

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 21 AVRIL 2020

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 9 JUIN 2020

Sommaire

- | | | |
|------|--|------------------------------------|
| I. | Informations du président de la CME et de la direction générale | 6 |
| II. | Modalités de mobilisation de l'AP-HP pour les ÉHPAD | Erreur ! Signet non défini. |
| III. | Point sur la prise en charge des patients COVID dans les USLD et les SSR | 9 |

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 et de la direction générale
2. Modalités de mobilisation de l'AP-HP pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) (M. François CRÉMIEUX)
3. Point sur la prise en charge des patients COVID dans les unités de soins de longue durée (USLD) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) (M. François CRÉMIEUX et P^r Pascale PRADAT-DIEHL)

- Assistent à la séance par visio-conférence :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	D ^r	Bruno	GREFF
D ^r	Marie	ANTIGNAC	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
D ^r	Guy	BENOIT	D ^r	Christian	GUY-COICHARD
P ^r	Jacques	BODDAERT	P ^r	Sandrine	HOUZÉ
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Marc	HUMBERT
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Véronique	LEBLOND
D ^r	Diane	BOUVRY	D ^r	Émeline	MARLINGE
P ^r	Sophie	BRANCHEREAU	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	P ^r	Yann	PARC
P ^r	Jean-Claude	CAREL	P ^r	Antoine	PELISSOLO
P ^r	Alain	CARIOU	D ^r	Nathalie	PONS-KERJEAN
D ^r	Sonia	CERCEAU	P ^r	Claire	POYART
D ^r	Cyril	CHARRON	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	Rémi	SALOMON
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	M.	Ishai-Yaacov	SITBON
P ^r	Vianney	DESCROIX	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	P ^r	Laurent	TEILLET
P ^r	Jacques	DURANTEAU	D ^r	Christophe	TRIVALLE
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	Michel	VAUBOURDOLLE
D ^r	Vincent	FROCHOT	D ^r	Noël	ZAHR

• ***avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général

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

- P^r Nathalie CHARNIAUX, doyenne de l'UFR de médecine de l'université Paris13-Nord
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME

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

- M. François CRÉMIEUX, directeur général adjoint
- M^{mes} Christine GUÉRI, Hélène OPPETIT et Coryse ARNAUD, M. Oliver TRETON, direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU)
- M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN, directrice de la stratégie de transformation (DST)

• ***Invitées :***

- D^r Sandra FOURNIER
- Pr Pascale PRADAT-DIEHL

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Thomas APARICIO, Jean-Yves ARTIGOU, Élie AZOULAY, Frédéric BATTEUX, Jean-Louis BEAUDEUX, Sébastien BEAUNE, Fadi BDEOUI, Sadek BELOUCIF, Lynda BENSEFA-COLAS, Yves-Hervé CASTIER, Yves COHEN, Jean-Philippe DAVID, Loïc DE PONTUAL, Solenn DE POURTALES, Margaux DUMONT, Mathilde DUVAL, Thierry FAILLOT, Yann FLÉCHER, Julien FLOURIOT, Jean-Eudes FONTAN, Bertrand GODEAU, Bernard GRANGER, Émelyne HAMELIN, Jean-François HERMIEU, Vincent JARLIER, Youcef KADRI, Lamia KERDJANA, Jean-Louis LAPLANCHE, Éric LE BIHAN, 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, Bruno RIOU, Bérénice SCHELL, Thomas SIMILOWSKI, Johanna SEKRI, Virginie SIGURET-DEPASSÉ, Caroline SUBERBIELLE, Philippe RUSZNIEWSKI, Samir TINE, Valéry TROSINI-DESERT.

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

I. Informations du président de la CME et de la direction générale

Le président rappelle que la CME s'organise avec un format plus court et plus fréquent dans le cadre de la crise sanitaire pour suivre, au plus près, son évolution.

La précédente séance a eu lieu le 7 avril alors que le nombre de patients COVID+ dans les réanimations était le plus élevé : 2 677 patients en Île-de-France, dont 1 100 à l'AP-HP. Depuis, une phase de plateau s'amorce et décroît de manière très lente.

