

# **COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT**

\*\*\*\*\*

## **COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 19 MAI 2020**

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 7 JUILLET 2020

# Sommaire

I.	Informations du président de la CME et du directeur général	6
II.	Informations générales	6
III.	Point sur l'entrepôt de données de santé	12
IV.	Questions diverses	15

# CME du mardi 19 mai 2020

Téléconférence, 16h30 – 17h30

## Ordre du jour

### SÉANCE PLÉNIÈRE

- 1 Informations du président de la CME et du directeur général
2. Informations sur :
  - retour d'expérience sur la crise
  - reprise de l'activité de chirurgie
  - projet médical (suite au bureau de la CME du 12 mai)
3. Point sur l'entrepôt de données de santé (M<sup>mes</sup> ÉliSA SALAMANCA et Hélène COULONJOU)
4. Questions diverses

**- Assistent à la séance par visio-conférence :**

• ***Avec voix délibérative :***

P <sup>r</sup>	René	ADAM	P <sup>r</sup>	Jean-François	HERMIEU
P <sup>r</sup>	Philippe	ANRACT	P <sup>r</sup>	Sandrine	HOUZÉ
D <sup>r</sup>	Guy	BENOIT	D <sup>r</sup>	Lamia	KERDJANA
P <sup>r</sup>	Bahram	BODAGHI	P <sup>r</sup>	Véronique	LEBLOND
P <sup>r</sup>	Olivier	BOURDON	D <sup>r</sup>	Éric	LE BIHAN
D <sup>r</sup>	Diane	BOUVRY	P <sup>r</sup>	Éric	LE GUERN
D <sup>r</sup>	Emmanuel	BUI QUOC	P <sup>r</sup>	Rachel	LEVY
P <sup>r</sup>	Jean-Claude	CAREL	P <sup>r</sup>	Laurent	MANDELBROT
P <sup>r</sup>	Alain	CARIOU	P <sup>r</sup>	Xavier	MARIETTE
P <sup>r</sup>	Yves-Hervé	CASTIER	D <sup>r</sup>	Émeline	MARLINGE
D <sup>r</sup>	Cyril	CHARRON	D <sup>r</sup>	Rafik	MASMOUDI
P <sup>r</sup>	Olivier	CLÉMENT	P <sup>r</sup>	Yann	PARC
P <sup>r</sup>	Anne	COUVELARD	D <sup>r</sup>	Juliette	PAVIE
M <sup>me</sup>	Audrey	DARNIEAUD	D <sup>r</sup>	Patrick	PELLOUX
P <sup>r</sup>	Vianney	DESCROIX	D <sup>r</sup>	Nathalie	PONS-KERJEAN
D <sup>r</sup>	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P <sup>r</sup>	Jean-Damien	RICARD
D <sup>r</sup>	Georges	ESTEPHAN	M <sup>me</sup>	Isabelle	RIOM
D <sup>r</sup>	Thierry	FAILLOT	D <sup>r</sup>	François	SALACHAS
M.	Julien	FLOURIOT	P <sup>r</sup>	Rémi	SALOMON
D <sup>r</sup>	Vincent	FROCHOT	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
P <sup>r</sup>	Bertrand	GODEAU	P <sup>r</sup>	Laurent	TEILLET
M <sup>me</sup>	Sophie	GUILLAUME	D <sup>r</sup>	Christophe	TRIVALLE
D <sup>r</sup>	Christian	GUY-COICHARD	D <sup>r</sup>	Noël	ZAHR

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général
- M. le P<sup>r</sup> Bruno RIOU, président du comité de coordination de l'enseignement médical
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

• ***En qualité d'invités permanents :***

- M<sup>me</sup> Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

• ***Les représentants de l'administration :***

- MM. François CRÉMIEUX et Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints ;
- M<sup>me</sup> Véronique DROUET, direction de la communication
- M. Didier FRANDJI, directeur des affaires économiques et financières, de l'investissement et du patrimoine (DÉFIP)
- D<sup>r</sup> Sandra FOURNIER, M<sup>mes</sup> Hélène OPPETIT, Coryse ARNAUD, Sandra ROSAS et M. Olivier TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M. Vincent HIRSCH, directeur adjoint de cabinet du directeur général
- M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN, direction du pilotage de la transformation (DPT)

- M<sup>me</sup> Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général
- M. Jean-Baptiste HAGENMÜLLER, directeur délégué – direction générale AP-HP
- M. Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information

• **Invités à cette séance :**

- M<sup>me</sup> Hélène COULONJOU, directrice adjointe de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI)
- M<sup>me</sup> Elisa SALAMANCA, directrice du département « *web, innovations, données* »

• **Membres excusés :**

M<sup>me</sup> et MM., P<sup>rs</sup> et D<sup>rs</sup> Véronique ABADIE, Marie ANTIGNAC, Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Sébastien BEAUNE, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Jacques BODDAERT, Sophie BRANCHEREAU, Nathalie CHARNAUX, Julie CHOPART, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALÈS, Hubert DUCOU LE POINTE, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Mathilde DUVAL, Yann FLÉCHER, Bernard GRANGER, Bruno GREFF, Émelyne HAMELIN, Marc HUMBERT, Vincent JARLIER, Youcef KADRI, Jean-Louis LAPLANCHE, Michel LEJOYEUX, Louis MAMAN, Emmanuel MARTINOD, Salomé MASCARELL, Giovanna MELICA, Loïc MORVAN, Vianney MOURMAN, Antoine PELISSOLO, Marie-Noëlle PERALDI, Claire POYART, Louis PUYBASSET, Clara SALINO, Bérénice SCHELL, Thomas SIMIŁOWSKI, Johanna SEKRI, Virginie SIGURET-DEPASSÉ, Brigitte SOUDRIE, Caroline SUBERBIELLE, Philippe RUSZNIEWSKI, Samir TINE, Valéry TROSINI-DESERT et Michel VAUBOURDOLLE.

