



COVID-19

**RECUEIL
DE RÉCITS**

COMMENT ONT-ILS VÉCU LA PANDÉMIE ?

**DES DIRECTEURS DE CLINIQUES
ET HÔPITAUX PRIVÉS RACONTENT**

13 MARS-11 MAI 2020

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

**2 Covid-19.
Comment ont-ils
vécu la pandémie ?
Des directrices
et directeurs de cliniques
et hôpitaux privés
racontent**

**3 Une chronologie de
la crise pandémique.
Extraits des éditos de
Ségolène Benhamou,
présidente de la
FHP-MCO publiés
dans « Le 13h »**

9 mars 2020

Frédérique Gama

directrice de la Clinique
Médico-Chirurgicale Charcot,
Sainte-Foy-Les-Lyon

**6 Nous avons accueilli le
premier patient atteint
du Covid à Lyon**

23 mars 2020

Nicolas Bioulou

président de la FHP Bretagne

**7 La Bretagne n'a
aucune autorisation
de réanimation privée**

Dr Philippe Tourrand

vice-président de la Clinique
Louis Pasteur, Essey-lès-Nancy

8 Nous nous adaptons

Pascal Delubac

président de la FHP Occitanie

**9 Nous sommes au service
de la population**

Jean-Louis Maurizi

président de la FHP PACA

**10 Nous avons doublé
nos capacités
de réanimation**

31 mars 2020

Dominique Boulangé

présidente du CMC Ambroise
Paré / Pierre Cherest / Hartmann,
Neuilly-sur-Seine

**11 Même 8 jours avant,
je n'y croyais pas**

**Stéphan de Butler
d'Ormond**

président du Groupe Santé
Victor Pauchet, Amiens, SantéCité

**12 J'ai sur le cœur, un enjeu
de santé publique**

Patrick Wisniewski

directeur de la Clinique de
l'Orangerie, Strasbourg, Elsan,
président de la FHP Grand Est

**14 Le tout n'est pas
de démarrer, il faut durer
maintenant**

7 avril 2020

Alain Foltzer

président de la FHP Val-de-Loire
Océan

**15 La pression monte
par manque de travail**

Vincent Vesselle

directeur de la Polyclinique Saint-
Côme, Compiègne

**16 Nous avons été
l'un des premiers clusters
Covid-19**

Dr Olivier Jourdain

gynécologue-obstétricien,
Polyclinique Jean Villar, Bruges,
Elsan, président de CME du
groupe Elsan

**18 En attendant la vague,
il faut échafauder tous
les scénarios**

15 avril 2020

Olivier Verriez

président du groupe HPL,
Boulogne-sur-Mer

- 20 **La réorganisation a été hallucinante**

Bertrand Mignot

directeur de la Clinique Saint-Augustin, Bordeaux, Elsan

- 22 **Nous avons créé une énorme "CPTS"**

Vincent Lacombe

PDG de la Clinique Saint-Exupéry
Toulouse, président FHP REIN

- 24 **Nous avons créé une réponse sanitaire sans marge de manœuvre**

20 avril 2020

Dr Jean Canarelli

président de la FHP Corse
et vice-président de la FHP PACA

- 26 **En Corse, les chiffres de l'épidémie sont tous en baisse**

Alexandre Breil

directeur de l'Hôpital Privé
d'Antony, Ramsay Santé

- 28 **La suite, un jour sans fin...**

Dr Benoît Fontenel

DG du laboratoire d'analyses
Biolab Avenir, Clinique Pasteur,
Toulouse

- 29 **Le drive-test de la Clinique Pasteur est pris d'assaut**

27 avril 2020

Nicolas Valentin

directeur général du groupe C2S

- 30 **À la fin de la crise, chacun devra être fier de ce qu'il a fait !**

Fabrice Derbias

directeur de la Clinique de l'Union
et Marquisat, Ramsay Santé,
directeur du Pôle Toulouse

- 32 **Une prise en charge graduée en 3 niveaux**

Christophe Alfandari

PDG du groupe Saint-Gatien

- 34 **L'approche territoriale a pris tout son sens**

4 mai 2020

Dr Denis Franck

président de l'Association
française de cancérologie - Union
nationale hospitalière privée de
cancérologie (AFC-UNHPC)

- 35 **Les professionnels en cancérologie ont continué de travailler**

Hervé Gourguillon

directeur général de Diaverum
France, Maroc et Italie

- 36 **Une épidémie très cluster-dépendante**

Wilfried Harsigny

directeur de l'Hôpital Privé
Océane, Vannes, Elsan

- 38 **Le 29 février à 22h, nous tenions notre première cellule de crise**

11 mai 2020

Atika Alami

directrice générale territoires -
Île-de-France, Vivalto Santé

- 40 **Ce virus nous a appris à être humbles et modestes, dans un secteur très exigeant qui ne tolère pas le droit à l'erreur**

François Guth

directeur du pôle Lille Métropole,
Ramsay Santé

- 42 **Les hôpitaux se remplissaient mais nous n'avons accueilli aucun patient atteint du Covid-19**

Richard Ouin

directeur de la Clinique du Cèdre,
Bois-Guillaume (Rouen)

- 44 **Nous étions prêts mais nous n'avons accueilli aucun patient**

Philippe Carbonel

directeur du pôle Bourgogne,
Ramsay Santé

- 46 **Nous sommes entrés immédiatement dans une gestion solidaire de l'activité avec le CHU**

Covid-19. Comment ont-ils vécu la pandémie ?

Des directrices et directeurs de cliniques et hôpitaux privés racontent

Le 13 mars 2020, le Plan blanc était déclenché. Le 17 mars à 12h00, la population entrait en confinement et la France basculait dans une expérience inédite, celle d'une crise systémique des organisations.

Des premiers cas de patients atteints du Covid étaient déjà pris en charge dans le secteur hospitalier privé sans rien savoir ou si peu du virus. Des clusters apparaissaient et des départements commençaient à virer au rouge.

Les professionnels de santé des établissements de santé privés, comme leurs collègues et confrères du secteur public, se retrouvaient au front.

La FHP-MCO a souhaité très vite leur donner la parole pour comprendre les réalités de terrain et a publié leur récit chaque lundi dans la newsletter « *Le 13h* ».

C'est à un « journal de bord », chronologique, que cette publication vous invite. Elle pointe le rôle essentiel que l'hospitalisation privée a joué dans la gestion de cette crise, et souligne l'agilité dont le secteur a fait preuve pour faire face. Elle rappelle l'extraordinaire professionnalisme et engagement des équipes soignantes et médicales.

Ce recueil n'est en rien exhaustif des situations diverses rencontrées sur le terrain, il s'est fait au fil de l'eau au gré des disponibilités des uns et des autres. Il vient clore cette première séquence de la pandémie.



Une chronologie de la crise pandémique. Extraits des éditos de Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO, publiés dans « Le 13h »

10 mars 2020

Covid-19 : préparation au stade 3

La propagation du Covid-19 teste nos stratégies de réponse à une crise sanitaire et notre capacité à vivre ensemble. Calme, lucidité, coordination et solidarité s'imposent. [...] La préparation à une crise sanitaire aiguë et sa gestion resserrent les équipes et challengent nos organisations. Nous nous préparons à affronter cette période par définition instable. [...] Nous allons passer au stade 3 dans les prochains jours, et il faudra là encore s'adapter. Mais notre système de santé sophistiqué et digitalisé ne doit pas trébucher sur la pénurie d'équipements de protection. Ni sur un manque de coordination.

18 mars 2020

Mobilisation pour une guerre efficace

Nous y sommes. En première ligne comme tous les hospitaliers et les autres acteurs de santé, nous répondons présents par une mobilisation totale de l'hospitalisation privée. [...] Les hôpitaux et cliniques privés ont été appelés depuis vendredi dernier à

déprogrammer sans délai les opérations chirurgicales non urgentes afin de faciliter le recours à la réanimation post-opératoire ou à la surveillance continue, avec une attention particulière pour garantir la continuité des soins pour les patients atteints de pathologies chroniques notamment en cancérologie et en insuffisance rénale, mais également pour assurer un accueil de tous les patients qui le nécessiteraient. [...] J'envoie enfin un signal tout particulier à nos soignants et nos praticiens qui font preuve d'une abnégation sans égal qui force un très grand respect. Merci à eux. Merci à vous.

24 mars 2020

Tous solidaires

Plus que jamais, on compte sur nous pour sauver des vies et gagner cette guerre. Et ce contexte nous rappelle que nos équipes médicales et soignantes font le plus beau métier du monde. Nous leur adressons notre immense gratitude. [...] Notre priorité est la protection des professionnels de santé, pour mieux prendre en charge la population. Nous sommes en première ligne et savons à présent que la contagiosité du Covid-19 est impressionnante.

31 mars 2020

Entraide

Face à l'épidémie de coronavirus, toutes les combinaisons sont souhaitées : public/public, privé/privé, public/privé. De cette entraide dépend notre capacité collective à faire face à l'afflux massif de patients contaminés, avec les résultats attendus d'un système de santé qui se place parmi les meilleurs au monde. [...] Que nous disent les directeurs des régions en tension ? Qu'il faut anticiper au maximum. [...] En écho à la FHP et aux régions, nous en appelons à la solidarité au sein de notre secteur en termes de ressources humaines et d'équipements.

07 avril 2020

On manque de matériels mais on a des idées

Les professionnels de santé, débridés par la force de la situation, sont extra-ordinaires. Engagés au-delà de leur exercice habituel, ils démontrent une créativité étonnante pour faire face à la pénurie de matériels et d'équipements de protection, et imaginent des solutions de substitution pour lutter sans relâche contre l'épidémie. [...] La lutte contre l'épidémie bouscule nos pratiques habituelles, avec un seul objectif : comment protéger davantage de soignants et sauver davantage de patients.

15 avril 2020

Espoir et vigilance

Le confinement est reconduit pour 4 semaines. Faire preuve de prudence et appliquer un principe de précaution sont les bases de notre métier. Le message présidentiel est clair, « l'espoir renaît mais rien n'est acquis ». Les efforts doivent être maintenus. [...] Notre priorité immédiate en cette période est d'éviter le plus possible toute « perte de chance » pour chaque patient. La reprogrammation se fera avec discipline et selon une stricte éthique médicale.

27 avril 2020

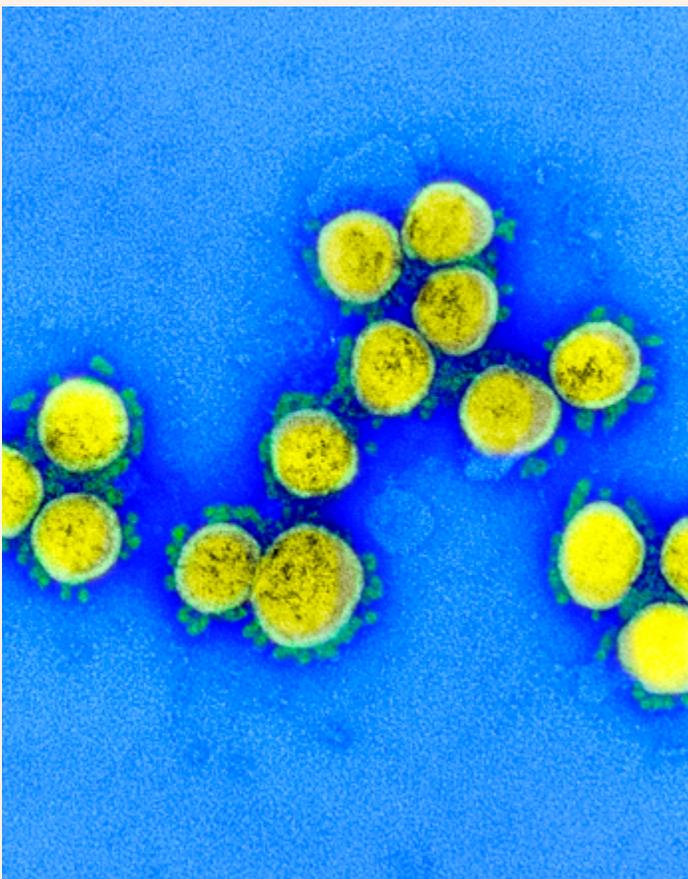
Sécuriser les prises en charge non-Covid

Le nombre de patients Covid hospitalisés en court séjour, et en particulier en réanimation, diminue lentement depuis deux semaines. [...] Nous devons donc apprendre à vivre, à travailler et à soigner avec le risque Covid. Les retours de terrain sont nombreux sur l'augmentation des risques encourus par certains patients du fait du décalage des soins. [...] Cela sous-entend une attitude proactive de la part des professionnels de santé.

27 avril 2020

Hommage au Docteur Jacques Fribourg

Je souhaiterais rendre hommage au Docteur Jacques Fribourg, dont nous avons appris ce week-end le décès des suites du Covid. Médecin urgentiste à l'Hôpital Privé de Trappes dans lequel il a exercé 38 ans et ancien Président du syndicat national des urgentistes de l'hospitalisation privée (SNUHP), il était passionné par son métier et animé par le souci d'être au service de la population.



04 mai 2020

Ma santé 2025

Le plan national « Ma santé 2022 », annoncé en septembre 2018 par le Président de la République, semble dater d'une éternité, au temps où une rupture systémique mondiale n'était pas au programme des plans de continuité d'activité. Il demande à être réécrit à la lumière de nos expériences actuelles. En 2021, les établissements de santé auront à peine normalisé leur rythme d'activité, et c'est à l'horizon 2025 qu'il faut se projeter, étape par étape. Quelles seront les stratégies de réponse à la prochaine crise sanitaire, ou à la crise climatique, dont personne ne pourra dire qu'il n'a pas été prévenu ? L'hospitalisation privée est incontestablement l'un des éléments de réponse et nous serons force de propositions.

*Vous étiez 176 201 au front,
votre travail est inestimable, merci !
Ségolène Benhamou*

9 MARS 2020

FRÉDÉRIQUE GAMADIRECTRICE DE LA CLINIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE CHARCOT,
SAINTE-FOY-LES-LYON

Nous avons accueilli le premier patient atteint du Covid à Lyon

Ce patient s'est rendu à notre centre de consultations non programmées, qui se trouvait être le plus proche de chez lui. Il présentait des symptômes respiratoires mais ne correspondait en rien aux critères du ministère de la Santé. Le médecin coordonnateur qui l'a pris en charge a demandé une radio, qui a été faite sur place, et a de plus sollicité les conseils d'un pneumologue qui a prescrit des antibiotiques. Le patient est rentré chez lui et ce n'est que trois jours plus tard que son état s'est aggravé rapidement. Il a été amené dans un service d'urgence puis a été transféré en service de réanimation de la Croix Rousse à Lyon où il a été testé positif au coronavirus.

C'est notre médecin hygiéniste en lien avec l'ARS qui m'a appelée jeudi dernier à 16h et nous a informés qu'un patient ne rentrant pas dans la définition des cas suspects était passé dans notre structure et s'était avéré un cas de Coronavirus. Nous avons confirmé de part et d'autre que nous parlions du même patient. À partir de là, avec nos équipes, nous sommes entrés immédiatement en gestion de crise. L'activité du centre de consultations et celle de l'imagerie ont été stoppées sur le champ. Notre cellule de crise s'est réunie : 4 personnes dans mon bureau, les autres par téléphone, pour identifier les personnes potentiellement en contact avec

ce patient – personnels et patients. À 20h, l'ARS avait une liste précise et complète des personnes à contacter et toutes les mesures prises en interne. L'agence a validé ces étapes. La cohésion d'équipe a été exemplaire.

Toutes les mesures d'hygiène prescrites la semaine dernière par le ministère ont été suivies à la lettre. Ainsi, une manipulatrice radio, une aide-soignante et le médecin coordonnateur ont été placés en quarantaine en prévention. Les espaces fréquentés par le patient ont été immédiatement nettoyés selon une procédure précise que la responsable des ASH avait déjà anticipée. Nous avons organisé la continuité des soins en tenant compte de ces mises en quarantaine immédiate. Le vendredi matin, nous avons rencontré tous les employés de la clinique, service par service, pour expliquer la situation et toutes les mesures prises. Information faite au corps médical également. Et en milieu de journée, à la demande de l'ARS débordée, nous avons appelé tous les patients concernés, soit une soixantaine de personnes qui étaient présentes dans les locaux, pour les informer de la conduite à tenir. Cette séquence de crise est derrière nous, nous attendons désormais les commandes de nouveaux masques car nous disposons d'un stock pour environ 10 jours. Nous nous adaptons comme chacun à l'évolution des conduites à tenir, qui se sont depuis simplifiées, avec la suppression de la mise en quarantaine notamment !

« Toutes les mesures d'hygiène prescrites la semaine dernière par le ministère ont été suivies à la lettre. »

FRÉDÉRIQUE GAMA

23 MARS 2020

NICOLAS BIOULOU

PRÉSIDENT DE LA FHP BRETAGNE



La Bretagne n'a aucune autorisation de réanimation privée

En Bretagne, les réanimations sont exclusivement dans les hôpitaux publics. 240 lits supplémentaires aux 162 actuels seront nécessaires selon les estimations. Une prise en charge graduée est en place, les établissements se préparent à l'épidémie.

« Les patients positifs sont pris en charge par les structures support des GHT. Une gradation des soins est mise en place et nous prenons dans ce premier temps les patients "non Covid" », explique Nicolas Bioulou, président de la FHP Bretagne. La Bretagne est pour le moment peu touchée par la vague épidémique, et se trouve dans une phase d'organisation et de préparation. « En lien avec ces établissements

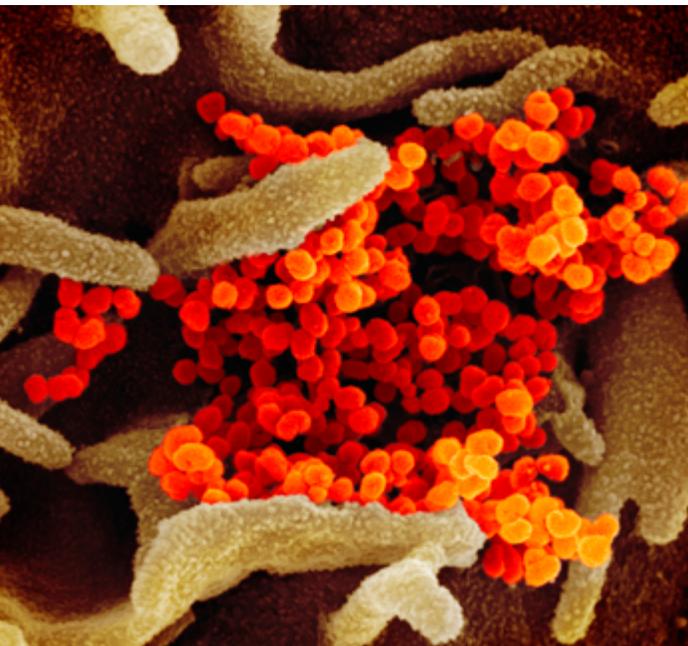
support de GHT, nous avons créé des lits USC de post-réanimation qui pourraient à leur tour être transformés en lits de réanimation si nécessaire en phase très aiguë. Nous avons les compétences et les équipements. Nous anticipons l'étape suivante où nos collègues du public seraient débordés. »

Tous les établissements privés ont déprogrammé l'activité selon les consignes données à la profession. Des médecins anesthésistes réanimateurs participent aux lignes de permanence des soins des hôpitaux. À Rennes, une dizaine de médecins libéraux se sont mis à disposition du CHU pour renforcer les équipes si nécessaire.