Se pose désormais la question de la reprise de l'activité non COVID et des réorganisations pour les faire cohabiter avec les patients COVID, qui sont nombreux, qui vont rester encore un certain temps même si leur nombre va probablement diminuer, en espérant qu'il n'augmente pas lors du déconfinement. Il faut organiser les circuits pour ne pas exposer les patients non-COVID. Beaucoup de patients ont tardé à consulter les professionnels de santé à l'hôpital comme en ville, ils doivent donc être rassurés en réduisant au maximum le risque d'une infection nosocomiale COVID. À cet effet, une note relative aux parcours patients et aux mesures de protection des patients et du personnel vient d'être diffusée. Elle a été rédigée par le D^r Sandra FOURNIER et les P^{ts} Jean-Christophe LUCET et Bertrand GODEAU, relue par de nombreux autres contributeurs, puis finalisée hier. Ces recommandations seront utiles à tous et devront être adaptées au niveau de chaque site. La note comprend un tableau montrant les avantages et limites des tests PCR (*polymerase chain reaction*, réaction en chaîne par polymérase) chez les patients et les personnels, permettant de voir ainsi quels étaient les enjeux de la réflexion.

Le président souligne à nouveau la mobilisation extraordinaire des professionnels de l'AP-HP, mais aussi de tous les renforts venus de l'extérieur et d'autres régions, pour faire face à la crise. Les visites qu'il a effectuées dans divers services lui ont montré l'esprit extrêmement positif qui mobilise les collectifs ainsi formés. Toutefois, dans la phase qui s'annonce, les renforts vont progressivement rejoindre leurs lieux d'exercice d'origine compte tenu de la reprise de l'activité non COVID. La charge de travail à venir sera donc lourde et méritera de l'attention car les équipes concernées commencent à fatiguer, notamment dans les réanimations ou les unités COVID.

En gériatrie, l'activité a été intense même avec des renforts présents. Là aussi, la charge de travail restera importante car chez les patients âgés, le COVID-19 entraîne une morbidité durable. En outre, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) appellent actuellement au secours les hôpitaux, et l'AP-HP en particulier. Il faudra donc savoir comment les aider même si ces questions relèvent en principe plutôt de la médecine de ville. Cette aide pourrait être apportée soit par les équipes mobiles de gériatrie, soit par l'hospitalisation de résidents dans les services de gériatrie, ce qui impliquerait une nouvelle charge de travail à absorber.

Le directeur général indique que la situation actuelle est différente de celle d'il y a quinze jours, mais pas moins complexe, bien que la tension sur les lits soit moins forte. Il présente les quatre enjeux auxquels l'institution fait actuellement face :

- Le nombre de patients actuellement pris en charge est très important avec une lente décroissance. Leur présence en réanimation, médecine, soins de suite et de réadaptation (SSR) s'inscrit dans la durée et demande un effort durable des professionnels qu'il salue à nouveau.

- L'AP-HP cherche à faire coexister la réponse à des besoins de santé hors COVID, qui ne sont pas évidents à apprécier et à prendre en charge, avec les organisations mises en place spécialement pour les patients COVID. La note validée hier, élaborée collégalement est un document fondateur, même s'il est peut-être appelé à évoluer. Elle pose des bases permettant d'atteindre cet objectif, y compris en apportant des changements de pratiques dans l'utilisation des chambres simples, doubles, l'accueil du patient, les dépistages et le rôle des soignants. Ce texte répond donc à plusieurs problèmes en risquant d'en poser de nouveaux dans son application.
- L'AP-HP s'implique pour casser les chaînes de transmissions. Une récente publication montre le niveau d'immunisation de la population générale et régionale ainsi que l'estimation des chaînes de contaminations quotidiennes. Elles décroissent naturellement mais lentement durant période de déconfinement et il faudrait les faire décroître plus rapidement pour éviter qu'elles ne ré-augmentent après. Cela explique la coopération très active qui existe avec de nombreux partenaires pour réduire les chaînes de transmissions en ville, à domicile et à l'hôpital. Le programme COVISAN associe à ce titre les médecins de villes, les collectivités locales, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres acteurs. En outre, le niveau de contamination parmi le personnel soignant reste non négligeable. La même logique sera donc appliquée aux personnels pour limiter les transmissions.
- Les approvisionnements en médicaments et matériels de protection connaissent toujours des tensions même si l'institution n'a jamais été en pénurie. Ceux-ci s'inscrivent dans une logique de régulation nationale qui peut ne pas toujours être favorable à l'AP-HP. Ce sujet reste donc une préoccupation majeure pour éviter tout impact sur la qualité des soins.