La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P<sup>r</sup> Rémi SALOMON.

## I. Informations du président de la CME et du directeur général

**Le président** observe que l'évolution de l'épidémie permet d'assouplir les possibilités de réunions. Le directoire s'est tenu le matin même en présence d'une trentaine de personnes. Dans ces conditions, la salle des instances permet de respecter les distances. De ce fait, la prochaine réunion du bureau se tiendra le 26 mai en présentiel et la CME plénière aura lieu le 9 juin en tenant compte de ces possibilités.

Le bureau de la CME s'est réuni le mardi 12 mai 2020 et a permis d'engager la reprise des activités de la CME. Depuis cette date, plusieurs événements ont eu lieu, notamment la rencontre du Président de la République avec des personnels hospitaliers le jeudi 14 mai, en présence d'un membre de la CME, le P<sup>r</sup> Xavier MARIETTE, et d'un cadre de l'hôpital Cochin. Le lendemain, le Président de la République s'est rendu à la Pitié-Salpêtrière. Il a rencontré le directeur général, la gouvernance locale et s'est entretenu pendant une heure avec des représentants du collectif inter-hospitalier (CIH) : les D<sup>rs</sup> Anne GERVAIS et François SALACHAS. D'autres rencontres informelles ont eu lieu par téléphone.

Après la première vague de COVID-19, le constat renouvelé est que l'hôpital a besoin d'être renforcé. La crise hospitalière était déjà présente bien avant l'épidémie. Le président avait d'ailleurs rencontré, avec le D<sup>r</sup> Diane BOUVRY, la ministre M<sup>me</sup> Agnès BUZYN. Il lui avait indiqué que les mesures annoncées par le Gouvernement – le plan *Ma santé 2022*, les mesures issues des mouvements de grève des urgences ou du collectif inter-hospitalier, l'annonce du remboursement d'un tiers de la dette – ne permettaient pas de rassurer les soignants ni de répondre au défaut d'attractivité de l'hôpital public, plaçant ainsi notre institution en difficulté. Près de 900 postes de paramédicaux étaient alors vacants et le corps médical hospitalier, notamment en chirurgie, pâtit d'un défaut d'attractivité. Ces mesures étaient donc insuffisantes après une dizaine d'années de fortes économies.

Le Président de la République, tout comme M. Olivier VÉRAN, ministre en charge de la santé, ont déclaré qu'il fallait aller plus loin et plus vite. La crise a renforcé le constat qu'il est nécessaire d'avoir un système de soins, et en particulier un système hospitalier, solide. La région Île-de-France, l'AP-HP en particulier, a fait face à la crise de manière efficace. Toutefois, le système se fragile et pourrait se fragiliser davantage si les changements n'adviennent pas. Il est nécessaire de revaloriser les revenus des paramédicaux et de revoir les organisations, notamment celle du temps de travail. Il faut également s'adapter à des logiques de territoire qui offrent l'opportunité d'engager les changements. Le manque de solidité en santé publique s'est fait jour pendant la crise. L'AP-HP a malgré tout rempli ses missions dans ce domaine, y compris avec le dispositif COVISAN.

Pour l'avenir, les choses s'engagent et devraient aller assez vite. Le « Ségur de la santé » s'ouvrira lundi 25 mai. Après concertation avec les différents acteurs de la santé, un plan devrait être proposé dans le courant de l'été. Ces derniers ont collectivement un rôle à jouer à travers les propositions qu'ils feront. Les points de vue sont, à certains endroits divergents, mais convergent à d'autres. Les dernières semaines apportent un éclairage un peu nouveau et des idées sur la manière de travailler ensemble à l'hôpital et avec les autres acteurs du soin.

Bien entendu, le contexte était exceptionnel et il n'est pas question de penser qu'il se poursuivra ainsi. Cependant, cette crise a permis de voir fonctionner des collectifs, notamment au niveau des services et des hôpitaux, où chacun a trouvé une certaine satisfaction à échanger directement et à réfléchir ensemble à l'organisation de l'hôpital. Le caractère exceptionnel de la situation conduisait à avancer ensemble vers un seul objectif puisqu'il fallait ouvrir le plus de lits de réanimation possible pour pouvoir prendre en charge tous les patients. La phase d'après est à construire mais les cellules de crise se poursuivent dans les hôpitaux. Même si c'est plus difficile, on constate toujours une satisfaction à dialoguer, à créer du sens et à réfléchir à l'organisation des hôpitaux et services.

**Le directeur général** déplore deux décès supplémentaires parmi les personnels de l'AP-HP, ce qui porte à cinq le nombre de décès liés au COVID-19: un adjoint administratif à la direction des ressources humaines du groupe hospitalier Henri-Mondor, dont la conjointe est infirmière sur place, et une cadre de nuit de l'hôpital Albert-Chenevier. D'autres personnels sont encore à ce jour hospitalisés en réanimation. Le directeur général leur souhaite le meilleur rétablissement.

Pour le directeur général, quatre éléments ressortent du discours du Président de la République à la Pitié-Salpêtrière, qui ont été repris par M. Olivier VÉRAN :

- la valorisation des salaires et des progressions de carrière ;
- l'accompagnement de l'investissement ;
- la souplesse permettant l'innovation, en simplifiant les contraintes budgétaires et la rigidité du cadre réglementaire actuel ;
- le renforcement du lien hôpital - territoires.

Des propositions ont été formulées sur ces quatre thèmes et le directeur général souhaite que l'AP-HP puisse faire valoir ses droits, sans toutefois empiéter sur ceux des autres structures.

