

Gestion de la politique médicale à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP)

Mémoire rédigé par le P^r Loïc CAPRON, président de la commission médicale d'établissement (CME), le 16 octobre 2012

Cadre législatif et réglementaire

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST, 21 juillet 2009), transcrite dans le Code de la santé publique (CSP), a défini les deux missions fondamentales du président de la CME.

1. « Vice-président du directoire, [...] il élabore, avec le directeur et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il *coordonne la politique médicale de l'établissement* » (art. L6143-7-3 du CSP). « Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel » (art. D6143-37-1). « Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement » (art. D6143-37-2). « Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président du directoire, *chargé des affaires médicales* » (art. L6143-7-5).
2. « Le président de la CME [...] est chargé, conjointement avec le directeur [...] de la *politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins*, ainsi que des *conditions d'accueil et de prise en charge des usagers*. [...] Il est chargé du suivi de cette politique. Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification » (art. D6143-37).

« Le président de la commission médicale d'établissement [...] dispose de moyens matériels, financiers et humains pour mener à bien ses missions » (art. D6143-37-4).

Organisation de la politique médicale à l'AP-HP

Depuis 2003, le directeur général de l'AP-HP a pris l'habitude de nommer un des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) de l'établissement pour diriger sa politique médicale. La direction de la politique médicale est la plus vaste direction fonctionnelle du siège de l'AP-HP, employant à elle seule plus de 150 équivalents temps plein.

Ni la mise en application de la loi HPST en juin 2010, ni l'installation d'une nouvelle CME en janvier 2012 n'ont mené à modifier cette organisation : à ce jour, il existe toujours une direction de la politique médicale dirigée par un PU-PH de l'AP-HP (l'actuel ayant été nommé en octobre 2010).

Une telle organisation est particulière au siège de l'AP-HP :

- aucun des autres établissements publics de santé français (centre hospitalier général ou hospitalo-universitaire) n'a une direction de la politique médicale, qu'elle soit ou non dirigée par un médecin ;
- cela s'étend même aux 12 groupes hospitaliers (GH) de l'AP-HP.

Cette question de gouvernance n'est pas anodine. Elle a fait l'objet de débats lors de la rédaction de la loi HPST, avec deux options : pour élaborer et gérer avec lui la politique médicale de l'établissement, le directeur général s'assistait d'un médecin qui était

1. soit un directeur qu'il nommait,
2. soit le président que la CME élisait.

La logique complète de la première option aurait abouti à la nomination du président de la CME par le directeur général, sur le modèle de la commission des soins infirmiers,

de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) où le législateur a retenu le principe d'un président paramédical nommé à la tête d'une commission élue.

En choisissant la seconde option, la loi a clairement décidé de placer un élu médecin aux côtés du directeur général, écartant implicitement mais nécessairement le modèle d'un médecin nommé directeur de la politique médicale.

Conséquences fonctionnelles de cette organisation

Pour gérer la politique médicale avec lui, le directeur général de l'AP-HP dispose de deux responsables, tous deux PU-PH de l'établissement :

- le directeur de la politique médicale que le directeur général a *nommé*, et qui dispose de toutes les ressources de la direction de la politique médicale,
- et le président que la CME (et par son intermédiaire, l'ensemble des médecins de l'AP-HP) a *élu*, et qui n'a pas disposé jusqu'ici des moyens matériels, financiers et humains que la loi a prévus (art. D6143-37-4 du CSP, v. *supra*), en dehors d'un bureau, d'une secrétaire et d'un site internet (<http://cme.aphp.fr/>) ; l'essentiel de ses appuis venant des membres de la CME qui acceptent d'y consacrer une partie de leur temps.

Bien qu'il ait abandonné toutes ses autres fonctions hospitalières et la presque totalité de ses fonctions universitaires pour se consacrer entièrement à sa présidence, l'actuel président de la CME se trouve en disproportion flagrante de moyens par rapport au directeur de la politique médicale, tant pour recueillir que pour analyser les informations relatives à la politique médicale d'un établissement aussi gigantesque que l'AP-HP. Par respect de la hiérarchie administrative, les personnels de la direction de la politique médicale n'en réfèrent qu'à leur directeur et n'entrent que sur son ordre explicite en relation avec le président de la CME.

Face à cette dualité, pour gérer les affaires médicales de l'établissement, le directeur général a naturellement tendance à s'appuyer plus volontiers sur le directeur de la politique médicale qu'il a nommé et qui lui est donc subordonné, que sur un président de la CME élu qui est indépendant et s'exprime démocratiquement au nom de ses mandants.