« Nous sommes prêts à transférer nos équipements type respirateur vers l'hôpital dès que nécessaire. La coordination avec le secteur public, malgré quelques points de tension rapidement réglés, se fait avec tout le bon sens nécessaire. »

« Tous les établissements privés ont déprogrammé l'activité selon les consignes données à la profession. Des médecins anesthésistes réanimateurs participent aux lignes de permanence des soins des hôpitaux. »

.....
NICOLAS BIOULOU



23 MARS 2020

DR PHILIPPE TOURRAND

VICE-PRÉSIDENT DE LA CLINIQUE LOUIS PASTEUR, ESSEY-LÈS-NANCY

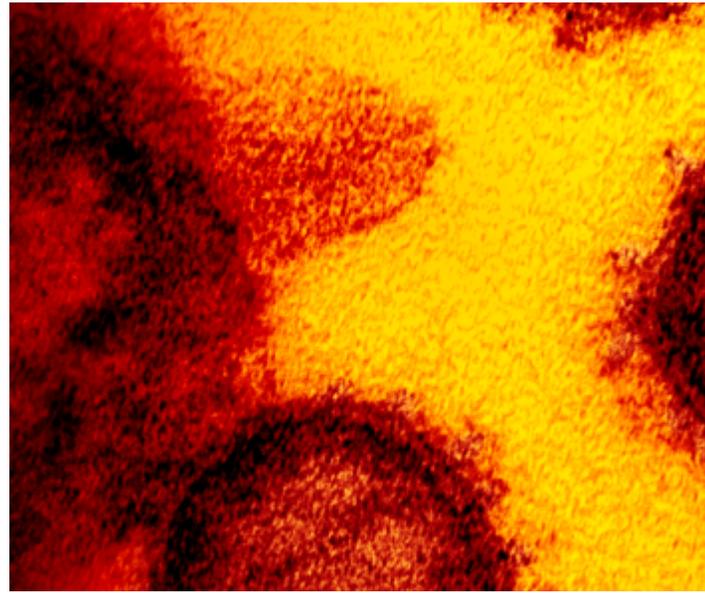


Nous nous adaptons

A la Clinique Louis Pasteur, le service de réanimation polyvalent est sanctuarisé pour les patients « non Covid » et un nouveau service de réanimation de 8 lits qui passera à 10 ou 12 a été créé ainsi qu'un service de médecine « Covid » de 30 lits.

« À cette heure, nous avons 1 place de libre en réanimation mais nous sommes en capacité de monter à 10 voire 12 lits. Nous étions partis sur une hypothèse de 20 lits », explique le Dr Tourrand. Ce lundi après-midi, les 30 lits d'un nouveau service de médecine « Covid » seront ouverts. « Nous avons réorganisé nos services et avons aménagé un service entier. Chaque chambre est monitorée. Nous savons que probablement un quart des patients nécessiteront une réanimation, nous devons nous adapter. » Les étapes suivantes sont anticipées et un autre étage devrait recevoir des lits de post-réanimation « Covid ». Concernant les équipements de protection, la situation s'est débloquée ce week-end et l'établissement a bénéficié d'une livraison de la pharmacie du CHU pour répondre à la situation immédiate.

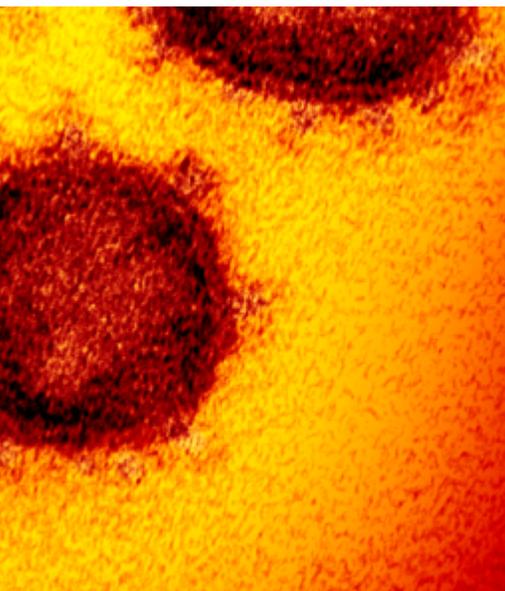
Ailleurs en Lorraine, des accords sont signés entre les établissements publics et privés : à Épinal le Pôle Santé La Ligne Bleue prend en charge les



« Nous avons aménagé un service entier. Chaque chambre est monitorée. Nous savons que probablement un quart des patients nécessiteront une réanimation, nous devons nous adapter. »

DR PHILIPPE TOURRAND

patients de l'hôpital dont l'activité est sanctuarisée « Covid ». Elle lui a par ailleurs envoyé ses respirateurs. À Thionville, la Clinique Ambroise Paré ouvre une unité « tiède Covid » sans lit de réanimation, et de même a envoyé ses respirateurs à l'hôpital de Metz.



« Le point est fait sur la gestion des lits de soins critiques et sur la situation épidémiologique. Nous sommes au service de la population et en coordination avec l'hôpital. »

.....
PASCAL DELUBAC

23 MARS 2020

PASCAL DELUBAC

PRÉSIDENT DE LA FHP OCCITANIE



Nous sommes au service de la population

Conférence téléphonique quotidienne avec ARS et CHU, e-mail dédié « Covid » pour les adhérents FHP Occitanie, les acteurs régionaux se coordonnent. En Catalogne, une activité en mode dégradé est mise en place.

En Occitanie comme ailleurs, toutes les structures hospitalières privées ont déprogrammé leur activité sauf celle qui ne peut être reportée sans perte de chance pour le patient et les urgences vitales. « Deux actions ont immédiatement été mises en œuvre, une adresse mail pour les adhérents FHP pour favoriser la coordination en direct, et notre participation à la cellule de crise et sa conférence téléphonique quotidienne à 15h avec l'ARS et les 3 CHU de la région. Le point est

fait sur la gestion des lits de soins critiques et sur la situation épidémiologique. Nous sommes au service de la population et en coordination avec l'hôpital. »

Les 7 cliniques de Catalogne ont proposé à l'ARS l'organisation suivante : 2 cliniques pilotent les soins critiques, la première a créé 5 lits de réanimation supplémentaires et la seconde 5 lits supplémentaires de surveillance continue transformés en lits de réanimation. Une clinique pilote l'activité de maternité, et deux autres mettent à disposition de l'hôpital matériel et personnel et préparent des lits de confinement. Enfin, 2 cliniques SSR offrent 45 chambres individuelles de délestage d'aval.

À Perpignan, 24 lits de réanimation dans le secteur public et 8 dans le secteur privé sont disponibles. « À la Clinique Saint Pierre, à ce jour, nous n'avons pas de patient testé positif. Les cellules de crise régionales permettent de faire une veille, d'analyser la situation au jour le jour et d'anticiper. Les capitaines du secteur privé sont tous au commandement dans leur établissement et veillent sur le moral des médecins et des équipes. »

23 MARS 2020

JEAN-LOUIS MAURIZI

PRÉSIDENT DE LA FHP PACA



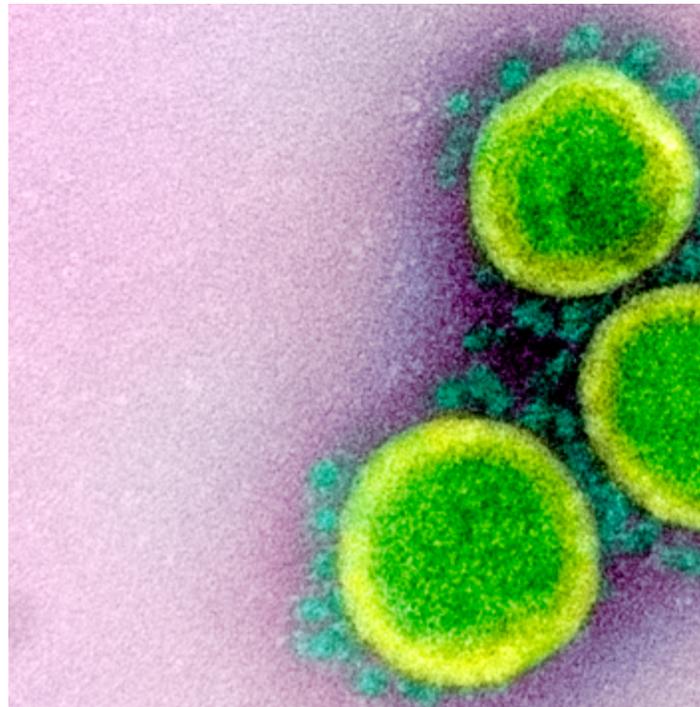
Nous avons doublé nos capacités de réanimation

Hier, 3 patients « Covid » ont été pris en charge dans les services privés de réanimation. Le nombre de personnes infectées a doublé ce week-end en PACA. Dimanche soir, les services de réanimation tous secteurs confondus étaient occupés à 32 % de leur capacité.

Tout d'abord la coordination entre tous fonctionne : conférences téléphoniques entre fédérations hospitalières régionales – FHF, FEHAP et FHP, et avec l'ARS. 9 établissements privés en PACA ont un service d'urgence et une réanimation. « Ils ont transformé leurs unités de soins intensifs en unités de réanimation. De plus, leur activité chirurgicale est totalement à l'arrêt et chaque bloc est équipé d'un respirateur. Par exemple, la Casamance a normalement 12 lits en réanimation et dispose aujourd'hui selon ce dispositif de 30 lits. Cette réorganisation permet de doubler les capacités de réanimation du secteur privé », explique Jean-Louis Maurizi. Le service de réanimation de

l'Hôpital Nord de Marseille est chargé de la coordination des soins critiques à partir d'un tableur qui recense toutes les réanimations et leur taux de remplissage, et fait le point 2 fois par jour.

« Les maternités et les services de dialyse s'organisent pour disposer de filières bien séparées afin de protéger ces patients. Par ailleurs, depuis mercredi, les établissements de SSR doivent organiser des lits de repli pour les patients venant d'établissements de niveau 1. Notre gros problème actuel reste la livraison de masques qui devrait arriver aujourd'hui ou demain, et qui devrait être renouvelée toutes les semaines, des FFP2 pour les réanimations et les urgences et des masques chirurgicaux pour les autres services. L'agence fait ce qu'elle peut mais les moyens octroyés par l'État ne correspondent pas aux besoins. »



« L'agence fait ce qu'elle peut mais les moyens octroyés par l'État ne correspondent pas aux besoins. »

.....
JEAN-LOUIS MAURIZI

31 MARS 2020

DOMINIQUE BOULANGÉ

PRÉSIDENTE DU CMC AMBROISE
PARÉ/PIERRE CHEREST/HARTMANN,
NEUILLY-SUR-SEINE



Même 8 jours avant, je n'y croyais pas

Tout était en place dans l'établissement car je suis un bon petit soldat mais je n'y croyais pas. Nous ne pensions pas à un tel raz-de-marée. À la Clinique Ambroise Paré, nous avions au départ 16 lits de réanimation et nous en avons aujourd'hui une cinquantaine. Nous prenons en charge environ 80 malades Covid+ dont une trentaine en réanimation. Pour l'essentiel, ils sont transférés par l'hôpital

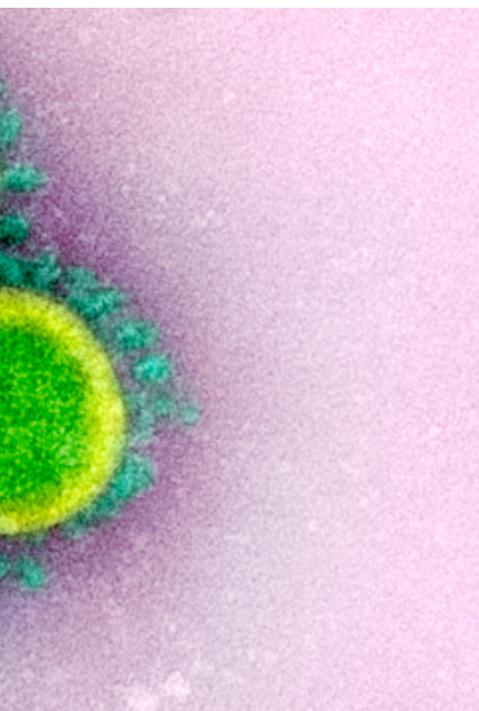
public. Une dizaine étaient déjà hospitalisés dans notre établissement et se sont révélés positifs, dont des patients hémodialysés et d'autres en cancérologie, qui ne sont pas en réanimation. Ils sont tous très instables. Par ailleurs, nous allons accueillir à la Clinique Hartmann, tous les patients en chimiothérapie non Covid de l'Hôpital Beaujon, accompagnés de deux médecins de chez eux.

Nous avons dû former des soignants très rapidement et avons bénéficié de ressources humaines volontaires complémentaires via la plateforme régionale « medco ». Nous n'avons plus de visières ni de de casaques. Nos médecins ont des contacts avec des personnalités du show-business et certaines ont proposé leur aide dont Anne Roumanov. Résultat : nous faisons fabriquer des tabliers comme ceux de nos grands-mères avec des manches dans les ateliers de Agnès B. Des chefs d'entreprise nous ont donné des masques, des combinaisons de peintre... Le stock de masques qui nous a été distribué était périmé depuis 12 ans, et même si les élastiques n'étaient pas endommagés, psychologiquement pour les soignants qui sont très attentifs aux dates de péremption, cette situation est très inquiétante. J'ai un médecin réanimateur qui est lui-même en réanimation depuis 10 jours, on se bat pour lui et pour les autres.

Nous allons ouvrir une quinzaine de lits supplémentaires en réanimation grâce au renfort en équipement (pousse-seringues, etc.) d'établissements hospitaliers proches. Heureusement cette entraide existe !

« J'ai un médecin réanimateur qui est lui-même en réanimation depuis 10 jours, on se bat pour lui et pour les autres. »

.....
DOMINIQUE BOULANGÉ



31 MARS 2020

**STÉPHAN DE BUTLER
D'ORMOND**

PRÉSIDENT DU GROUPE SANTÉ
VICTOR PAUCHET, AMIENS, SANTÉCITÉ



J'ai sur le cœur, un enjeu de santé publique

L'exigence des textes en matière de protection a été abaissée entre la directive ministérielle du 13 mars qui recommande le port des masques FFP2 et/ou chirurgicaux toute la journée, et celle du 16 mars qui ne les recommande que dans certains cas. Cette deuxième directive s'est adaptée au principe de réalité du fait de la pénurie des stocks sur le territoire français, mais cette pénurie a pour conséquence d'affaiblir la ligne de front plus exposée au Covid et nous avons à déplorer trop d'arrêts maladie de médecins et soignants, dont nous avons absolument besoin pour faire face aux soins aux malades.

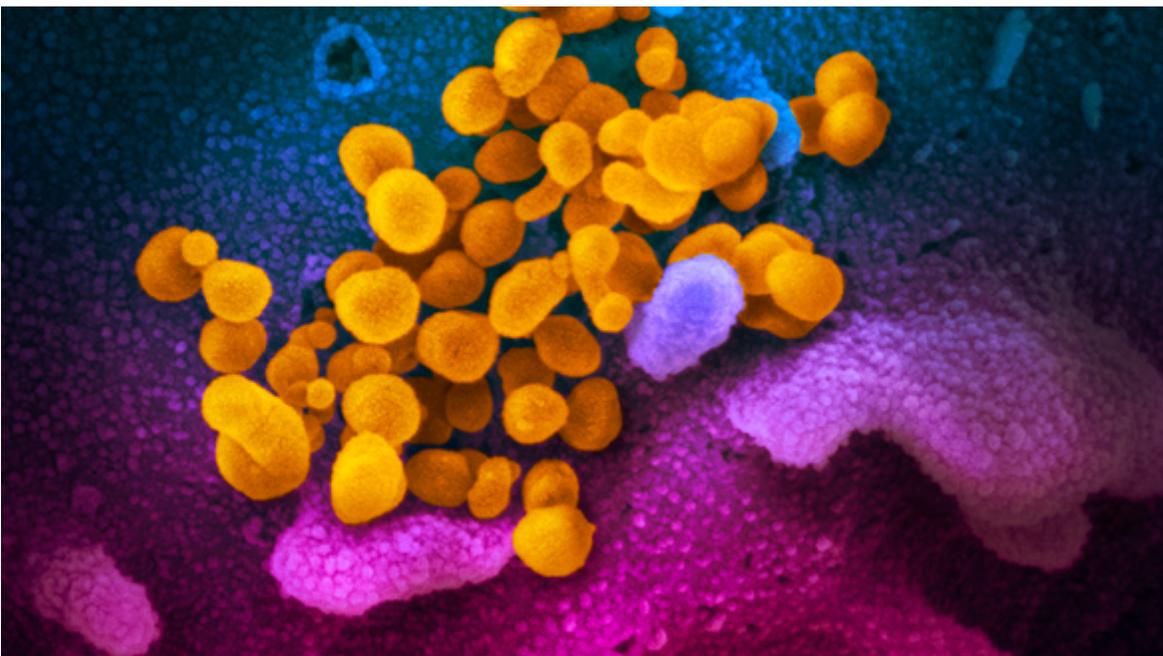
J'ai donc alerté durant les deux dernières semaines l'ARS, la préfecture, le conseil régional des Hauts-de-France, le MEDEF, le ministère de la Santé, la FHP, pour proposer de déroger au seul marquage CE des importations de masques, dans la mesure où nous pourrions accéder à un nombre très important de masques normés asiatiques. L'État a donné raison à cette proposition appuyée par la FHP et beaucoup de syndicats de médecins, en autorisant ces importations vendredi dernier.

Ensuite, au sein de SantéCité, notre clinique s'est invitée également dans la dynamique de recherche. La société Décathlon nous a permis de tester certains de leurs produits comme masque barrière, ces tests quoique concluants sur le plan barrière n'ont pas eu le succès escompté des professionnels de terrain. Actuellement, nous testons et contribuons à la conception d'un masque tissu barrière produit par un industriel du textile en Hauts-de-France. L'effet barrière avant et après lavage du tissu a été testé par le CHU d'Amiens avec un taux de filtration très proche des actuels masques chirurgicaux. Avec nos médecins réanimateurs, nous testons l'ergonomie, l'humidité sur les lunettes, la facilité de respiration, etc. Nous en sommes à la 4^e version de ce produit qui fait l'objet d'une demande de certification par la DGA (direction générale des Armées), et prochainement l'AFNOR.

Pour remettre la France en ville et au travail, il faudra consolider le confinement et maintenir les effets barrière. En Asie tout le monde porte des masques, et il me semble que seule une telle mesure sera de nature à permettre de prévenir une refflamée de l'épidémie avec un nouveau confinement (en plein été !). Pour équiper la France de 2 à 3 masques par jour et par personne, il faudrait 1 milliard de masques par semaine à partir du 15 avril !

Nous alertons aussi à la FHP sur les médicaments de réanimation très critiques qui viennent à manquer – les stocks sont épuisés, et toute la planète en recherche. C'est la sécurité médicale et l'éthique du soin qui sont en jeu.

De 33 patients Covid vendredi au sein du Groupe Santé Victor Pauchet, nous en sommes à une quarantaine ce matin, avec 6 intubés ventilés. Ces patients étaient principalement déjà hospitalisés chez nous. Nous avons eu à déplorer plusieurs décès à cause du Covid, mais aussi des patients qui sont sortis, bien soignés.