## **II. Autres informations**

### **1) Retour d'expérience sur la crise COVID-19.**

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** souhaite poser les bases qui serviront à formaliser le retour d'expérience. Cet exercice est utile et absolument nécessaire mais il reste à en identifier les objectifs et leur calendrier. L'objectif le plus urgent du retour d'expérience, attendu en juin, consiste à anticiper une éventuelle deuxième vague épidémique. Ce travail est déjà largement engagé dans les groupes hospitaliers et les directions. Il cite notamment les travaux de préparation et d'anticipation du P<sup>r</sup> Frédéric BATTEUX sur les marqueurs prédictifs ou anticipateurs de la crise, qui ont permis de modéliser la courbe lors de la première vague. Ils aideront à prendre des décisions plus rapides face à une éventuelle deuxième vague. Tout en collectant l'ensemble des travaux engagés pour préparer un retour épidémique, l'objectif n'est pas de faire une analyse exhaustive. Elle devra être rapide, opérationnelle et sélective pour anticiper les blocages et les solutions. Il s'agira de recenser les principaux éléments ayant un impact, notamment, les tensions en approvisionnements et en ressources humaines ou les modifications très rapides qu'il a fallu apporter aux parcours de soins. Au-delà de cet objectif très opérationnel et lié au COVID-19, le retour d'expérience peut également permettre de poursuivre d'autres buts, qui seront finalisés au cours de l'été. Il est important de recenser de façon minutieuse l'ensemble des étapes de décision permettant de mettre en place un nouveau processus et de le suivre. Ce recensement permettra

de le sécuriser en analysant dans quel environnement juridique il a été établi puisque l'état d'urgence sanitaire a permis des réalisations non habituellement permises par le droit commun. Cette sécurisation des différentes étapes décisionnelles est absolument nécessaire pour que la base de données soit la plus documentée possible pour d'éventuelles auditions parlementaires ou gouvernementales. Le retour d'expérience est aussi utile pour mieux gérer une crise au sens large – risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC), attentats, canicule, environnementale, etc. Il faut se demander si l'on possède les bons outils et s'il faut les actualiser. Certains outils mis en place dans le cadre du COVID-19 peuvent avoir une utilisation plus large, comme COVIDOM qui aura sans doute un rôle de télésurveillance à l'avenir. Il en va de même pour tous les outils logistiques ou informatiques améliorés dans le cadre de la crise et qui pourront être pérennisés. Le dernier niveau de réflexion est plus stratégique et devra s'articuler avec l'élaboration du projet d'établissement et du plan stratégique. Ces travaux se nourriront notamment des leçons tirées de la crise.

**Le président** souligne l'ampleur de l'opération menée sur le campus Picpus en matière de ressources humaines : plus de 9 000 propositions de renforts ont été gérées dans un temps extrêmement bref, et l'une équipe constituée sous la direction de M. Pierre-Emmanuel LECERF a été une pièce maîtresse dans la réussite de l'ensemble. Beaucoup de choses se sont passées sur les sites et dans les services (COVIDOM, COVISAN, réanimations, etc.), mais la coordination en central a été déterminante. Dans le courant du mois d'avril, cette ruche et son organisation étaient assez impressionnantes à voir. Il rappelle cependant que l'avenir est incertain : il est possible qu'une deuxième vague survienne, cet été ou un peu plus tard. Il est donc impératif d'être opérationnel rapidement et de pouvoir trouver des renforts, parmi les redéploiements internes, ou ailleurs. Tout ce qui s'est joué dans les dernières semaines doit donc être décrit le mieux possible. Ce retour d'expérience demandera la contribution de tous, sous la forme d'un questionnaire et le président remercie les futurs contributeurs à ce travail, qui sera essentiel.

**M. Pierre-Emmanuel LECERF** ajoute que le dispositif COVIDOM a permis un développement massif de la téléconsultation et de la télésurveillance à l'AP-HP. Il est important de continuer la mobilisation autour de ce sujet. Avec M. François CRÉMIEUX et le P<sup>f</sup> Patrick JOURDAIN, une journée de formation a été testée dans un format qui s'adresse à des trios - médecin, infirmier et secrétaire médical. La formation proposée le 26 mai 2020 permettra de les former à l'environnement numérique, à l'inscription de la télé médecine dans le plan stratégique de l'AP-HP, aux enjeux opérationnels de la télésurveillance avec des retours d'expérience et à la relation patient-médecin. Ce test sera amené à évoluer pour être proposé régulièrement au plus grand nombre de professionnels. Le programme de formation sera diffusé par le biais de la CME. La capacité d'accueil est de 100 personnes et il reste encore des places.

**Le président** remercie M. Jérôme MARCHAND-ARVIER qui a quitté ses fonctions et devient directeur de cabinet du ministre de la santé. Il était en poste à l'AP-HP depuis trois ans. Sa collaboration a été très appréciée. Sur le campus Picpus, il a été l'un des maîtres d'œuvre de COVIDOM puis de COVISAN, deux plateformes exemplaires. Sa nouvelle tâche est considérable et la CME interagira sans doute avec lui dans les prochains mois.

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** demande si les téléconsultations se font toujours avec l'outil ORTIF qui n'est pas toujours adapté à la gériatrie.



**M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN** répond que l'outil de téléconsultation ORTIF reste accessible à tous les médecins et services de l'AP-HP. Un récent sondage montre que l'utilisation d'autres solutions de visio-conférence, voire du téléphone, est souvent privilégiée tout en gardant la possibilité de les coder en tant que téléconsultations. L'outil a subi d'importantes améliorations. Les équipes travaillent sur son articulation avec ORBIS et avec un éditeur de logiciel pour améliorer ses fonctionnalités. La suggestion de le rendre accessible aux médecins via leur téléphone portable a été prise en compte. Ces améliorations devraient rendre son usage plus facile bien que certains freins demeurent vis-à-vis de certains patients âgés.

