

# AP-HP : AJOUTER LA PERFORMANCE À L'ASSISTANCE

Un budget de 6,5 milliards d'euros pour la plus grande entité hospitalière d'Europe avec plus de 90 000 personnels répartis en 37 hôpitaux à Paris et en Île-de-France, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) en impose par ses chiffres. Mais derrière la masse se cache une organisation en péril qui affiche un déficit annuel de 95 millions d'euros et perd des parts de marché. En effet, l'AP délivre aujourd'hui seulement 26,5 % des soins hospitaliers en Ile-de-France. Malgré sa renommée pour des soins de haute technicité comme les greffes et sa place dans la recherche médicale, l'AP-HP est bien connue aussi pour ses grèves et manifestations à répétition. Elle semble d'ailleurs en crise permanente. L'instabilité de son haut management – son directeur général est remplacé tous les 3,5 ans en moyenne – et les conflits permanents entre sa direction et son conseil d'administration paraissent incompatibles avec la gestion d'un organisme de cette taille et de cette complexité. Encore moins quand des réformes de fond sont indispensables et urgentes. Il semblerait que l'AP-HP se soit enluee dans la bureaucratie et la mauvaise gestion. Elle compte 115 % de personnels de direction de plus que la moyenne des hôpitaux publics, par exemple, et un absentéisme inconnu ailleurs dans la fonction publique qui est en moyenne, selon la Cour des comptes, de 27 jours par an et par agent. Pourtant, la réussite de l'AP-HP concerne directement les habitants d'Île-de-France, mais aussi tous les Français pour lesquels l'AP-HP est souvent un recours.

- Un domaine en évolution technique et organisationnelle très rapide
- Une structure hospitalière de taille unique dans le monde
- Minoritaire sur le marché des soins de l'Île-de-France
- Plus coûteuse que ses concurrents privés
- Plus coûteuse que ses homologues publics de province
- Un organisme sous influence des responsables politiques
- Les cinq rigidités de l'AP-HP
- Les cinq réformes indispensables



Dossier réalisé par Agnès VERDIER-MOLINIÉ et Philippe FRANÇOIS ■ ■ ■

Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Pitié-Salpêtrière, tous les habitants d'Île-de-France et de nombreux provinciaux connaissent ces hôpitaux. Vu le centralisme français, la qualité de leurs soins conditionne largement le niveau de l'ensemble de la médecine française. Les médecins, les malades, les hôpitaux privés, les cliniques privées, l'industrie française du médicament et des matériels médicaux ont besoin d'une AP-HP performante, bien gérée et qui équilibre enfin ses comptes. Si cela n'était pas possible, il faudrait alors se poser la question de supprimer cette entité ingérable et irréformable.

### Carte d'identité de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Hôpitaux</b>                                  | <b>37</b>       |
| dont dans région Ile-de-France mais hors Paris   | 19              |
| dont hors région Ile-de-France                   | 4               |
| <b>Groupements hospitaliers</b>                  | <b>12</b>       |
| <b>Groupements hospitaliers universitaires</b>   | <b>4</b>        |
| <b>Services</b>                                  | <b>720</b>      |
| <b>Pôles</b>                                     | <b>176</b>      |
| <b>Salariés</b>                                  | <b>92 460</b>   |
| dont médecins                                    | 20 520          |
| dont infirmières                                 | 16 580          |
| dont autres personnels diplômés (infirmières...) | 11 970          |
| dont personnels qualifiés (aides-soignantes...)  | 24 300          |
| dont personnel administratif                     | 13 250          |
| dont personnel technique et ouvrier              | 5 840           |
| <b>Lits</b>                                      | <b>22 474</b>   |
| <b>Places de jour</b>                            | <b>1 681</b>    |
| <b>Universités liées à l'AP-HP</b>               | <b>7</b>        |
| <b>Budget</b>                                    | <b>6,500 M€</b> |
| <b>Déficit</b>                                   | <b>95 M€</b>    |
| <b>Dette</b>                                     | <b>1,800 M€</b> |
| <b>Prises en charge de court séjour par jour</b> | <b>2 740</b>    |
| <b>Consultations par jour</b>                    | <b>13 000</b>   |
| <b>Urgences par jour</b>                         | <b>2 740</b>    |

