

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

**COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE
DU MARDI 7 AVRIL 2020**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 JUIN 2020

Sommaire

I.	Informations du président de la CME	6
li.	Informations du directeur général de l'AP-HP	7
lii.	Informations du directeur médical de crise de l'AP-HP	8
lv.	Informations du P ^r Frédéric BATTEUX	9
V.	Échanges avec les membres de la CME	10

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

Séance exceptionnelle réunie en téléconférence et dédiée à la gestion du coronavirus – COVID 19

1. Informations du président de la CME
2. Informations du directeur général de l'AP-HP
3. Informations du directeur médical de crise de l'AP-HP
4. Informations du P^f Frédéric BATTEUX
5. Échange avec les membres de la CME

- Assistent à la séance

• Avec voix délibérative :

P ^r	René	ADAM	D ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Marie	ANTIGNAC	D ^r	Jean-François	HERMIEU
P ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Marc	HUMBERT
P ^r	Frédéric	BATTEUX	D ^r	Lamia	KERDJANA
P ^r	Sadek	BELOUCIF	D ^r	Éric	LE BIHAN
D ^r	Guy	BENOIT	P ^r	Véronique	LEBLOND
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Laurent	MANDELBROT
P ^r	Olivier	BOURDON	D ^r	Émeline	MARLINGE
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Rafik	MASMOUDI
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
D ^r	Cyril	CHARRON	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Yves Hervé	CASTIER	P ^r	Jean-Damien	RICARD
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	François	SALACHAS
P ^r	Olivier	CLÉMENT	M ^{me}	Clara	SALINO
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Remi	SALOMON
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Philippe	RUSZNIEWSKI
P ^r	Vianney	DESCROIX	P ^r	Virginie	SIGURET-DEPASSÉ
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
P ^r	Bernard	GRANGER			

• avec voix consultative :

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- P^r Jean-Louis BEAUDEUX, directeur de l'UFR de pharmacie de l'université Paris-Descartes
- P^r Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical de l'université Paris-Sorbonne

• en qualité d'invités permanents :

- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

• les représentants de l'administration :

- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M. Jérôme MARCHAND-ARVIER, directeur général adjoint
- M^{me} Hélène OPPETIT et M. Oliver TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)

- **Invités :**

- D^r Sandra FOURNIER
- M. Didier FRANDJI
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN
- M^{me} Charline NICOLAS

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Sébastien BEAUNE, Fadi BDEOUI, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Nathalie CHARNAUX, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Sonia DELAPORTE-CERCEAU, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Jean-Eudes FONTAN, Vincent FROCHOT, Bruno GREFF, Sophie GUILLAUME, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Vincent JARLIER, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Éric LE GUERN, Michel LEJOYEUX, Rachel LEVY, Louis MAMAN, Xavier MARIETTE, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Loïc MORVAN, Vianney MOURMAN, Juliette PAVIE, Marie-Noëlle PERALDI, Louis PUYBASSET, Isabelle RIOM, Bérénice SCHELL, Thomas SIMILOWSKI, Johanna SEKRI, Caroline SUBERBIELLE, Samir TINE, Christophe TRIVALLE, Valéry TROSINI-DESERT, Noël ZAHR

La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

I. Informations du président de la CME

Le président rappelle que cette séance de la CME se déroule de manière particulière, en téléconférence, compte tenu des circonstances. La dernière séance a eu lieu le 10 mars 2020, quelques jours avant la fermeture des écoles, des restaurants et sept jours avant le début du confinement général. Il propose d'introduire cette séance, avant de laisser le directeur général, puis le P^r Bruno Riou décrire plus précisément la gestion de la crise.

Mobilisation sans précédent

Le président souligne que tous les professionnels ont participé à une mobilisation extraordinaire et ont pris part à une réorganisation en profondeur de l'institution en un temps extrêmement réduit, passant de 200 patients pris en charge en réanimation le 15 mars dernier, à 2 600 le 6 avril en Île-de-France, dont presque 1 100 à l'AP-HP. Il s'agit donc d'un bouleversement complet des organisations à un niveau jamais égalé. Il remercie tous les professionnels impliqués.