« C'est comme un barrage qui lâche du fait d'un niveau de pression mal équilibré quand le point critique est atteint. Une perturbation majeure pour le personnel et un désordre qui auraient pu être évitables. »

STÉPHAN DE BUTLER D'ORMOND

À SantéCité nous constatons des situations de transfert de patients du fait du débordement de l'hôpital public, les admissions ne s'étant pas faites régulièrement sur l'ensemble des établissements de santé organisés Covid. C'est comme un barrage qui lâche du fait d'un niveau de pression mal équilibré quand le point critique est atteint, avec une perturbation majeure pour le personnel et un désordre qui auraient pu être évitables.

Le Groupe Santé Victor Pauchet dispose d'un secteur de réanimation Covid de 6 à 10 lits et de 3 services dédiés Covid dont deux services de médecine, et un service d'obstétrique d'urgence et d'hospitalisation Covid, avec traitement d'air adapté, où 3 mamans Covid+ peuvent être accueillies. Deux centres avancés Covid+ ont été ouverts pour les enfants fébriles à Amiens, et un autre généraliste en zone rurale, à Hesdin. 10 lits Covid de SSR complètent le dispositif à Corbie. La rééducation des patients post réanimation s'annonce très lourde avec des prises en charge respiratoire, neurologique et traumatologique. Seuls certains auront la capacité d'y répondre.

Au front, il n'y a pas que les soignants mais aussi les standardistes, les directeurs, les techniciens de maintenance, les personnels administratifs, les pharmaciens, les brancardiers, etc. Je souhaiterais que nous ayons une pensée pour tous les professionnels qui travaillent avec les soignants. Il n'y a pas de demi-courageux, ils le sont tous, la peur est bien présente. Nous avons confiance en eux.

Je salue leur engagement, et le soutien de la population et des politiques à leur égard.

31 MARS 2020

PATRICK WISNIEWSKI

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE
DE L'ORANGERIE, STRASBOURG, ELSAN,
PRÉSIDENT DE LA FHP GRAND EST



Le tout n'est pas de démarrer, il faut durer maintenant

Si le matériel et les consommables EPI nous faisaient le plus défaut au cours des semaines précédentes, c'est aujourd'hui le personnel qui commence à manquer car les personnels soignants commencent à être dépistés Covid+ à leur tour. Nous sommes sur le pont maintenant depuis 15 à 20 jours. Nous avons démarré avec les effectifs les plus qualifiés, en provenance des services d'USC et de SSPI, puis avons commencé à former de nouveaux personnels moins habitués à ces prises en charge. Mais la « réserve » diminue et nous tournons avec les mêmes équipes qui s'épuisent.

Suite à l'appel à la solidarité lancé par notre délégué Grand Est, la FHP Aquitaine a adressé des praticiens et des IADE. L'entraide fonctionne et ce, en dehors du clivage public/privé, il convient de le souligner. Nous le répétons : la prise en charge des patients Covid est très lourde et sera longue. Dès que nous serons au bout du cycle des premiers patients, stables mais hospitalisés depuis plus de 10 jours, nous pourrons faire des simulations pour la suite.

Nous avons armé 5 lits de réanimation dans l'ancienne unité USIC, avec une montée en charge possible à 8. Il convient de préciser que nous n'avons pas de service d'urgence.

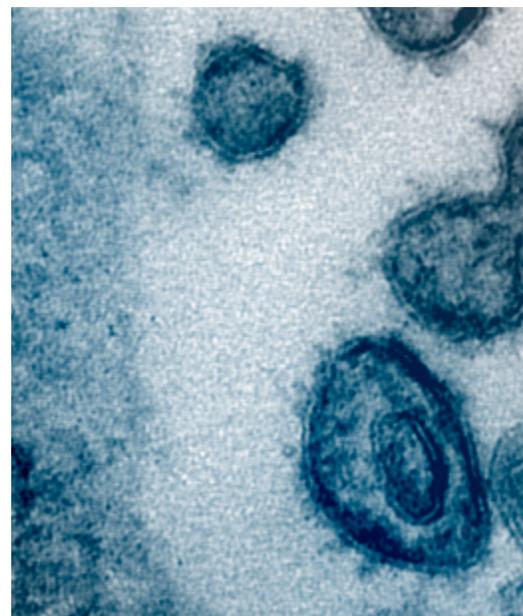
Nous avons en revanche une unité de soins palliatifs où des patients ont été dépistés Covid+, et que nous prenons en charge selon les règles des patients Covid.

Dans le Grand Est, un très grand nombre de lits Covid en amont des lits de réanimation ont été armés. Tous les lits Covid d'amont réanimation sont aujourd'hui occupés et il nous faut libérer des lits de réanimation occupés par des patients stabilisés pour soulager Mulhouse, Colmar et Strasbourg, afin de nous permettre de pouvoir accueillir les 15 à 20 % de nouveaux patients entrants qui se dégraderont et nécessiteront une réanimation. C'est la stratégie qui est visée par l'armement de TGV sanitaires à destination des régions Pays de la Loire et Nouvelle Aquitaine, ainsi que par les rotations aériennes avec la région de Poitiers et Niort, y compris avec nos amis allemands et suisses, afin de désengorger les lits de réanimation sur Mulhouse, Colmar, Strasbourg, Nancy et Metz, actuellement saturés, en prévision de la suite de cette « déferlante ».

Nous n'entrevoyons pas la fin de ce pic avant la fin de cette semaine. »

« Dans le Grand Est, un très grand nombre de lits Covid en amont des lits de réanimation ont été armés. »

PATRICK WISNIEWSKI



7 AVRIL 2020

ALAIN FOLTZER

PRÉSIDENT DE LA FHP VAL-DE-LOIRE OCÉAN



La pression monte par manque de travail

Pour l'instant, notre région est peu touchée par l'épidémie mais nous restons très prudents. Nous sommes dans l'attente, prêts à intervenir en cas de besoin. Nous avons eu le temps de nous préparer, aidés par un pilotage très correct de l'ARS Pays-de-la-Loire, et un peu moins efficace concernant celui de l'ARS du Centre-Val-de-Loire, où les établissements supports des GHT ont pris le leadership. Donc, avec un vrai pilotage de l'ARS, l'organisation territoriale se passe plutôt mieux. En Pays-de-la-Loire, où les fédérations hospitalières font un point hebdomadaire ensemble, je constate une vraie collaboration entre les deux secteurs public et privé : autorisations provisoires, prêts de personnels et de matériel, etc.

Concernant le matériel de protection, nous avons géré au départ une pénurie, puis la situation s'est débloquée, et aujourd'hui, à la réserve près des masques FFP2 dont l'approvisionnement s'améliore, la distribution fonctionne plutôt bien.

Notre région a accueilli 30, puis 20, puis 55 patients transférés d'Île-de-France ou du Grand Est. Certains d'entre eux ont été pris en charge directement par des établissements hospitaliers privés en région Centre, notamment NCT+ (Groupe Saint Gatien) à Tours qui dispose d'un hélicoptère.

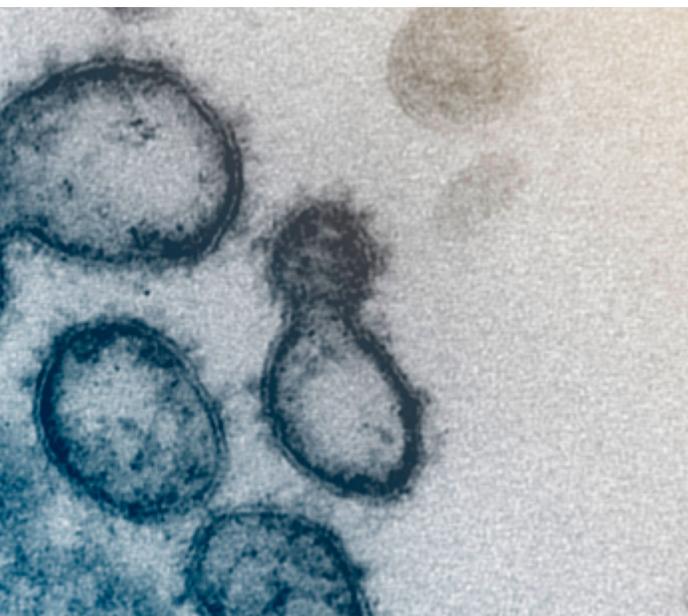
Notre problème est qu'aujourd'hui nos équipes n'ont rien à faire et ce désœuvrement commence à créer un peu de tension au sein des établissements. À l'inverse des autres régions en tension, ici, la pression monte car il n'y a pas de travail.

Certains anesthésistes de Vendée sont allés aider leurs confrères du secteur public. Les groupes nationaux, Elsan et Vivalto, ont détachés des médecins de notre région vers l'Île-de-France. Localement des établissements de santé privés sans service de réanimation ont prêté des équipements et proposé des ressources humaines aux établissements publics proches.

Quand l'heure de la sortie de crise sera venue, une réflexion avec la médecine libérale devra être menée sur les problèmes régionaux de gouvernance. Les GHT ont émergé et piloté le territoire, le secteur privé est resté à leur service. Quelle sera demain l'organisation territoriale alternative au GHT ? Quelles seront les autorisations du secteur privé ? Sur ce point, rappelons qu'aucun lit de réanimation n'est autorisé dans le secteur privé en Pays-de-la-Loire. »

« **Localement des établissements de santé privés sans service de réanimation ont prêté des équipements et proposé des ressources humaines aux établissements publics proches.** »

ALAIN FOLTZER



7 AVRIL 2020

VINCENT VESSELLE

DIRECTEUR DE LA POLYCLINIQUE
SAINT-CÔME, COMPIÈGNE



Nous avons été l'un des premiers clusters Covid-19

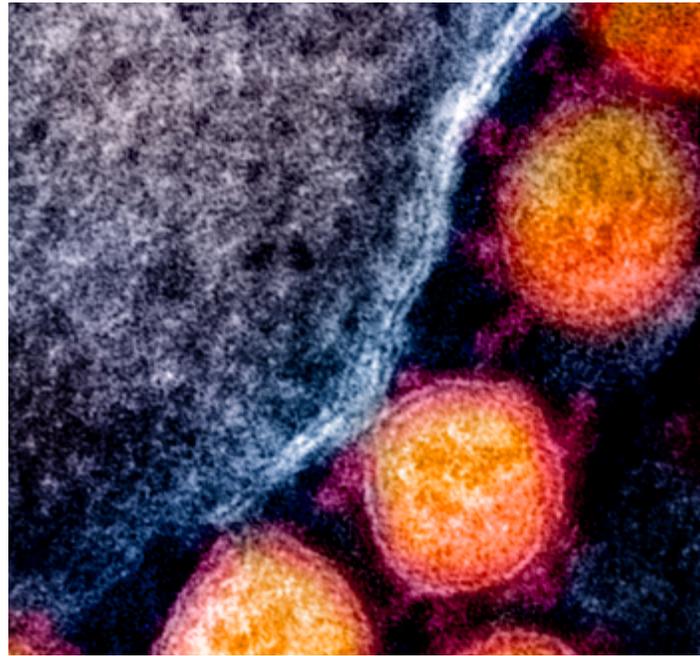
Quand l'Île-de-France découvrait l'épidémie, nous étions à Compiègne au cœur de la crise depuis 3 semaines, le premier patient Covid étant décédé dans l'Oise le 25 février. Avec le recul, les généralistes de la ville nous indiquent que des symptômes comme les pertes de goût et d'odorat étaient déjà apparus depuis la fin janvier. Le virus était donc déjà présent. À Compiègne, nous avons toujours travaillé main dans la main avec l'hôpital et nous avons immédiatement fait face ensemble. Nos équipes soignantes se sont rencontrées et se sont mises d'accord sur les circuits patients, pour bien définir les missions de chacun.

Des conférences téléphoniques avec les directions des hôpitaux de l'Oise, le SAMU 60 et l'ARS ont ensuite permis une meilleure coordination territoriale.

On s'est senti très isolé au début

Nous avons été l'un des premiers clusters Covid-19, et de fait le « département test ». Nous avons subi beaucoup d'improvisations dans les décisions de l'État, avec des conduites à tenir peu claires et changeant en permanence, sur le port des protections, la gestion des patients et du personnel contact, etc.

Le lendemain du décès du premier patient, la stratégie d'isolement du personnel contact asymptomatique a été très problématique et la perte de

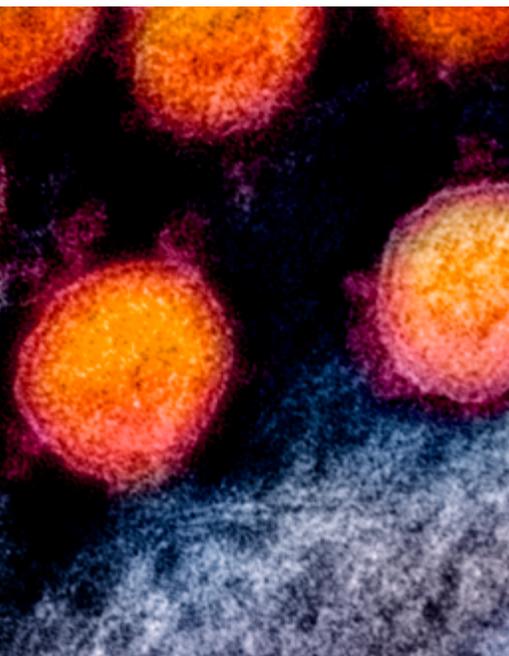


ressources soignantes nous a mis en grande difficulté. De même, apprendre un vendredi soir à 20h à la télévision que toutes les écoles seraient fermées dans l'Oise le lundi matin s'est révélé très compliqué à gérer avec les équipes, ce d'autant qu'aucune solution de garde n'était alors proposée.

Sur notre établissement, le foyer épidémique est rentré mi-février par le centre lourd de dialyse, l'un des plus gros du département. Des patients dialysés

« Sur notre établissement, le foyer épidémique est rentré mi-février par le centre lourd de dialyse, l'un des plus gros du département. Des patients dialysés infectés puis hospitalisés, avant même que la crise sanitaire ne soit détectée, ont été un facteur de propagation. »

VINCENT VESSELLE



infectés puis hospitalisés, avant même que la crise sanitaire ne soit détectée, ont été un facteur de propagation. L'ARS nous a demandé de réaliser des enquêtes sur les personnes contact alors que l'épidémie était déjà partie et que nous avions d'autres priorités à gérer à ce stade.

Depuis 15 jours, les soins intensifs de la polyclinique ont été transformés en 8 lits de réanimation et nous avons 7 patients intubés. Une quarantaine de patients Covid+ sont pris en charge dans l'établissement en hospitalisation conventionnelle. Nous avons recentré nos ressources sur l'accueil de patients Covid pour soulager le CH, sans oublier les autres pathologies, qui ne s'arrêtent pas avec le Covid-19. Nous continuons d'accueillir les urgences, les mamans à la maternité, les patients en dialyse, de même ceux en cancérologie (chimiothérapie et chirurgie), etc.

Nous devons également faire face à des réductions d'effectifs. La clinique fonctionne avec 25 % de personnel en moins, entre ceux qui sont malades et ceux contraints de garder leurs enfants.

Les approvisionnements en médicaments et en dispositifs médicaux vont être les prochaines problématiques à gérer.

Comme nous étions parmi les premiers établissements impactés nous n'avons pas rencontré trop de soucis d'approvisionnement en masques. Nous avons pu en commander et l'ARS nous en a fournis en puisant dans la réserve sanitaire.

Aujourd'hui, nous sommes plus tendus au niveau des stocks de surblouses. Nous faisons des appels aux dons sur les réseaux sociaux pour protéger le personnel, parce que la France, 6^e puissance économique mondiale, n'est pas capable d'en fournir.

La rupture d'approvisionnement en médicaments qui se profile va être encore plus difficile à gérer que le matériel de protection. Si demain matin, le gouvernement n'est pas capable de nous procurer des molécules de curare et d'hypnovel par exemple, je ne sais pas comment nous pourrions continuer à faire de la réanimation. Actuellement, nous avons déjà de grosses difficultés à être approvisionnés et cela va empirer avec le développement mondial de cette épidémie, notamment aux États-Unis. Dès qu'un patient est intubé, nous multiplions par 20 nos consommations habituelles.

Il faudra se poser les bonnes questions à la sortie de cette crise sur nos capacités à assurer notre souveraineté industrielle dans le secteur de la santé.

Sortie du confinement

La sortie du confinement, nous inquiète beaucoup car nous avons assez peu de visibilité à ce jour et les décisions qui seront prises vont être cruciales pour la relance du système de santé en France. Nous espérons que la fin de cette crise sera mieux anticipée que son début. »

7 AVRIL 2020

DR OLIVIER JOURDAIN

GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN,
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR, BRUGES, ELSAN,
PRÉSIDENT DES CME DU GROUPE ELSAN



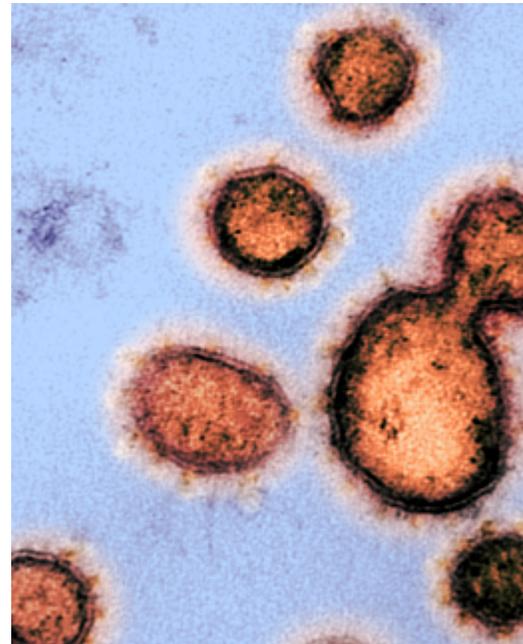
En attendant la vague, il faut échafauder tous les scénarios

Sous l'égide de l'ARS, les acteurs de santé de la Gironde se réunissent pour un point téléphonique quotidien. Pour l'heure, des places en réanimation et en médecine sont disponibles partout. Nous restons extrêmement prudents autant sur l'arrivée de l'épidémie en Aquitaine que sur un éventuel effet rebond lié au déconfinement.

À la Polyclinique Jean Villar, nous suivons les recommandations au jour le jour. Nous avons déprogrammé toute l'activité chirurgicale sauf celle urgente et carcinologique : seuls 2 blocs sur 10 demeurent ouverts. Nous avons entièrement réorganisé les circuits patients et la salle de réveil a été réaménagée en 2^e salle de réanimation de 10 lits, qui s'ajoutent aux 8 lits existants déjà augmentés à 12. Une dizaine de patients Covid- sont en réanimation. Par ailleurs, la nouvelle unité de 7 lits de médecine palliative en gériatrie Covid+, pour des patients récusés pour la réanimation, est quasi pleine.

La coordination se passe correctement avec le CHU de Bordeaux qui nous transfère des patients Covid- pour libérer des places chez eux, notamment quand ils accueillent des patients Covid+ transférés des régions en tension.

Concernant la maternité, 2 circuits Covid+/- sont en place. Nous avons eu quelques cas suspectés qui se sont avérés négatifs, et à ce matin, nous avons une maman enceinte de 8 mois Covid+ que nous surveillons à domicile. Son état n'éveille pas d'inquiétude mais elle-même est très anxieuse. Nous continuons les suivis de grossesses par téléconsultation mais aussi en présentiel, les patientes viennent seules sans accompagnant. Elles ont préalablement franchi le sas de protection à l'entrée où une prise de température, un questionnaire, etc. sont obligatoires. À la moindre suspicion, elles sont orientées vers l'unité de 20 lits de médecine Covid où des examens plus poussés sont réalisés : tests biologiques associés à un scanner pulmonaire qu'une équipe de radiologues rend immédiatement possible, monitoring, etc. Nous n'avons pas encore accouché de maman Covid+. Jusqu'à aujourd'hui, si le papa choisit d'être présent à l'accouchement, il se confine ensuite avec la maman. Mais les recommandations sont en train de changer, et en coordination avec le CHU, le papa resterait autorisé lors de l'accouchement mais ne reviendrait ensuite qu'à la sortie de la maman et du bébé. D'une manière générale, les mamans rentrent très vite à domicile entre J2 et J3 afin d'éviter le plus possible les contacts dans l'établissement.



