

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Mission d'information de la conférence des Présidents sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19 (pouvoirs d'enquête)

- Audition conjointe de M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FPH), de Mme Christine Schibler, déléguée générale, et de Mme Marie-Sophie Desaulle, présidente de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée non lucratif (FEHAP), M. Antoine Perrin, directeur général de la FEHAP et Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles 2
- Présences en réunion..... 23

Mercredi
8 juillet 2020
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 37

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2019-2020

**Présidence de
M. Julien Borowczyk,
*Vice-président***



**Mission d'information de la conférence des Présidents sur
l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions
de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19**

Présidence de M. Julien Borowczyk, vice-président de la mission d'information

La mission procède à l'audition de M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FPH) et de Mme Christine Schibler, déléguée générale ; de Mme Marie-Sophie Desaulle, présidente de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée non lucratif (FEHAP) et M. Antoine Perrin, directeur général.

M. Julien Borowczyk, vice-président. Lors de la crise sanitaire, au cours de laquelle il a fallu réorganiser dans l'urgence la prise en charge des malades, la participation de l'hospitalisation privée ou à but non lucratif a été soulevée. Nous souhaiterions faire le point avec vous de la façon dont nous pouvons, dans une situation exceptionnelle, articuler au mieux, sur les territoires, les différents dispositifs entre les établissements, les agences régionales de santé (ARS) et les préfets.

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

M. Lamine Gharbi, Mme Christine Schibler, Mme Marie-Sophie Desaulle, et M. Antoine Perrin prêtent serment.

Mme Marie-Sophie Desaulle, présidente de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée non lucratif (FEHAP). La FEHAP compte 4 800 adhérents et 280 000 professionnels sur l'ensemble du territoire. Elle propose des services sanitaires, des services sociaux et médicosociaux qui accueillent des personnes âgées et des personnes handicapées.

Nous avons tiré plusieurs enseignements de la crise.

Le premier constat est celui d'une mobilisation sans précédent de l'ensemble du système de santé, public comme privé, ambulatoire comme hospitalier, sanitaire comme médicosocial et social. Montrer que c'est l'ensemble du système qui a été sous tension, et non un seul acteur, est essentiel. Cela s'est fait avec l'appui de la société civile, qui s'est fortement engagée pour prendre ses responsabilités et mener des initiatives fondées sur le volontariat et des solidarités multiples. Le secteur privé solidaire a été très mobilisé, mais insuffisamment considéré.

La crise a débuté dans le Grand Est où le secteur privé a été sollicité avec retard. Alors que l'on effectuait des évacuations militaires de patients à Toulouse, des lits de réanimation demeuraient libres à Mulhouse et à Strasbourg. Mais disons-le aussi, dès lors que nous l'avons signalé à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la situation a été corrigée et, dès le lendemain, nous étions sollicités. L'expérience de la région Grand Est a permis d'anticiper la situation en Île-de-France, et c'est ainsi que la régulation de l'occupation des lits de réanimation s'y est réalisée dans de bien meilleures conditions.

Je dis que le secteur privé a été insuffisamment considéré, car la première circulaire a été fléchée préférentiellement vers le public, ne prenant pas en compte de façon équitable les moyens financiers à répartir entre public et privé. Nous avons vécu un feuilleton autour de l'obtention de la prime covid qui nous avait été promise, sans compter le décalage entre le moment où l'annonce a été faite au secteur public et celui où elle l'a été au secteur privé, ce qui a été très mal vécu par nos professionnels. Je rappelle que la question n'est toujours pas réglée, notamment pour les professionnels travaillant au domicile des personnes, puisque le versement de la prime relève de la décision des départements.

Le secteur sanitaire a été immédiatement mobilisé, contrairement au secteur médicosocial qui n'a été pris en compte qu'avec retard. La focale a été centrée sur les services d'urgence et de réanimation, sur la logique des soignants, sur l'organisation hospitalière, rejoignant une grande tradition de notre pays, très hospitalo-centré. Les EPI ont bénéficié prioritairement au secteur sanitaire. La réserve sanitaire a très peu bénéficié au secteur médicosocial, qui connaissait également des besoins. Quant aux soins à domicile et au social, ils ont été les grands oubliés de la crise. C'est ainsi que des professionnels ont continué à travailler sans que leurs difficultés spécifiques ne soient reconnues ni qu'ils soient protégés de façon adaptée.

S'agissant du pilotage par les autorités, nous relevons en premier lieu la très bonne association des fédérations. Des logiques de *reporting* et de circuits courts ont été instaurées avec le ministère. Sur le plan régional, les ARS ont à l'évidence joué un rôle de pilotage. En revanche, le relais territorial dans les départements s'est sans doute révélé plus fragile ; c'est la raison pour laquelle des décrochages ont pu se produire entre la dynamique régionale et la dynamique départementale. Le niveau d'investissement a été très différent. Tous ne se sont pas mobilisés dans les secteurs de leurs compétences.

En matière de pilotage, les instructions et les réglementations sont essentielles. Il y en a eu de différents ministères, et, comme souvent, un peu trop. C'est ainsi que les acteurs sur le terrain ont eu du mal à déterminer l'urgence des points auxquels porter attention. Par ailleurs, reposant sur des logiques différentes, certaines réponses fournies par le ministère du travail et celui de la santé ont suscité des difficultés. Je pense à la responsabilité des employeurs, à la sécurité au travail des salariés ou encore à la reconnaissance de maladies professionnelles.

Je retiens, pour conclure, un point positif et un regret.

Le point positif a résidé dans le changement de méthode de l'État vis-à-vis des acteurs de santé. L'application des procédures habituelles – la logique des autorisations, des visites de conformité, etc. – a fait place à la réactivité des opérateurs et à la confiance faite aux acteurs. Lorsque les ministères ont eu besoin de mille lits de réanimation supplémentaires, ils nous ont demandé de réfléchir à une solution en nous assurant de leur accompagnement. Nous avons trouvé ce changement de posture très intéressant et nous souhaiterions qu'il perdure.

Le regret est celui de la démocratie sanitaire qui a été laissée en retrait. Ni au niveau national ni au niveau régional, l'avis des associations d'utilisateur n'a été pris en compte. Des instances existent pourtant. Par ailleurs, les lieux de soins ont été priorités au détriment des lieux de vie, notamment des personnes les plus fragiles. Un autre mode de raisonnement aurait pu être retenu que celui de prioriser le soin « expert » au détriment de la prise en compte globale de la personne en fonction de ses besoins physiques et psychiques, de ses fragilités et de son environnement de vie. Peut-être a-t-on paré au plus urgent, mais procédant ainsi, sans doute a-t-on obéré la vision globale de ce qui était nécessaire aux personnes elles-mêmes.

M. Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'hospitalisation privée (FPH).

Je tiens à exprimer toute l'importance que j'accorde à cette audition devant la représentation nationale et tout le respect que j'y porte. Tout au long de la crise sanitaire, le dialogue avec les parlementaires a été constant. Le soutien appuyé que vous avez manifesté aux établissements comme aux professionnels de santé lorsqu'ils étaient dans la tourmente a été extrêmement apprécié.

Depuis que je suis président de la fédération, j'ai eu bien des motifs d'être fier de notre profession. Au cours de cette crise hors du commun, la force de l'engagement des 1 030 hôpitaux et cliniques privés « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, les ressources de dévouement et de créativité déployés par les professionnels dans la diversité ont été absolument exemplaires. Qu'il me soit aujourd'hui permis de leur exprimer publiquement ma reconnaissance. Les professionnels ont aussi payé un lourd tribut, je veux leur rendre hommage.

Les Français attribuaient déjà aux établissements de santé, de tous statuts, comme aux soignants une cote de satisfaction très élevée, de 88 %. Cette crise sanitaire est venue conforter le pacte de confiance entre notre pays et ses acteurs de santé. Dès le 13 mars, répondant à la demande du Gouvernement, nos établissements ont procédé à la déprogrammation massive des interventions médicales et chirurgicales non urgentes, à hauteur de 100 000 patients par semaine, afin de libérer les capacités d'accueil nécessaires pour les patients touchés par le covid.

Les établissements et leurs équipes ont revu dans l'urgence leur organisation pour augmenter, partout où cela était nécessaire, les capacités en réanimation et en soins intensifs. Nous sommes passés de 500 lits de réanimation autorisés à plus de 4 000. Ainsi, en Île-de-France, aux côtés du privé associatif, 26 % des malades en réanimation ont été soignés dans nos établissements. De multiples enseignements sont à tirer de cette séquence inouïe que nous avons vécue ensemble et qu'il serait bien hasardeux de conjuguer au passé. Au-delà des divergences, une dimension majeure a fait consensus, à savoir la réussite de la coopération entre le secteur public et le secteur privé, que de nombreux intervenants ont déjà soulignée devant vous. Là où cette coopération s'est exprimée sans entraves, favorisant une réponse coordonnée des acteurs, elle s'est faite au bénéfice des patients et de la santé publique même s'il y a pu avoir, ici ou là, des frilosités, des replis statutaires, des pesanteurs. Nous avons aussi partagé avec les autres fédérations hospitalières des alarmes, notamment au début de la crise quand les équipements de protection venaient à manquer.