Le président précise qu'une direction opérationnelle de crise a été mise en place dès le début de l'épidémie. Le P^r Bruno Riou a été nommé directeur médical central de crise (DMC) conjointement par le directeur général de l'AP-HP et lui-même. De même, des DMC ont été nommés dans chaque groupe hospitalier (GH) et chaque site hospitalier.

Les DMC sont à la manœuvre pour gérer cette opération d'ampleur et ouvrir des lits de réanimation, ce qui a permis de passer de 500 lits à plus de 1 000 lits de soins critiques en trois semaines. Leur travail est mené en coordination avec les directions, les présidents de CME locale (CMEL) et le président de la CME qui participent aux cellules de crise et ont été associés aux décisions prises.

Beaucoup d'actions remarquables ont été menées parallèlement, notamment le déploiement de COVIDOM, outil permettant de suivre 5 00 patients le 16 mars, et qui en suit désormais 40 000.

Il y a environ deux mois, l'hôpital traversait une période difficile et le corps médical alertait sur la situation de nos hôpitaux à travers la grève du codage, la démission de chefs de service et les actions du collectif inter-hôpitaux (CIH). Or, du jour au lendemain, tous se sont mobilisés et retrouvés sans aucune hésitation. Ce moment particulier marque certainement un tournant dont on se souviendra afin de poser des jalons et s'assurer que l'hôpital de demain ne sera pas le même que celui d'hier.

Prise en charge des patients non-Covid

La période qui s'amorce désormais, après une semaine particulièrement difficile, pourrait être une phase plateau, et non pas un pic, dont la décroissance sera donc plus lente. Le président craint le début d'une phase très compliquée qui pourrait durer des mois avec la menace d'un deuxième pic. Il faut également organiser la prise en charge des patients non-Covid qui ont, de fait, été mis un peu de côté. Il faut commencer dès maintenant à organiser la prise en charge de ces patients afin les pertes de chances. Une deuxième vague d'activité importante s'amorce donc pour rattraper la pause faite à partir du 10 mars. Cette période et ce surcroît d'activité impliqueront de

nouveaux efforts importants des hôpitaux alors qu'ils sont encore largement mobilisés par les patients COVID+ et où les équipes sont fatiguées. La collaboration ville-hôpital sera sans doute l'une des clés de la réussite de cette période de transition et un élément structurant pour l'avenir.

Approvisionnements

Le président indique enfin avoir pris parole et position ces derniers jours dans les médias au sujet du médicament. Cette question dépasse certes le cadre de l'AP-HP, mais le risque de manque d'approvisionnement, notamment en réanimation, est une réalité. Il a donc souhaité interpeller les autorités sur cette question et celle de l'indépendance sanitaire de notre pays. Ce qui pose problème pour les médicaments peut malheureusement se décliner pour les masques ou les réactifs nécessaires à la réalisation des tests. Si un deuxième pic épidémique devait survenir dans quelques mois, nous devons dès aujourd'hui être capables de plus d'autonomie en disposant de stocks suffisants.

II. Informations du directeur général de l'AP-HP

Le directeur général s'associe pleinement aux remerciements formulés à la communauté de l'AP-HP et présente les dix principes de fonctionnement actuellement suivis.

- L'organisation de crise a été remarquablement mise en place avec des DMC conformément à ce que prévoient les plans blancs. L'ensemble de l'AP-HP dispose de médecins qui endossent une responsabilité opérationnelle pour adapter la multitude de décisions à prendre en lien avec les gouvernances habituelles.
- Les différents sujets de préoccupation ont été subdivisés et confiés à des responsables médicaux. Les P^{rs} Antoine VIEILLARD-BARON et Catherine PAUGAM-BURTZ travaillent ensemble quotidiennement pour ouvrir des lits de réanimation, tout comme le P^r Éric PAUTAS sur les sujets de gériatrie. Cette organisation a permis de produire soit de la doctrine soit de l'action validée et partagée rapidement.
- L'organisation de crise est rythmée par des points pluri-quotidiens : tous les matins une réunion téléphonique a lieu avec les présidents de la CME et des CMEL, les directeurs des groupes hospitaliers universitaires (GHU) et les DMC pour faire le bilan de la nuit précédente et définir des actions. Tous les soirs, une seconde réunion associe 90 participants, notamment les professionnels chargés de sujets plus spécifiques. Avant la nomination des DMC, un comité COVID-19 avait été constitué avec une vingtaine de professionnels et les centres références pour discuter et valider collégialement des recommandations à mettre en œuvre.
- La protection des équipes est une priorité qui a été compliquée par la disponibilité du matériel, notamment les masques. Les équipes d'hygiène ont veillé à concevoir et à appliquer des recommandations et éviter la pénurie dans laquelle l'institution ne s'est finalement jamais trouvée. Cela a impliqué certaines restrictions ou l'élargissement, moins rapide que souhaité, de certaines recommandations mais sans rupture de stock avec la mobilisation de leviers d'approvisionnements inédits.