Le D^r Christophe TRIVALLE relaie les craintes d'épuisement de certaines équipes face au départ annoncé des renforts alors qu'ils devront sans doute faire face à une double activité avec les patients COVID et les autres. Il demande par ailleurs s'il existe une modélisation d'une possible deuxième vague qui pourrait survenir avant l'été mais qui serait peut-être plus difficile à affronter.

Le directeur général précise que la deuxième vague dépend de la dynamique des contaminations dans la population c'est pourquoi l'AP-HP travaille sur la source des chefs de contamination.

Le président confirme qu'une deuxième vague est possible si le déconfinement ne se passe pas dans les meilleures conditions, en espérant qu'elle soit moins violente que la première. Il faut s'y préparer en capitalisant sur l'expérience acquise, notamment en conservant les contacts disponibles parmi les renforts de la réserve sanitaire. Il faut toutefois veiller à assurer un temps de repos nécessaire aux personnels entre les deux vagues. De fait, la prise des congés annuels ne se fera sans doute pas comme habituellement. Différents scénarii sont envisagés en intégrant la difficulté des ressources humaines.

Le D^r Christophe TRIVALLE confirme que la pose des congés sera cruciale. Les professionnels sont prêts à faire des efforts mais n'accepteront pas qu'on leur impose des jours non souhaités. La reprise des activités chirurgicales lui semble délicate notamment parce que tous les internes d'anesthésie ont été répartis en réanimation.

Le D^r Sonia DELAPORTE-CERCEAU insiste sur la charge de travail qui est toujours intense au sein des réanimations malgré un certain essoufflement de la mobilisation des renforts. La reprise des activités chirurgicales lui semble trop rapide notamment parce que tous les internes d'anesthésie ont été pour l'instant répartis en réanimation. La multiplication des gardes a bloqué la prise de congé depuis le mois de mars. Le temps de repos devra donc être accordé avant de s'engager trop vite sur la reprise des activités normales et la programmation de soins qui pourraient à nouveau être reportés, en fonction de l'évolution.

Le président confirme que toutes les équipes n'ont pas toutes le même niveau de fatigue et qu'il faudra trouver un équilibre entre les différents enjeux.

Le P^r Yann PARC précise qu'il ne s'agit pas de tourner la page et de revenir à la normale mais de faire en sorte de soigner tous les malades qui en ont besoin, y compris les non-COVID qui attendent des soins avec parfois des risques de pertes de chance.

Le président confirme qu'il s'agit bien d'une nécessité qui va s'imposer pour certains patients en chirurgie, oncologie ou pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, par exemple. Il faudra donc faire preuve de discernement pour déterminer les activités qui ne peuvent pas attendre, alors que les autres reprendront dans un second temps pour éviter d'épuiser des équipes déjà fatiguées.

Le P^r Jean-Damien RICARD demande si une communication institutionnelle sera conduite auprès du grand public et des patients pour les encourager à revenir à l'hôpital sans craindre le risque de COVID nosocomial.

Le directeur général confirme que des documents d'information, notamment élaborés avec les représentants des usagers, seront diffusés sous 24 heures ainsi qu'un communiqué de presse.

II. Modalités de mobilisation de l'AP-HP pour les ÉHPAD (M. François CRÉMIEUX)

M. François CRÉMIEUX rappelle que l'Île-de-France compte 700 ÉHPAD accueillant en moyenne 100 résidents chacun, soit 70 000 au total. Environ 335 de ces ÉHPAD sont conventionnés avec l'hospitalisation à domicile (HÀD) de l'AP-HP. Parmi ceux-ci, environ 180 sont en lien avec les équipes mobiles de gériatrie pour constituer les filières dont les gériatres de l'AP-HP ont la responsabilité. De ce fait, l'AP-HP est directement concernée par environ 18 000 résidents et l'HÀD par 30 000.

Pendant la première partie de la crise, les gériatres et les équipes mobiles ont apporté leurs conseils médicaux mais ont été en difficulté pour répondre aux demandes de moyens (masques, etc...) des ÉHPAD. L'AP-HP a été en lien avec les ÉHPAD qui le souhaitaient mais aucun dispositif n'a été organisé de façon impérative avec les autres alors qu'ils ont possiblement pu connaître les plus grandes difficultés.