Les règlements de compte sont aussi stériles que les retours d'expérience sont utiles. De ces quelques mois je retiens la mise en partage permanente des ressources humaines comme matériel transcendant les statuts. Elle révèle en miroir ce que notre système de soins pourrait être s'il était fondé sur une vraie convergence des forces et un dialogue renforcé entre ses différentes composantes.

Enfin, je tiens à dire que, même au plus fort de l'épidémie, la fédération que je représente s'est sentie soutenue dans son action au service de la santé des Français. Bien sûr, des leçons seront à tirer en matière de gouvernance, nationale et régionale, d'une crise sanitaire et des leviers d'amélioration seront à envisager dans le pilotage et la fluidité. Mais nos interlocuteurs de la sphère politique comme de la sphère administrative ont manifesté tout au long de ces semaines, à Paris comme en région, une attention appuyée à nos problématiques. Alors que nous étions souvent confrontés à l'indicible sur le terrain, cette attention, alliée au souci de l'équité dans le traitement des acteurs de santé, a été plus que bienvenue. Puisse-t-elle à présent trouver toute sa concrétisation dans les arbitrages du Ségur de la santé.

En attendant, l'exercice aussi exigeant que nécessaire auquel se livre cette commission d'enquête, contribue, lui aussi, à nous améliorer collectivement face au risque pandémique et le secteur privé est honoré d'y prendre part.

Monsieur le président, dès le début de la pandémie, j'ai senti que les compétences de nos plateaux techniques, de nos médecins et de nos salariés étaient laissées de côté. L'erreur originelle de la pandémie, au mois de janvier et février, est d'avoir conservé les 138 hôpitaux publics en première ligne comme établissements de référence. Des habitudes sont prises, le public affirmant qu'il était en charge du covid. Lorsque le privé a été officiellement sollicité à la mi-mars par son ministre pour prendre en charge la pandémie, nous avons eu des difficultés à être acceptés, ce qui est logique.

Au début de la pandémie, je me suis exprimé pour demander que l'on nous réquisitionne. La réquisition est un terme juridique qui laisse penser que la force publique se saisit des matériels, mobilise les personnels et les médecins d'un établissement pour les faire travailler à l'hôpital public. Tel n'était pas mon propos, je disais seulement que nous voulions participer. Je retiens cette volonté admirable du directeur général de l'ARS d'Île-de-France, qui a déclaré que, quel que soit notre statut, public ou associatif, il avait besoin de mille lits de réanimation, que nous les trouverions ou bien qu'il les réquisitionnerait. En quarante-huit heures, le privé solidaire, le privé, l'APHP les ont trouvés, chacun à hauteur de 300 lits, en apportant des renforts de salariés issus de tout le territoire national ainsi que des matériels. Nous avons assisté à une magnifique coopération.

Dans le Grand-Est, il faut replacer les faits dans leur contexte car il est facile, une fois le match terminé, d'affirmer que l'on aurait gagné si l'on avait fait une passe en avant ou une passe en arrière. Si connaître les raisons des dysfonctionnements m'intéresse, et je les connais, porter un jugement sur une région qui a été meurtrie et endeuillée dans sa chair et qui, dans cette assemblée, apparaît aujourd'hui comme tout ce qu'il ne faut pas faire, n'est pas une bonne chose.

Le dimanche 15 mars, j'ai reçu un appel d'un représentant de la direction générale de l'offre de soins qui m'a informé que cela chauffait dans le Grand Est et qui m'a interrogé sur ce que l'on pouvait faire. J'ai alors appelé un collègue du privé du Grand Est pour lui demander pourquoi il n'était pas mobilisé pour accueillir les patients. La réponse fut simple : il n'avait pas de masques, pas de casaques, pas de surblouses et ne pouvait armer les 170 lits de réanimation dont il disposait. J'ai rappelé la DGOS qui m'a demandé d'envoyer dès le lendemain un camion dans le Grand Est pour équiper les établissements. Ce fut fait, mais le temps que le camion arrive à l'hôpital de Strasbourg et que le matériel soit distribué, trois jours se sont écoulés. Entre le pic de la maladie et le lancement de la lutte, le retard a été de sept à dix jours. Mais nous étions là. Nous sommes passés de 70 lits autorisés à 140. Il serait faux de dire qu'il nous restait de la place pendant le pic de l'épidémie ; nous étions saturés ! Je dis simplement que si nous avions dialogué en amont, nous aurions pu éviter des dysfonctionnements.

En Île-de-France, le pic est arrivé une semaine après. Cette semaine de décalage nous a permis d'échanger dans toutes les régions, tous les deux jours, voire tous les jours. Les ARS ont mis en place des échanges quotidiens entre le public, le privé et l'associatif. C'est la seule leçon que je retiens : dès lors que l'on communique sur un territoire, on avance. Finies « les histoires de chasse » : tu m'as refusé un patient, tu ne m'as pas pris un patient. Au cours de cette période, notre mission a été de rassurer les populations. Si j'avais, à l'occasion des interviews auxquelles j'ai participé dénoncé des problèmes dans tel secteur et tel établissement,

nous en serions sortis fortement diminués, obérant les chances de travailler encore mieux demain ensemble.

En pleine crise, les professionnels du soin étaient en première ligne et nous y étions. Certes, dans mon département, l'Hérault, la situation était plus calme, mais les temps d'échanges avec nos collègues furent de grands moments de solitude, de détresse – et de peur lorsque le directeur général de l'ARS appelait pour dire que plus aucun lit n'était disponible alors que les patients arrivaient encore et encore, et que l'on ignorait quand s'arrêterait la vague. Nous ne savions pas quand cela cesserait et quand nous pourrions rejoindre le bord sains et saufs.

M. Julien Borowczyk, vice-président. Quelles sont les conditions pour une meilleure coopération entre le public et le privé ? S'agissant de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées, quel était le niveau de communication sur la possibilité de transfert de patients des EHPAD vers les hôpitaux ou cliniques ? Des tris ont-ils été effectués comme cela a pu être avancé ?

Vous avez évoqué une prise en charge globale, qui a sans doute été un peu obérée au détriment d'une hypertechnicité. Pourriez-vous nous apporter des précisions ?

Enfin quel est votre regard sur la création de la cinquième branche de la sécurité sociale ?

M. Lamine Gharbi. Nos propositions s'inscrivent sous l'égide des ARS qui ont été décriées jusqu'à la caricature alors que, sans elles, le système n'aurait pas fonctionné. Bien sûr, des améliorations peuvent toujours être apportées. À cet égard, nous souhaitons que l'ARS soit l'arbitre entre le secteur public et le secteur privé et qu'il n'y ait plus de tutelle des hôpitaux publics sur les territoires qui sont ainsi juge et partie. Nous souhaiterions que l'ARS joue un rôle d'arbitre. Les GHT sont mal nés ; Il aurait fallu les appeler « les GHP », groupements hospitaliers publics. Nous aurions pu alors créer des GHP privés. Dans l'esprit de certains, le GHT est l'alpha et l'oméga du territoire, ce qui n'est pas le cas : le projet de santé n'est pas le GHT.

Nous avons vécu la distribution des masques par le GHT comme une grande difficulté, car ce n'est pas son rôle. Il est celui des grossistes répartiteurs pharmaceutiques qui livrent une boîte de doliprane dans chacune des 22 000 officines et qui pouvaient donc très bien livrer les dix boîtes de masques dans chacune de nos cliniques. Cela aurait été bien plus simple. Nous avons eu l'impression de quémander une dotation, qui, de toute façon, s'avérait insuffisante. Nous avons donc toujours des difficultés à nous faire livrer et devons gérer la pénurie.

Pendant la séquence de simplification administrative, 99 autorisations de réanimation temporaire ont été émises en trois jours alors que monter un dossier d'autorisation de réanimation ou d'équipements lourds nécessite habituellement dix ans – entre le projet régional santé, les dossiers, la Commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS), l'avis de l'ARS, le vote. En l'état, le délai a été de trois jours, ce qui prouve que c'est possible lorsque l'administration se mobilise. Nous réclamons donc plus de fluidité et d'autonomie.

Nous demandons également que nos dossiers administratifs soient simplifiés. Actuellement, tous les cinq ans, peut-être tous les sept ans demain, nous devons renouveler nos autorisations sur quinze à vingt thématiques : la médecine, la chirurgie, la dialyse, l'hébergement en temps complet et partiel. Il faut simplifier les procédures et avoir confiance

dans les acteurs. Quand on entend les différents témoignages au Ségur de la santé, je me demande comment nous parvenons encore à soigner car on a l'impression que tout va mal. Or, ce n'est pas le cas ! Je demande donc la confiance dans les acteurs sur le territoire, avec les communautés professionnelles territoriales de santé et les organisations syndicales, les usagers et les élus locaux tant il est anormal qu'ils n'aient pas leur mot à dire sur un schéma. Un élu qui n'est pas entendu envoie un écrit au ministre qui revient à l'ARS. Cela s'appelle du *lobbying*, mais ce n'est pas de bonne gestion. Si l'élu local et l'élu national siégeaient au sien de nos différentes commissions et participaient à l'élaboration du schéma, les difficultés seraient moindres. Prendre des décisions de réorganisation et de fermeture de services, faute d'activité, serait alors bien plus simple.