- La plateforme « Hoptisoins » a été créée pour proposer des actions concrètes d'aide à l'ensemble des équipes de l'AP-HP mobilisées sans ajouter de difficultés supplémentaires au quotidien (accès aux taxis, hébergement, repas, gratuité du *pass navigo*).
- Le directeur général salue la mobilisation de renforts malgré le facteur limitant que connaissait auparavant l'AP-HP sur ce sujet : professionnels qui ont pu basculer sur d'autres missions en raison de déprogrammations d'activité, mobilisation de milliers d'étudiants en médecine ou des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi), renforts temporaires des autres régions et enfin tout le travail d'animation des plateformes de renfort, sur lesquelles beaucoup de professionnels se sont inscrits, afin de mettre en adéquation leurs profils et les besoins de l'institution.
- Une organisation de crise particulière s'est mise en place pour couvrir les besoins d'approvisionnement en matériel ou en médicaments.
- Une organisation très participative s'est structurée pour faciliter les travaux de recherche sous l'égide du P^r Gabriel STEG : raccourcissement des procédures, développement des coopérations entre établissements en évitant les doublons, activation de la fondation avec amorçage immédiat de crédits dès qu'un projet est jugé recevable par le comité de pilotage recherche de l'AP-HP. À ce jour, plus de 3 200 patients COVID ont été inclus dans les essais.
- Un important travail est mené pour recueillir et partager des données et informations solides de suivi des patients sous l'égide du P^r Frédéric BATTEUX ce qui permet de partager des tableaux de bord fiables tous les jours.
- Le directeur général renouvelle enfin son attachement à la transparence, ce qui a d'ailleurs été souligné par l'environnement et les médias considérant que l'AP-HP transmet des données dans des conditions responsables en respectant son devoir d'information.

Le président remercie le directeur général. La période de transition actuelle risque de durer et il est naturel que la CME prenne toute sa place dans la gouvernance en continuant à participer aux cellules de crise.

III. Informations du directeur médical de crise de l'AP-HP

Le P^r Bruno Riou rappelle qu'il s'agit d'une crise sans précédent largement décrite dans les médias. Il n'est pas étonné de la mobilisation de tous face à cet événement exceptionnel, rappelant celle vécue au moment des attentats de 2015. Il est en revanche très impressionné par la capacité de mobilisation et de coopération dans la durée qui, elle, est tout à fait inhabituelle.

Le dispositif de crise mis en place à l'AP-HP avec plusieurs DMC aux côtés de la gouvernance classique est essentiel et fonctionne, mais le P^r Bruno Riou regrette qu'il n'ait pas été déployé dans toutes les régions. Il salue notamment l'énergie des groupes de travail qui ont produit des textes de grande qualité partagés au-delà de l'AP-HP et extrêmement utiles aux autres régions.

Il estime qu'une bataille a en partie été gagnée, notamment en réanimation puisque les situations de choix de vie sur les patients par les réanimateurs ont pu être évitées, contrairement à certains

autres pays touchés. Cela a été possible grâce à la mobilisation de renforts qui ont permis l'ouverture de plus de 2 780 lits de réanimation en Île-de-France, dont 1 079 à l'AP-HP, soit une multiplication par 3,5 du nombre de lits. Les transferts d'environ 200 patients, assurés par divers moyens, vers des régions moins touchées a également été déterminant.

La mobilisation sur la recherche a été exemplaire. Jamais des essais cliniques n'ont été débutés aussi vite, certains sont terminés ou quasiment, ce qui est exceptionnel. Il salue également la mobilisation tous secteurs confondus, notamment logistique.