## Une décennie de crises à l'AP-HP

Comme souvent, c'est un prosaïque problème financier qui a attiré l'attention sur la situation de l'AP-HP. Le triplement du déficit de l'Assurance-maladie en 2002, puis un nouveau doublement en 2003 ont convaincu les responsables politiques

de l'urgence d'agir. Les établissements de soins représentant plus de la moitié des dépenses de l'assurance-maladie, il était inévitable de scruter leur fonctionnement et notamment celui du plus important ensemble, l'AP-HP.

## 1 | Constat

### L'AP-HP plus coûteuse que les autres hôpitaux publics

Plusieurs études ont montré que les coûts des hôpitaux publics sont, en moyenne et pour des soins identiques sur des groupes homogènes de malades, de 20 à 40 % supérieurs à ceux des cliniques privées<sup>1</sup>. Mais les écarts entre hôpitaux sont aussi considérables. En 1999, la Cour des comptes avait constaté à partir d'un « index synthétique d'activité » (ISA) que les soins à l'AP-HP étaient

25 % plus coûteux que ceux de la moyenne des hôpitaux français et 24 % plus coûteux que ceux des seuls CHU de province.

|               | ISA moyen |
|---------------|-----------|
| France        | 12,14     |
| CHU Province  | 12,28     |
| Île-de-France | 14,59     |
| AP-HP         | 15,18     |

<sup>1</sup> Le fait que certains hôpitaux publics soient les seuls à réaliser des soins ou des travaux de recherche particulièrement complexes n'intervient pas dans cette comparaison puisque ces activités sont facturées et financées par ailleurs.

## Finances : un retour à l'équilibre toujours repoussé

En 2002, un plan de retour à l'équilibre a été mis en place. En échange de mesures d'économie, 230 millions

de subventions ont été promis à l'AP-HP sur une période de 5 ans. Malgré la vente de 172 millions de patrimoine inutile, l'objectif d'équilibre n'est toujours pas atteint en 2010 où le déficit est de 100 millions d'euros.

## Plan équilibre - Subventions exceptionnelles

| En M€                                    | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Total |
|--|------|------|------|------|------|-------|
| Plan 2005                                | 35   | 70   | 45   | 45   | 45   | 240   |
| Cession du patrimoine immobilier inutile |      | 116  | 19   | 37   |      | 172   |

Source : rapport de la Chambre régionale des comptes.

La situation réelle de l'AP-HP est difficile à appréhender puisqu'une partie de son budget n'est pas attribuée à l'activité mais de façon globale sous forme de forfaits annuels et de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac). Ces montants sont largement arbitraires et ont augmenté plus vite à l'AP-HP que dans les autres hôpitaux (+ 31 % de 2005 à 2007 contre une moyenne nationale de + 23,49 %).

## Menace sur le moyen terme

Le montant du déficit 2010 (100 millions par an, soit 1,5 % du budget) ne semble pas considérable, mais l'AP-HP est concernée par trois facteurs de « vérité des prix ». D'abord, la poursuite de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), en remplacement du budget global annuel, qui doit passer de 50 % en 2007 à 100 % en 2012. Dans son rapport de 2010, la Cour régionale des comptes a étudié ce qu'aurait été la situation si la T2A avait été appliquée systématiquement. Au total, le déficit aurait été de 4,3 % (soit 228 M€) en 2006 et 5,5 % (soit 300 M€) en 2007. Sur les 38 hôpitaux, 11 auraient été excédentaires et 27 déficitaires, parfois jusqu'à 20 % de leur chiffre d'affaires.

|  | Trousseau | Pompidou | Pitié-Salpêtrière |
|--|-----------|----------|-------------------|
| Déficit en % des recettes de l'hôpital | 20        | 12       | 8,6               |

Le second facteur qui va toucher l'AP-HP est la convergence des tarifs entre hôpitaux publics et cliniques privées. La convergence des tarifs a été régulièrement repoussée, mais elle sera totale d'ici

2018, probablement vers des tarifs de 20 % inférieurs aux tarifs actuels de l'AP-HP. Le coût des retraites est un troisième problème. Grâce aux nombreuses embauches récentes, la population de l'AP-HP est plus jeune que celle de la fonction publique d'État. Le taux de la cotisation retraite employeur de 28 % va rejoindre celui de l'État de 62 %, à raison de 1 à 2 % par an.