En revanche, je demande un chef, pas deux. Le département et l'ARS décident pour le médicosocial. C'est très compliqué dans la mesure où le budget de soins relève de l'ARS, que le budget relatif à la dépendance ressortit à la compétence du conseil départemental, et que les autorisations se décident conjointement. Il est possible d'obtenir les autorisations mais pas de financements. Je ne veux pas de double tutelle. Je souhaite que l'ARS soit le juge, l'arbitre indépendant et le garant de la politique de santé du territoire.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Si l'on devait s'interroger sur la façon de construire une dynamique de santé, je préconiserais de s'appuyer sur les territoires, sur un projet coconstruit avec l'ensemble des acteurs de santé pour contractualiser leur rôle. Dans notre pays, nous avons une vision descendante des choses. Une coordination entre les acteurs, qu'il s'agisse des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des acteurs publics et privés du sanitaire, du médicosocial et des personnels à domicile suppose que chacun précise ce qu'il a la capacité d'entreprendre et définisse les besoins de la population du territoire. Acceptons cette logique de responsabilité populationnelle des acteurs de santé du territoire sur la base d'un contrat. Par exemple, nous proposerions de supprimer les autorisations ; il suffirait de contractualiser avec les acteurs de santé sur ce que l'on attend d'eux.

S'agissant de la prise en charge dans les EHPAD, les professionnels sont intervenus à la mesure de leurs effectifs et du matériel qui leur ont été fournis. Les exemples ont été nombreux de professionnels qui se sont mobilisés, si ce n'est qu'ils étaient relativement démunis. On peut comprendre la logique du confinement en chambre, mais cela suppose d'augmenter le personnel pour être y assurer le service des repas. Or, la réserve sanitaire a très peu bénéficié au secteur médicosocial. Les effectifs en EHPAD, qui ne sont jamais pléthoriques, n'ont pas été renforcés alors qu'ils ont supporté une charge de travail largement accrue.

Par ailleurs, la doctrine du port du masque a été établie à hauteur de cinq masques par semaine et par place ; autrement dit une absence de moyens de protection des professionnels comme de protection des personnes vulnérables à l'égard des professionnels éventuellement atteints. C'est bien de cela qu'il s'est agi : les visites de l'extérieur étaient interdites, mais des professionnels n'étaient ni en mesure de se protéger ni de protéger les autres.

Le lien entre EHPAD et hôpital était assez dépendant des modes de collaboration préexistants ; lorsque des habitudes de travail étaient déjà instaurées entre eux, les choses se sont mieux passées. Je rappelle toutefois que le plan bleu qui a été activé dans les EHPAD comprend l'articulation avec l'hôpital. Globalement, les échanges entre les équipes sanitaires et les équipes du médicosocial ont permis de déterminer la meilleure réponse à apporter au regard de l'état de santé des personnes. Nous savons les uns et les autres que ce n'est pas en arrivant sur un brancard aux urgences qu'une personne en fin de vie sera la plus apaisée. Il faut donc s'interroger sur le lieu le plus adapté. Une mobilisation autour des équipes mobiles

gériatriques et de soins palliatifs s'est organisée pour gérer au mieux la réponse apportée à ces personnes.

M. Antoine Perrin, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée non lucratif. Je précise que nous n'avons eu aucune remontée de non-transfert de personnes âgées à l'hôpital lorsque ce transfert était raisonnablement nécessaire.

J'en viens à la prise en charge globale. Le problème est venu du manque d'équipements de protection dans le milieu médicosocial. Cela a conduit à prendre des décisions très fermes sur le confinement des personnes âgées, et donc l'interdiction des visites des proches. Avec des équipements de protection, les visites auraient été possibles comme elles l'ont été en sortie de crise grâce aux tenues fournies aux familles, à l'encadrement par les professionnels, à la limitation de la visite dans le temps et au maintien des distances. L'absence de visites a été très préjudiciable à bien des personnes âgées qui ont glissé dans des dépressions sévères, parfois fatales en raison de leur grand âge et de leur fragilité.

Il en a été de même pour le secteur du handicap. Le confinement a concerné les personnes en internat dans des établissements comme les maisons d'accueil spécialisées pour adultes et les personnes vivant à domicile, sans aucune activité d'animation, ludique ou intellectuelle. Tant en établissement qu'à domicile, elles se sont retrouvées dans des situations favorisant les montées de tension liées à leur inoccupation. Je n'apprendrai à personne que confiner un autiste avec ses parents dans quarante mètres carrés est une situation compliquée, surtout lorsque cette personne est habituée à un accompagnement dans la journée par des professionnels et des éducateurs. Des équipements de protection en nombre suffisant auraient permis de maintenir les activités de ces personnes handicapées, que ce soit à leur domicile ou dans les établissements.

Les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance se sont aussi retrouvés enfermés soit dans des maisons d'enfants à caractère social, soit dans les familles d'accueil, et privés de toute activité. Quand on connaît le profil de ces enfants qui sont parfois atteints de troubles de comportement, le confinement s'est accompagné de grandes difficultés. En ce sens, la prise en charge qui a privilégié la santé physique à la santé globale a été préjudiciable. Je souhaite qu'il n'y ait pas d'autre crise, mais s'il devait y en avoir une, j'espère que les stocks de matériels de protection seront anticipés.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Je rappelle que s'il pouvait y avoir des stocks dans les établissements de santé, il n'y en avait pas du tout dans le secteur médicosocial. Le problème d'approvisionnement global était de premier plan.

Pour répondre à votre question, monsieur le président, nous sommes très favorables à la cinquième branche, que nous appelons de nos vœux depuis longtemps. Mais nous considérons qu'une vision globale de la logique d'autonomie s'impose. Elle n'aurait pas de sens si elle se limitait à l'objectif général de dépenses pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. J'ai indiqué précédemment que la FEHAP était en capacité de raisonner en logique de parcours ; il faut y inclure la dynamique de l'APA, de la prestation de compensation du handicap... Bref, il faut créer une branche qui permette de se fonder sur le besoin des personnes plutôt que sur les logiques de financement. On conçoit le parcours des personnes en situation fragile en fonction du financeur alors que la logique voudrait que l'on détermine les besoins des personnes et la capacité d'y répondre. Nous sommes donc favorables à un périmètre large et à une inversion de logique.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Merci de la mobilisation des établissements et des personnels que vous représentez dans le cadre de cette crise où vous avez joué un rôle considérable. La question est de savoir s'il a été à la mesure de vos capacités.

Monsieur Gharbi, vous avez déclaré que les opérations de 100 000 patients par semaine avaient été déprogrammées à partir du 13 mars. Rétroactivement, n'était-ce pas une problématique lourde ? Vous avez indiqué que, dans le Grand-Est, vos établissements avaient été saturés. Dans d'autres régions, comme la miennne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, les chefs d'établissement constatent que leurs établissements étant restés vides pendant trois mois, ce qu'ils considèrent comme un gigantesque gâchis. Des patients n'ont pas été pris en charge parce que l'hôpital ne les recevait pas et que les interventions classiques, d'urgence non vitale, telles que l'orthopédie, ont été stoppées. N'aurait-on pu mieux articuler le secteur public et le secteur privé en maintenant les activités classiques dans le privé, en tout cas dans les régions qui n'étaient pas sous tension ? Ne peut-on, dès lors, émettre un regret dans la mesure où plusieurs millions de patients n'ont pas été pris en charge, ce qui se traduit actuellement par des files d'attente et des reprises de l'activité compliquées ?

Vous avez affiché des chiffres que je souhaiterais vérifier. Vous êtes passés de 500 lits de réanimation à 4 000, soit un multiplicateur de huit. En totalité, les lits de réanimation sont passés de 5 000, dont 500 pour le privé, à 14 000, c'est-à-dire que le secteur public est passé de 4 500 lits à 10 000, soit un quasi-doublment. Comment avez-vous fait puisque, manifestement, vous êtes allés plus loin et plus vite en multipliant la capacité de lits de réanimation ? Disposiez-vous des équipements, de respirateurs ? S'agissait-il de lits « dégradés », en ce sens que ce n'était pas des lits de réanimation lourde, ou de salles de réveil ?

Madame Desaulle, vous avez déclaré que, au début, les établissements hospitaliers et les établissements médicosociaux avaient été totalement dépourvus d'équipements de protection individuelle. Jusqu'à quelle date ? Comment la situation a-t-elle été gérée ? Comment s'explique l'absence de stock malgré la doctrine du Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale de 2013 ? Les autorités de tutelle – ARS, département – procédaient-elles à des contrôles dans les établissements médicosociaux ? Ma question vaut pour la Fédération d'hospitalisation privée : comment les stocks d'EPI étaient-ils définis et quand avez-vous été confrontés à la pénurie ?