Nous connaissons de fortes tensions sur le matériel, masques et équipements de protection, sur du matériel spécifique à la réanimation, et sur des molécules y compris d'antibiotiques. Par exemple, les systèmes clos nécessaires en réanimation sont fabriqués en Italie, les commandes sont bloquées à la frontière. Sans solution à court terme, nous devons nous adapter à d'autres industriels qui pour certains ne sont pas en capacité de fournir. Les circuits de distribution d'équipements sont extrêmement fragiles.

Nos médecins libéraux sont très volontaires

25 confrères se sont portés volontaires pour faire fonctionner l'unité de médecine Covid qui n'accueille pour l'heure que des cas suspectés. Ils ont des compétences techniques éloignées de celles requises et s'organisent en binômes : un chirurgien avec un médecin doté d'un profil plus interne, par exemple, un chirurgien orthopédiste et un gastro-entérologue ou un chirurgien plasticien et un gériatre, etc. Des infirmières ont été formées par les réanimateurs et l'infirmière hygiéniste pour exercer aussi dans ce service. Le cas échéant, 2 réanimateurs sont toujours sur place dans l'établissement.

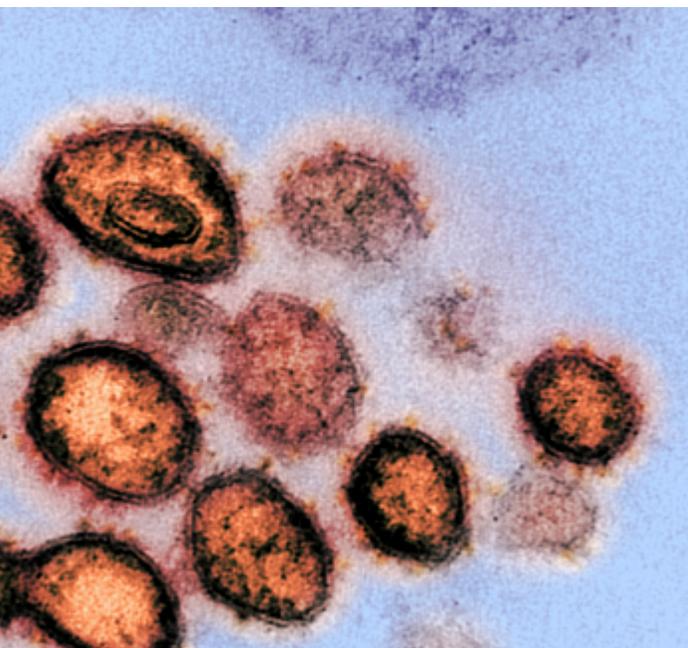
Par ailleurs, deux anesthésistes de l'établissement sont partis la semaine dernière à Mulhouse et sont rentrés vendredi soir. Quatre anesthésistes et plusieurs infirmières sont partis vendredi après-midi pour la semaine à l'Hôpital Henri Mondor à Créteil. Ils ont pris le train et vont aider leurs confrères.

Les équipes de soignants sont formidables et quasiment aucun arrêt de travail n'a été déposé. Tous sont inquiets à attendre que la vague arrive, étudient toutes les hypothèses, échafaudent tous les scénarios. Nous insistons auprès du CHU pour recevoir quelques premiers patients afin de parfaire les circuits et mettre les équipes en action.

Enfin, le bureau de CME du groupe Elsan, composé d'une vingtaine de représentants de toutes les régions et créé il y a 2 ans, prend pleinement son sens actuellement. Tous les mardis soirs, ce sont 30 à 40 confrères qui se connectent désormais pour bénéficier des retours de terrain des régions. Thierry Chiche, PDG du groupe y participe. Ce binôme corps médical/management n'a jamais été aussi nécessaire que maintenant.

« Ce binôme corps médical/management n'a jamais été aussi nécessaire que maintenant. »

DR OLIVIER JOURDAIN



15 AVRIL 2020

OLIVIER VERRIEZPRÉSIDENT DU GROUPE HPL,
BOULOGNE-SUR-MER

La réorganisation a été hallucinante

Dans les départements du 59 et 62, nous n'avons pas de vague et faisons face à une augmentation progressive des patients. Nous adaptons nos capacités en fonction des demandes et avons eu le temps de bien nous préparer. Aucun lit ne manque dans notre territoire. À Béthune, Boulogne-sur-Mer et Coquelles, dans les cliniques du groupe HPL, nous prenons en charge en permanence entre 20 et 25 patients Covid. Ils nous sont adressés par les médecins généralistes, ou arrivent par nos services de soins non programmés qui parfois testent positivement des patients qui consultaient pour d'autres symptômes. Nous n'avons eu quasiment aucun patient en provenance de la régulation, nous sommes des établissements de deuxième ligne. Nous travaillons en complémentarité avec l'hôpital public voisin : nous prenons en charge certains de leurs patients en post-réanimation et leur transférons des patients en réanimation.

Nous avons mis en place des consultations Covid dans les sas placés aux entrées des établissements : contrôle de la température et scanner. Les flux sont ensuite sanctuarisés en interne. Spontanément, les chirurgiens ont organisé une liste d'astreintes entre eux pour assurer ces accueils aux côtés des infirmières et urgentistes et s'occupent de la régulation des patients. Les trois établissements MCO du groupe ont obtenu une autorisation provisoire de réanimation de 6 mois. Sinon, nous avons converti des lits de

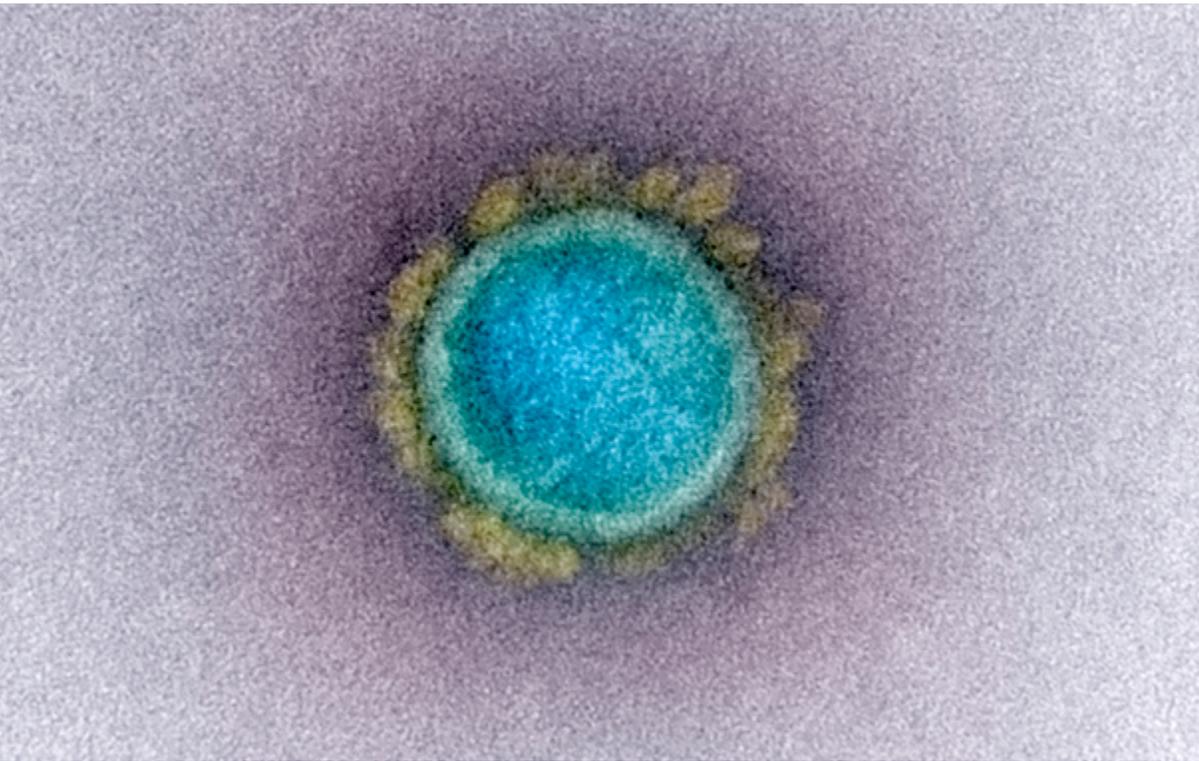
médecine en lits Covid que les médecins spécialistes de l'établissement font fonctionner. Concernant le matériel de protection, j'avais commandé plus de 80 000 masques au tout début de la crise, 40 000 vont nous être livrés et une commande de 80 000 supplémentaires vient de partir. Nous anticipons la durée. On ne rentre dans nos établissements que muni d'un masque, et je réfléchis à nous doter de caméras thermiques comme celles utilisées en Chine.

Nous anticipons la suite

Nous avons atteint le plateau de l'épidémie. La prudence est de mise mais la situation est davantage stabilisée. Nous réévaluons progressivement le critère de perte de chance qui prévalait à la décision de déprogrammation, appliquée de façon très restrictive au départ. Nous ré-examinons chaque situation, hier non urgente, qui peut évoluer. Nous avons désormais peur de la crise dans la crise du fait du renoncement aux soins. Le volume des urgences a baissé et nous voyons des tableaux cliniques très aigus que nous n'avions pas vus depuis longtemps. Les patients ont très peur de se rendre dans un établissement. Des oncologues citent la demande

« 100 % du personnel des deux cliniques de Boulogne-sur-Mer et Coquelles ont passé des tests de sérologie pour connaître leur exposition au virus. »

OLIVIER VERRIEZ



de patients de reporter leur chimiothérapie, les secrétaires alertent sur les annulations de consultations pour un suivi de pathologies chroniques ou d'opérations chirurgicales. Il faut impérativement rassurer la population sur l'absence de risque. Cette peur sera difficile à lever et la reprise de l'activité sera très lente.

100 % du personnel des deux cliniques de Boulogne-sur-Mer et Coquelles ont passé des tests de sérologie pour connaître leur exposition au virus. Les résultats seront connus dans quelques jours. Nous disposerons alors du taux d'immunité, et saurons si les gestes barrière ont été efficaces.

L'activité non réalisée ne sera pas récupérée, c'est illusoire de le penser. Nous étions déjà à flux tendu, il sera impossible de passer à 120 %. Les patients devront attendre. La perte économique sera très importante pour les médecins libéraux et l'aide annoncée est dérisoire. En ce moment, ils répondent tous présents, ont arrêté leur exercice libéral et se mettent au service de la population.

La solidarité est totale entre toutes les équipes de praticiens, soignants et administratifs. L'implication et la prise de responsabilité ont été phénoménales ! Je n'ai jamais douté de mes équipes mais leur capacité à innover m'a bluffé. Ensemble, on a réalisé des prouesses : transformer en 48 heures une unité de soins intensifs en cardiologie en réanimation, former 40 personnes. En 2 semaines, la réorganisation a été littéralement hallucinante.

15 AVRIL 2020

BERTRAND MIGNOT

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE SAINT-AUGUSTIN, BORDEAUX, ELSAN



Nous avons créé une énorme « CPTS »

À Bordeaux, la situation est incomparable à celle que connaît le Grand Est ou Paris. Nous avons eu le temps de nous organiser. L'ARS à l'échelon de la Gironde a instauré une démarche collaborative qui fonctionne : l'hôpital militaire, les établissements publics, privés, espic sont réunis en cellule de crise téléphonique tous les jours à 11h. Chacun précise ses flux sans tabous ni faux-semblants et la régulation des patients se fait naturellement. Nous discutons aussi de nos besoins en équipements, en molécules et ressources humaines et partageons même des bonnes pratiques. Nous découvrons aussi ensemble au fur et à mesure des nouvelles problématiques et des solutions sont trouvées : les ententes préalables, l'occupation des lits en gérontologie, l'HAD, les patients relevant de la psychiatrie, etc.

Même le CHU de Bordeaux, premier de France, a mis de côté son travers « sauveur du monde » et demande l'aide dont il a besoin. Une énorme « CPTS » s'est créée et fonctionne avec les moyens modernes de communication, initiés par l'ARS. Les directeurs et les réanimateurs participent à cette cellule de crise et selon les besoins, certains spécialistes ou des rapporteurs de sous-groupes (SSR, infectiologie, soins palliatifs...). Parallèlement, les médecins ont créé des groupes whatsapp pour échanger sur leurs pratiques. Nous avons eu le temps d'apprendre des erreurs des deux premières régions touchées. Ensemble, et avec l'ARS, l'offre de soins est globalement équilibrée, graduée et solidaire. Nous travaillons relativement sereinement et avons pu accueillir

une centaine de patients d'autres régions au sein de nos réanimations, sur l'ensemble des établissements, sans distinction de statut.

À Saint-Augustin, l'activité de chirurgie cardiaque est ralentie : environ une douzaine de CEC sont réalisées par semaine sur les 30 habituelles. Les recommandations des sociétés savantes incluant celles en rééducation sont suivies à la lettre sans que des patients ne subissent de perte de chance. Avec le CHU, nous sommes les seuls autorisés en chirurgie cardiaque et la répartition suivante est prévue : les patients Covid+ sont planifiés au CHU et les Covid- chez nous, mais à ce jour aucun patient Covid+ n'a été opéré. Pour les patients Covid-, une coordination intuitive s'est instaurée afin que chacun préserve ses lits de réanimation.

Concernant la cardiologie interventionnelle, chaque établissement accueille des patients Covid+ et -. Des trois salles interventionnelles, une seule fonctionne à ce jour pour répondre aux urgences vitales ou effectuer les actes qui ne peuvent être reportés sans perte de chance. À titre d'exemple, 5 Tavi sur les 10 habituels sont réalisés chaque semaine.

Concernant l'activité chirurgicale carcinologique, 3 des 15 salles de bloc fonctionnent pour réduire de même la tension sur les lits d'aval. De même, l'activité est graduée en fonction de la gravité de chaque cancer. Chaque spécialité a constitué une cellule de concertation type RCP sous l'égide de la CME, pour permettre d'arbitrer sereinement les plannings de blocs. Nous tournons à 20 % de nos capacités habituelles.

Notre corps médical comprend parfaitement la logique de déprogrammation et a joué le jeu en une semaine. Notre CME a un niveau de maturité important. Toutefois, une tension apparaît progressivement alors que l'incertitude règne sur les indemnités prévues. Par exemple, les 10 urologues de la clinique, qui salarient 52 personnes, s'inquiètent légitimement des conséquences financières sur leur société d'exploitation.

Comment redémarrer l'activité ?

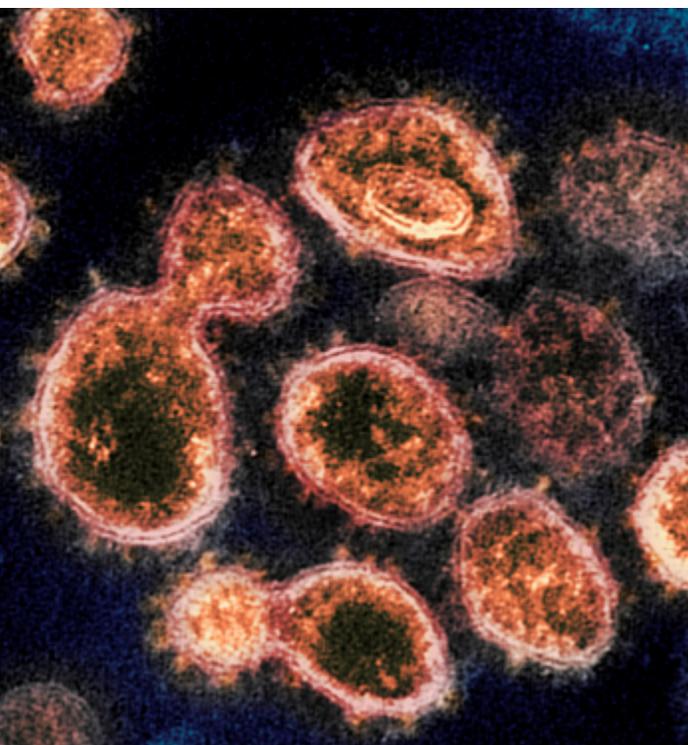
En l'absence de clarté, les risques assurantiels inquiètent les médecins libéraux qui gèrent leur responsabilité individuelle. Sur la reprise de l'activité, nous voyons deux philosophies pointer : reprise de l'activité selon les protocoles usuels et les recommandations connues, par exemple pour la tuberculose ou le prion, ce que probablement choisira le secteur privé, ou maintenir deux flux Covid+ et - que le secteur public pourra organiser plus simplement grâce à des dotations. L'immunité de la population est très loin d'être acquise et nous sommes partis pour une deuxième vague. Il est illusoire de penser

qu'en juin ou juillet une activité normale pourra redémarrer. Les établissements qui n'ont pas de plateau technique lourd de réanimation vont au devant de transferts de patients Covid qui pourront décompenser.

Le secteur privé va devoir être imaginatif et créer des « GHT privés » pour gérer ces transferts. Pour la première fois en 2020, grâce aux dotations prévues, nous savons à l'avance que notre chiffre d'affaires sera le même que l'année dernière. Mettons ce temps à profit pour nous structurer en interne dans le secteur privé. Il va falloir construire sur la collaboration entre nos établissements, et ne pas trop vite retomber dans nos travers concurrentiels. La guerre contre le Covid-19 n'est pas finie, mais celle de l'après pic épidémique, celle de la communication, des autorisations et des filières patients, a d'ores et déjà commencé.

« La guerre contre le Covid-19 n'est pas finie, mais celle de l'après pic épidémique, celle de la communication, des autorisations et des filières patients, a d'ores et déjà commencé. »

BERTRAND MIGNOT



15 AVRIL 2020

VINCENT LACOMBE

PDG DE LA CLINIQUE SAINT-EXUPÉRY
TOULOUSE, PRÉSIDENT FHP REIN



Nous avons créé une réponse sanitaire sans marge de manœuvre

A lors même que les patients dialysés sont extrêmement vulnérables, cochant toutes les cases de fragilité, la prise en charge de l'IRC reste encore mal identifiée dans la réponse sanitaire face au Covid. La moyenne d'âge des patients est élevée (proche de 73 ans en centre lourd), environ 40 % des patients sont diabétiques (une des causes de l'insuffisance rénale), parfois obèses, ou ont une insuffisance cardiaque associée... la prise en charge en dialyse est vitale.

Pour toutes les parties prenantes de l'IRC, il est incompréhensible que la dialyse ne soit pas identifiée dans le schéma du ministère, les patients dialysés et les professionnels ayant la compétence dialyse doivent être dépistés en priorité au même titre que les résidents et professionnels des Ehpad.