À ce jour, l'agence régionale de santé (ARS) demande une double stratégie à l'AP-HP :

- aider à la conduite de PCR systématiques auprès des résidents et des professionnels des ÉHPAD. L'ARS a donc transmis une liste d'ÉHPAD non conventionnés avec des laboratoires et qui ont besoin d'aide. De ce fait, plusieurs équipes de l'AP-HP organisent actuellement la chaîne de réalisation de ces prélèvements ;

- renforcer le lien avec les 180 ÉHPAD relevant des filières AP-HP. Pour ce faire, les équipes mobiles de gériatrie recensent les besoins de renforts et en fin de semaine, les ÉHPAD à soutenir seront connus pour les conseiller au mieux ou hospitaliser certains de leurs patients.

La capacité opérationnelle qu'aura l'AP-HP de répondre à ces besoins mérite de l'attention car ces demandes s'adressent à des équipes de gériatrie elles-mêmes éprouvées, en raison du manque d'effectif ou des transferts de résidents qui ont déjà eu lieu ces dernières semaines.

L'objectif de l'ARS d'ici la fin de la semaine est de disposer d'une vision objective de la situation pour que l'AP-HP soit en appui autant que possible. L'enjeu est également de resserrer les liens avec les médecins et les paramédicaux de ville en les intégrant dans des équipes types équipes mobiles coordonnées par l'AP-HP.

Le D^r Christophe TRIVALLE précise que certains ÉHPAD ne disposent pas de médecin coordonnateur, leurs équipements et organisations sont variables. Tant que l'état des lieux n'est pas fait, il est difficile de proposer quoi que ce soit. En raison de la stabilisation de l'activité dans les unités de gériatrie, il est possible d'accueillir des patients COVID+ mais cela sera plus difficile pour les patients non-COVID car cette information n'est pas toujours fiable.

Le P^r Laurent TEILLET confirme son souhait d'aider les ÉHPAD mais rappelle le flux important de malades âgés COVID actuellement accueillis, notamment dans les Hauts-de-Seine. Il rappelle l'enjeu de respecter le principe de territorialité. L'accueil des résidents se fait volontiers dans les hôpitaux grâce aux bonnes relations nouées avec les médecins coordinateurs. La mobilisation des généralistes est essentielle et l'AP-HP pourrait avoir un rôle d'encadrement salubre à jouer.

Le D^r Sonia CERCEAU souhaite savoir si l'outil « renfort COVID » qui a permis d'affecter les volontaires pendant la crise, pourrait proposer aux ÉHPAD l'aide des professionnels encore disponibles.

M. François CRÉMIEUX rappelle qu'environ 250 professionnels ont été répartis dans les ÉHPAD par l'ARS. En outre, le recours à cette plateforme permettra de renforcer les équipes mobiles de l'AP-HP pour apporter de l'aide aux ÉHPAD de manière à offrir un cadre structuré aux volontaires.

III. Point sur la prise en charge des patients COVID 19 dans les USLD et les SSR (M. FRANÇOIS CRÉMIEUX et P^r Pascale PRADAT)

Le P^r Pascale PRADAT rappelle que les soins de suite et de réadaptation (SSR) ne sont pas un mode de sortie mais une étape dans le parcours hospitalier. Les SSR ont une place dans la mission d'aval des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en période de crise sanitaire. Elle propose de présenter les difficultés des SSR dans leurs modes d'entrée, de fonctionnement et de sortie.

L'AP-HP compte environ 3 000 lits de SSR ouverts soit un cinquième des lits d'Île-de-France, dont deux tiers en gériatrie. Les SSR connaissent des difficultés de recrutement de personnel non médicaux (PNM) qui avaient entraîné des fermetures de lits avant la crise.

Un groupe de travail s'est réuni début mars pour libérer des lits avant l'épidémie en faisant sortir de la Pitié-Salpêtrière et de Bichat, avec l'aide de l'ARS, environ 200 patients dont l'hospitalisation n'était plus justifiée, certains de longue date.

La mission s'est élargie pour l'accueil en SSR des patients COVID+. Le groupe de travail regroupe désormais un représentant des SSR de chaque GH. Les adresseurs de MCO ne souhaitent plus utiliser le logiciel *Trajectoire* mais les SSR ont exigé que le logiciel soit renseigné. L'ARS a donc proposé un logiciel l'adressage simplifié *Via Trajectoire* et une organisation a été mise en place par groupe hospitalier et par site avec des relais médicaux et sociaux pour répondre plus vite aux demandes.

Depuis une semaine, une cellule d'expertise est en place à l'ARS pour débloquer dans *Trajectoire* certains dossiers en attente d'orientation. La collaboration avec l'ARS est essentielle. Les SSR cherchent à améliorer l'autonomie des patients par la réadaptation et n'est pas un substitut du domicile, toutefois, assurer l'aval du MCO reste l'une de ses missions en période de crise sanitaire.