**Le D<sup>r</sup> Éric le BIHAN** confirme cette formule est adaptée dans certains cas qui ne nécessitent pas d'examen clinique approfondi, mais sa systématisation actuelle dégrade l'exercice en anesthésie, en grande partie à cause de problèmes informatiques locaux. Cette situation est acceptée en raison de la crise, mais il faudra repenser l'usage de la téléconsultation et ne pas pérenniser ce mode dégradé.

**M<sup>me</sup> Clémence MARTY-CHASTAN** en convient. Il ressort en effet du sondage réalisé que le principal frein n'est pas l'outil en tant que tel, mais l'équipement au sein des services : *webcams*, ordinateurs portables. L'utilisation du *smartphone* peut résoudre temporairement ce problème, mais il faudra agir au niveau de la direction des systèmes d'information (DSI).

**Le D<sup>r</sup> Éric le BIHAN** précise que l'examen clinique est irremplaçable en anesthésie, et sans doute dans d'autres spécialités.

**Le P<sup>r</sup> Bruno RIOU** ancien anesthésiste, observe que le terme « dégradé » ne s'applique pas à l'ensemble de la télémedecine, sauf quand l'examen clinique est important. Beaucoup de choses sont déjà réalisées de cette manière. Il faut tenir compte de ce qu'il serait dangereux ou incorrect de faire dans ces conditions mais certaines consultations d'anesthésie peuvent se dérouler dans d'excellentes conditions, même si ce n'est pas forcément valable pour tous les patients ou tous les types d'interventions.

**Le président** reconnaît que la téléconsultation ne peut pas remplacer toutes les consultations. Pour la plupart des maladies chroniques, une partie des consultations de suivi pourrait s'effectuer en télémedecine, et en collaboration avec les médecins de ville. La téléconsultation fera à l'avenir partie de la prise en charge des patients là où il est raisonnable de la faire, mais il n'est pas question de supprimer l'examen clinique.

**Le directeur général** rappelle que deux freins impactaient jusque-là l'exercice. Outre le frein technique, il existait aussi un frein de qualification, porté par l'Assurance maladie, à cause duquel le temps consacré n'était pas rémunéré. Ce frein est désormais considérablement levé pour les médecins hospitaliers et médecins de ville, mais il faudra se battre pour ne pas revenir en arrière.

**Le D<sup>r</sup> Patrick PELLOUX** comprend l'attrait pour la télémedecine mais indique qu'il faut mettre en garde les patients contre les entreprises de téléconsultation qui surgissent et leur facturent 25 € non remboursés alors qu'ils se contentent de les orienter vers le SAMU ou les urgences sans pratiquer de téléconsultation. Il dénonce une marchandisation non maîtrisée.

**Le directeur général** confirme qu'il s'agit d'une réalité.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** estime que le potentiel de la téléconsultation pour les services qui suivent régulièrement des patients chroniques est évident. Il reconnaît avoir reçu en mois de 12 heures le matériel informatique nécessaire réclamé depuis longtemps, ce qui prouve que le problème ne vient pas de l'organisation, mais des moyens pour déployer les innovations. Si les médecins restent prisonniers d'une tarification à l'activité, cela entravera l'innovation. Il ne faut pas laisser la tarification à l'activité décider de quel type de soins et de quel type de santé publique on a besoin. Il aurait d'abord fallu s'interroger sur le besoin de téléconsultation pour les malades chroniques puis, développer les moyens correspondants. Constaté l'absence de tarif n'est pas la meilleure façon d'être visionnaire.

**Le D<sup>r</sup> Laurent TRÉLUYER** indique que tous les équipements informatiques commandés ont été reçus.

**Le directeur général** demande à qui s'adressait la remarque sur le fait de ne pas être visionnaire.

**Le D<sup>r</sup> François SALACHAS** confirme qu'il s'adressait personnellement au directeur général. Selon lui, avoir été dans l'impossibilité de se développer en raison de l'absence de tarif est un bilan négatif de la capacité à innover. Tant qu'un hôpital reste lié à la tarification à l'activité (T2A), les capacités d'innovation sont réduites.

**Le directeur général** estime que ce besoin de santé publique existait auparavant mais a été freiné volontairement par l'Assurance maladie.

## 2) Reprise de l'activité de chirurgie

**Le président** souhaite évoquer la reprise de l'activité chirurgicale arrêtée depuis le 15 mars. Elle reprend depuis quelques jours, mais avec difficultés, à l'heure où le système de santé est repensé.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** rappelle que si la déprogrammation a été rapide, la remise en route du système est plus lente. L'activité a chuté à 20 % pendant la crise et remonte aujourd'hui à 50 %. Les difficultés n'étaient liées ni au matériel ni au personnel, mais aux patients non présents. Ils reviennent depuis 15 jours. Le point sensible désormais sera celui des effectifs disponibles car les difficultés antérieures réapparaissent. Durant la crise, les anesthésistes titulaires se chargeaient des réanimations et les anciens anesthésistes de l'AP-HP revenus en renfort s'occupaient des blocs. En les écoutant, il est évident que leurs exigences salariales peuvent s'entendre, mais actuellement, seules les structures libérales les acceptent, ce qui motive leur départ. Dans un premier temps, il propose de se saisir de tous les moyens d'attractivité possibles, à commencer par ceux prévus par la loi pour récupérer ces anesthésistes, car ce sont eux qui manquent le plus, avant d'appliquer ce principe à tous les secteurs où un manque est constaté. Sans anesthésiste, il n'y a pas de chirurgie et sans chirurgie, il sera difficile de faire fonctionner l'hôpital public.