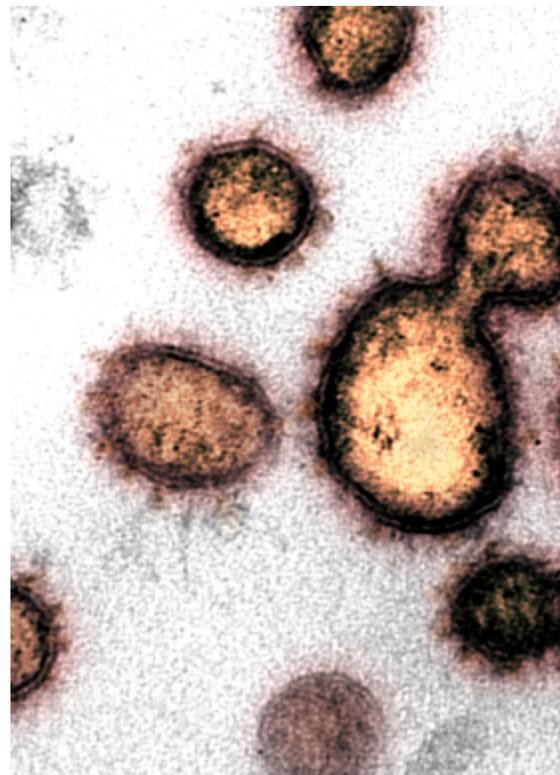
Poussés par un système de santé vers toujours plus d'efficacité, baisse des tarifs de dialyse de 35 % ces dernières années, nos établissements, en respectant des règles du jeu toujours plus contraignantes, n'ont pas créé les conditions pour résister à une quelconque épidémie même si elle avait été de moindre importance. Nous avons créé une réponse sanitaire

sans marge de manœuvre alors que c'est la nature même de notre métier.

Demain, les autorités de santé doivent assumer le système de santé qu'elles souhaitent.

Les établissements ont reporté les économies sur les industriels qui ont eux aussi rationalisé leur production. En consolidant leurs usines de production, ils se sont installés dans des pays où la main d'œuvre en Europe était la moins chère, et sinon fabriquent en Chine... Toute la chaîne de soin est fragile. Nous aurions dû nous révolter à chacune de ces étapes de la dégradation du système.

Même s'il est difficile pour nous de ménager des espaces sanctuarisés et de différencier les flux de patients, nous nous imposons une extrême vigilance afin que nos centres ne deviennent pas eux-mêmes des clusters du fait des prises en charges itératives. Comme nous savons tout cela, notre niveau de vigilance est extrêmement élevé, supérieur probablement à la moyenne du sanitaire.



À Toulouse, nous sommes relativement épargnés par rapport à ce que vivent l'IDF et le Grand Est. Aujourd'hui, à titre d'exemple sur notre établissement, nous avons pris en charge seulement 5 patients Covid+ dont 3 hospitalisés mais nous avons aussi plus de personnel infecté que de patients Covid+ ! Les professionnels sont très exposés et malgré tout personne n'est absent. Cette crise a révélé un niveau de responsabilité très élevé et renforce le choix d'avoir embrassé cette carrière par nos soignants.

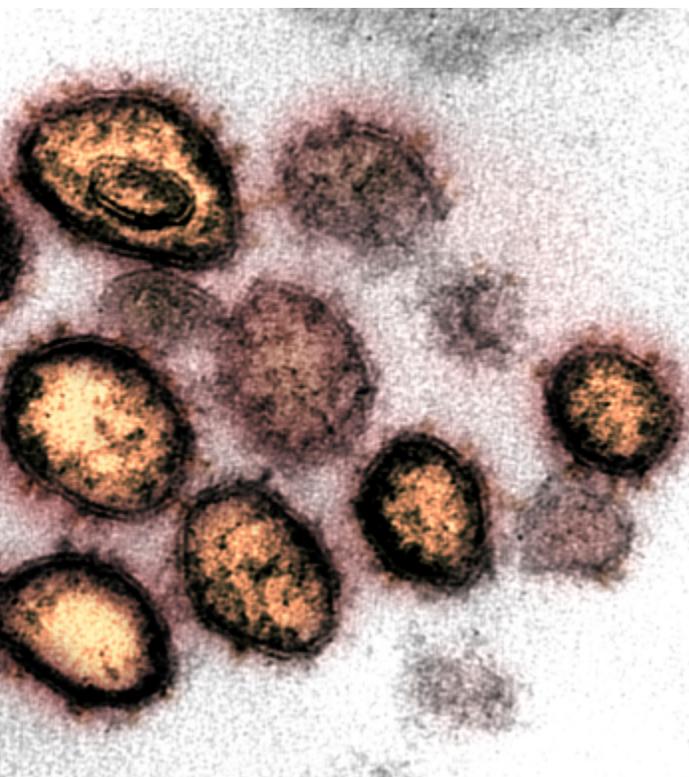
À Toulouse, nous travaillons tous main dans la main, quelle que soit notre fédération. Les néphrologues ont décidé ensemble des critères d'évaluations (volume de litres d'oxygène...). Cette évaluation arbitre un transfert rapide des patients Covid+ vers les unités de réanimation identifiées de la région.

Enfin, l'ARS a demandé d'organiser les transports des patients non plus en taxi mais en ambulance. Si nous comprenons les raisons sanitaires de cette injonction, nous regrettons de ne pas avoir été consultés en amont. Faute d'activité, une part

significative des sociétés de transports sanitaires ont mis leurs ambulanciers au chômage partiel. Nos besoins en transport sont très spécifiques : un très gros volume pendant peu de temps. Certains jours sur certains créneaux, jusqu'à 150 ambulances sont nécessaires à Saint-Exupéry. Les patients n'ont pas compris ce changement... Le médecin est prescripteur du transport et le centre en est l'organisateur, nous sommes donc responsables mais dans l'incapacité de répondre à l'injonction de l'ARS.

« À Toulouse, nous travaillons tous main dans la main, quelle que soit notre fédération. Les néphrologues ont décidé ensemble des critères d'évaluations (volume de litres d'oxygène...). Cette évaluation arbitre un transfert rapide des patients Covid+ vers les unités de réanimation identifiées de la région. »

VINCENT LACOMBE



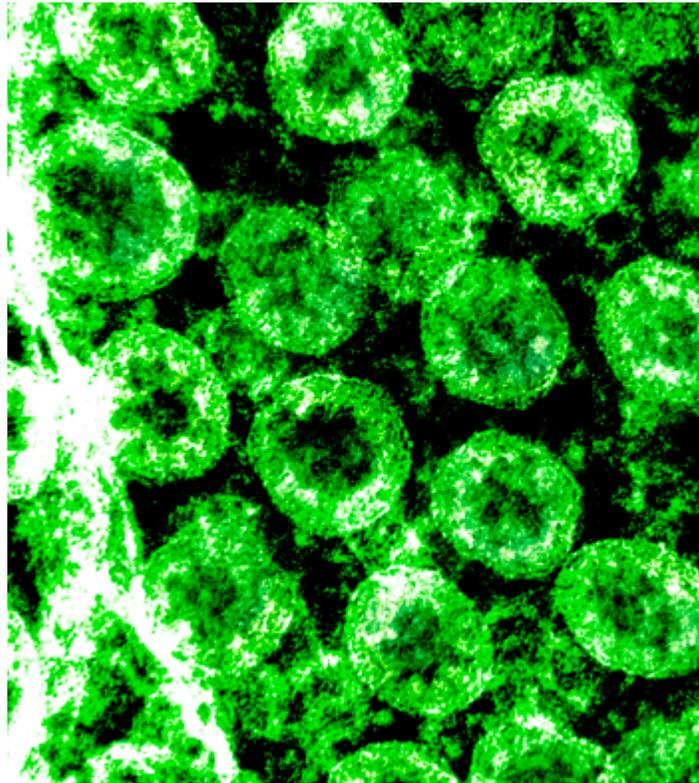
20 AVRIL 2020

DR JEAN CANARELLIPRÉSIDENT DE LA FHP CORSE.
VICE-PRÉSIDENT DE LA FHP PACA

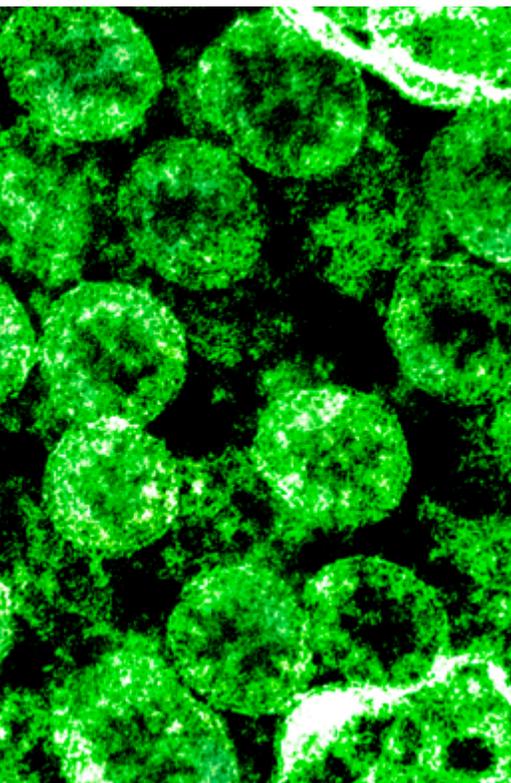
En Corse, les chiffres de l'épidémie sont tous en baisse

En région Corse nous avons des zones très contrastées dans la diffusion virale. Il y a la région d'Ajaccio, cluster depuis le début, et le reste de la Corse. La région de Bastia a eu le temps de remonter très vite la filière de contamination dès les premiers patients infectés et l'épidémie a été globalement contenue, avec quelques dizaines de cas. L'activité des établissements hospitaliers est calme, les cliniques de Bastia se sont mises au service du centre hospitalier en fournissant matériels et personnels.

La région d'Ajaccio, en revanche, est devenue très vite un cluster avec quelques centaines de cas dès que des personnes sont revenues infectées de Mulhouse et ont été tardivement diagnostiquées. Aujourd'hui le service de réanimation de l'Hôpital d'Ajaccio se vide progressivement avec actuellement une douzaine de patients atteints du Covid. La clinique de Porto Vecchio dans l'extrême sud est prête et a été peu sollicitée jusqu'alors. Globalement, le confinement est très bien respecté par la population et fonctionne en Corse. Si bien que la Clinique d'Ajaccio, support de la prise en charge des patients hors Covid, connaît aussi une activité au ralenti, liée à l'arrêt de la prise en charge hors urgences.



À Ajaccio, dès début mars, nous avons signé une convention clinique/hôpital pour définir le périmètre de la prise en charge des patients. La concertation s'est faite de façon rapide et claire : l'activité Covid+ est prise en charge par le CH d'Ajaccio et nous servons d'établissement support pour l'activité chirurgicale urgente public et privé (hormis les activités de maternité, pédiatrie et thoracique, accueillies au CH) et ce indifféremment avec les praticiens de la clinique ou de l'hôpital. Les praticiens quelle que soit leur origine, CH ou clinique, ont accès à des plages opératoires : chacun des 7 chirurgiens orthopédiques publics et libéraux prend un jour de garde à tour de rôle, les gynécologues comme les chirurgiens ORL de l'hôpital opèrent chez nous, etc. Par ailleurs, nous disposons sur Ajaccio d'un laboratoire d'analyse qui a été très rapidement, à partir du 9 mars, en capacité de réaliser le diagnostic du virus.



L'activité SSR privée s'est elle aussi mise en ordre de marche, en complément de celle du secteur public et assure aujourd'hui une bonne partie du suivi post hospitalisation Covid.

Reprendre une vie avec l'épidémie

Je suis très inquiet sur la sortie du confinement. Inéluctable, il est notre principal enjeu désormais. Nous identifions toujours des nouveaux cas, même en petit nombre. Quelle sera la dissémination de la maladie et serons-nous capables de la contenir ? L'économie doit redémarrer, de même les relations sociales et tout simplement humaines, je pense en particulier aux personnes âgées qui sont comme en milieu carcéral. La santé est en première ligne mais il faut que le socle de la nation soit solide.

« Les praticiens quelle que soit leur origine, CH ou clinique, ont accès à des plages opératoires : chacun des 7 chirurgiens orthopédiques publics et libéraux prend un jour de garde à tour rôle, les gynécologues comme les chirurgiens ORL de l'hôpital opèrent chez nous. »

.....
DR JEAN CANARELLI

Il faut se donner les moyens de reprendre une vie avec l'épidémie qui ne va pas s'arrêter le 11 mai et continuera jusqu'au moment où nous disposerons d'une thérapie efficace. Il est indispensable que nous recommandions à travailler dans nos établissements de santé en priorité pour les patients aujourd'hui en détresse. Nous constatons énormément de renoncement aux soins aux conséquences dramatiques. Les patients chroniques ne consultent plus leur médecin et nous découvrons trop tard une morbidité croissante. Nous devons prendre des mesures pour sécuriser les patients et protéger les soignants. Mesures qui vont ralentir la prise en charge. Nous allons travailler différemment.

Nous nous sommes adaptés très vite et nous serons capables de recommencer. Mais nous avons encore beaucoup trop d'inconnus sur le virus pour imaginer l'avenir de façon claire. Ce qui est certain c'est que nous travaillerons différemment et pour un moment.

20 AVRIL 2020

ALEXANDRE BREIL

DIRECTEUR DE L'HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY,
RAMSAY SANTÉ



La suite, un jour sans fin...

Nous enregistrons une baisse d'environ 30 % par rapport à notre pic. Nous avons reçu simultanément jusqu'à 125 patients atteints du Covid dont 38 patients en réanimation pour 14 lits autorisés au départ, autant en soins continus et 44 patients en lits de médecine. Nous avons été une seule fois dans l'obligation de transférer des patients à l'Hopital Privé Jacques Cartier et au CH de Melun, et à l'inverse, nous avons reçu des patients de l'AP-HP.

L'arrivée de renforts d'équipes de soignants des sites d'à peu près toutes les régions où le groupe Ramsay Santé est implanté a été déterminant.

De plus, 2 des 3 internistes sont infectiologues et l'établissement compte une importante équipe de pneumologues. Assez naturellement, ils ont constitué des attelages interniste/pneumologue pour prendre en charge les patients infectés. Les chirurgiens et les médecins spécialisés sont venus en appui pour prendre en charge le reste de l'activité de médecine, et les urgences. La souplesse et la réactivité des équipes et des organisations ont été admirables.

En amont, nous avons requalifié les secteurs et avons fermé ou ouvert des espaces au fil des besoins. Des parcours sanctuarisés ont été créés pour l'activité qui ne pouvait pas être reportée : nous avons pris en charge 7 parturientes atteintes du Covid sur les 280 accouchements du mois dernier et 8 patients atteints du Covid sur une file active de 120 patients

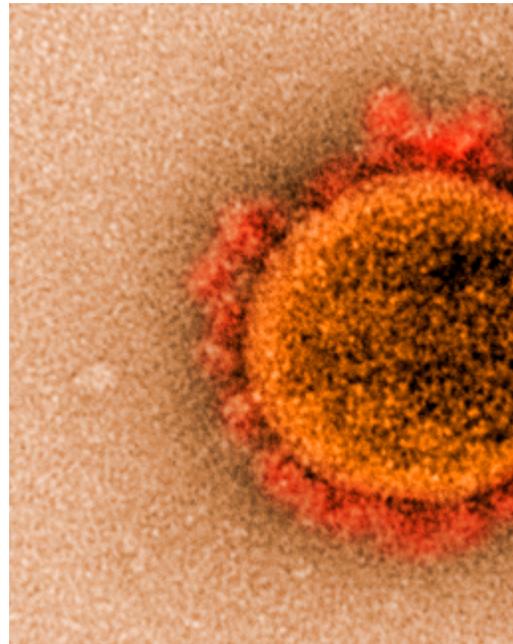
dialysés. Enfin, aucune complication n'a été notée jusqu'alors pour les patients de la filière oncologique que nous avons réduite.

La suite, un jour sans fin...

Nous allons devoir légitimement prendre énormément de précautions et cette nouvelle organisation va de facto entraver l'efficacité habituelle des structures. Cette nouvelle configuration se mettra en place graduellement, de même les patients reprendront progressivement le chemin des soins. Par exemple, le service d'urgence enregistre le tiers des passages habituels, Covid compris. Remonter la pente nous prendra bien 6 mois.

« Nous avons reçu simultanément jusqu'à 125 patients atteints du Covid dont 38 patients en réanimation pour 14 lits autorisés au départ, autant en soins continus et 44 patients en lits de médecine. »

.....
ALEXANDRE BREIL



20 AVRIL 2020

DR BENOÎT FONTENEL

DG DU LABORATOIRE D'ANALYSES BIOLAB
AVENIR, CLINIQUE PASTEUR, TOULOUSE



Le drive-test de la Clinique Pasteur est pris d'assaut

Nous avons mis en place un dispositif de Drive-test de dépistage naso-pharyngé Covid-19 sur le site de la Clinique Pasteur pour répondre à la forte demande des patients et des médecins. Nous n'avons rien inventé, c'est ce qui se fait partout dans le monde. Le dispositif a été pris d'assaut tout de suite. Nous testons pour le moment environ 30 personnes par jour mais nous pourrions nous organiser pour en tester davantage.

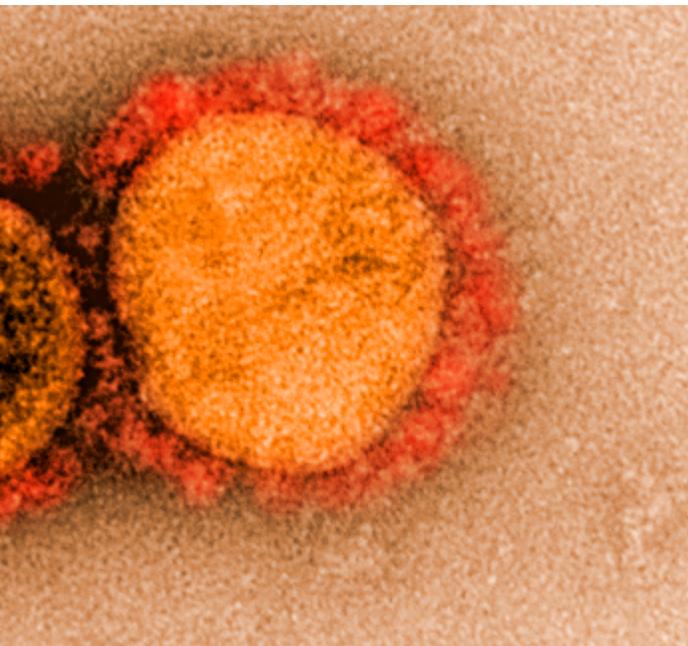
Concrètement, une prescription médicale est nécessaire. Un numéro est dédié pour prendre rendez-vous et des plages toutes les 10 min sont

organisées tous les après-midis du lundi au vendredi. La partie administrative est gérée par mail en amont afin précisément de ne pas se contaminer au travers de documents. Les personnes arrivent en voiture, éteignent le moteur, ne descendent pas du véhicule et sont invitées à mettre le masque chirurgical qui leur est proposé. Un préleveur en tenue de protection normée effectue le prélèvement. Les tests sont envoyés à notre laboratoire sous-traitant habituel et les résultats sont disponibles sous 24 à 48h. Des tests peuvent être réalisés en urgence à la demande des médecins des établissements de soin avec lesquels nous travaillons. Ils sont traités par nos propres automates en interne, et les délais sont alors de 4 à 6h.

Notre laboratoire emploie 140 personnes en plus des 16 pharmaciens et médecins biologistes associés. Nous avons réorganisé nos équipes pour mettre en place ce projet et c'est un vrai succès depuis son ouverture le 14 avril.

« Nous testons pour le moment environ 30 personnes par jour mais nous pourrions nous organiser pour en tester davantage. »

DR BENOÎT FONTENEL



27 AVRIL 2020

NICOLAS VALENTIN

DIRECTEUR GÉNÉRAL DU GROUPE C2S



À la fin de la crise, chacun devra être fier de ce qu'il a fait !