Dans les établissements, notamment dans les EHPAD, on a mis beaucoup de temps, semble-t-il, avant de faire passer des tests. Le ministre Olivier Véran avait annoncé un dépistage systématique, dont la montée en puissance a été très lente. Tous les résidents des EHPAD ont-ils été testés ? Que pensez-vous de la doctrine initiale selon laquelle on testait seulement à partir du moment où un cas était confirmé ?

M. Lamine Gharbi. Nous avons reçu l'appel le vendredi 13 mars au soir ; en quarante-huit heures, nous avons déprogrammé de façon simple et rapide la totalité de l'activité prévue les quinze jours suivants durée de confinement annoncée par le Président de la République.

Dès le 14 avril, j'ai appelé à la reprise de l'activité, donc avant le déconfinement, car je voyais bien que dans certaines régions les cliniques étaient sans activité. Cela dit, des problématiques se posaient, très souvent notées par nos adhérents. On parlait du Grand-Est, de l'Île-de-France ; la région Rhône-Alpes commençait à s'enflammer. Nous avons pensé que la vague se déplacerait ensuite sur la région PACA, en Occitanie et en Nouvelle-Aquitaine. Elle n'a pas pris ce chemin et aucune de nos régions n'a été saturée.

Je disais à mes collègues dont la clinique était vide qu'ils devaient se préparer à accueillir des patients en soins de suite, en post-réanimation en cas d'arrivée du virus, ajoutant que si la vague ne déferlait pas jusque-là, tant mieux, il y aurait des morts en moins. Je n'ai donc aucun état d'âme sur la déprogrammation. Par contre, le retour à la pleine activité a été plus long que prévu et n'atteint pas, à ce jour, 100 %. Je travaille dans l'Hérault, le Gard et l'Aude. Toutes les villes et tous les villages que j'ai traversés étaient vides. Il était impossible de faire reprendre à nos concitoyens le chemin des cabinets médicaux et des cliniques car ils étaient habités par une peur panique de sortir.

Les établissements ont donc été vides du 15 mars au 12 mai, ce qui est normal et logique. Je remercie la solidarité nationale qui, dès le début, a compensé nos charges. Mes adhérents ont éprouvé des craintes, parce que nos établissements ne sont pas financés par la dotation globale mais selon la tarification à l'activité (T2A) – un système que nous voulons conserver car nous estimons devoir être rémunérés à notre activité, au mérite et à la qualité. Pas d'activité, pas de recettes. Dès le début, notre ministre a compensé l'ensemble de nos charges. Nous avons pu payer nos salariés, nos charges sociales et fiscales pendant toute la période. Merci !

Le confinement était donc logique et ne permettait pas l'activité des établissements.

Nous sommes passés de 500 à 4 000 lits de réanimation, mais il est évident qu'il ne s'agissait pas de 4 000 lits de réanimation tels que nous avons pu les voir sur les plateaux techniques, c'était de la *réa-like*, des soins continus upgradés. Nous avons installé les respirateurs des blocs dans les services de soins continus. J'en profite pour saluer la complémentarité public-privé : nos infirmières anesthésistes qui travaillaient aux blocs opératoires ont suivi à l'hôpital une formation rapide sur la réanimation. Bien sûr, nous ne pouvions totalement les former en quinze jours – mais tout de même ! Nous avons pu nous préparer, mais se préparer ne signifie pas avoir une activité.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Sur les 4 000 lits, combien ont été utilisés pour le covid ?

M. Lamine Gharbi. Des services entiers de réanimation, de huit à dix lits, ont été créés ; trois ou quatre malades ont été reçus. J'exclus, bien entendu, le Grand-Est, l'Île-de-France et les Hauts-de-France. Les autres territoires n'ont pas connu de saturation. La différence est notable : en situation de tension, on gère ; en situation de saturation, on transfère. Dans les régions d'Occitanie, PACA et Nouvelle-Aquitaine, les hôpitaux n'ont pas procédé à des transferts, mais à l'accueil de patients.

J'ai appris qu'une circulaire demandait aux établissements de constituer un stock de masques pour faire face à une éventuelle pandémie. Peut-être ne suis-je pas un bon directeur, mais je ne le savais pas.

Je gère un stock de masques pour le bloc opératoire. En bon gestionnaire, j'essaye de n'avoir pas plus de trois semaines de stock dans la mesure où la France se fait livrer en 24 heures. Passer d'un stock de masques destinés aux personnels du bloc opératoire à un stock destiné à l'ensemble du personnel n'est pas possible. Dans une clinique de 500 salariés, 100 travaillent au bloc et portent des masques. Avant la pandémie, les 400 autres salariés n'étaient pas masqués. Imaginer que j'allais prélever dans le stock de masques destinés au bloc opératoire pour les distribuer aux salariés pour qu'ils se protègent n'était pas possible. Je l'aurais fait si on me l'avait demandé de façon claire et répétitive. Je rappelle que nous recevons 300 circulaires par an ; certaines passent un peu à la trappe. Si l'on m'avait demandé de constituer un stock de

masques équivalent à deux mois d'activité pour l'ensemble des salariés et des patients, je l'aurais fait mais je ne le savais pas.

Mme Christine Schibler, déléguée générale. Il faut se replacer dans la période du 20 au 25 mars. La FHP organisait quotidiennement une cellule de crise, qui réunissait vingt-cinq personnes, l'ensemble des représentants des groupes des indépendants et les directeurs de crise. La disponibilité des personnels a engendré une tension extrêmement forte car où nous avons connu un absentéisme très important. Beaucoup de soignants se sont arrêtés pour des raisons de garde d'enfants ou de covid, un grand nombre des personnels ayant été malades. Cela s'est produit au moment où la vague a été la plus forte dans les régions touchées.

Pour l'organisation des soins, il était important de disposer d'une réserve d'établissements et de personnels disponibles. Je me souviens précisément du dimanche 29 mars. Ce jour-là, nous recherchions du personnel pour les établissements de l'Île-de-France, publics et privés. Les syndicats ont fait preuve d'une formidable solidarité et ont relayé des appels aux personnels, lesquels sont venus en nombre renforcer les régions en difficulté. Il faut s'en rappeler, car nous avons tous eu très peur au cours de cette période. Ce n'est que vers le 15 avril que la tension est redescendue.

Je veux également évoquer l'usage des masques. D'une part, il y a la consommation habituelle, d'autre part, ce qui s'est passé pendant cette période. Si un établissement consommait 100 masques chirurgicaux en temps normal, il en a consommé 400 pendant la pandémie. Le besoin a été démultiplié compte tenu de leurs différentes utilisations. Quant aux masques FFP2, le besoin a été multiplié par vingt. Un stock de consommation dite « normale » n'a rien à voir avec un stock utilisé pendant la crise. Au démarrage, des craintes ont surgi, notamment car il fallait trouver le bon rythme de leur usage. Ajoutons qu'au cours de cette période nous craignons une appropriation par les professionnels de santé de l'usage qu'il convenait de faire de tel ou tel type de masques.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Je rejoins le propos du président de la FHP à l'instant sur la déprogrammation. La fédération a considéré qu'il y avait une unité de commandement. Le ministère nous demandait de suivre des directives, nous les renvoyions à nos adhérents sans les commenter. Cela dit, nous pourrions nous interroger sur l'adoption d'une logique nationale, identique sur l'ensemble des territoires, alors que nous aurions peut-être pu nous adapter à l'évolution de l'épidémie. Il aurait été préférable de tenir un raisonnement différencié en fonction des territoires même si cela est plus facile à dire *a posteriori*, je l'entends bien.

Par ailleurs, des molécules, qui sont utilisées pour les activités de chirurgie et de réveil étaient en tension, d'où la nécessité de les réserver au plan national à l'activité de réanimation et aux patients atteints du covid. Non seulement les patients avaient peur de revenir dans nos établissements mais s'y ajoutait cette limitation intrinsèque liée à la répartition des molécules qui était nécessaire pour garantir une continuité de soins des patients en réanimation.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Est-ce encore le cas aujourd'hui ? Des contingences existent-elles sur les anesthésiants, notamment ?

Mme Marie-Sophie Desaulle. Nous ne rencontrons plus cette difficulté.

S'agissant des équipements de protection et des tests, la problématique est double : l'une pour le sanitaire, l'autre pour le médicosocial. À ma connaissance, les établissements médicosociaux ne sont pas dans la nécessité de constituer des stocks car cela ne correspond pas

à une pratique habituelle. Des épidémies de grippe ou de gastro-entérite peuvent nécessiter de manière ponctuelle l'utilisation de masques dans les établissements touchés, mais ce n'est pas là une pratique courante. Et la dotation de cinq masques par place par semaine restait insuffisante pour assurer une réelle protection des soignants...

M. Éric Ciotti, rapporteur. Des soignants et des patients.

M. Antoine Perrin. En EHPAD.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Oui, des soignants et des patients, mais essentiellement des soignants. Il n'est pas nécessaire d'être grand clerc pour se rendre compte que cela ne suffisait pas.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Ils étaient destinés aux soins chirurgicaux.