## Des personnels plus nombreux à l'AP-HP

Le rapport 2010 de la Cour régionale des comptes apporte des précisions sur les niveaux des personnels à l'AP-HP comparés à ceux des autres hôpitaux publics français.

### Personnel médical

« L'AP-HP représente 9,4 % des lits et places des centres hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires, ainsi que 9,1 % des journées d'hospitalisation et des venues. Ainsi, sans compter ses 2 860 internes, l'AP-HP emploie 13,1 % des personnels médicaux qui travaillent dans l'ensemble des hôpitaux publics français de court séjour. L'effectif en la matière de l'AP-HP est donc supérieur de 44 % à celui observé en moyenne dans l'ensemble des hôpitaux pour réaliser la même part d'activité. »

L'AP-HP ayant une forte composante universitaire, la Cour, dans un souci de rigueur, a comparé toute l'AP-HP uniquement aux CHU français : « Quand on compare l'AP-HP à l'ensemble des CHU, on constate que, contrairement au sentiment d'un manque de temps médical exprimé par différents interlocuteurs de l'AP-HP, on peut chiffrer, en 2007 à partir des ratios rapportant les lits ou journées au personnel médical, à 550 l'écart entre le personnel médical de l'AP-HP et celui des CHU. »

## Une concentration de directeurs

### Places offertes au concours de directeur d'hôpital (ENSP puis EHESP)

| 1968 | 1976 | 1997 | 2002 | 2010 |
|------|------|------|------|------|
| 20   | 150  | 60   | 80   | 45   |

Source : Chambre régionale des comptes.

Dans les années 1970-80, le nombre de directeurs d'hôpitaux formés par l'ENSP a augmenté de façon considérable. Une forte proportion d'entre eux semble avoir été attirée par la région parisienne : « L'AP-HP emploie 115 % de personnels de direction de plus que la moyenne des hôpitaux publics et 40 % de plus que les autres CHU. »

### Personnel non médical

« L'AP-HP emploie 11,6 % des personnels non médicaux qui travaillent dans des hôpitaux de court séjour publics, soit près de **20 000 de plus** qu'exigerait un effectif correspondant à la part d'activité de l'AP-HP. »

### Une profonde désorganisation

« À l'AP-HP, la répartition des équipes entre celles du matin, horaire préféré par les salariés, et celle de l'après-midi est très déséquilibrée. À Pompidou, par exemple, 1 052 personnes sont de l'équipe du matin et seulement 77 dans celle de l'après-midi. À Mondor, 1 689 contre 353. » Ces écarts expliquent en partie un taux d'utilisation des équipements lourds d'imagerie médicale ou des salles d'opération moindre à l'AP-HP que dans les cliniques privées ou dans le secteur libéral de ville.

De même, dans les trois hôpitaux qu'elle a audités, la Cour a noté des plannings de présence très variables et sans relation avec l'activité prévisible. Le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants prévus varie de 50 % d'un jour à l'autre et suivant les jours de la semaine sans raison apparente. La Cour évite de conclure que les plannings sont faits en fonction des souhaits des personnels et non pas des besoins des malades, mais cela semble évident.

« Par exemple, pour l'hôpital Chenevier-Henri Mondor, les plannings du mois d'octobre 2008 font apparaître, en médecine interne, un nombre d'agents soignants passant de huit à quatre, indépendamment de l'activité du service. »

### Un absentéisme élevé

En plus des 28 jours de RTT prévus au niveau national pour une durée hebdomadaire de travail de 38,20 heures, les salariés de l'AP-HP bénéficient de 2 à 6 jours supplémentaires « liés aux heures supplémentaires effectuées en dépassement des bornes horaires définies par le cycle ». L'AP-HP évalue le coût de ces congés supplémentaires à 611 équivalents plein temps. « Ces jours de repos supplémentaires n'ont pas eu pour effet de réduire l'absentéisme. » Au total, les employés de l'AP-HP bénéficient de 5 semaines de congé, de plus de 6 semaines de RTT et de plus de 4 semaines de congés maladie, soit entre 4 et 5 mois d'absence par an. Pour le personnel non médical, tous motifs confondus, l'absentéisme s'élève à 1 607 765 journées, soit l'équivalent de 7 800 ETP et un coût annuel de l'ordre de 300 M€.