Au sein du groupe C2S, 14 établissements implantés en région Auvergne-Rhône-Alpes et Bourgogne-Franche-Comté, nous accueillons encore à ce jour une cinquantaine de patients atteints du Covid. Les services d'urgences de nos cliniques ont fonctionné en moyenne à 30 % de leur activité habituelle, le flux repart à la hausse depuis quelques jours.

Certaines cliniques connaissent une forte activité, d'autres n'ont quasiment pas d'activité, voire sont fermées. Dijon, Vesoul, Mâcon, Roanne et Ambérieu-en-Bugey sont les villes de nos territoires qui ont été les plus touchées par le virus, mais heureusement nous n'avons pas connu de vague subversive de patients.

Notre ligne de conduite est de se mettre « au service de ». À la fin de la crise, chacun d'entre nous devra être fier de ce qu'il a fait. Outre le prêt de respirateurs ou de matériel, à Vesoul ou à Lons-le-Saunier par exemple, nous avons mis à disposition des soignants. Depuis le début du mois d'avril, ce sont 103 personnes au sein du groupe qui ont été détachées pour un équivalent de 7 000 heures. Des infirmières ont été dépêchées dans d'autres établissements privés, publics, dans des Ehpad et des structures de HAD. Par ailleurs, certains praticiens qui ne jouaient pas de rôle support dans leur clinique se sont rendus disponibles dans les Ehpad environnantes. Nous sommes fiers du rôle que chacun joue dans cette crise.



Dès les tous premiers jours, nous avons centralisé les besoins et organisé l'approvisionnement de matériel de protection, nous avons aussi reçu beaucoup de dons d'entreprises locales. Nous ne nous sommes jamais trouvés en difficulté opérationnelle. Il est à noter que la pénurie persiste sur les sur-blouses.

Si d'une manière générale, les directions territoriales des ARS ont joué leur rôle de régulation, ce sont les directions des établissements qui ont pris l'initiative de leur coordination et de la régulation. Pressé par la situation, chacun est très vite passé au-dessus

« Depuis le début du mois d'avril, ce sont 103 personnes au sein du groupe qui ont été détachées pour un équivalent de 7 000 heures. »

NICOLAS VALENTIN

des tensions qui pouvaient pré-exister. Roanne est un bon exemple d'une collaboration remarquable entre les acteurs de santé. Les directeurs de la Clinique du Renaison et du CH ont pris l'initiative d'une répartition des activités. En renfort, La Croix Rouge a assuré la « pré-zone d'accueil » sous tente des patients à l'entrée du site (prise de température, questionnaire, etc.). Cet établissement connaît une forte activité, il accueille les patients de médecine non Covid du territoire, dispose d'une unité en médecine Covid, et a armé des lits de surveillance continue en réanimation. Le déconfinement progressif se ressent déjà dans les services d'urgence avec plus d'accidentés de la route. En revanche sur le territoire, l'activité d'urgence cardiologique ou les AVC ont diminué de 50 %. Ce constat est très inquiétant.

À Mâcon, 35 infirmières, des IADE et des anesthésistes, sur les 250 professionnels que compte la Polyclinique du Val de Saône ont prêté main forte à l'hôpital de l'autre côté de la rue. Cet établissement, prévu pour venir en soutien de l'hôpital, a réorganisé ses lits de surveillance continue en réanimation, qui n'ont finalement pas été activés et prend en charge toute l'activité chirurgicale non Covid. À Saint-Étienne ou à Moulins, des praticiens de l'hôpital sont venus opérer dans nos cliniques. C'est une opportunité pour eux de découvrir notre fonctionnement, de même nos personnels déportés

à l'hôpital expérimentent le leur. À Mâcon, alors que 100 m séparent la clinique et l'hôpital, certains praticiens n'avaient jamais traversé la rue jusqu'alors pour découvrir l'organisation de l'autre.

Revenir à l'organisation de crise d'aujourd'hui en moins de 48 heures

À partir du 11 mai et selon les autorisations qui seront données par les ARS, des régulations de patients seront mises en place sur les territoires où nous exerçons. En Auvergne Rhône-Alpes, nous avons été pro-actifs et avons défendu la reprise de la chirurgie en coopération avec les établissements voisins. Les lits de réanimation ne seront pas désarmés. Même logique pour la chirurgie sans réanimation qui sera organisée aussi en fonction des flux de patients qui voudront bien reprendre le chemin des établissements hospitaliers, et des capacités que chacun pourra garantir une fois toutes les nouvelles mesures de sécurité mises en place. Dans tous les cas, les établissements s'engagent à revenir à l'organisation de crise d'aujourd'hui en moins de 48 heures. Pour ce faire, nous allons favoriser l'ambulatoire et tendre vers des DMS très courtes pour ne pas emboliser les services de chirurgie.

Demain, il sera souhaitable d'intégrer en systématique dans nos scénarios, l'impossible tenue d'une cellule de crise en présentiel. Certains outils informatiques devront rester déployés au plus grand nombre... Les réunions de la cellule peuvent naturellement être virtuelles, mais ne remplacent pas l'efficacité d'être en continu autour d'une même table.

27 AVRIL 2020

FABRICE DERBIASDIRECTEUR DE LA CLINIQUE DE L'UNION
ET MARQUISAT, RAMSAY SANTÉ
DIRECTEUR DU PÔLE TOULOUSE

Une prise en charge graduée en 3 niveaux

Nous avons mis en place les mêmes organisations à la Clinique de l'Union, la Clinique des Cèdres et la Clinique de la Croix du Sud, établissements Ramsay Santé du territoire de Toulouse. Pour prendre l'exemple de la Clinique de l'Union de 400 lits, nous avons déclenché le plan blanc le 16 mars. Un poste médical avancé est installé à l'entrée des urgences où une première évaluation est faite. Les patients asymptomatiques sont orientés dans les services adhoc comme au préalable. Les patients qui présentent des symptômes sont accueillis dans un espace dédié au sein du service d'urgence reconfiguré. Jusqu'au 5 avril, si au bout de 4 heures maximum, le diagnostic n'était pas posé, malgré les examens biologiques, éventuellement les tests, un scanner, etc. et que le doute persistait, nous prenions en charge ces patients dans une zone « tampon » ambulatoire pour se donner le temps de réaliser les investigations complémentaires. Depuis le 6 avril, le Laboratoire de la Clinique de l'Union dispose de tests PCR rapides, permettant de poser un diagnostic en 45 minutes et

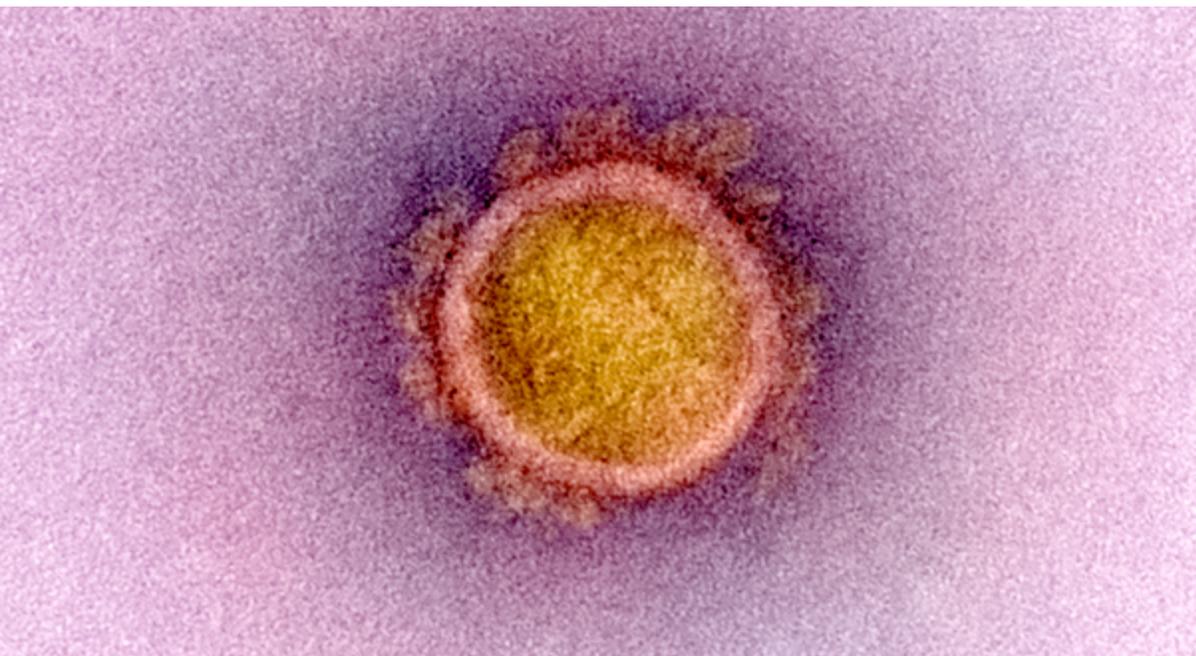
ainsi orienter les patients pour une prise en charge immédiate.

Nous avons mis en place ensuite une organisation graduée en 3 niveaux de prise en charge des patients atteints du Covid : un secteur en réanimation qui a accueilli jusqu'à 9 malades, 4 sont encore hospitalisés ; 8 des 16 lits du service de surveillance continue ont été déportés dans une zone étanche sanctuarisée ; enfin, nous avons dédié un service de médecine de 22 lits. Concernant les équipements de protection, la satisfaction des approvisionnements hebdomadaires pilotés par le GHT a chassé l'inquiétude de pénurie de la première semaine.

L'activité Covid relativement faible sur la première semaine nous a permis de mettre à profit ce temps pour former nos personnels. Une centaine de soignants a été formée aux consignes de protection et d'habillage. Sur la réanimation spécifiquement, nous avons organisé des sessions de simulation sur le décubitus ventral (avec un infirmier faussement technique) afin d'être au point sur cette pratique.

La vague des patients est arrivée de façon beaucoup plus modérée que ce que nous avons craint au départ. Jusqu'alors, la Clinique de l'Union, la Clinique des Cèdres et la Clinique de la Croix du Sud ont accueilli au total une centaine de patients atteints du Covid (35 pour l'Union), dont environ 30 % en réanimation. Chacune d'entre elles a accueilli 2 des 24 patients transférés de la région du Grand-est.

À Toulouse, globalement une moitié des patients atteints du Covid est prise en charge par le CHU et l'autre moitié répartie de manière à peu près égale entre les différents établissements du territoire disposant d'une réanimation. Après une première semaine tendue, les secteurs public et privé s'entendent globalement bien, respectant un équilibre. L'organisation est coordonnée par la cellule territoriale de l'ARS composée de 6 personnes selon un mix public et privé qui se réunit tous les jours, week-ends compris.



« À Toulouse, globalement une moitié des patients atteints du Covid est prise en charge par le CHU et l'autre moitié répartie de manière à peu près égale entre les différents établissements du territoire disposant d'une réanimation. »

.....
FABRICE DERBIAS

Les 3 cliniques fonctionnent actuellement entre 20 et 23 % de leur activité habituelle. À l'Union, il s'agit principalement de l'activité en cancérologie et d'urgence chirurgicale, précisons que nous sommes l'un des plus gros sites d'urgence avec 33 000 passages à l'année. Une ré-évaluation du degré d'urgence des actes reportés est faite régulièrement, certains sont à nouveau reportés, d'autres sont réalisés.

Nous n'avons pas de détail sur l'organisation territoriale de l'après 11 mai, si ce n'est pour l'heure, de maintenir nos organisations quitte à les redimensionner à la baisse tout en gardant la capacité de les réactiver immédiatement. En interne, nous réfléchissons en groupe de travail à la modélisation d'une offre moins dimensionnée mais sur un plus long terme jusqu'au 31 décembre prochain.

27 AVRIL 2020

CHRISTOPHE ALFANDARI
PDG DU GROUPE SAINT-GATIEN



L'approche territoriale a pris tout son sens

À la Clinique NCT+ – Saint-Gatien – Alliance à Tours, nous avons augmenté notre capacité de réanimation de 10 lits initiaux à 26 lits, ainsi que le nombre impressionnant de personnels associés à cette activité. Pour cela, du personnel complémentaire a été formé en renfort. Nous avons également ouvert 45 lits de médecine Covid+. Nous avons ouvert notre hélistation en urgence, selon une procédure accélérée. Par ce biais, 16 patients d'Île-de-France et des patients de l'est de la région Centre ont été transférés dans notre établissement. Les autres patients sont arrivés par notre service d'urgence.

Les soignants ont tous accepté de faire des nuits, reporter des vacances, bousculer leur planning. Les praticiens libéraux, en premier lieu anesthésistes-réanimateurs, ont entrepris et se sont engagés sans compter. Des chirurgiens se sont portés volontaires pour faire des gardes dans le service de médecine Covid, ils ont tous été remarquables.

En Indre-et-Loire, l'épidémie est restée bien maîtrisée et nous n'avons pas connu de vague.

Il est à noter que très peu de patients accueillis dans le service de médecine ont nécessité une réanimation et ont pu regagner leur domicile. Un constat partagé par les établissements de l'ouest de la région Centre.

Concernant le matériel de protection, nous nous sommes battus tous les jours. Quand le problème des masques était en partie réglé, le problème apparaissait sur l'approvisionnement des sur-blouses, puis ensuite des gants. Concernant la pénurie de produits

nécessaires en réanimation, nous nous coordonnons et entraînons avec le CHU. Nous avons réussi à franchir toutes ces difficultés !

Public/privé, une coopération totale

Notre principal interlocuteur est le CHU de Tours. La coordination a été complète entre les médecins réanimateurs et les directions générales. Ensemble, et via des conférences téléphoniques permanentes, nous avons mis en place des organisations intelligentes. L'ARS a parfaitement joué son rôle. Je suis vraiment ravi car nous n'avons pas perdu de temps dans l'organisation de la lutte contre le Covid. Les médecins généralistes ont ouvert plusieurs centres « Covid » en ville et la coordination avec la médecine de ville se passe bien. L'approche territoriale a pris tout son sens.

La suite...

Nous sommes en pleine réflexion sur l'organisation de la suite qui doit être cohérente pour nous et avec le CHU. Ces discussions ont démarré : demain, qui maintient des lits, du personnel, un service, etc. dédiés Covid ?

Au même rythme que le CHU, nous avons « dé-escaladé » notre organisation Covid. Par exemple, sur les 16 lits en réanimation que nous avons actuellement, 10 lits sont dédiés aux patients atteints du Covid. Nous espérons pouvoir maintenir cette organisation demain. Même si tout le monde a envie de tourner la page de cette première séquence, il faut avancer très doucement. Nous attendons que le Premier ministre confirme par ordonnance les annonces déjà faites.

J'ai envie de retenir de cette crise une coopération public/privé totale et un engagement exceptionnel des personnels et des médecins. Chapeau à tous ! Nous sommes en pleine réflexion sur l'organisation de la suite qui doit être cohérente pour nous et avec le CHU.

4 MAI 2020

DR DENIS FRANCK

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE
DE CANCÉROLOGIE - UNION NATIONALE
HOSPITALIÈRE PRIVÉE DE CANCÉROLOGIE
(AFC-UNHPC)



Les professionnels en cancérologie ont continué de travailler

Le champ de la cancérologie a reçu l'autorisation de poursuivre les soins en chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie pour des raisons évidentes de risques de perte de chance pour le patient. Les professionnels en cancérologie ont donc continué à travailler. Toutefois, des discussions collégiales ont parfois eu lieu entre chirurgiens et anesthésistes sur le risque d'être obligé d'utiliser des lits en réanimation en post-opératoire. Dès lors que les lits en réanimation sont fléchés Covid, peut-on démarrer un parcours chirurgical programmé qui pourrait nécessiter une réanimation ? La position de chacun étant compréhensible et motivée par le bénéfice au patient. Les activités de chimiothérapie et de radiothérapie ont été poursuivies avec leur corollaire : être en capacité de disposer du personnel soignant nécessaire et donc de le protéger. Le personnel de ces unités a dû être rassuré et des précautions supplémentaires ont été prises car certains patients atteints du cancer sont aussi porteurs du Covid, qu'il ait été diagnostiqué ou qu'il soit asymptomatique. Les établissements ont dû aménager des circuits dédiés qui seront maintenus afin de garantir à tous que les flux de patients atteints ou non d'un Covid diagnostiqué ne se croisent pas. Par ailleurs, il serait indispensable que les patients atteints de cancer reçoivent gratuitement des masques chirurgicaux dans le cadre de leur affection de longue durée.

À l'instar des patients dialysés ou greffés, ils sont vulnérables. Les sociétés savantes d'oncologie médicale ont très rapidement recommandé une prescription plus large de facteurs de croissance de la lignée blanche (globules blancs) pour les patients en chimiothérapie. Malgré cela, la crainte de fréquenter un établissement hospitalier a été forte et certains patients n'ont pas poursuivi leur parcours comme prévu. Les cancérologues ont fait œuvre de pédagogie individuellement auprès de chacun pour informer des risques encourus dans les deux attitudes, honorer, ou non, ses prochaines séances de chimiothérapie ou de radiothérapie. Dans tous les cas, ces décisions sont médicales, et l'administration n'a pas à s'immiscer dans ce débat ce qui n'a d'ailleurs pas été le cas en cancérologie.

Les patients traités pour un cancer peuvent être immuno-déprimés

Nous ne saurons qu'à distance si ces reports ont eu un impact délétère pour autant que nous modélisons un outil pour le mesurer. Le nombre de dossiers étudiés en réunion de concertation pluridisciplinaire pendant cette période pourrait être un indicateur car théoriquement, il ne devrait pas avoir bougé. La profession pourrait évaluer d'ici deux ans par exemple la surmortalité par cancer potentiellement dans un premier temps dans les départements qui disposent d'un registre du cancer. Les sociétés savantes en cancérologie ont été parmi les premières à édicter des recommandations. La Société française de radiothérapie oncologie a immédiatement recommandé des mesures pour la prise en charge des patients par exemple : moins de séances avec plus de doses par séance selon un schéma hypo-fractionné. Dans le cas du cancer du sein, cela signifie par exemple 13 à 15 séances à la place de 25 à 30, donc moins de déplacements et moins de risques de contamination pour les patientes et les personnels soignants. D'une manière générale les recommandations des sociétés savantes ont été précoces, concertées public/privé et de bon sens.

4 MAI 2020

HERVÉ GOURGOILLONDIRECTEUR GÉNÉRAL DE DIAVERUM FRANCE,
MAROC ET ITALIE

Une épidémie très cluster-dépendante

Au sein de Diaverum France, nous prenons en charge en routine 1 800 patients, 150 ont été atteints du Covid et 35 sont décédés. Les réalités de terrain sont très diverses selon les zones vertes ou rouges. À Angers, où le virus circule peu, nous sommes sur le pied de guerre mais attendons toujours le premier patient Covid. À l'inverse, à Mulhouse, où le virus est très circulant, environ 15 % de nos patients ont été infectés dans notre centre lourd implanté sur le site de l'hôpital. De même, en Seine-Saint-Denis où nous prenons en charge environ 350 patients, plus de 10 % de notre patientèle a été atteinte, d'autant que nous sommes le service de néphrologie du CH Saint Denis (Hopital Delafontaine).

La sociologie de l'épidémie croise celle de l'insuffisance rénale

Rappelons que l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est, par million d'habitants, deux fois supérieure dans le département 93 que dans le 92, elle est maximale dans les DOM-TOM heureusement plutôt protégés du virus par leur insularité jusqu'à présent. Les structures sanitaires en Seine-Saint-Denis n'ont pas été ajustées en rapport avec leur sociologie complexe et une démographie dynamique, et c'est là, dans ces territoires déjà préalablement sous tension, que cela craque logiquement en premier. Le Covid s'est au final « nourri » de problèmes sanitaires ou sociologiques pré-existants.