**Le président** confirme que ce sujet connu tend à s'intensifier et met en grande difficulté les blocs opératoires et certaines spécialités chirurgicales. Le delta de rémunération entre l'hôpital public et les cliniques privées constitue un véritable problème lorsqu'il est important. Il craint un effondrement de certaines disciplines à l'AP-HP, par exemple l'orthopédie. Il rappelle que le prix de l'immobilier en région parisienne reste problématique, aussi bien pour les paramédicaux que pour les jeunes médecins.

**Le D<sup>r</sup> Sonia DELAPORTE-CERCEAU**, médecin anesthésiste, explique que la reprise de la chirurgie a d'abord été limitée par le manque de patients. Une part importante des consultations est encore consacrée à expliquer aux patients qu'ils peuvent revenir en confiance. Parallèlement, elle met en garde contre une reprise trop rapide du bloc opératoire, car le personnel n'a pas pu poser tous les jours de repos acquis. Reprendre à 100 % maintenant ne fera que reporter le problème. Il est certes difficile de limiter la reprise de l'activité des chirurgiens qui ont besoin et envie de reprendre, mais il faudra bien que le personnel prenne ses congés. Elle signale aussi un problème de gestion des interventions chirurgicales. Les différentes sociétés savantes ont édité des *guidelines* pour reprendre la chirurgie, mais l'agence régionale de santé (ARS) a tendance à bloquer ces indications chirurgicales, ce qui peut engendrer des conflits dans les équipes en raison du nombre de patients à opérer. Un peu de souplesse permettrait de mieux gérer la situation.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI** précise que la reprise de la chirurgie ne se fait pas « au galop » et que l'activité n'est qu'à 10 % pour certaines spécialités. Les chirurgiens tiennent à se coordonner avec leurs collègues anesthésistes. Les contacts avec l'ARS sont réguliers car ses recommandations varient régulièrement. Le principe est donc celui d'une reprise d'activité chirurgicale dans les limites du raisonnable.

**Le P<sup>r</sup> Bruno Riou** ajoute qu'environ 2 500 équivalents temps plein (ÉTP) de personnel paramédical ont été créés par le retard de prise de congés ou les heures supplémentaires, ce qui est énorme (Lancet 2020 : 395(10239):1760-1761). L'estimation pour le personnel médical n'a pas encore été effectuée.

**Le D<sup>r</sup> Cyril CHARRON** souligne, en tant qu'ancien président de sous-commission *Vie hospitalière* locale (CVHL), que les anesthésistes qui quittent l'AP-HP sont sensibles à l'aspect salarial mais apprécient surtout l'organisation du bloc opératoire au sein des structures qui les recrutent car elle est souvent beaucoup plus fluide et que les relations interprofessionnelles sont beaucoup plus simples.

**Le P<sup>r</sup> René ADAM** regrette l'inégalité de traitement autorisée entre les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ÉSPIC) et l'hôpital public, pour les médecins, comme pour le personnel paramédical. C'est un enjeu majeur pour l'AP-HP, particulièrement en période de pénurie de soignants. À travail égal, le salaire peut être 1,5 à 2 fois supérieur. Les directions et tutelles doivent réparer cette inégalité.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** indique que la reprise de l'activité est disparate en fonction des établissements. À Beaujon, environ 60 % de l'activité a été maintenue, quasiment sans retard en cancérologie. Les difficultés concernent surtout l'orthopédie fonctionnelle et les endoscopies de dépistage. Il faut être très vigilant sur les indications de reprise, qui doivent être gérées localement.

**Le P<sup>r</sup> Jean-Damien RICARD** rappelle les enjeux de la note élaborée conjointement avec la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU). Elle avait pour but d'alerter les équipes en première ligne, pour les encourager à prendre leurs congés et donc à ne pas reprendre immédiatement à plein régime.

**Le président** ajoute que personne ne sait si l'activité COVID reprendra de manière importante. Il reste beaucoup de patients dans les services de réanimation et il n'est pas impossible que cette

activité reste soutenue durant l'été. La prise de congés dans la période actuelle est donc à encourager.

### 3) Projet médical

**Le président** indique que le bureau de la CME a discuté des thèmes à travailler pour l'élaboration du futur projet médical de l'AP-HP à la lumière de la crise que nous venons de traverser. Une dizaine de thèmes se dégagent : attractivité et bien-être au travail, démographie médicale, gouvernance médico-administrative, liens avec la médecine de ville et les territoires, numérique, recherche, santé publique, prévention, développement durable, démocratie sanitaire. Tous ces thèmes feront l'objet des travaux de la CME. Certains d'entre eux ont déjà été discutés et devront être abordés dans les deux mois à venir, dans le cadre de la réforme proposée par le gouvernement, puis continués dans un temps un peu plus long. Certaines sous-commissions ont déjà reçu leur lettre de mission, d'autres les recevront dans les prochains jours.

**Le président** indique que la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) coordonnera les travaux mais que l'ensemble des sous-commissions de la CME sont concernées.

**Le P<sup>r</sup> Bahram BODAGHI**, qui préside la CVHT, indique qu'une première réunion de la CVHT avait permis de commencer à travailler sur le projet médical avant le confinement, mais le bureau de la CME a fortement enrichi ces travaux. La CVHT sera réactivée dès réception de la lettre de mission.