Mme Marie-Sophie Desaulle. C'était assez légitime. La recommandation portait sur les personnels travaillant dans des services recevant des patients atteints du covid. Cela interroge puisque l'on comptait des malades asymptomatiques et que l'on était en présence de personnes très fragiles.

Je voudrais redire à quel point l'approvisionnement a été compliqué entre le moment où l'on a décidé d'attribuer cinq masques par semaine et par place et l'arrivée de ces masques dans les structures du médicosocial – et je ne parle pas du domicile ! D'ailleurs, le dispositif a évolué, on a commencé par les officines, puis par les GHT, considérant que la distribution serait plus rapide. Un temps long s'est écoulé entre la réalité de la décision et la concrétisation sur le terrain.

M. Antoine Perrin. La doctrine était claire : les soignants du secteur sanitaire au contact direct de patients avérés covid devaient porter des protections, à tel point que des établissements médicosociaux qui disposaient de stocks de masques se sont vus réquisitionnés par les ARS, tout en conservant pour eux un minimum de masques afin de répondre à l'instruction du 23 mars de cinq masques par place et par semaine en EHPAD. La situation a un peu évolué fin mars, lorsque l'on a créé les unités covid dans le secteur médicosocial. Des patients covid ont été maintenus dans les EHPAD et pris en charge médicalement. Cela n'a d'ailleurs pas été possible dans l'ensemble des structures en raison de leur architecture. Les professionnels qui s'occupaient des patients covid ont obtenu des masques chirurgicaux et des masques FFP2 lorsqu'ils devaient leur apporter des soins spécifiques. Mais cet approvisionnement était très limité.

Au début, l'accès aux tests était restreint. Fait paradoxal, lorsqu'ils ont été accessibles début mai, la doctrine qui consistait à ne tester que les deux premiers malades s'est détendue. La question fut ensuite de savoir ce que l'on doit faire dès lors que l'on teste l'ensemble des professionnels et des résidents d'un EHPAD et que l'on s'aperçoit que 30 % des professionnels sont positifs, comme cela est arrivé. Les injonctions étaient contradictoires entre la médecine du travail qui conseillait que ces professionnels restent chez eux, même s'ils étaient asymptomatiques, et les autorités sanitaires, poussées par les directeurs d'hôpitaux et les structures médicosociales qui manquaient cruellement de personnel et qui essayaient de garder, sur la base du volontariat leurs salariés au travail. Il faut bien comprendre que s'ils s'arrêtaient, les personnes accompagnées ne pouvaient plus être prises en charge, y compris pour les fonctions de base.

La diffusion des tests a été plus problématique que bénéfique dans un contexte de pénurie de professionnels et d'injonctions contradictoires entre les recommandations du ministère du travail et celle du ministère de la santé, au point d'inquiéter les directeurs sur leur responsabilité pénale vis-à-vis de leurs salariés.

M. Éric Ciotti, rapporteur. La médecine du travail préconisait que les personnels testés positifs restent chez eux contrairement aux autorités sanitaires. De quelle manière cela a-t-il été indiqué ? Par échanges oraux, instruction écrite ?

M. Antoine Perrin. Par l'instruction précautionneuse de la Direction générale de la cohésion sociale. Nous l'avons interrogé sur la responsabilité pénale des directeurs. Imaginons un directeur qui autorise un salarié positif à travailler, qu'il soit en contact d'un autre salarié ou d'un résident et que ces derniers attrapent la maladie et en meurent. La famille pourrait porter plainte. Qu'en est-il alors de la responsabilité de l'employeur ?

Nous avons perçu la difficulté du ministère de la santé à nous répondre. L'instruction était assortie de multiples précautions : il fallait que le salarié soit volontaire, asymptomatique, protégé, que ses activités ne soient pas trop de proximité avec les résidents. Mais, concrètement son application en était très difficile.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Pourriez-vous nous communiquer cette instruction ?

M. Antoine Perrin. Je la tiens à votre disposition.

Mme Marie-Sophie Desaulle. S'agissant des tests, les instructions sont assez difficiles à suivre. On recommande aux professionnels de passer un test en revenant de vacances pour reprendre le travail. Cela signifie que deux jours avant son retour dans l'établissement, le professionnel passe un test, décalant d'autant son retour au travail si obligation est faite de présenter le résultat du test avant la reprise. Ce sont des difficultés organisationnelles permanentes. La tension ne porte pas aujourd'hui sur les tests, mais sur ce principe de précaution *versus* la réalité pratique de la réponse à apporter au personnel, réinterrogeant à chaque fois nos responsabilités respectives. Jusqu'où peut-on imposer à un professionnel de faire un test PCR ? Quels risques prend-on si la personne revient au travail sans l'avoir passé ? L'ensemble de ces questions restent en suspens et nous posent problème.

M. Antoine Perrin. Une ordonnance du tribunal judiciaire de Lille du 3 avril 2020, saisie par l'inspection du travail de Lille et par la Confédération générale du travail, a été prise contre l'Aide à domicile en activités groupées (ADAR). Cet établissement de service à domicile qui n'assurait pas la protection de ses salariés a reçu une condamnation de principe. Dans la mesure où des personnes âgées, fragiles, vulnérables, à domicile, allaient se retrouver totalement isolées, puisque les salariés du service à domicile ne pouvaient venir les aider, le ministère de la santé poussait les salariés à reprendre le travail, mal protégés. L'inspection du travail a saisi le tribunal pour qu'il donne l'injonction à la direction de l'établissement de corriger la situation alors qu'il n'avait pas les moyens de le faire. Je vous fais passer l'ordonnance.

Mme Christine Schibler. Le changement de doctrine de mai 2013 sur les masques n'a pas donné lieu, à notre connaissance, à la diffusion de circulaires ou de textes. On ne peut pas dire qu'elle était appliquée puisqu'elle n'a pas été suivie d'une campagne de diffusion, voire de contrôles des établissements de santé – j'ignore ce qu'il en a été dans d'autres secteurs.

Nous avons déjà abordé la question de la distribution des masques, des équipements et des médicaments, que l'on ne souhaite pas voir distribuer par les GHT dont ce n'est pas le métier. Au-delà, à partir du 31 mars, nous avons connu des difficultés avec les douanes concernant des importations en grand nombre de masques ou d'équipements. Des opérations ont nécessité des interventions directes. Tout s'est alors très bien passé mais il convenait que vous soyez informés de cette situation. Dans des circonstances exceptionnelles, un alignement de l'ensemble des services s'impose pour que la célérité nécessaire se retrouve tout au long de la chaîne de contrôle.

M. Julien Borowczyk, vice-président. En tant que professionnel ou responsable de fédération, vous confirmez donc que vous n'avez jamais eu connaissance de la circulaire de 2013 qui impose la nécessité de protéger ses employés.

M. Lamine Gharbi. Je me suis mal exprimé. Il ne s'agit pas d'une circulaire, mais d'une doctrine.

M. Ciotti, rapporteur. Elle n'a pas fait l'objet d'une quelconque formalisation, d'une préconisation des ARS, voire de contrôles ?

M. Lamine Gharbi. Jamais. Le terme de circulaire que j'ai utilisé est impropre. Sinon, nous l'aurions appliquée. Il y a tant d'obligations que l'on respecte que nous n'aurions pas évité de respecter celle-ci.

M. Julien Borowczyk, président. Les douanes m'ont rapporté que l'obstruction était très souvent liée à la qualité de produits venant, le plus souvent, de Chine, dans une période assez tendue. Quels étaient vos rapports avec les douanes à ce moment-là ?

Mme Christine Scihbler. Au cours de cette période, le temps paraissait éternel. Même lorsqu'une libération des masques intervenait sous cinq heures, cela semblait toujours trop long. La montée en charge rendait la situation extrêmement précaire et nous avions besoin d'une libération des équipements plus rapide.

M. Lamine Gharbi. Pour l'anecdote, jusqu'au 30 mars, nous n'avions pas le droit d'acheter nos masques nous-mêmes, ce que nous faisons depuis toujours. Le jour où l'embargo de commande des masques a été levé, j'ai reçu sur mon téléphone portable une dizaine d'appels de vendeurs de masques, qui se faisaient fort de me vendre 5, 10 ou 20 millions de masques ! Pour vingt millions de masques à un euro, ces vendeurs me demandaient de verser un tiers à la commande, un tiers pendant le transport et un tiers à l'arrivée ce que nos centrales d'achat ne savent pas faire. J'ai reçu une dizaine d'appels de ces vendeurs pendant des jours et des jours !

M. Julien Borowczyk, président. Rassurez-vous, vous n'avez pas été le seul. Certains masques d'ailleurs ne sont jamais arrivés !

M. Jean-Pierre Door. Avant la doctrine établie en 2013, tous les praticiens de France ont reçu des masques de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) en lien avec les épidémies de 2006, 2008 et 2010. En disposaient-ils encore le Gouvernement ayant réquisitionné pour les hôpitaux les masques de ceux qui en avaient ? Avez-vous été réquisitionnés par l'ARS s'agissant des anesthésiants, du curare, etc. ?