### Un manque de suivi de l'activité médicale

« La Chambre note qu'aucun des trois établissements contrôlés n'a été en mesure de produire des tableaux généraux d'activité, malgré des démarches de sensibilisation importantes et réitérées effectuées notamment à HEGP. Ainsi, une lettre signée conjointement de la direction générale et de la présidence de la CME demandait à l'ensemble des directeurs d'hôpitaux et des présidents de CCM, en février 2008, soit près de cinq ans après l'entrée en vigueur de la réglementation, de produire un tableau général d'activité et des tableaux de services prévisionnels. Un an après l'envoi de ce courrier, ces tableaux n'ont toujours pas été mis en place. »

### Qualité des soins

Tous nos interlocuteurs s'accordent pour reconnaître qu'il existe des différences de qualité des soins considérables entre hôpitaux, ou plus exactement entre services. Dans un même hôpital cohabitent des services exceptionnels avec des services médiocres, et des services irréprochables avec d'autres où les quotas d'opérations en « secteur privé » (voir encadré) dépassent très fortement la règle.

### Organisation interne des hôpitaux

L'évolution très rapide des techniques médicales exige beaucoup d'agilité des organisations. D'après l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation à domicile et le raccourcissement des durées de séjour pourraient réduire les besoins en lits dans le secteur public d'un tiers en 10 ans, soit 28 000 lits de moins : un véritable bouleversement des structures et bâtiments actuels. Les pôles regroupant plusieurs services à des fins de mutualisation et de flexibilité ont été mis en place dans tous les hôpitaux, mais de façon récente et parfois simplement formelle. Alors que les pôles devaient être des espaces de mutualisation des moyens entre services et les responsables de pôles les décideurs finaux, les textes et les pratiques sont ambigus. De même, l'autonomie des chefs de pôles par rapport aux directeurs est souvent insuffisante.

### Doublons

Entre les 37 hôpitaux se sont développées des redondances coûteuses et inutiles vu la proximité des établissements dans Paris. Ces doublons existent aussi bien au niveau médical qu'au niveau organisationnel. Trop de services de soins font la même chose – ce qui est loin d'être positif pour les malades – mais une source de confusion pour les

### Absentéisme par agent par établissement en 2007

| En jour                             | AP-HP | Mondor | Bichat | Pompidou |
|-------------------------------------|-------|--------|--------|----------|
| Absences pour raisons médicales     | 18,2  | 15,95  | 24,07  | 23,70    |
| Absences pour raisons non médicales | 4,05  | 4,12   | 5,7    | 5,97     |
| Total absence/agent                 | 22,25 | 20,07  | 29,77  | 29,68    |

Sources : bilan social de l'AP-HP et données fournies par les établissements.

habitants de la région, chaque hôpital ne desservant pas de territoire naturel clair. Ce problème existant à la fois pour les soins « courants » et aussi pour les soins « exceptionnels » est une source de surcoûts importants et de gâchis de compétences rares. Au niveau de l'organisation, la multiplication par 37 des

structures de management (par exemple : direction, direction des ressources humaines, comité médical d'établissement, comité technique d'établissement) en plus des organes légaux, comme le comité d'hygiène et de sécurité, génère une réunionite et une bureaucratie inefficaces.

## 2 Causes

Les causes qui ont permis à ces dysfonctionnements de s'installer et de perdurer ont été soulignées par de nombreux témoins et apparaissent comme évidentes au regard des structures mises en place.

### Ingérences politiques

Jusqu'en 2010, la situation de l'AP-HP était tout à fait particulière puisqu'elle dépendait directement du ministère de la Santé, voire de l'Élysée, et non pas de l'Agence régionale comme tous les autres établissements de soins. Sur le papier, cette anomalie a été corrigée ; reste à s'assurer qu'elle le sera en pratique.