## II. Point sur l'entrepôt de données de santé (EDS) (M<sup>mes</sup> ÉLISA SALAMANCA et HÉLÈNE COULONJOU)

**M<sup>me</sup> ÉLISA SALAMANCA** indique que le périmètre de l'EDS n'a cessé de s'étendre et couvre désormais un vaste champ. Le projet a débuté fin 2015, par la préparation de la gouvernance et des accès aux données, qui ont été validés par la CME en septembre 2016. L'autorisation de la CNIL a été obtenue en janvier 2017, ce qui a permis de mettre en place le premier comité scientifique et éthique (CSE). Sa labellisation comme *institutional review board* (IRB) est intervenue en août 2018. Puis, la gouvernance a été refondue en juin 2019 pour intégrer la communauté médicale de manière plus importante. Elle renvoie pour plus d'information vers le site internet <https://eds.aphp.fr/>

### *Présentation des périmètres*

L'EDS s'appuie sur la plate-forme de données massives, qui comporte plusieurs serveurs qui soutiennent la recherche et les calculs scientifiques. Il est actuellement possible d'effectuer des calculs de *data science* avec des CPU et des GPU (*central processing unit* - processeur de calcul, et *graphics processing unit* - processeur graphique), qui permettent notamment la recherche sur des données d'imagerie. L'EDS intègre aujourd'hui un ensemble de données du système d'information clinique. Toute l'énergie a, dans un premier temps, été orientée vers les données d'ORBIS, puis vers le système de gestion de laboratoire, le PACS, et d'autres fonction des besoins qui sont remontés des équipes médicales (via des projets du comité scientifique et éthique [CSE]) ou des collégiales. Plusieurs outils applicatifs sont développés, qui viendront sous-tendre les usages : pilotage de la recherche, transformation et innovation. L'EDS s'appuie sur les données de soin de l'AP-HP (la cohorte AP-HP), mais d'autres bases de données seront aussi hébergées pour la recherche clinique.

Le premier grand périmètre développé est la partie recherche, pour laquelle l'EDS apporte les données cliniques. L'outil « i2b2 » est développé par une communauté internationale à Harvard. Il permet de faire des requêtes et des études de faisabilité. Les données sont ensuite mises à disposition sur des espaces sécurisés. La plate-forme *Jupyter* permet aux équipes de recherche de travailler de manière sécurisée sur des données relativement volumineuses. L'EDS contient aujourd'hui environ 15 millions de patients.

La recherche clinique se développe de plus en plus : les études de faisabilité et de recrutement, mais aussi le transfert de données du dossier patient vers les essais cliniques sont des sujets d'actualité. L'EDS a été associé à des projets recherche hospitalo-universitaire (RHU), nécessitant l'usage de données massives. L'objectif est de structurer cette offre de services qui servira par la suite à tout type de projets de recherche.

Concernant le pilotage, il est prévu d'utiliser les données comme indicateurs d'activité et de suivi de la performance hospitalière. L'outil *Cognos* a été choisi. Les deux plates-formes ont récemment fusionné pour créer la plateforme *Pilotage AP-HP* où les indicateurs et les tableaux de bord sont mis à disposition des différentes équipes de l'AP-HP.

Dans le cadre d'une dynamique d'appui à la transformation numérique, il est prévu de simplifier l'accès à ces données grâce à des interfaces. Actuellement, deux applications sont alimentées : *Portail patient* et *Infomed* qui est un outil d'aide au codage pour les départements d'information médicale (DIM). Faciliter cet accès aux données cliniques permettra à des applications tierces ou des développements internes de s'appuyer sur les briques préexistantes. La dernière brique, encore embryonnaire, concernant les data sciences et l'intelligence artificielle. Des liens sont tissés avec PRAIRIE (*Paris artificial intelligence research institute*) et SCAI (*Sorbonne center for artificial intelligence*) et avec des partenaires extérieurs. L'objectif est de valoriser ce stock de données et de développer l'innovation.

### *Réalisations COVID-19*

Au plus fort de la crise, près de 120 personnes ont travaillé sur l'infrastructure informatique et l'exploitation des données. Une cohorte spécifique d'environ 100 000 patients a été constituée avec des patients porteurs ou suspectés d'être porteurs du COVID-19. Sur ces patients, 25 000 sont des cas confirmés, ce qui a permis des réalisations significatives.

Un tableau de bord dynamique <https://dashboard-covid19.eds.aphp.fr/> permet d'accéder aux données rendues disponibles par les *data scientists*. Actuellement, 52 projets de recherche ont été déposés, dont une trentaine est en cours. Les premières publications ont déjà été soumises. La collaboration avec les équipes d'informatique médicale de l'AP-HP a été très productive et a permis de vite implémenter l'outil permettant l'extraction d'informations des comptes rendus médicaux afin de les réutiliser beaucoup plus simplement. Cela servira tant pour le pilotage que pour les projets de recherche.

### *Nouvelle gouvernance*

La gouvernance a été revue en juin 2019. La partie recherche est plus aboutie que le volet pilotage qui vient d'être déployé. Le comité de pilotage stratégique était initialement coprésidé par MM. Jérôme MARCHAND-ARVIER et François CRÉMIEUX et le P<sup>F</sup> Gabriel STEG. La représentation de la

communauté médicale est relativement importante puisque plus de deux tiers des membres sont des médecins de l'AP-HP. Il se réunit trimestriellement.

Le comité scientifique et éthique est présidé par le P<sup>r</sup> Marie-France MAMZER. Il a lui aussi été complètement revu pour augmenter la présence médicale. Son fonctionnement est très bon. Il est composé de médecins de l'AP-HP, de représentants d'associations de patients et de spécialistes externes en traitement de données massives. Il existe par ailleurs une coordination opérationnelle entre le département « *Wind* » de la direction des systèmes d'information (DSI) et la délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI).

Des coordinateurs de l'EDS se trouvent dans les groupes hospitaliers (GH), soit dans le département d'informatique médicale, soit au niveau des unités de recherche clinique, soit avec les médecins de santé publique. Ils accompagnent les médecins dans l'utilisation de l'EDS dans les GH. Il y a un coordinateur EDS dans chaque GH et un *data scientist* pour deux GH qui aident aux études de faisabilité et au traitement des données. Cette communauté se réunit deux fois par mois dans un club utilisateurs afin de faire remonter les besoins et les difficultés et de proposer des évolutions pour les outils. Un « *café data* » est dédié aux *data scientists* pour créer une communauté resserrée.