Des anesthésistes privés ont été appelés à travailler dans le secteur public ou y sont allés de leur propre volonté. Comment cela s'est-il passé sur le plan assurantiel ? Leur responsabilité civile professionnelle a-t-elle été payée par l'État ?

M. le rapporteur a évoqué la déprogrammation d'actes chirurgicaux notamment ceux prévus dans les établissements privés. ? À quelle hauteur avez-vous été compensés par l'État ? Les représentants de la Fédération hospitalière de France nous ont dit avoir été indemnisés à hauteur d'environ 50 % de leurs pertes.

La prime des soignants concerne les personnels soignants du secteur privé. Combien de soignants la touchent-ils, et combien de soignants ont malheureusement été affectés par le covid 19 dans les établissements privés ?

M. David Habib. Je reviens sur la difficulté à gérer socialement l'obligation de test. Cette question se pose au secteur privé comme au secteur public. Nous n'avons jamais eu autant d'ordonnances juridiques et aussi peu d'opérationnalité dans la gestion de ce type de question.

Qui a procédé à la sélection des patients admis dans vos établissements ? Quelle est l'autorité qui a choisi de vous affecter tel ou tel patient dans le cadre de la régulation ? Le rapport de la Fédération nationale de sapeurs-pompiers, abondamment évoqué par la presse évoque l'opposition entre le tout urgence et le tout hôpital. Je souhaiterais que vous puissiez nous dire quelques mots sur ce sujet.

Ce que nous avons entendu à propos de l'utilisation du Rivotril ou du tri et de la sélection pour l'accès à l'hôpital me laisse pantois. Comment l'accompagnement des malades en fin de vie a-t-il s'est-il déroulé dans vos établissements ? J'ai posé la question aux hôpitaux publics, je ne vois pas pourquoi je ne vous interrogerais pas car je pense que vous avez le désir d'accompagner vos patients dans d'aussi bonnes conditions que celles que le public nous a décrites.

M. Nicolas Démoulin. Monsieur Gharbi, j'ai beaucoup apprécié votre appel – que vous appelez « votre réquisition » –, d'autant qu'il n'était pas systématique dans les établissements privés.

Je reviens à la doctrine de 2013. Je ne vous cache pas que, depuis le début des auditions, la question n'a jamais été bien claire. Nous voici face aux acteurs qui ont vécu ce changement de doctrine.

Monsieur Gharbi, vous avez eu la franchise de reconnaître que vous n'en étiez pas informé. Le document fait dix pages. Vous confirmez que vos établissements – plus de 1 030 – n'ont jamais eu connaissance de cette doctrine, qui a constitué un changement radical puisqu'elle confiait aux établissements, en période de crise, la responsabilité de la gestion des masques des soignants. Vous avez ajouté que si l'on vous avait donné des instructions claires, vous n'auriez *a priori* pas connu de freins financiers pour vous équiper en masques. Je reste perplexe dans la mesure où cette doctrine n'a fait l'objet, semble-t-il, d'aucune information auprès des personnes concernées, d'aucun rappel ni d'accompagnement. D'autres doctrines sont-elles élaborées sans être communiquées ? Avec le recul, pensez-vous normal et possible que la gestion de ces masques destinés aux soignants soit confiée aux établissements ? Pourriez-vous l'assumer et pensez-vous nécessaire de clarifier cette doctrine ?

Mme Martine Wonner. Je reviens à la question du recours aux soins. Monsieur Gharbi, vous avez déclaré qu'il n'aurait pas été raisonnable de communiquer sur ce point parce que la communication entretenait les citoyens dans la peur, voire la terreur. Si on avait laissé la liberté de gouvernance à certains territoires, eût-il été possible de garder les patients covid dans le secteur public et de maintenir un programme opératoire dans les autres établissements ? En tant

que parlementaire, j'ai été très largement sollicitée par des patients dont les opérations chirurgicales n'ont pu être réalisées entre janvier et avril. Il est vrai que la situation dans le Grand Est était particulière mais ces opérations n'auraient-elles pu être effectuées dans d'autres régions ?

Les cliniques privées de psychiatrie ont-elles réorienté les patients vers leur domicile, en hospitalisation complète ? Les hôpitaux de jour et les équipes mobiles ont continué à fonctionner. On a vu que cela posait bien des problèmes dans le secteur public, notamment pour les structures ambulatoires dans le domaine de la psychiatrie.

Madame Desaulle, vous avez relevé un retard de sollicitation et précisé que vous vous étiez signalée auprès de la DGOC. Pourriez-vous resituer ce fait dans le temps ? Pourquoi dans les différentes régions, le signalement aux ARS a-t-il été insuffisant ?

Enfin, je voudrais savoir si vous avez dû faire appel aux structures de type hospitalisation à domicile (HAD)-soins palliatifs pour appliquer et recourir au protocole hors autorisation de mise sur le marché (AMM) du Rivotril sous certaines conditions ? Les établissements publics nous ont informés que la réquisition des structures HAD-soins palliatifs a connu une durée moyenne de séjour de deux jours et demi. Je serai très crue : le protocole Rivotril a été radical.

M. Lamine Gharbi. Les masques fournis par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) aux hôpitaux étaient périmés, ceux des mairies également.

La réquisition de médicaments d'anesthésie et de curare n'a pas été formelle, mais nous avons reçu des appels des centres hospitaliers universitaires qui étaient en tension extrême, de deux ou trois jours. Nous avons participé en complémentarité en leur fournissant des médicaments curarisants.

Je ne dispose pas d'information sur l'organisation des réunions de concertation (RCP). Nos médecins étant libéraux, je pense qu'ils ont été couverts dans leur exercice – en tout cas, je n'ai pas reçu de sollicitations.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Les collaborateurs occasionnels sont couverts par l'hôpital public, par extension de la couverture.

M. Lamine Gharbi. Près de 50 % des charges du secteur privé ont été compensés par l'État, les autres 50 % relèvent d'un budget global ou de dotations. À ce jour, nous avons été compensés à hauteur de 85 % et nous attendons que le lien se fasse entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire afin de couvrir les quelques pour cent manquants. Nous demandons une compensation totale dans la mesure où la totalité de nos charges ont été dépensées, la compensation étant calculée sur la base de l'année n -1.

La prime covid a été attribuée entre le public et le privé de façon équitable, en similitude parfaite, ce qui ne fut pas simple. Sur quarante départements, les salariés ont tous reçu 1 500 euros, ceux des départements non touchés par le covid 500 euros ; ceux qui ont fait « la semaine des quatre jeudis » avec plus de quinze malades ont reçu 1 500 euros. J'utilise cette formule parce qu'il s'agissait des quatre jeudis du mois d'avril qui, cette année, en a compté cinq.

Nous avons envoyé plus de mille infirmières en région Île-de-France où elles ont travaillé dans les services de réanimation pendant trois semaines ou trois semaines et demie. N'ayant pas travaillé un mois, elles n'ont pas reçu la prime. Je pense que ce point sera corrigé, mais cela fait partie des petites choses qui agacent.

On peut, en effet, parler de la régulation qui adresse 98 % des patients à l'hôpital public. C'est un fait historique que je déplore depuis des années, mais c'est malheureusement une réalité. Le SAMU et les pompiers transportent les patients à l'hôpital public alors que le privé dispose de services d'urgence autorisés, susceptibles également de les accueillir. Je n'entrerai pas dans les polémiques qui prétendent que certains patients sont refusés par nos services d'urgence. Ceux-ci appliquent une charte de non-refus pour précisément mettre en avant les difficultés qui pourraient exister dans certains territoires. Je ne dis pas que tout le monde est en phase ou respectueux des droits et des devoirs, mais ce sujet fait l'objet d'un combat que mène la fédération pour accueillir à parité les patients régulés par le SAMU. Au cours de la crise covid, une articulation équilibrée s'est opérée dans les territoires. Les hôpitaux étant saturés, il fallait bien trouver une solution de repli, et nous étions là.

Bien entendu, si j'avais eu l'obligation ou même seulement eu connaissance d'une obligation formelle de constituer un stock de masques pour protéger mes salariés et mes patients, je l'aurais fait. Un stock de 50 000 masques permet de passer une semaine ou un mois de pandémie pour un montant de 50 000 euros. Cette somme n'est pas rédhitoire au regard du chiffre d'affaires et de l'ensemble des dépenses de pharmacie à usage unique. D'évidence, nous l'aurions fait, de la même façon que nous avons l'obligation d'avoir deux respirateurs, un respirateur de secours ainsi qu'une double ou triple unité de production d'oxygène. Nous respectons nos obligations. J'occupe la fonction de président de fédération, mais je suis également présent sur le terrain auprès de mes directeurs. Si j'avais reçu la moindre alerte ou si mes directeurs m'avaient mis en garde contre l'absence de stock de masques, j'y aurais été vigilant, mais personne n'a évoqué ce sujet. On peut toujours avoir des remords, mais je ne me sens pas du tout responsable, parce que personne n'a évoqué cette obligation.