Aujourd'hui, la situation n'est pas celle d'un pic mais d'un plateau dont la durée est inconnue, ce qui n'est pas tenable. Il estime qu'aux niveaux national et régional, toutes les mesures n'ont pas été prises pour diminuer de manière suffisante les patients touchés. Le niveau d'occupation des réanimations n'est pas tenable sur le long terme. Certains patients déjà hospitalisés peuvent continuer de s'aggraver et la découverte de nouveaux *clusters* n'est pas à exclure. La multiplication des transferts interrégionaux à long terme n'est pas une solution. Enfin, les relâchements dans le confinement constatés ces derniers jours sont potentiellement inquiétants.

La prise en charge des patients COVID négatif est une autre préoccupation majeure. Jusqu'ici, l'AP-HP a pu maintenir ses capacités de traitement pour les plus urgents. La difficulté est que les patients restent chez eux, évitent de consulter ou de se rendre à l'hôpital. Plusieurs signaux sont alertent : augmentation des arrêts cardiaques, des syndromes coronariens arrivés tardivement à l'hôpital, baisse des appendicites laissant présager une hausse des péritonites.

Il évoque en outre la crise en gériatrie, notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD), ce qui va compliquer les choses dans les semaines à venir. Il souligne enfin que ce fonctionnement exceptionnel ne doit pas être maintenu à long terme. Il espère que la France trouvera collectivement les moyens pour que les régions les plus touchées observent une véritable décroissance des patients infectés.

IV. Informations du P^r Frédéric BATTEUX

Le P^r Frédéric BATTEUX présente le tableau de bord partagé tous les jours à 18 heures avec la cellule de crise afin d'aider au pilotage en fournissant des données de flux de patients. À ce jour, plus de 20 000 patients ont été pris en charge en Île-de-France, ce qui a mis l'ensemble du système de santé en très forte tension sans toutefois mettre en danger le pronostic de ces patients.

La vigilance est forte concernant les évolutions en réanimation pour éviter que le nombre de patients excède les capacités de la région. Avec l'aide de chercheurs de l'institut Pasteur ou de l'École polytechnique, plusieurs modèles épidémiologiques ont été utilisés pour mieux percevoir les déterminants de cette infection et anticiper autant que possible les besoins. Ces études sont confrontées tous les jours à la réalité du terrain pour prévoir au mieux la suite.

Les données de flux sont importantes pour suivre l'évolution des patients admis en réanimation provenant du circuit extrahospitalier ou qui sont déjà hospitalisés mais s'aggravent. Il salue les efforts consentis pour préparer et accompagner les patients transférés, puis pour les recevoir et les prendre en charge en Bretagne, Pays de la Loire ou Auvergne

Parmi les déterminants de cette infection, le calcul de la durée moyenne de séjour est encore non stabilisé mais pour certains patients elle sera plus longue que 14 jours. Les pronostics par tranche d'âges et l'influence de certaines comorbidités sont à prendre en compte. Enfin, les paramètres régionaux sont suivis de près, les départements du 93 et du 95 étant notamment en forte tension. Le nombre d'hospitalisations complètes et la pyramide des âges sont très suivis. La moyenne d'âge des patients décédés est de 77 à 80 ans.

Le nombre de lits de réanimation, qui a été augmenté de manière incroyable par des efforts collectifs renouvelés chaque jour, est suivi pluri-quotidiennement, et au final, à aucun moment le système n'a débordé, ce qui est quasiment miraculeux. Il souligne le travail majeur de la recherche pour produire des données, notamment le registre du réseau européen de recherche en ventilation artificielle (REVA) et la base « COVID ICU ». Cela permet de disposer de caractéristiques très importantes afin d'avoir un temps d'avance sur la maladie.

À côté de ce tableau de bord très opérationnel, l'entrepôt de données de santé apporte une aide considérable pour évaluer les déterminants médicaux de cette infection. On obtient grâce à cet outil une vision fine des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et pédiatrie par GHU. Il a permis de mettre en valeur le rôle des comorbidités et des médicaments au long court, notamment les corticoïdes ou alors l'impact du tabagisme.

Il souligne enfin le grand succès de COVIDOM avec 40 000 patients inscrits et une courbe de croissance non démentie. Cet outil apporte un support majeur pour les patients suivis, un système d'alerte et une réponse sanitaire appropriée à leur état de santé. La mise en place d'un dispositif aussi efficace en quelques jours est un petit miracle et il remercie l'ensemble des intervenants.