Le volet pilotage a été structuré récemment, avec un comité stratégique piloté par M. Jérôme MARCHAND-ARVIER qui se réunit trimestriellement. Il comporte aussi des comités opérationnels autour du déploiement, un comité de suivi et un comité projets, qui se transformeront progressivement en comité opérationnel. Un club utilisateurs sera aussi mis en place.

Ces deux entités s'appuient sur des groupes de travail abordant toutes les thématiques avec des collégiales associées : imagerie, cancer, médicaments. Il est essentiel de pouvoir travailler avec des représentants de ces divers domaines d'expertise afin de structurer des projets de recherche et de guider les travaux.

**M<sup>me</sup> ÉLISA SALAMANCA** explique que des règles pour la recherche ont été validées par la CME en septembre 2016, avec d'une part les accès pour les équipes de soin et comités éthiques locaux, qui ne nécessitent aucune autorisation spécifique ; d'autre part les accès multicentriques. Ces derniers s'effectuent après encadrement de conformité réglementaire (unité de recherche clinique), après avis favorable du comité scientifique et éthique de l'EDS (IRB) et après information des professionnels de santé ayant contribué à la production des données utilisées pour la recherche ; ces données ne sont traitées que sur les serveurs sécurisés de l'AP-HP (plate-forme *Jupyter*) ; un partenariat extérieur est possible si un professionnel de l'AP-HP est associé et qu'un contrat de collaboration est rédigé. Concernant le pilotage les règles d'accès imposent la création de tableaux de bord avec différents niveaux d'habilitation, en fonction des missions (DIM, cadres médicaux, médecins, personnels administratifs...), au niveau agrégé par défaut.

**Le président** souligne que l'EDS est une force pour l'AP-HP, car sa capacité d'agrégation de données est unique. Lors de la crise, les données extraites ont permis de piloter l'institution au jour le jour. Chacun doit désormais s'approprier l'EDS, qui est le bien commun des professionnels de santé et des patients pour en faire le meilleur usage. La possibilité d'avoir un accès direct aux données reste un point à améliorer.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** revient sur les conditions d'accès à cette base de données qui ne respecteraient pas la charte validée par la CME en 2016. Elle existe et n'est pas appliquée ce qui

est compréhensible en situation de crise mais anormal quand il s'agit de faire des travaux plus précis. Elle prévoyait l'autorisation spécifique des équipes et il aimerait qu'une clarification ait lieu pour savoir si elle n'est pas connue ou si elle est obsolète, sans quoi l'utilisation des données sera source de conflits. Ceux qui produisent ces données doivent savoir si elles sont utilisées par d'autres, et doivent pouvoir s'y opposer lorsqu'il s'agit de recherches spécifiques.

**Le président** affirme que le partage de données nécessite confiance et transparence.

**M<sup>me</sup> Élisabeth SALAMANCA** confirme que la charte sera bientôt revue, mais elle est actuellement bien respectée puisque l'accord des équipes de soins n'est pas nécessaire, seule leur information est requise.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** souligne que la charte exige qu'il n'y ait pas d'opposition des équipes de soin. Il propose de la relire et ne souhaite pas être bloquant pour les projets du futur mais il pense que les équipes doivent plus être associées. Il redoute que des situations absurdes surviennent.

**M<sup>me</sup> Élisabeth SALAMANCA** en convient. Le CSE peut faire médiation en cas de contestation. L'objectif est d'informer le plus possible les personnes ayant participé à la collecte de données, en associant les collégiales. Il faut retravailler ces aspects et mieux partager l'information.

**Le P<sup>r</sup> Bertrand GODEAU** regrette que la plupart des équipes et des collégiales ne soient pas informées. Par exemple, un projet sur le COVID-19 en lien avec certaines spécialités de médecine interne a fait l'objet d'un débat au sein de la collégiale d'internistes. La plupart de ses membres n'étaient pas au courant. Les membres du conseil scientifique doivent être consultés sur les projets spécifiques ; ils seront à même d'identifier les éventuelles sources de conflit.

**Le président** indique que ce point sera étudié de près.

**Le directeur général** souligne qu'un travail gigantesque a été effectué. Il est fondamental de maintenir une avance et une certaine dynamique dans ce domaine. Toutefois, deux critiques apparaissent. La première vient d'être évoquée. La seconde est que l'EDS est trop fermé.

### III. Questions diverses

#### *Bilan du COVID dans les unités de soins de longue durée de l'AP-HP*

**Le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE** souhaite connaître le nombre de prises en charge et de décès en unités de soins de longue durée (USLD) pour les comparer avec les données des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD). En outre, concernant la prise des jours de congés, il demande s'il est possible d'assouplir les règles d'alimentation des compte épargne temps (CET) si jamais les équipes ne parviennent pas à poser tous leurs jours.

**M. François CRÉMIEUX** explique qu'il est difficile de suivre le parcours de soins des patients d'USLD qui sont passés d'unité en unité en perdant leur marqueur USLD après la première prise en charge. Un questionnaire a été adressé à chaque établissement, qui doit être rendu dans la semaine. Il propose d'analyser les résultats avec le D<sup>r</sup> Christophe TRIVALLE.