À travers la carte des hôpitaux, de leurs équipements lourds ou de leur manque comme en Seine-Saint-Denis, on peut suivre les influences politiques dans chaque arrondissement de Paris ou dans chaque ville de sa banlieue.

### Deux classiques d'interférences des politiques

■ « *Je veux dans ma ville ou dans mon arrondissement un hôpital plus grand, avec plus d'IRM et plus de salariés.* »

■ « *Il (ou elle) a sauvé mon père (ou ma fille, mon ami, moi), on ne peut pas lui faire cela !* » (transférer son service dans un autre hôpital proche ou réduire ses crédits, ou ne pas le (la) nommer au poste convoité)

### Parts de marché de l'AP-HP dans les séjours selon les disciplines

| Discipline   | Nombre de séjours | Parts de l'AP/HP en % |
|--------------|-------------------|-----------------------|
| Médecine     | 3 079 259         | 29,5                  |
| Chirurgie    | 980 863           | 18,5                  |
| Obstétrique  | 286 739           | 22,9                  |
| Néonatalogie | 21 132            | 29,8                  |

Source : plan stratégique AP-HP 2010-2014.

### Organisation

Un des objectifs de la loi HPST de 2009 était de renforcer le pouvoir du directeur président du directoire. Un an après, on constate déjà les inconvénients d'avoir imposé, au sein de l'équipe de direction, deux professionnels élus par leurs pairs sur sept membres (le médecin président de la Commission médicale d'établissement est notamment le vice-président du directoire). La tentation, pour certains de ces élus, de se conduire en syndicalistes plutôt qu'en managers, notamment à l'approche des élections, était inévitable.

### Confusion des objectifs

La confusion entre des objectifs de recherche pointue et de production de soins classiques est difficile à gérer. La préférence donnée souvent à la recherche dans l'évaluation des professeurs d'université praticien hospitalier est défavorable à une gestion performante des services de soins.

### Un géant sur la défensive

En Ile-de-France, l'AP-HP cohabite avec quatre autres types d'établissements de soins : des Centres hospitaliers publics hors AP-HP, deux types d'établissements privés sans but lucratif – les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les hôpitaux de type fondations ou mutualistes (PSPH) – et enfin les cliniques privées.

### Parts de marché de ces 5 types d'établissements dans les séjours en Ile-de-France en %

|   |      |
|---|------|
| Cliniques privées                             | 38,8 |
| Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) | 26,5 |
| Centres hospitaliers publics (CH)             | 21,9 |
| Établissements privés non lucratifs (PSPH)    | 7,1  |
| Centre de lutte contre le cancer (CLCC)       | 5,6  |
| Total   | 100  |

## 3 Entretiens

Cinq experts ont accepté de fournir à la Fondation iFRAP leurs convictions sur la situation de l'AP-HP :

■ Dominique Coudreau, conseiller du président de la Générale de santé, ex-directeur de l'ARH d'Ile-de-France  
 ■ Professeur Jean-Yves Fagon, ex-directeur de la politique médicale à l'AP-HP

■ Professeur Guy Vallancien, chef du département urologie à l'Institut Montsouris  
 ■ Docteur Christian Le Dorze, président du groupe de cliniques Vitalia  
 ■ François Dupuy, sociologue des organisations



## Dominique Coudreau

Conseiller du président du directoire de la Générale de santé depuis 2006 et membre de son comité exécutif, Dominique Coudreau a effectué sa carrière dans des postes de direction du secteur de la santé, alternativement dans le public et le privé : cabinets ministériels, direction de la Caisse nationale d'assurance-maladie, conseiller du président à l'UAP, directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation de l'Île-de-France et enfin conseiller maître à la Cour des comptes.