À ce jour, des hommes de moins de 65 ans regagnent en majorité leur domicile alors que les femmes adressées en SSR sont, pour 85 %, âgées de plus de 65 ans. La gériatrie est donc prédominante dans les SSR post-COVID.

L'AP-HP a dû adapter ses unités de SSR. Des services de rééducation post-réanimation (SRPR) étaient déjà présents à la Pitié-Salpêtrière, à Bicêtre et à Raymond-Poincaré avec pour objectif la rééducation précoce et la déventilation. Par ailleurs, deux structures ont été ouvertes à Lariboisière et à Raymond-Poincaré. Les deux SSR respiratoires de la Pitié-Salpêtrière et de Bichat sont importants en post-réa mais ne pourront pas prendre tous les patients. Certains SSR neurologiques et locomoteurs sont devenus des SSR COVID+ polyvalents et neurologiques, des SSR spécialisés sont devenus « COVID-free ». Enfin, les SSR gériatriques sont en difficulté depuis le début de la crise pour les COVID+ avec une saturation des lits alors que les non-COVID sont difficiles à orienter.

Les activités à surveiller concernent la gériatrie et les post-réanimations complexes. Ces patients avec des trachéotomies persistantes ne sont pas encore complètement sortis de réanimation et sont peu accueillis en Île-de-France.

Actuellement, 884 patients sont en SSR à l'AP-HP, dont 30 % sont passés par la réanimation. Environ 25 % des patients sont passés de MCO vers les SSR ce qui signifie qu'environ 660 patients actuellement en MCO seront ensuite possiblement transférés en SSR mais à un rythme non encore connu. Le travail mené avec l'ARS est donc important car les lits de l'AP-HP ne permettront sans doute pas d'absorber la totalité de l'orientation des patients de MCO et de post-réanimation de l'AP-HP. Le capacitaire en SSR est mis à jour de manière hebdomadaire pour suivre le double flux de patients COVID+ et de reprise de l'activité. Une question centrale reste celle de l'ouverture de lits de SSR supplémentaires mais nécessite des moyens en personnels non médicaux. Une option serait de maintenir des lits de MCO COVID+ en adaptant les moyens de rééducation pour un retour direct à domicile, ou la réouverture de lits fermés avant la crise. Le temps de la « grande crise réa » est bientôt terminé mais le temps de la « grande crise SSR » risque de commencer avec la question du maintien des renforts en personnels malgré la reprise des autres activités.

Il faudra enfin faire face aux difficultés de sortie du SSR, notamment lorsque le retour à domicile n'est pas possible en ayant recours temporairement aux lits d'unité de soins de longue

durée (USLD), en accélérant les mesures de protection ou en débloquent les accès aux ÉHPAD actuellement suspendus.

Le président confirme que plusieurs questions sont encore à résoudre, notamment la mobilisation des renforts qui va décroître alors que les besoins en SSR iront en sens inverse. L'essentiel des SSR se trouve hors-AP-HP, il souhaite savoir comment le flux de patients émanant des services de l'AP-HP s'organise et se régule.

Le P^r Pascale PRADAT confirme que la communication est efficace pour autant que les SSR hors AP-HP n'aient pas les mêmes difficultés que ceux de l'AP-HP. L'objectif est d'adresser le bon patient dans le bon lit de SSR mais il n'est pas certain que tous les besoins seront couverts.

Le D^r Christophe TRIVALLE confirme que les SSR hors AP-HP admettent en général les patients facilement mais s'ils demandent des prises en charges plus longues, ils seront peut-être renvoyés à l'AP-HP entraînant un surcroît d'activité. L'ARS a proposé des séjours temporaires en ÉHPAD mais cela sera peut-être difficile à mettre en œuvre.

Le P^r Pascale PRADAT confirme que les ÉHPAD répondent peu aux demandes d'admissions, d'où l'idée d'hébergement temporaire dans les lits d'USLD de l'AP-HP disponible avec un statut SSR.

Le P^r Véronique LEBLOND transmet des questions au nom du collège des PU-PH qu'elle représente aujourd'hui. Le P^r Bernard GRANGER souhaite savoir comment les hôpitaux sont actuellement financés, si la tarification à l'activité (T2A) est toujours appliquée ou si de nouveaux financements ont été déployés en raison de la pandémie.