### *Exonération de la redevance sur l'activité libérale*

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** demande s'il est exact que les praticiens ayant une activité libérale seront exonérés de la redevance du premier trimestre, en compensation de l'arrêt de cette activité au deuxième trimestre.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** explique que les chirurgiens ont proposé de suspendre leur activité libérale au deuxième trimestre afin qu'on ne les soupçonne pas de vouloir reprendre les opérations pour leur activité libérale. Il s'agit d'un enjeu de solidarité mais qui implique une problématique de trésorerie puisque les charges de ces praticiens (unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSAFF), caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) perdurent, même si elles seront recalculées sur les mois à venir. Ne pas payer la redevance du premier trimestre permet de couvrir ces frais, qui sont calculés sur les années antérieures.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** souligne que les praticiens libéraux sont payés avec 100 % de leur traitement et recevront comme tous les professionnels la prime de 1 500 €. Les bilans d'activité des commissions d'activité libérale ne sont pas accessibles. Il demande un examen de ce sujet de manière transparente.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** estime que tous ceux qui ont lutté contre le COVID-19 ont droit à cette prime, y compris les praticiens ayant une activité libérale.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** précise ne pas avoir dit qu'ils n'y avaient pas droit, mais simplement qu'ils allaient la toucher.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** estime que le fait de le souligner est assez spécieux. Il souligne qu'il n'est pas membre de la commission dédiée et ignore les usages relatifs au rapport de l'activité libérale.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** précise que le code de santé publique rend cette publication obligatoire.

**Le président** confirme un retard dans la publication des rapports d'activité libérale. La commission d'activité libérale doit d'ailleurs être renouvelée.

**Le directeur général** précise que cette décision n'a pas été prise en catimini : la proposition du syndicat des chirurgiens a été présentée en directoire. Il a fait une délibération écrite pour recevoir l'avis de chacun, sur deux hypothèses : l'une portant sur la redevance, l'autre sur la prime d'exercice libéral. Ce qui a été retenu est ce qui a obtenu la majorité des avis du directoire. Les comptes rendus ne sont pas secrets même si ces derniers temps ils n'ont peut-être pas été diffusés normalement. Cette décision est tout cas collective.

**Le D<sup>r</sup> Éric LE BIHAN** ajoute que certains praticiens libéraux ont vu leurs revenus chuter à zéro depuis le début de la crise COVID-19 et n'ont reçu aucune compensation.

**Le directeur général** précise qu'ils bénéficieront d'une aide de la CARMF sous peu.

**Le P<sup>r</sup> Yann PARC** ajoute qu'ils toucheront également une aide de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) que n'auront pas ceux qui cumulent activité libérale et activité salariée.



## *Tensions sur les médicaments de réanimation*

**Le président** rappelle que l'état des stocks de médicaments utilisés en réanimation a été évoqué lors de la CME du 5 mai. Durant quelques jours une tension a été observée mais sans rupture d'approvisionnement. Les équipes ont donc dû adapter leurs protocoles pour essayer de les utiliser le moins possible. À la date du 5 mai, des livraisons venaient d'être réalisées si bien que les médicaments en tension ne l'étaient plus. Le président lit la question du **D<sup>r</sup> Lamia KERDJANA** :

*« Au nom de l'ensemble des représentants des personnels non titulaires non universitaires et sous le contrôle de la représentante des assistants au collège des pharmaciens, je sou mets une question à la prochaine CME du 19 mai 2020.*

*La question des réserves des médicaments est cruciale dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée au coronavirus.*

*Les réserves qui ont été mentionnées lors de la dernière séance de la CME centrale du 5 mai dernier font état de 21 jours pour l'atracurium, 28 jours pour le midazolam et 43 jours pour le propofol. Néanmoins, il semble que ces réserves aient été calculées sur la base de 800 patients de réanimation COVID, sans prendre en compte l'activité de réanimation non COVID ni l'activité de bloc opératoire. Ce qui pose problème également dans la gestion de la reprise de l'activité au bloc opératoire. Par ailleurs, il semble que nos collègues chirurgiens ne soient pas au fait des tensions qui existent encore sur les produits anesthésiques. Il semble donc indispensable d'informer la communauté médicale à ce sujet. Les questions qui se posent actuellement sont :*

- Quelle est la consommation habituelle d'hypnotiques (propofol et kétamine en particulier) et de curares (atracurium, cisatracurium, rocuronium, celocurine), de sufentanil et de céfazoline en dehors de la crise COVID ?*
- Quel est l'état des réserves APHP en prenant en compte l'activité de bloc opératoire qui reprend ?*
- Quelles recommandations ont été faites et quelles informations ont été données aux personnels d'anesthésie-réanimation concernant l'état des réserves et la nécessité de privilégier l'anesthésie locorégionale dans la mesure du possible afin de limiter le recours au propofol ?*
- Concernant la répartition du stock national, comment se passe en pratique l'attribution des ressources en médicaments maintenant que le stock est géré par l'État ? S'agit-il d'une répartition par région ou par établissement ?*
- Comment est gérée en pratique l'attribution du « stock APHP » de médicaments entre les différents GHU et hôpitaux au sein de l'APHP ? Quelle quantité est attribuée et sur quels critères ? »*

**Le président** indique que les stocks de propofol sont gérés au niveau national. Il existe des risques de tension dans les semaines à venir.

**M. Didier FRANDJI** prend note de ces questions qu'il propose de transmettre à M. Renaud CATELAN, responsable de l'agence générale d'approvisionnement en produits de santé (AGEPS) pour la répartition entre GH. L'état des stocks est important. Sur la base de 500 patients en réanimation COVID, les stocks de propofol sont largement au-dessus des 150 jours, l'atracurium est à 80 jours et le midazolam à 90 jours. Cela est suffisant pour assurer l'activité COVID et l'activité chirurgicale. L'État a repris la main sur l'approvisionnement des différents médicaments. L'attribution est décidée établissement par établissement en fonction de l'activité. L'AP-HP, dont les stocks sont

considérés comme importants, n'a pas été servie depuis longtemps sur ces médicaments mais a pu dépanner d'autres établissements.

**Le président** invite les membres de la CME à suivre attentivement les décisions du Gouvernement concernant les réformes du système de soin et confirme que la prochaine CME aura lieu le 9 juin.

*La séance est levée à 18 heures 10.*