à la crise

Détail des surcoûts liés au Covid

Thèmes		Objets	Coût	Différentiel
Ressources humaines		Renforcement des effectifs pour patients Covid: Heures supplémentaires, intérim, repos compensateur	291 494	
Matériels	**Protections**	Lunettes		
		Masques achetés		
		Blouses		17 597
		Respirateurs et consommables	34 760	
	Equipements Médicaux	Stétoscopes	180	
		Equipements UU (fibroscope)	2 994	
		Médicaments (antibiotique)	1 740	
		Manomètre	2 121	
		Consommables des équipements	396 343	
Aménagements		Aménagement de l'environnement	46 263	
Sous total			775 894	17 597
Total				**793 491**

Source : données PBNA

Chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine

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