Les autres acteurs directs de la politique médicale hospitalo-universitaires – qu'il s'agisse des 12 présidents de CME locales, des 126 chefs de pôle, des 4 présidents de comités consultatifs médicaux (CCM), des 7 doyens de médecine, des 2 doyens d'odontologie, des 2 doyens de pharmacie ou plus largement, des quelque 20 000 praticiens de l'AP-HP – sont aussi confrontés à cette bicéphalie qui leur ouvre deux voies inégales pour se faire entendre. Souvent, la voie du président de la CME ne sert que de contournement quand la voie du directeur de la politique médicale n'a pas abouti.

Depuis l'installation de la nouvelle CME (janvier 2012), cette organisation hybride a été une source permanente de tensions et de perturbations, liées certes aux mauvais échanges d'information entre directeur de la politique médicale et président de la CME, mais surtout au penchant naturel du tandem directeur général-directeur de la politique médicale de tenir le président de la CME et la CME à l'écart du processus réel de discussion et de décision en matière de politique médicale.

Parmi bien d'autres, quatre exemples illustrent ce propos.

- Élu le 10 janvier 2012, le président de la CME n'a eu, et ce sur sa demande insistante, son premier entretien particulier avec le directeur général que le 30 août 2012.
- Dès son élection, le président de la CME a demandé que le vice-président de la CME, élu parmi ses PH et les représentant officiellement, soit invité permanent aux réunions du directoire, comme le sont le secrétaire général de L'AP-HP et le directeur de cabinet du directeur général. Cette requête a été rejetée sans avoir été débattue au sein du directoire. Après reprise des discussions durant l'été, le

président de la CME a obtenu du directeur général que le vice-président assiste aux réunions du directoire depuis le 4 septembre.

- Temps forts de la politique médicale de l'AP-HP, les conférences stratégiques et budgétaires des GH se déroulent chaque année au printemps sous la présidence du directeur général, en présence du directeur de la politique médicale et des autres directeurs fonctionnels du siège. Le directeur général a d'abord refusé au président de la CME d'y assister. Le président a dû proposer de porter le débat devant la CME pour obtenir d'y être invité.
- Lors du directoire du 2 octobre 2012, la direction de la politique médicale a présenté pour information et discussion le projet médical de l'hôpital Trousseau, qu'elle avait élaboré avec la direction et la CME locale du GH Hôpitaux universitaires Est parisien ; malgré l'impact indéniable de ce projet sur l'ensemble de l'organisation pédiatrique de l'AP-HP, le président de la CME n'y avait pas participé et n'en avait eu connaissance que par un document communiqué la veille de la réunion du directoire.

Solution proposée par le président de la CME

Ce frein permanent au bon exercice de ses missions a mené le président de la CME à demander officiellement au directeur général que la loi soit intégralement appliquée à l'AP-HP, tant dans ses termes que dans son esprit. Sa proposition tient en cinq points :

1. supprimer la *direction de la politique médicale*, dont la dénomination est devenue illégitime ; en laissant bien sûr au directeur général toute liberté de s'entourer des conseillers médicaux de son choix ;
2. créer une *direction médico-administrative* qui œuvre au service conjoint du directeur général et du président de la CME, et dont le directeur ne soit pas un PU-PH de l'AP-HP ; pour cette fonction difficile et prestigieuse, opter pour un directeur de haut rang désigné par le directeur général, après avis conforme du président de la CME ;
3. instituer un entretien particulier en tête à tête du directeur général et du président de la CME avant chaque réunion du directoire pour un échange sur les sujets inscrits à l'ordre du jour ;
4. créer un cabinet du président de la CME disposant de moyens matériels, financiers et humains à la hauteur de ses missions et tels que prévus par la loi ;
5. réviser les règlements intérieurs de l'AP-HP et de la CME pour entériner l'accord sur ces points entre le directeur général et le président de la CME.

Le président de la CME a présenté sa requête et son projet au directeur général lors de trois entretiens particuliers (30 août, 19 septembre et 26 septembre). Après consultation de diverses parties, le directeur général a opposé un refus aux propositions du président de la CME. Sur l'initiative du directeur général, un échange de points de vue sur ce sujet a eu lieu devant le directoire, le 2 octobre.

Le même jour, mis au courant de ce désaccord par le directeur général de l'AP-HP, le directeur général de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France s'est entretenu avec le président de la CME et lui a proposé d'engager une médiation indépendante. D'un commun accord, elle a été confiée aux anciens directeur général et président de CME du CHU de Lille.

Nous devons penser à l'avenir immédiat et plus lointain de la gouvernance de l'AP-HP dans le cadre de la loi existante. Changer les acteurs ne corrigerait pas le mauvais fonctionnement d'une organisation faussée. Il faut redistribuer convenablement les rôles si nous voulons une gouvernance efficace et sereine de l'AP-HP, grande institution qui a besoin de consolider son dynamisme et de préserver son intégrité.