Le premier vrai désert médical de France est moins la Lozère que la Seine-Saint-Denis où la prévention et l'accès aux soins primaires sont notoirement insuffisants : le diabète a un caractère quasi épidémique au niveau du territoire. Si le diabète non contrôlé contribue à une incidence et à une prévalence IRCT supérieure, et donc un âge d'entrée en dialyse inférieur, il induit également une patientèle plus jeune (de 10 ans par rapport à la moyenne nationale), donc avec un meilleur pronostic de survie au Covid. Le premier pronostic de chance est ainsi la localisation du patient par rapport aux clusters, et ensuite l'infrastructure sanitaire pour y faire face. Aujourd'hui en France, nous n'avons plus que 39 patients « encore » atteints du Covid, dont 7 hospitalisés, et sommes soulagés de constater une décrue, et plutôt rapide.

En dialyse, il n'y a pas de déprogrammation

Si nous ne prenons pas en charge les patients IRCT, ils meurent. L'organisation selon les sites n'est pas chose aisée. Lorsqu'un seul patient est suspect ou infecté, il est dialysé en box d'isolement mais si plusieurs le sont, il faut réfléchir autrement, aménager des espaces dédiés et réorganiser les flux et les personnels autour, revoir les plannings des séances afin que patients Covid+ et - ne se croisent pas, et prendre des décisions sur l'orientation de ceux qui sont seulement suspects. Par ailleurs, les procédures de nettoyage ont été entièrement revues.

À Diaverum, fin janvier, notre politique groupe de prise en charge d'un patient Covid en dialyse était prête, début février elle était adaptée et déployée dans nos établissements en France, nous permettant de gagner un temps de préparation précieux. Début mars, dès notre 1er patient Covid, le siège s'est mis en télétravail en 48h et était en support des équipes. Nous avons commandé des masques en quantité et qualité suffisantes en amont, le personnel s'est donc senti en sécurité dans les moments les plus difficiles.

Tous nos établissements France sont certifiés en A sans réserve ni recommandation. La qualité se



mesure mieux dans ces temps difficiles, car le déficit en qualité est exacerbé. Le personnel est rassuré lorsqu'il sait que la démarche qualité est robuste. La résilience se construit en amont de tels événements.

En Île-de-France, nous avons également tiré les enseignements de la première vague qu'a connue le cluster de Mulhouse ce qui nous a permis d'affiner les protocoles. C'est formidable de constater l'esprit de corps des soignants. Le sens de l'utilité de ce que nous apportons à la population est exacerbé. Cela soude les équipes à condition que protections et procédures soient là.

Une vision internationale... peu flatteuse pour la France

Diaverum est implanté aussi en Espagne, en Italie, en Allemagne, en Angleterre. Nous y retrouvons la même épidémiologie, l'Allemagne s'en sortant relativement mieux. L'Allemagne a globalement mieux su absorber ou anticiper. Sur ce registre, il est à noter que les surcoûts Covid sont déjà établis et publiés pour tous les actes médicaux (30 € par exemple pour une séance de dialyse Covid), alors que nous en sommes encore aux déclarations de principe de notre côté, ou à la collecte des données épidémiologiques en IRCT.

En France, le secteur de la dialyse a été dans l'angle mort du système de santé, n'étant ni stratégique comme une réanimation, ni sensible comme nos Ehpad. Pour autant, nous avons dialysé l'immense majorité de nos patients Covid, à l'exception des prises en charge en réanimation, et les difficultés à obtenir des masques hier ou des tests aujourd'hui inquiètent. Nous avons néanmoins pu tester une série de 16 patients dans un centre sur Paris et 3 étaient Covid asymptomatiques. Diaverum suit ici une logique consensuelle et respectueuse de cette carence en tests, selon laquelle, nous ne pouvons pas tester tout le monde, et utilisons donc les tests là où le bénéfice-risque est le plus important, c'est à dire en priorité là où le virus est circulant.

L'échelle régionale et locale de l'administration française, davantage en connexion avec des acteurs comme nous, a su mieux résister malgré la pression et les injonctions contradictoires qui se sont abattues sur elle. Je regrette en revanche que nous ayons été insuffisamment inspirés des bonnes pratiques en Corée du Sud ou au Japon, alors que nous en avons pourtant le temps. Si nous faisons partie de ceux qui disposent des meilleurs soignants, avons-nous une doctrine adaptée aux enjeux et technologies d'un 21^e siècle, où tout va très vite ? Le Covid est un salutaire révélateur de nos faiblesses, espérons-le.

« Le premier pronostic de chance est la localisation du patient par rapport aux clusters, et ensuite l'infrastructure sanitaire pour y faire face. »

.....
HERVÉ GOURGUILLO

4 MAI 2020

WILFRIED HARSIGNYDIRECTEUR DE L'HÔPITAL PRIVÉ OCÉANE,
VANNES, ELSAN

Le 29 février à 22h, nous tenions notre première cellule de crise

Le premier patient de notre territoire atteint du Covid a été dépisté au Centre Hospitalier de Vannes. Il avait séjourné au sein de notre établissement quelques jours plus tôt avant d'être transféré compte tenu de son état de santé. Le 29 février à 22h, nous tenions notre première cellule de crise. Nous avons au sein de l'établissement un médecin interniste infectiologue depuis trois ans, ce qui représente une énorme plus-value dans ce type de crise sanitaire. Elle prend part à toutes les décisions que nous prenons. Même si aucune vague ne nous a atteints, nous vivons avec le virus depuis 9 semaines. À l'époque, seuls quelques clusters étaient identifiés et nous ne savions rien sur l'épidémie à venir. Notre problématique d'alors n'était pas de savoir comment accueillir des patients infectés mais comment gérer notre établissement qui en avait accueilli un. À ce moment-là, les recommandations changeaient d'heure en heure : la première, respectée à la lettre, était de mettre en quarantaine tous les salariés qui avaient été en contact avec le patient, puis la deuxième le lendemain, a été de rappeler tous ceux qui étaient asymptomatiques pour finalement leur demander de prendre leur poste de travail.

Par la suite, à l'instar de tous, nous avons déprogrammé l'activité non urgente – seules 150 interventions sur les 650 hebdomadaires ont été maintenues. Nous avons mis en place l'organisation nécessaire pour faire face à l'épidémie : transformation des 16 lits de surveillance continue en lits de réanimation (une autorisation qui court jusqu'au 24 juin),

organisés en 2 secteurs distincts Covid- et Covid+ (qui a accueilli 6 patients) ; réimplantation de 10 lits d'USC pour les patients non Covid afin de répondre à l'activité de cancérologie et de chirurgie urgente de la clinique; enfin, transformation du service ambulatoire en service médecine Covid de 24 lits, où nous avons eu jusque 8 patients simultanément.

Pro-activement, car nous étions prêts, nous avons sollicité l'hôpital même s'il ne connaissait pas de tension élevée pour recevoir progressivement des patients en réanimation, afin de tester nos organisations et les procédures de transferts. Les médecins de la clinique connaissent très bien leurs confrères de l'hôpital et nous avons pu organiser au mieux ces transferts. Ainsi, 1 à 2 patients atteints du Covid par semaine ont été accueillis en réanimation à la clinique.

Les équipes médicales se sont rendu visite sur les sites tout au long de la crise et ont démontré une très belle collaboration. Les anesthésistes de la clinique sont allés visiter le service de réanimation de l'hôpital afin d'appréhender la lourdeur des prises en charge en amont des transferts. L'infectiologue de l'hôpital est venue rencontrer son homologue de la clinique pour échanger sur nos organisations en interne. Nous espérons que cette entente se poursuivra dans le futur pour des projets territoriaux, hors gestion de crise.

Aujourd'hui, nous prenons encore en charge un patient atteint du Covid en réanimation et conservons un potentiel d'accueil de 3 lits. Par ailleurs, les 8 lits dédiés conservés en médecine prennent tout leur sens car nous prenons en charge en permanence environ 5 patients ne nécessitant pas une charge lourde en soins, adressés par des praticiens généralistes, des Ehpad, des résidences partagées, par SOS médecins installé sur notre site, ou encore des patients qui se révèlent positifs au cours d'un scanner de contrôle par exemple.

En ce qui concerne les visites au sein de l'établissement, elles ne sont pas autorisées au sein des services d'hospitalisation à deux exceptions près.

Nous avons débattu en interne sur la politique à adopter en ce qui concerne la présence des papas dans le service de maternité et avons décidé d'appliquer une procédure commune avec la maternité de l'hôpital. Le papa peut assister à l'accouchement et est autorisé à une visite unique par jour. De même, après un premier week-end d'interdiction de visites dans le service de soins palliatifs, nous avons décidé avec les équipes d'autoriser une visite par jour dans des créneaux précis, compte tenu de la particularité de ce service.

Sinon, comme tous, nous sommes désormais dans une phase de reprogrammation et de réorganisation de l'établissement tout en garantissant la notion de réversibilité de notre organisation, comme demandé par l'ARS.

La mobilisation de tous est depuis le départ sans faille. L'équipe opérationnelle d'hygiène a formé plus de 500 personnes à l'habillage/déshabillage, les soignants ont parfois dû changer de service, certains se sont investis aux prises en charge en réanimation.

Nous n'avons mis personne en chômage partiel

Le service d'HAD a travaillé en « zone cluster » Dès la fin février, ces patients étaient pris en charge à leur domicile dans une zone devenue cluster, où des communes à une vingtaine de kilomètres de Vannes étaient entièrement fermées. L'inquiétude première des salariés a été levée par des mesures de sécurité renforcées. En insistant chaque jour auprès de l'ARS, nous avons pu recevoir des dotations de masques suffisantes même si c'était par petites quantités.

Notre service d'HAD a également été impliqué à la demande de l'ARS pour dépister des résidents présentant des symptômes dans la quarantaine d'Ehpad de notre territoire, ou encore pour des dépistages massifs lorsque plusieurs résidents sont infectés, comme la semaine dernière où, en deux jours la totalité des 50 résidents d'un de ces

établissements a été prélevée. Ces tests PCR sont ensuite dispatchés pour l'analyse entre le laboratoire du Centre Hospitalier de Vannes et le laboratoire privé situé en face de la clinique.

Cette épidémie a révélé un engagement et une entraide exemplaires au sein de l'établissement. Compte tenu de notre mobilisation dès la fin du mois de février sur notre territoire, nous avons eu le temps de nous préparer à une vague qui n'est pas arrivée. L'ARS Bretagne, a joué son rôle de coordinateur mais est peu intervenue localement pour l'organisation territoriale, laissant le Centre Hospitalier de Vannes piloter. Pour la phase de reprogrammation, nous avons demandé à l'ARS de réguler la reprise de façon à ce qu'elle puisse arbitrer les points de différenciation entre les établissements de santé, en fonction de la nature de leurs activités.

Elle applique aujourd'hui le principe de réversibilité et soumet une reprise d'activité à la présentation d'un plan opérationnel de remise en place sous 48 heures d'une « organisation Covid ». Ce que nous saurons faire !

« Comme tous, nous sommes désormais dans une phase de reprogrammation et de réorganisation de l'établissement tout en garantissant la notion de réversibilité de notre organisation, comme demandé par l'ARS. »

.....
WILFRIED HARSIGNY

11 MAI 2020

ATIKA ALAMIDIRECTRICE GÉNÉRALE TERRITOIRES -
ÎLE-DE-FRANCE, VIVALTO SANTÉ

Ce virus nous a appris à être humbles et modestes, dans un secteur très exigeant qui ne tolère pas le droit à l'erreur

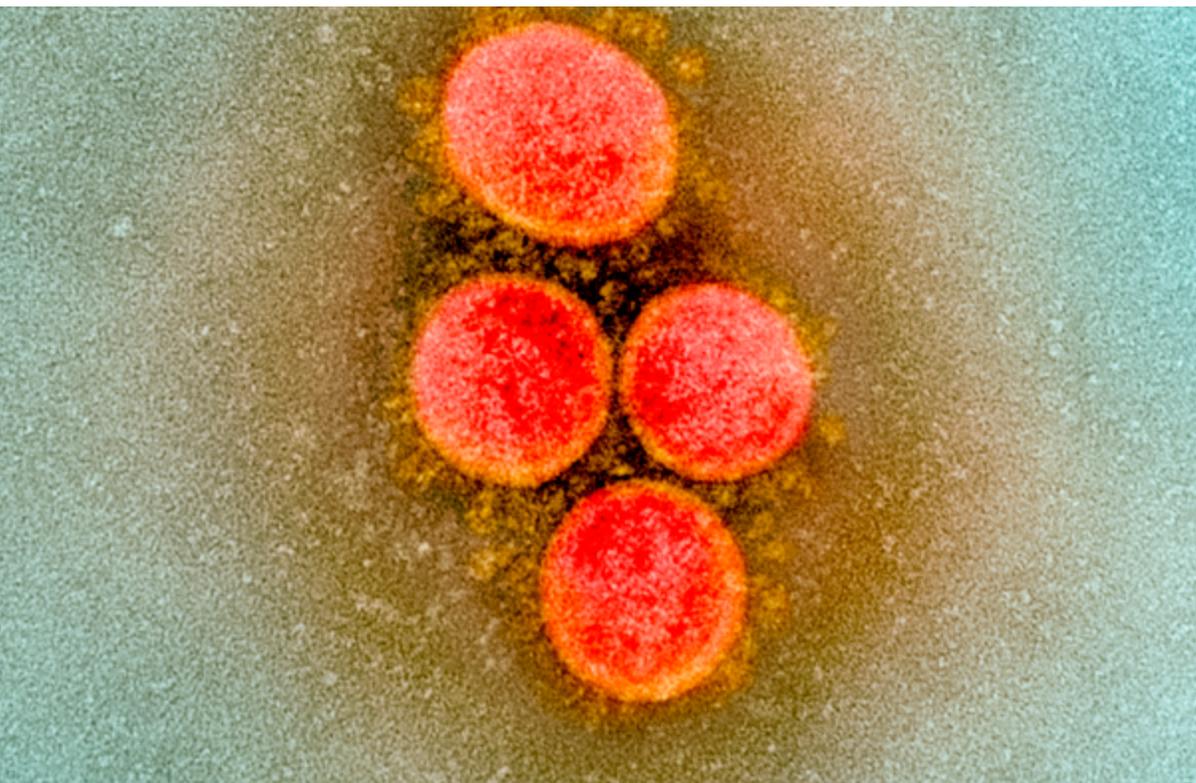
Dans le territoire nord des Yvelines, nous nous sommes immédiatement coordonnés avec les 2 GHT pour déployer une offre graduée des soins et faire face à la vague épidémique qui a été extrêmement difficile à appréhender dans ses premiers jours. En 72 heures, nous avons multiplié par 5 le nombre de lits de réanimation et par 8 celui d'hospitalisation en médecine. L'ARS nous a fait confiance et nous a soutenus. Sur les 8 établissements hospitaliers Vivalto Santé que je coordonne, certains ont accueilli des patients atteints du Covid en phase aiguë (J0, réanimation, etc.), d'autres étaient positionnés à J10.

Cette restructuration a été possible car nous avons immédiatement reçu du renfort en ressources humaines (infirmières et anesthésistes) et matérielles (respirateurs, etc.) des établissements Vivalto Santé non situés dans les zones dites rouges (Bretagne, Pays-de-la-Loire, Normandie). De plus, nous disposons de toutes les fonctions support du groupe (RH, logistique et technique, achat, etc.), une aide extrêmement précieuse. Cela m'a permis de sortir de temps en temps la tête de l'eau pour

prendre les bonnes décisions tout en coordonnant l'offre du territoire avec les directeurs de chaque établissement.

Dans le même temps, il a fallu prendre la vague et s'organiser pour la prendre : apprendre et faire simultanément ! Il fallait agir à deux niveaux : le premier très opérationnel – « je n'ai plus d'infirmières, de pousse-seringues ou de sacs mortuaires, etc. » – et le second, plus stratégique, au regard des 8 structures du territoire à coordonner. C'est une expérience humaine et professionnelle rare. Je suis moins inquiète si nous devons faire face à une deuxième vague car nous savons faire désormais. Ce virus nous a appris à être humbles et modestes, dans un secteur très exigeant qui ne tolère pas le droit à l'erreur.

Durant quasi 9 semaines, 7 jours sur 7, mes journées se ressemblaient : de 8h à 9h, gestion des événements de la veille, de 10h à 11h avec le Comex du groupe, de 11h à midi, réunion « bed-management » avec les directions des établissements hospitaliers publics du GHT et privés - avec leurs présidents de CME chaque fois que nécessaire -, et le Samu 78. Je m'appuyais pour ma part sur notre gestion centralisée des lits des établissements Vivalto Santé qui représentent, à l'exception d'un, l'offre totale privée de soins en Yvelines Nord. De midi à 13h, je revenais vers mes directeurs pour les informer des décisions qui venaient d'être prises et échanger tous ensemble sur notre organisation et les besoins de chacun, et à 15h, réunion avec la direction de l'offre de soins de l'ARS Île-de-France sur l'actualité Covid, les nouvelles doctrines, etc. Je dois dire que sur notre territoire, la coordination public/privé a été exemplaire.



« En 72 heures, nous avons multiplié par 5 le nombre de lits de réanimation et par 8 celui d'hospitalisation en médecine. »

.....
ATIKA ALAMI

La cellule de crise se réunit désormais deux fois par semaine. Nous étions en mode guerre, une situation très éprouvante, et nous entrons désormais dans une nouvelle ère où nous devons intégrer la présence du virus dans nos organisations : une situation très complexe qui va durer. En lien avec nos directeurs, nous travaillons actuellement avec nos cadres sur la reprise de l'activité certes, mais aussi sur celle de nos fonctions en remettant chacun son costume. Il faut parvenir à sortir de cette ambiance de crise.

L'hôpital était malade, atteint lui-même par le virus, et donc était fui par l'utilisateur.

Si les soignants sortent d'une gestion de crise, le patient, lui, sort de son confinement. Il y a trois mois, il poussait une porte et entrait dans un environnement où il avait confiance, demain il va devoir comprendre cet environnement très sécurisé (port de masques, questionnaire pour identifier le risque Covid-19...) et potentiellement anxiogène pour lui.

Il nous faut regagner la confiance des usagers. Sur des pathologies chroniques, des praticiens, par exemple, ont établi une liste prioritaire de patients et les ont tous appelés de façon pro-active pour prendre de leurs nouvelles. Cette démarche très appréciée par les patients doit être très fortement développée.

11 MAI 2020

FRANÇOIS GUTH

DIRECTEUR DU PÔLE LILLE MÉTROPOLE,
RAMSAY SANTÉ



Les hôpitaux se remplissaient mais nous n'avons accueilli aucun patient atteint du Covid-19

Dans la métropole lilloise, au coup de sifflet de l'ARS, comme l'hôpital public, nous avons stoppé toute l'activité de nos 6 établissements MCO et revu nos organisations. En une dizaine de jours, nous avons fermé 3 établissements MCO d'environ 100 lits chacun et transféré les personnels et les équipements dans les 3 plus importantes structures de 400 lits chacune. Ainsi, nous avons mis en place environ 90 lits de réanimation et de soins intensifs post-réanimation pour accueillir des patients atteints du Covid.