Le directeur général indique que des financements COVID sont appliqués aux hôpitaux en tenant notamment compte du nombre de patients pris en charge. L'AP-HP tient par ailleurs des comptes de dépenses exceptionnelles mais la manière dont cela sera pris en charge n'est pas encore confirmée. À ce stade, la préoccupation première de l'institution est surtout d'obtenir tout ce dont elle a besoin pour fonctionner.

Le P^r Véronique LEBLOND relaie ensuite la question du P^r Marie-Noëlle PÉRALDI qui souhaite connaître la date de réouverture des blocs pour les greffes de rein et s'il existe une stratégie commune pour la reprise des consultations ou si chacun doit agir en fonction de sa patientèle.

M. François CRÉMIEUX précise qu'aucun document écrit ne pose encore de stratégie commune sur ce point mais la note diffusée hier précise les modalités de reprise de l'activité pour les patients COVID+ et non COVID et elle aura des conséquences majeures sur les consultations, les conditions d'accueil des patients et les modalités de fonctionnement. Le travail déjà amorcé par les équipes de terrain, par filière de patients, n'a pas encore été traduit par une stratégie générale, la priorité à court terme étant surtout de redonner confiance aux patients pour qu'ils viennent sans crainte dans les hôpitaux.

Le président rappelle que la téléconsultation s'est beaucoup développée ces derniers jours. C'est un moyen de garder le contact avec certains patients. En cas de difficulté avec l'outil ORTIF, il est possible de se faire accompagner par les équipes du siège.

M^{me} Clémence MARTY-CHASTAN confirme l'existence d'un dispositif de support et d'un plan d'accompagnement personnalisé proposant des conseils et des formations. La téléconsultation

avec les personnes âgées n'est pas toujours facile mais les outils d'aides peuvent aider. Il est par ailleurs possible d'avoir recours à l'application *What's app* sous certaines conditions.

Le président précise que la greffe rénale n'est pas forcément une activité urgente, sauf exception. La reprise de cette activité se fera graduellement en fonction de la baisse du nombre de patients en réanimation et de l'affectation du personnel requis dans les blocs opératoires.

Le D^r François SALACHAS revient sur la demande faite avant la crise de pouvoir disposer d'un tableau de suivi des personnels non médicaux au lit du malade car il existe un *mismatch* entre les personnels théoriques et ceux effectivement opérationnels. Il souhaite que la direction mette en place une cellule de crise dédiée aux ressources humaines disposant de ce type d'outil. Il demande également une révision des ratios d'effectifs qui étaient appliqués avant la crise et ne seront pas tenables après.

Le directeur général confirme que M. Pierre-Emmanuel LECERF poursuit le travail engagé s'agissant de l'attractivité. Un tableau de bord prévisionnel est actualisé pour prévoir les effectifs disponibles dans les mois à venir. Les modalités de ce pilotage à long terme ne sont pas encore définies mais il est, à ce stade, partagé régulièrement avec les CME locales et les directeurs médicaux de crise (DMC). Enfin, plusieurs interventions publiques ont pu préciser certaines conditions de salaire à venir.

Le président rappelle qu'il est important de se projeter vers l'avenir. Une prime conséquente a été annoncée, mais prime ne fait pas salaire. Toutes ces questions seront travaillées dans les semaines à venir pour redonner de l'attractivité et pouvoir garantir que l'après crise ne sera pas comme l'avant. Il espère une annonce du Gouvernement et une vraie revalorisation des salaires.

Le D^r François SALACHAS regrette que ces questions soient traitées uniquement au sein des groupes hospitaliers. Il espérait pouvoir disposer de données réalistes contrôlées et régulées en central. Il demande s'il faut se tourner vers les DMC.

Le directeur général précise que M. Pierre-Emmanuel LECERF poursuit, au niveau du siège, le travail engagé en lien avec les groupes hospitaliers. Les deux échelons travaillent donc de concert, y compris avec les universités et les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) pour disposer de données pertinentes.

Le D^r Christophe TRIVALLE souhaite disposer d'un état des lieux des patients en USLD pour savoir combien sont devenus COVID+ ou sont décédés.

M. François CRÉMIEUX n'a pas de réponse à ce stade mais propose l'envoi d'un mail ultérieur avec les informations connues à ce jour.

Le président annonce qu'un calendrier des prochaines réunions, répondant à un rythme plus soutenu que d'habitude compte tenu du contexte, sera transmis rapidement.

La séance est levée à 17 heures 45.