V. Échanges avec les membres de la CME

Le président propose qu'une nouvelle date de CME soit proposée sans attendre le mois prochain de manière à offrir un espace de parole suffisant à tous les membres.

Le P^r Marc HUMBERT qui dirige le service de pneumologie et de soins intensifs respiratoires à Bicêtre souligne l'excellence du travail de chacun et la qualité de la coordination avec les services d'accueil des urgences (SAU), les unités de soins critiques, les équipes de recherche clinique et de direction. L'apport des collègues italiens et du Grand-Est a permis de structurer notre organisation dès début mars, en transformant par exemple des unités entières dédiées aux patients COVID+. Cette crise confirme le rôle essentiel de l'échelon du service, il espère donc que des enseignements seront tirés de cette crise sur ce point. De même, il insiste sur la prise en charge des patients non-COVID avec lesquels une distance s'établit. Ils ne doivent pas payer le prix de la saturation de nos services.

Le P^r Yann PARC précise qu'un travail est en cours pour identifier les patients non-COVID et non actuellement pris en charge avec des comparaisons sur plusieurs périodes. Dans son service, il constate une chute des activités d'urgence : moins 66 % des appendicites et des cholécystites. Dans toutes les spécialités, deux tiers des urgences disparaissent. Les patients n'ont manifestement pas été pris en charge dans le privé. Il va falloir étudier ce phénomène, déterminer les moyens restant à disposition pour les prendre en charge et répartir cette activité dans les

semaines à venir. Il propose de prioriser d'abord les organisations sur site, GHU puis hors AP-HP en dernier recours. Il craint que ces changements ou déplacements amènent des complications et une surmortalité. Il faut que chaque site priorise ses urgences en lien avec les recommandations des sociétés savantes. Enfin, il se demande comment communiquer et redonner confiance aux patients qui semblent avoir peur de venir à l'hôpital afin d'éviter qu'ils viennent se faire soigner trop tard.

Le P^r Véronique LEBLOND alerte au sujet des activités de cancérologie, radiothérapie et d'hématologie. Les patients sous chimiothérapie ont un pronostic effroyable quand ils sont atteints du COVID. Ces services ont donc été sanctuarisés en COVID moins pour éviter d'infecter les patients immunodéprimés mais les activités courantes ont été graduées. Beaucoup de *guide lines* ont été édités et sont suivis autant que possible. L'activité de consultation est réduite, comme les hôpitaux de jour. Se pose la question d'ouvrir une unité COVID+ pour les patients urgents. Il faut vite y réfléchir tout comme la reprise de l'activité au moment de la décroissance de l'épidémie. L'activité de radiothérapie a toujours de longs délais en raison du manque de manipulateurs ou de physiciens. Les patients qui ont été retardés vont tous arriver en même temps, ce qui va encore allonger les délais avec un risque majeur de perte de chance. L'oncologie médicale est en outre dépendante des activités diagnostiques qui ont été impactées par l'épidémie (blocs, laboratoires, tomographie par émission de positons [TEP], endoscopie) et doivent donc reprendre leur activité rapidement. En hématologie enfin, certaines greffes qui peuvent nécessiter 4 à 6 semaines de réanimation seront difficiles à programmer, surtout à l'approche de l'été. Il faut donc réfléchir avec les collégiales pour organiser la sortie de crise. Des réunions sont déjà programmées à ce sujet.

Le président souligne la difficulté à réorganiser toutes les filières et la nécessité d'une reprise d'activité en évitant toute perte de chance. Il se félicite de l'amorce de réunions de travail et invite chaque spécialité à amorcer cette réflexion.

Le D^r François SALACHAS confirme que l'autocensure des patients est une réalité, y compris en neurologie. Certains circuits d'alerte des accidents vasculaires cérébraux (AVC) fonctionnent moins bien qu'avant. Il faudra en outre assez vite se poser la question de la priorisation des patients à moyen terme pour prendre en charge les malades chroniques. Il propose de suivre le statut infectieux des personnels en généralisant les sérologies pour protéger les patients et gérer la pénurie de maques. Les personnels des unités qui ne sont aujourd'hui pas prioritaires comme les SAU et leur aval pourraient ainsi éviter d'infecter les patients non-COVID. Il termine en rappelant que sortir de la crise sans les effectifs nécessaires, ou les moyens de les fidéliser, sera extrêmement compliqué.