Nous avons, bien sûr, accompagné nos patients en soins palliatifs. Madame Wonner, vous avez indiqué qu'au titre de la régulation, le secteur public prenait en charge le covid et le privé les patients non atteints. Des accords ont été passés, si ce n'est que les patients ne consultaient pas. Faute de patients, l'hôpital privé ne pouvait avoir une activité normale. Il serait intéressant de se pencher sur les taux d'activité pendant la crise et les taux de reprise. D'aucuns disent avoir travaillé 20 ou 30 % de leur temps, mais personne ne le sait. Nous le saurons lorsque nous étudierons les données du système d'information de l'activité et le programme de médicalisation. Si des accords ont été passés sur les territoires, l'opérabilité n'a pas été forte.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'hôpital de jour et le SRR ont cessé leur activité mais ont compensé par des consultations en visioconférence, que je crois être un outil d'avenir.

Sur les questions techniques de l'hospitalisation à domicile et du Rivotril, je ne dispose pas d'éléments chiffrés. Je me limiterai à dire que nous avons fait appel à l'hospitalisation à domicile. Je gère une unité d'HAD et je tiens à saluer les équipes sur le terrain. Leur travail n'a pas été facilité car nos concitoyens considéraient que les personnes en contact avec les patients devenaient immédiatement radioactives ! Je salue ces femmes et ces hommes qui ont œuvré sur le terrain, sans rien lâcher, pour secourir nos aînés plus particulièrement et les personnes en fin de vie.

Mme Christine Schibler. Nous avons considéré que les consignes visant à spécialiser certains établissements sur le traitement des malades atteints du covid au niveau national n'avaient pas de sens, car chaque région connaissait des situations différentes et l'offre devait s'adapter à des contraintes particulières. Lorsque nous avons été interrogés par la DGOS dans le cadre de la préparation du déconfinement sur ses modalités d'organisation, nous avons indiqué que l'approche devait être médicalisée et discutée avec les ARS dans les régions et les territoires. Nous estimions que la mesure consistant à imposer une même organisation pouvait connaître des difficultés d'application sur un territoire en raison des équilibres entre le public, le privé et les professionnels en présence. Nous pensons que l'organisation des soins doit être débattue au sein des territoires, sous la régulation de l'ARS. À cette position, nous ajoutons un enjeu : la nécessité de disposer de données d'activité de pilotage fiables et solides. En début de crise, nous avons été confrontés à de multiples systèmes d'information, tels que le système d'identification des victimes civiles, le répertoire opérationnel des ressources, les systèmes d'information non homogènes, variables selon les régions, prenant en compte totalement ou partiellement les activités. À cet égard, la région Île-de-France a été particulièrement efficace parce qu'elle a mobilisé une cellule dotée des moyens d'identifier en temps réel, plusieurs fois par jour et dès le début de la crise, les ressources disponibles.

Dans le cadre de la loi de santé et du PLFSS, l'ensemble des fédérations soulignent avec nous un enjeu majeur. Afin d'être en mesure de procéder à des choix sur les territoires et de prendre les meilleurs arbitrages possibles, il est nécessaire de disposer d'un meilleur pilotage en temps réel, fondé sur les données d'activité et les données de ressources. Durant la crise, la gestion des données d'activité a été ardue. On constate que les régions qui ont réussi un excellent pilotage sont celles qui se sont équipées de systèmes *ad hoc* très rapidement. En matière de ressources, ma pharmacie à usage intérieur (PUI) a été activée, même si cela a été un peu long au démarrage. Des plateformes de ressources en personnel ont été installées en région. Le pilotage des données d'activité est central pour permettre des arbitrages ciblés. Les consignes ne peuvent être nationales car elles ne seraient pas pertinentes sur les territoires ; en outre, les choix doivent être débattus par et entre les médecins, avec l'ensemble des agences et des opérateurs. Un tel dispositif relève obligatoirement du niveau régional et territorial.

Mme Marie-Sophie Desaulle. Je poursuis sur ce même thème, en rappelant qu'il ne convient pas de cloisonner l'activité publique et privée, mais de tenir un raisonnement sur les forces en présence en capacité de s'organiser au mieux en fonction des besoins de santé globaux dans une situation de crise.

Les molécules n'ont pas été réquisitionnées. Il a été demandé d'évaluer les réserves des armoires à pharmacie et de mettre en commun les molécules pour répondre à la demande de ceux qui en avaient le plus besoin. Il faut savoir que l'utilisation de certaines molécules a subitement progressé de plus de 2 000 %. Si la France a été saturée, le monde l'a été également.

La garantie de financement a soulevé deux problématiques qui ne sont pas encore entièrement réglées : d'abord, celle liée aux assurances complémentaires. Les établissements n'ont pas encore perçu la réalité de ce que les assurances complémentaires auraient dû normalement déboursier et nous ignorons encore de quelle façon elle le sera. Il semblerait que le ministère de la santé et Bercy s'y intéressent.

Ensuite, la première circulaire relative à la répartition de l'enveloppe destinée à financer les surcoûts nous a fait réagir. L'enveloppe a été donnée aux ARS, à charge pour elles de la répartir. Les critères n'allant pas d'évidence, dans certaines régions, l'enveloppe a été exclusivement octroyée au secteur public ; dans d'autres, nous avons assisté à un décrochage,

le public ayant reçu une enveloppe largement supérieure à la réalité de sa mobilisation. Dans d'autres encore, le secteur privé a été correctement traité au regard de la prise en charge qu'il avait assurée. Cela pose la question, centrale pour nous, de l'égalité de traitement. Nous avons été en capacité de nous mobiliser, nous voulons simplement obtenir une égalité de traitement entre les secteurs.

Monsieur le député, je ne voudrais pas compliquer ce que vous croyez avoir compris de la doctrine de 2013. Il n'est pas impossible qu'elle concerne uniquement les hôpitaux publics. Il conviendrait donc de vérifier sur quels fondements s'appuie cette doctrine et d'établir le lien entre services d'urgence et non-services d'urgence.

M. Éric Ciotti, rapporteur. Elle concerne tous les employeurs.

Mme Marie-Sophie Desaulle. La situation est quelque peu différente entre les établissements de santé qui gèrent des stocks bien plus importants que les autres employeurs.

Je ne reviendrai pas longuement sur la régulation. Une autorité régule les patients pour les faire admettre dans tel ou tel établissement. La régulation s'opère naturellement vers l'hôpital public plutôt que vers les autres établissements. Là encore, la coordination entre les acteurs est un préalable au bon fonctionnement sur les territoires.

Le recours à l'HAD a joué un rôle précieux dans le secteur médicosocial pour accompagner des patients en fin de vie ou pour délivrer des soins spécifiques. Cette possibilité a certainement été un atout.

Nous avons fait signaler à la DGOS nos capacités en lit, le 17 mars. Le premier patient avait été hospitalisé le 2 mars à Mulhouse. La déprogrammation globale est intervenue du 14 au 17 mars. Dans le Grand Est, le document d'orientation SAMU demandait le transport exclusif vers le secteur public alors que le secteur privé disposait de lits de réanimation. Il ne s'agissait nullement d'upgrader des soins continus, ces lits étaient disponibles. La première évacuation militaire vers Toulouse est intervenue le 18 mars. À ce moment-là, nous disposions de lits de réanimation et de lits de médecine vacants dans le Grand Est. Dès que j'ai alerté sur cette disponibilité, la réaction a été immédiate et dans les deux jours qui ont suivi les lits étaient occupés.

M. Antoine Perrin. Quel est le meilleur interlocuteur susceptible de stocker les masques ? Les établissements de santé sont dans l'action. Ils n'ont pas cette culture de prévention de la crise et d'anticipation ; ce n'est pas leur métier. C'est la raison pour laquelle l'EPRUS a été créé et que Santé publique France existe. J'ai le sentiment qu'il est plus raisonnable que de tels opérateurs, dont c'est la culture et le métier, soient en charge de constituer et de veiller à ces stocks, qu'il s'agisse de médicaments ou d'équipements de protection, et qu'ils les mobilisent en période de crise. Culturellement, les opérateurs de santé sont dans le soin et l'activité ; leur demander de veiller à l'opérabilité de leurs stocks stratégiques en prévision d'une épidémie qui ne se produira peut-être jamais revient à les placer en danger de faille dans leurs pratiques.

Mme Christine Schibler. Je partage l'avis d'Antoine Perrin.

Une question a été posée sur le nombre des professionnels de nos établissements malades du covid-19. Si je ne dispose pas du total, je puis toutefois vous livrer quelques chiffres. Nos établissements comptent 150 000 salariés. Sur 64 000 d'entre eux, 3 000 ont été malades

du covid et cinq sont décédés. Auditionné par votre commission, M. Hirsch a livré des chiffres proportionnellement comparables.