La stratégie de l'ARS a été de concentrer tous ces patients sur le CHU, un des plus importants de France, et les CH de la métropole et de conserver en deuxième ligne le secteur privé. Nous avons de bonnes, voire de très bonnes relations directes avec l'ARS et très courtoises avec les acteurs publics. Nous sommes le seul interlocuteur privé du territoire et assistions aux cellules de crise. Nous avons donc joué le jeu. Les hôpitaux se remplissaient mais nous n'avons accueilli aucun patient atteint du Covid ; nous avons par ailleurs pris en charge une quinzaine de patients non Covid transférés. L'hôpital public sous tension a géré toute l'activité Covid+, en plus de son activité normale.

Nous sommes très fiers d'avoir prouvé que nous savions faire et nous avons beaucoup appris, mais nous sommes frustrés de n'avoir pas participé à la hauteur des efforts réalisés. Nous sommes néanmoins profondément rassurés de ne pas avoir dû faire face à la vague épidémique comme en Île-de-France ou dans le Grand Est.

La plus grande difficulté est de gérer 600 médecins qui n'ont pas travaillé du tout, et n'ont donc perçu aucune rémunération, depuis deux mois, une situation particulièrement difficile pour les jeunes praticiens qui viennent de s'installer. Si nous voulons conserver une médecine libérale, il faut faire attention à nos médecins et les aides ne sont pas à la hauteur de ce qu'ils attendent.

Une reprise d'activité compliquée

Cette première séquence était courte et coordonnée et faisait sens auprès de toutes ces personnes qui ont embrassé ce métier du soin. En revanche, la reprise d'activité s'annonce beaucoup plus compliquée.

Nous sommes toujours sous le thésaurus de l'ARS qui interdit toute reprise à l'exception des urgences, de la cancérologie, et des « pertes de chance » dont on ne sait plus trop ce que cela veut dire. Nous attendons le cadre de reprogrammation de notre tutelle.

Toutefois, depuis 2 semaines, nous avons rouvert les 3 établissements et avons redémarré progressivement les consultations et environ 15 % de l'activité. Les médecins ont indiqué que les agendas se

remplissent à partir du 11 mai, date psychologique. La reprise est aussi attendue en ville et nous avons libéré il y a une semaine une partie de notre stock d'équipements EPI pour les distribuer aux médecins libéraux de ville. Nous avons également approvisionné en masques les cabinets médicaux des libéraux de nos cliniques.

Nous avons élargi la notion de « perte de chance », en prenant en compte la pénurie de certaines molécules, mais reporter la prise en charge d'un patient qui prend des anti-inflammatoires tous les jours en attendant sa prothèse de hanche devient à son tour une perte de chance pour lui.

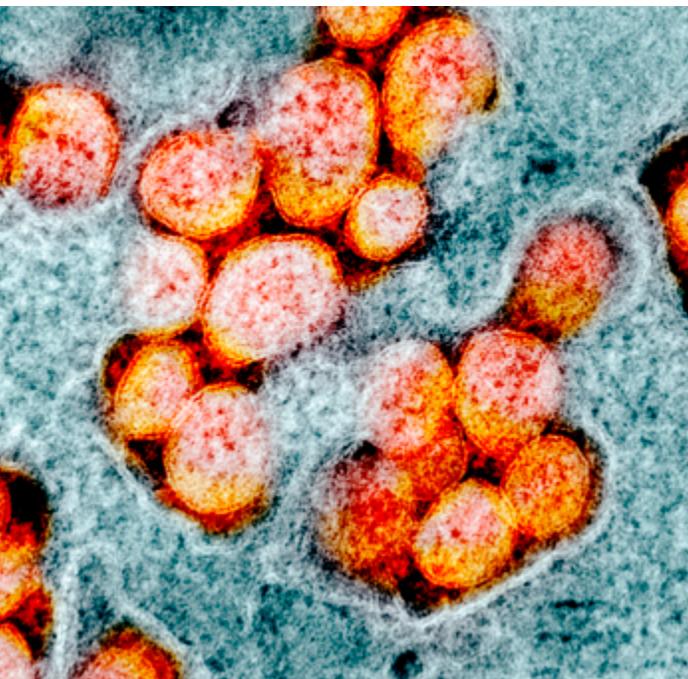
Nous avons aussi urgemment besoin que les patients renouvellent leur confiance aux établissements hospitaliers, au risque sinon d'une embolisation à l'automne du fait de l'accumulation de ce retard, d'autant que les mesures de sécurité - respectées à la lettre -, nous rendent moins efficaces. Il est urgentissime de prendre en charge les patients, le plus tôt possible, les uns après les autres, dans les secteurs hospitaliers public et privé.

Aucun de nos salariés n'a été placé en chômage partiel car au départ il s'agissait de garder toutes nos ressources humaines pour répondre à l'épidémie, et

c'est bien sur elles qu'a reposé toute notre réorganisation. Nous les avons formées à la prise en charge de patients atteints du Covid, puis, quand nous avons vu que nous n'étions pas sollicités, nous avons fait un appel au volontariat pour venir en aide aux établissements Ramsay Santé sous tension en Île-de-France. Spontanément, en quelques jours, environ 80 infirmières et aides-soignantes se sont manifestées sans trop savoir d'ailleurs ce qui les attendait. L'esprit de corps est extraordinaire. Toutes ces ressources sont aujourd'hui nécessaires pour reprendre l'activité. Cette progressivité est plutôt vertueuse car elle permet de tester les nouvelles organisations Covid/non Covid dont il faut prendre toute la mesure, car la responsabilité de chacun est forte.

« La plus grande difficulté est de gérer 600 médecins qui n'ont pas travaillé du tout, et n'ont donc perçu aucune rémunération, depuis deux mois, une situation particulièrement difficile pour les jeunes praticiens qui viennent de s'installer. »

FRANÇOIS GUTH



11 MAI 2020

RICHARD QUIN

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE DU CÈDRE,
BOIS-GUILLAUME



Nous étions prêts mais nous n'avons accueilli aucun patient

La Normandie, et Rouen en particulier, a été largement épargnée par l'épidémie, mais comme tous, nous avons cessé toute activité opératoire et avons déclenché notre plan blanc à la demande de l'ARS. Le CHU de Rouen était en première ligne pour prendre en charge les patients Covid+ et l'ARS Normandie lui a demandé de coordonner l'organisation de façon collégiale entre les établissements du territoire. Les chirurgiens et les anesthésistes, entre eux et par discipline, se sont accordés sur les prises en charge nécessaires des patients non Covid dont le CHU se délestait.

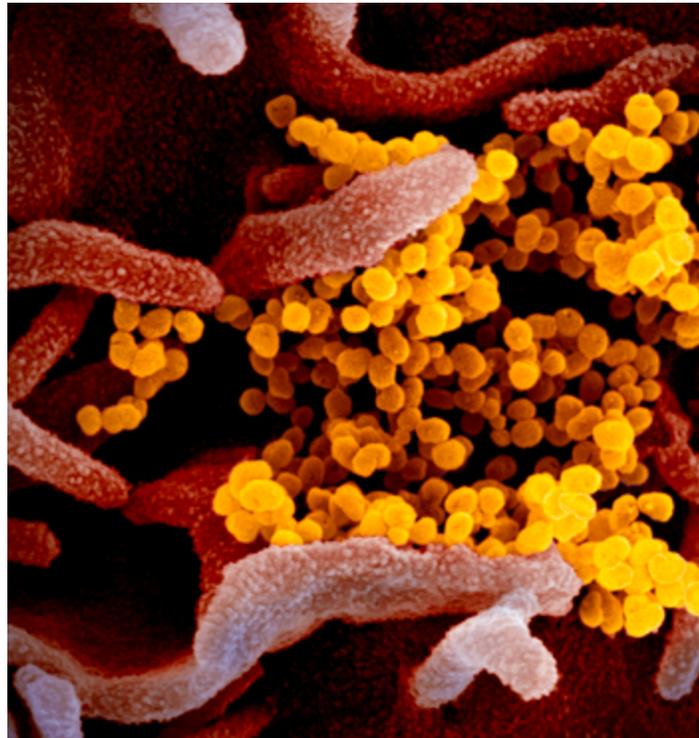
À la Clinique du Cèdre, nous avons mis en place un accueil avec un circuit spécifique au sein de notre service d'urgence et tous les patients suspectés étaient transférés au CHU. Nous avons dédié une aile du service orthopédie, peu utilisée depuis le développement de l'ambulatorio, en espace Covid de 9 lits. Nous étions prêts au cas où le CHU déborderait mais nous n'avons accueilli aucun patient. Par ailleurs, moins d'une dizaine de patients déjà hospitalisés se sont révélés Covid+ et ont été soignés en chambre d'isolement.

Depuis le 16 mars dernier, nous avons développé seulement 15 % de l'activité habituelle, alimentée par les cas urgents en cancérologie, les urgences traumatologiques et la chirurgie de la main, avec des patients accueillis en direct par notre service d'urgence, ou ceux transférés par le CHU. Il est intéressant de noter que nous avons pu conclure une

convention de partenariat avec le CHU qui a permis à des chirurgiens thoraciques et des chirurgiens de la main du CHU de venir opérer à la clinique. Ils ont découvert notre fonctionnement et ont déclaré avoir apprécié la fluidité et l'efficacité de notre organisation.

Chaque soir à 17h, un comité médical rassemblant par audio conférence, les chirurgiens et anesthésistes de la clinique et les praticiens hospitaliers, se réunissait pour décider des interventions des jours suivants. Chaque praticien présentait ses dossiers, discutés de façon collégiale.

Les praticiens de la clinique étaient informés en direct de l'évolution de la situation et ont été conviés aux réunions avec le CHU et l'ARS. Nous étions tous en mode de guerre sur le territoire. Cela a sûrement facilité leur compréhension et l'acceptation de la crise.



Notre président du CLIN, notre équipe opérationnelle d'hygiène, associés à notre médecin du travail, ont fait un travail remarquable pour traduire au fil de l'eau les recommandations nationales et locales, en les déployant efficacement, de façon spécifique vers chaque service (soignants, HAD, bloc, personnel d'accueil, du self, etc.) afin de protéger et rassurer les équipes.

Une activité d'HAD en augmentation

Nous suivons 40 patients jour en HAD et avons constaté un surcroît d'activité d'environ 15 % par rapport à l'année dernière. Les raisons en sont multiples, l'une d'entre elles étant probablement que le CHU a organisé des sorties vers l'HAD afin de libérer des lits et transformer des services en unités Covid. La demande des généralistes et des IDEL a été plus importante. Quelques patients atteints du Covid ont été suivis en HAD.

Si notre territoire a été très peu impacté par l'épidémie, nous regrettons toutefois de ne pas avoir été davantage sollicités par les Ehpad de façon préventive, malgré notre démarche pro-active. Même en l'absence de résidents malades, il aurait été utile de mieux se connaître, de s'identifier mutuellement en rencontrant les équipes, déposer des kit Covid, etc.

On apprend en marchant

Rapidement, nous avons proposé un accord d'entreprise qui a été refusé par le niveau national du syndicat majoritaire à la Clinique. Nous avons donc discuté sur la base de nos propositions et de celles du CSE et avons opté pour un système de compteur d'heures négatives à apurer dans l'année qui vient, notre volonté étant de ne pas avoir recours au chômage partiel et maintenir les salaires.

Il n'est pas aisé de manager une entreprise tout en ménageant ses 320 salariés dont les vies personnelles sont aussi à prendre en compte. Actuellement, nous tentons d'organiser les congés d'été... sans visibilité aucune. Concrètement, nous leur proposons de poser 2 semaines de vacances et 1 semaine optionnelle qui seront validées en fonction de la situation sanitaire et de l'activité chirurgicale estivale.

Nous conservons notre organisation Covid avec 9 lits. Nous redémarrons dès le 11 mai pour tendre progressivement vers 50 % de notre activité habituelle jusqu'au 2 juin et nous verrons ensuite. Nous conservons toutes nos mesures de précaution. Les patients seront tous en chambre particulière et nous mettons en place en hospitalisation (comme en ambulatoire) l'appel de la veille avec un questionnaire Covid afin de différencier, voire de différer, la prise en charge le cas échéant.



« Il n'est pas aisé de manager une entreprise tout en ménageant ses 320 salariés dont les vies personnelles sont aussi à prendre en compte. »

.....
RICHARD OUIN

11 MAI 2020

PHILIPPE CARBONELDIRECTEUR DU PÔLE BOURGOGNE,
RAMSAY SANTÉ

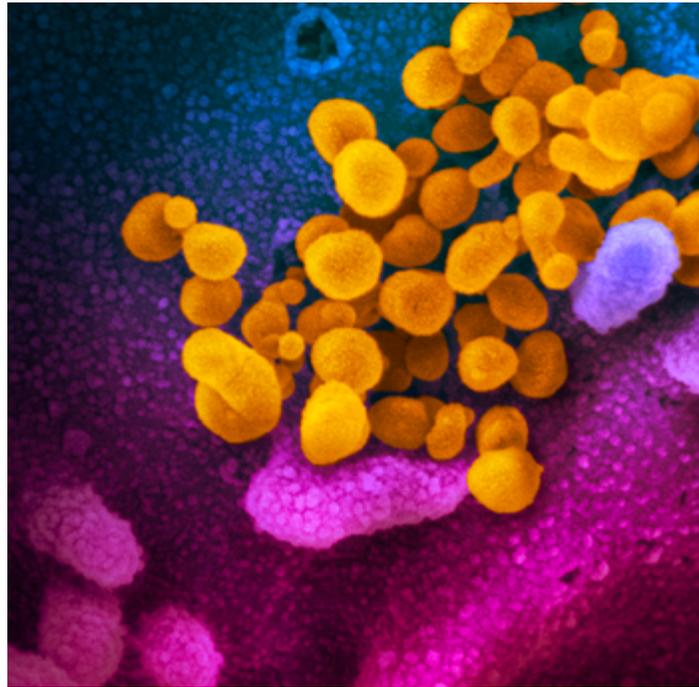
Nous sommes entrés immédiatement dans une gestion solidaire de l'activité avec le CHU

Notre région Bourgogne-Franche-Comté a subi un lourd tribut de l'épidémie avec de nombreux patients accueillis en réanimation. Personne n'était évidemment préparé mais tous ont fait front, malgré une forte crainte car au départ la dangerosité du virus était difficile à apprécier, renforcée notamment par les revirements de doctrine concernant le port du masque.

Le dimanche 15 mars, lors de notre première réunion de cellule de crise avec nos praticiens, nous avons mis en œuvre la déprogrammation massive de notre activité pour le mardi. Cette réactivité du secteur privé a été très forte.

À Dijon, à Chalon-sur-Saône, ou encore à Besançon, nous sommes entrés immédiatement dans une gestion solidaire de l'activité avec le CHU à Dijon, ou l'établissement pivot, qui ont pris le « lead », et les établissements hospitaliers privés des agglomérations et tous les établissements des GHT environnants. Cette solidarité inter-établissements, indépendamment du statut, notée par le DGARS, a été remarquable : tout le monde a joué le jeu. Nous pouvons donc penser que cette solidarité sera là si nous devons faire face à une deuxième vague.

À Dijon, la régulation a transféré toutes les urgences chirurgicales à l'Hôpital Privé Dijon Bourgogne pour délester le CHU afin qu'il se recentre sur les prises en charge des patients Covid. Pour faire

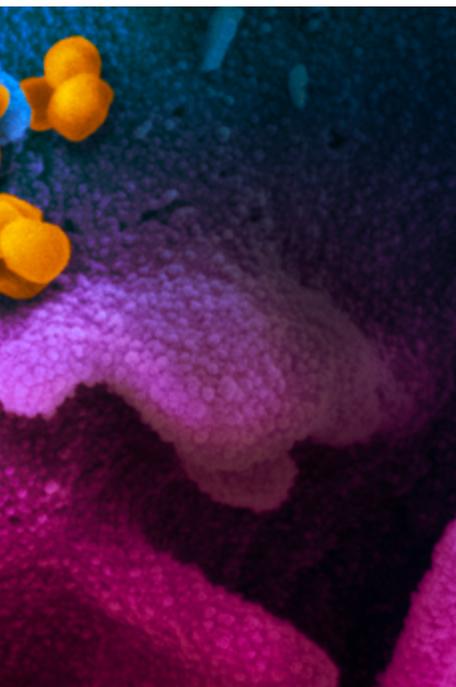


face, 6 des 22 blocs opératoires sont restés ouverts et un service de réanimation a été créé pour accueillir l'afflux de ces patients.

Parallèlement, nous avons accueilli une dizaine de patients atteints du Covid au travers de notre service d'urgence, lui aussi réorganisé selon un planning d'astreintes du corps médical qui a fait preuve d'une très grande solidarité. 4 lits en réanimation et des chambres dédiées au Covid dans certains services, comme par exemple celui de la cardiologie interventionnelle, ont complété le dispositif.

Les soignants de la salle de réveil ont été formés par les anesthésistes afin de prendre en charge le service de réanimation et notre médecin hygiéniste a formé les personnels aux gestes adéquats. Une grande solidarité inter-services et une mobilisation des personnels médicaux et soignants ont permis de faire face au sein de l'établissement à cette épidémie. Par ailleurs, 4 IDE sont partis à Paris en renfort dans un établissement du groupe.

Nous avons conservé une activité soutenue d'urgence : SAU, SOS Main, PDSES en orthopédie et viscéral, délestage du CHU. Pour le reste de l'activité, nous nous sommes tenus au thésaurus de l'ARS et aux recommandations des sociétés savantes, une situation dans laquelle nous nous trouvons toujours.



« Cette solidarité inter-établissements, indépendamment du statut, notée par le DGARS, a été remarquable : tout le monde a joué le jeu. Nous pouvons donc penser que cette solidarité sera là si nous devons faire face à une deuxième vague. »

.....
PHILIPPE CARBONEL

À Chalon-sur-Saône, le CH s'est centré sur l'accueil des patients atteints du Covid, même si notre établissement, l'Hôpital Privé Sainte Marie, a aussi accueilli des patients atteints du virus. Les praticiens du CH sont venus opérer dans notre établissement privé pour des actes urgents, et cela s'est très bien passé. Soulignons que dans les petites villes, il n'est pas rare que les médecins soient « bi-appartenants ».

La reprise d'activité est région dépendante. En Bourgogne-Franche-Comté, le déconfinement est un grand mot, et se présente pour l'heure comme un élargissement très limitatif d'activité, principalement en ambulatoire et ne nécessitant pas le recours aux molécules anesthésiques sous tension. Nous revisitons tous les dossiers car ce qui n'était pas urgent mi-mars peut le devenir début mai. Nous devons chaque fin de semaine renseigner le programme « Solenn » de l'ARS avec l'activité délivrée. Nous attendrons ensuite les nouvelles règles de régulation sanitaire à partir du 2 juin.

Conception, réalisation BVM-communication, mai 2020.

Photos : micrographies électroniques de particules du virus SARS-CoV-2.
Images colorisées © NIAID

FHP-MCO • Fédération de l'Hospitalisation Privée
Médecine, Chirurgie, Obstétrique
106, rue d'Amsterdam, 75009 Paris
Tél : 01 53 83 56 87
fhp-mco@fhp.fr
www.fhpmco.fr



CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS

VOUS ÊTES 176 201 AU FRONT

COVID 19
CRISE SANITAIRE 2020



Femmes et hommes, praticiens, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, kinésithérapeutes, brancardiers, psychologues, personnel administratif, technique et hôtelier, cadres de soins, directeurs.

Votre travail est inestimable.

Merci!



FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP
SSR
SYNDICAT DES SOINS DE SUITE
ET DE RÉADAPTATION

FHP
PSY
CLINIQUES PSYCHIATRIQUES DE FRANCE