Le président confirme que la période de transition avant la sortie de crise sera difficile avec un surcroît d'activité et des problèmes organisationnels liés à la cohabitation entre les patients infectés et les autres. Il faudra donc réfléchir pour protéger les équipes épuisées et gérer la suite.

Le P^r Bruno RIOU précise que le principe de sérologies effectué auprès du personnel lui semble trompeur car le pourcentage de population immunisée sera faible à la fin de l'épidémie. La proportion du personnel qui à la fin aura une séroconversion sera faible.

Le président confirme les incertitudes sur la solidité de l'immunité acquise après une infection à coronavirus. Elle ne sera peut-être ni suffisante ni durable, ce qui ajoute de l'inquiétude pour les mois à venir.

Le D^r Patrick PELLOUX indique avoir réuni la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) à plusieurs reprises mais il regrette que certaines idées émises n'aient pas encore été prises en compte dans les groupes de travail constitués.

Le P^r Thomas APARICIO souhaite savoir si une politique de dépistage des personnels par sérologie sera mise en place prochainement.

Le D^r Sandra FOURNIER confirme qu'une politique va être proposée. Un travail s'amorce avec des virologues pour déterminer la stratégie de pratique de sérologie chez les personnels soignants, la technique s'affine avec les laboratoires de l'AP-HP sans pouvoir annoncer de délais à ce stade.

Le P^r Bertrand GODEAU confirme que la question de la sérologie est fondamentale. Il est important que les virologues confirment la valeur prédictive positive ou négative des tests. Il faut associer à la réflexion les cliniciens de différentes spécialités car les résultats seront variables en fonction des attentes.

Le D^r Guy BENOIT relaie l'inquiétude des équipes de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) qui manquent de recommandations s'agissant de la répartition de médicaments en tension, comme le *midazolam*, afin de savoir s'il faut-il le réserver uniquement à la réanimation et aux soins intensifs.

Le P^r Bruno Riou confirme la tension subie sur ce médicament, notamment par certains sites militaires la semaine dernière. Les inquiétudes européennes sont toujours d'actualité malgré les mesures prises. Les recommandations ont permis de réserver ce médicament à la réanimation et de proposer des alternatives aussi acceptables que possible pour les autres usages. Il est donc important de prendre des mesures pour limiter le pic de patients car les risques d'impacts sont forts sur la durée si la situation de plateau se prolonge. La multiplication par 4 du nombre de lits a également fait exploser la consommation de médicaments et impacté l'ensemble de la chaîne.

Le D^r François SALACHAS prend l'exemple de l'adaptation faite à Tenon d'une recommandation centrale de manière à harmoniser l'utilisation du *midazolam*. À l'issue de la discussion en interne, cette ressource a pu être partagée avec le service de soins palliatifs. Il souhaite donc rendre hommage au rôle du terrain dans la gestion de la crise.

Le P^r Bruno Riou confirme que l'organisation de crise n'élimine pas les adaptations locales mais il faut systématiquement trouver un équilibre pour que la politique globale soit tenable au long terme dans l'intérêt de tous.

Le D^r Patrick PELLOUX relance sa question relative au travail de la Ccops.

Le président propose d'en reparler après la réunion avec P^r Bruno Riou et le directeur général.

Le D^r Lamia KERDJANA souligne que le ministre de la Santé, M. Olivier VÉRAN a annoncé la reconnaissance du COVID-19 comme maladie professionnelle en raison notamment de la

méconnaissance de ses effets à long terme. Elle souhaite savoir si la sérologie permettra aux agents d'y prétendre et si la réflexion est avancée sur ce sujet à l'AP-HP. Elle s'étonne par ailleurs de voir les membres de la CME, présents en cellule de crise, porter des masques. Elle aurait trouvé plus approprié de voir une distanciation sociale entre les participants.

Le président rappelle que la taille réduite de la salle impose le port du masque. Il indique par ailleurs ne pas disposer encore de réponse quant aux modalités de reconnaissance du COVID-19 en tant que maladie professionnelle. Il rappelle qu'il peut répondre par *mail* aux éventuelles autres questions et qu'une prochaine réunion de la CME sera proposée avant le mois prochain.

La séance est levée à 17h50.