Il a été annoncé que le covid serait reconnu comme maladie professionnelle. Nous avons défendu l'idée d'un fonds d'indemnisation destiné à garantir les professionnels atteints. Se posent la question du financement du risque, de son indemnisation et de sa couverture et celle de la responsabilité de l'employeur s'agissant des équipements de protection. À ce stade, notre proposition n'a pas prospéré. Nous appelons néanmoins votre attention sur la nécessité de réfléchir à l'entité qui portera l'augmentation des taux de déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles qui ne manqueront pas de se poser compte tenu de l'exposition de nos personnels. La question se posera pas à moyen et long termes car les surcoûts seront alors élevés. Il est normal que ce risque soit assuré. Il faut trouver le financement et définir les modalités au plan national pour que ce risque exceptionnel soit porté par une logique de solidarité nationale et non par les établissements de santé.

M. Jean-Jacques Gaultier. Vous avez évoqué 4 000 lits de réanimation. À quelle date êtes-vous parvenus à ce chiffre ? De combien de respirateurs disposiez-vous ?

La doctrine du 16 mai 2013, édictée sous l'autorité du Premier ministre, concerne la protection des travailleurs au sens large face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire. C'est dire que, de 2013 à 2020, personne ici, autour de la table, n'aurait été informé et que personne ne vous aurait rappelé, en sept ans, cette doctrine édictée sous l'autorité du Premier ministre. La situation antérieure était bien plus simple. Par exemple, au cours de la pandémie de grippe survenue en 2007, les professionnels recevaient des kits de protection. Vous avez donc constaté un changement majeur.

Des trains sont partis de Nancy afin de transférer des patients alors que peu de malades nancéens occupaient les chambres de réanimation privées. Avez-vous été interrogés sur votre capacité d'accueil et sur les places en hospitalisation privée au sujet des patients qui devaient être transférés à l'autre bout de la France, voire à l'étranger ?

Mme Michèle Peyron. Madame Desaulle, dans le large panel d'établissements – structures sanitaires, structures pour personnes âgées, pour personnes handicapées, structures d'aide sociale à l'enfance que vous représentez – quel type de structure vous a semblé le mieux armé face à la crise sanitaire ?

M. Jean-Pierre Pont. Parmi les dispositifs créés pour répondre à cette crise exceptionnelle, certains ont fonctionné, d'autres moins bien. Sommes-nous prêts actuellement à faire face si ce n'est à une éventuelle seconde vague, du moins à une autre crise sanitaire dont nous savons qu'elle se produira ? Quel nouveau dispositif devrait-on imaginer, notamment en relation avec la médecine de ville ?

Mme Sereine Mauborgne. Ma question comprendra deux volets. À l'occasion d'hospitalisations à domicile en région parisienne, des groupements d'intervention rapide ont été constitués pour procéder, en EHPAD, à des protocolisations de Rivotril pour soulager les personnes en fin de vie et en détresse respiratoire aiguë. Le dispositif fonctionne sous un mode dégradé par rapport à ce que l'on peut connaître de l'application de la loi Leonetti-Claeys sur le protocole de sédation profonde en fin de vie dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. En avez-vous eu connaissance dans les établissements qui sont sous votre responsabilité ? Il nous a été rapporté que les patients avaient été consultés, mais on ne savait pas trop si les familles avaient été insérées dans la boucle décisionnelle fixée par le protocole. Il pouvait se produire

que l'application du protocole soit déclenchée en pleine nuit sur ordre téléphonique, y compris dans des EHPAD où aucune infirmière ne travaillait la nuit. Ces faits vous paraissent-ils avoir été envisagés, en mode dégradé, dans le cadre d'une crise inédite ?

Monsieur Gharbi, en tant que gestionnaire d'établissement privé, avez-vous rencontré des difficultés à emporter l'adhésion de vos praticiens pour apporter des lits en soutien ou en remplacement ou pour répondre à des propositions de mise en place d'unités covid ou postcovid ? Dans mon secteur, dans le cadre d'un partenariat public-privé, le pôle privé a affiché sa détermination à venir en aide à un hôpital de niveau 3, mais l'application en a été grandement retardée par les praticiens libéraux qui exerçaient dans cet établissement.

Mme Marie-Sophie Desaulle. S'agissant des transferts, je ne sais si la question qui se pose relève d'un jeu entre public et privé ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une logique globale, dès lors que nous avons tous été intégrés au dispositif de réponse qui cherchait à s'assurer que nous disposions toujours de lits disponibles dans la région concernée.

Dans le cadre d'une crise sanitaire, les établissements sanitaires sont les mieux armés et plus forte est la culture sanitaire dans l'établissement, mieux celui-ci est armé pour faire face à la crise. Si je devais établir une hiérarchie, viendraient en premier les établissements sanitaires, suivis par les établissements médicosociaux, les EHPAD, qui pratiquent une vraie culture soignante, contrairement aux établissements accueillant des adultes et des enfants en situation de handicap ou les établissements de l'aide sociale à l'enfance, qui comptent d'ailleurs assez peu de soignants. On peut toutefois souligner une réelle adaptation et des solidarités entre les établissements qui ont accru la capacité de réponse. Comme toujours, tout dépend du management de l'établissement. Tout va mieux quand il existe un projet d'équipe et des professionnels motivés.

Sommes-nous prêts à affronter une prochaine crise ? En tout cas, mieux qu'avant. Nous aurons tiré les leçons de l'expérience du point de vue de la logique d'organisation et de la régulation. Nous saurons quelles questions nous poser mais on se prépare toujours sur le modèle de la crise précédente et non sur celle à venir.

En cas de rebond, nous serons mieux préparés et nous aurons des réflexes différents. La médecine de ville sera sans doute portée en première ligne plus rapidement que les établissements de santé. Sans doute est-ce la logique au démarrage d'une crise liée à un virus inconnu qui a eu pour conséquence une embolisation des appels au 15, des services d'urgence et des services de réanimation. Nous assisterons à un rééquilibrage car nous connaissons le virus, nous saurons à quoi nous attendre ; l'ensemble du dispositif sera prêt. J'apporte une nuance selon que le virus sera identique ou aura muté, ce dont nous ne sommes pas à l'abri.

Je ne suis pas en mesure de répondre sur l'hospitalisation à domicile et les groupes d'intervention.

M. Lamine Gharbi. Les 4 000 lits de réanimation étaient associés à un respirateur, issus souvent de nos blocs opératoires. Ils ont été modifiés pour fonctionner en mode de ventilation continue.

Nous nous sommes mobilisés lorsque le ministre a demandé le 13 mars de déprogrammer nos actes. Les lits étaient opérationnels huit à dix jours après. Je ne sais si cela s'est effectué magnifiquement sur l'ensemble des établissements, de manière confraternelle et amicale entre les secteurs. Je ne le pense pas mais je retiens que cela s'est globalement très bien

passé. Comme souligné en introduction, « les histoires de chasse » ne m'intéressent pas, nous sommes ici pour tirer les fruits de l'expérience.

S'il devait y avoir une seconde vague, la gestion serait bien différente. Je pense que l'on ne confinerait pas la totalité du territoire. Des hôpitaux publics et privés ont été mobilisés alors qu'ils n'ont pas vu un seul patient et qu'ils ont dû faire la chasse au covid qui n'existait pas ! Il faudrait confiner ou gérer médicalement un territoire donné, les autres venant en renfort médical et matériel. Mon département, l'Hérault a été peu touché mais nous étions prêts à accueillir une vague aussi dense qu'à Paris ou dans le Grand Est. Nous avons donc assisté à un gâchis de ressources humaines, d'astreintes, de gardes, de matériels et d'équipements. Nous disposions tous de tentes, nous avions mis en place des circuits alors que bon nombre d'entre nous ont très peu reçu de patients atteints du covid. Mais cela nous ne le savions pas. Refaire le match une fois qu'il est achevé ne présente aucun intérêt. Je retiens la nécessité d'être complémentaires et d'œuvrer ensemble. La régulation de l'ARS doit être impartiale, elle doit gérer la crise matin, midi et soir avec l'ensemble des secteurs, ce qui fut le cas. Il faut nous simplifier la vie administrative. C'est ce qui s'est passé pendant la crise : nos obligations ont été simplifiées, nous avons mieux vécu.

S'agissant de l'hospitalisation à domicile, toute décision médicale, même si elle n'a pas été prise en présentiel, l'a été, je pense, par un médecin, que ce soit en visioconférence ou téléphoniquement. Je n'ai pas de réponse précise à vous apporter, je ne répondrai donc pas et laisserai Mme Élisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, qui défend très bien son secteur, le soin de le faire. Dans mon métier, ne pas répondre à la place des autres est un principe de précaution !

Membres présents ou excusés

Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19

Réunion du mercredi 8 juillet 2020 à 17 heures

Présents. - Mme Sophie Auconie, M. Julien Borowczyk, M. Éric Ciotti, M. Jean-Pierre Door, M. Jean-Jacques Gaultier, Mme Anne Genetet, Mme Valérie Gomez-Bassac, M. David Habib, Mme Sereine Mauborgne, Mme Michèle Peyron, M. Jean-Pierre Pont, M. Boris Vallaud

Assistaient également à la réunion. - Mme Josiane Corneloup, M. Nicolas Démoulin, M. François Jolivet, M. Philippe Vigier, Mme Martine Wonner