16

### ■ Fondation iFRAP : Qu'est-ce qui ne va pas à l'AP-HP ?

**Dominique Coudreau :** *L'AP-HP cumule les difficultés de gestion propres à tout hôpital, celles de l'hôpital public à la française et celles d'un hôpital universitaire situé dans la région capitale. À chacun de ces trois niveaux, les difficultés s'additionnent.*

*L'hôpital est la plus difficile à gérer des entreprises. La raison principale en est le nombre de métiers qu'il faut faire travailler ensemble pour aboutir au produit fini, les soins à la personne. Ainsi, un hôpital de malades en phase aiguë est plus difficile à gérer qu'un établissement de moyen séjour. À son tour, celui-ci est plus complexe qu'une maison de retraite médicalisée, elle-même plus complexe qu'un hôtel.*

*La France y ajoute la dimension gouvernance de son hôpital public avec un élu président du conseil de surveillance et un directeur fonctionnaire nommé par le directeur de l'Agence régionale de santé. Tous les directeurs d'hôpitaux connaissent les deux affections mortelles pour leur carrière : la mésentente avec le maire et le conflit social avec le personnel ou les médecins. Conséquence pratique, réformer l'organisation de l'hôpital suppose l'accord du maire de la commune. Par contre-coup, la conduite des réformes est subordonnée au calendrier politique. On ne retrouve pas ces contraintes dans les hôpitaux à but non lucratif ou les cliniques. En résumé, l'AP-HP est difficile à gérer parce qu'elle est un grand ensemble hospitalier et que son statut est public.*

*Il faut y ajouter les caractéristiques qui lui sont propres et compliquent encore la tâche des responsables. La première est d'ordre technique, c'est la taille. Avec 90 000 salariés dont plus de 12 000 médecins, c'est le plus grand ensemble hospitalier du monde. Aucune mégapole n'a ainsi regroupé ses hôpitaux au sein d'une entité de gestion unique : il paraît téméraire de penser que la France peut avoir raison contre tous.*

*La deuxième est également technique. Elle tient aux données du marché immobilier francilien. Les terrains sont rares, beaucoup plus chers que partout ailleurs en France. Outre les coûts, chaque construction neuve est une course d'obstacles : intérêts des riverains, contraintes liées à l'environnement historique, défense des espaces verts... , d'où des délais. Or, la rapidité d'adaptation des locaux aux évolutions du progrès des techniques médicales est la donnée clé de l'économie hospitalière, surtout pour un hôpital universitaire.*

*La troisième caractéristique est propre à la culture de l'institution, sa capacité à se penser supérieure aux autres. Par exemple, les données réglementaires relatives à la production*

*médicale de l'AP-HP. L'Agence technique de l'information hospitalière centralise ces données et les publie pour tous les hôpitaux. Pour l'AP-HP, elles sont fournies pour l'ensemble de l'institution et non pas hôpital par hôpital. À ce degré d'agrégation, elles ne permettent pas les comparaisons de performance économique entre l'AP-HP et les autres hôpitaux.*

*Tout aussi secrètes sont les données relatives à la gestion des ressources humaines. Un exemple déjà ancien en témoigne. En 2002, lors de la réforme des 35 heures, tout le monde savait que rapporté à l'année, le temps de travail des agents était inférieur à 35 heures hebdomadaires. Et pourtant, une décision politique a conduit à attribuer 4 500 emplois à l'AP-HP au motif de ne pas mettre en péril la paix sociale en rendant publics les chiffres réels du temps de travail.*

*La quatrième caractéristique est institutionnelle, c'est la proximité immédiate avec le pouvoir central. Tout ce qui concerne l'AP-HP, et d'abord la nomination du directeur général, se fait avec l'assentiment explicite du président de la République et du Premier ministre. Ainsi, en cas de mouvement social, il est de pratique constante que le directeur de cabinet du ministre de la Santé donne directement ses instructions au directeur général. La proximité du pouvoir central sur la gestion est un frein pour l'AP-HP. Dès le début 2010, le processus d'élaboration du nouveau plan stratégique a été interrompu avec la proximité des élections régionales. Après quoi, six mois supplémentaires ont été nécessaires pour trouver un successeur à Benoît Leclerc, fin septembre, en conseil des ministres.*

*Quelle entreprise pourrait résister à une vacance du pouvoir de dix mois ? Ainsi, la première explication de la situation budgétaire de l'AP-HP, 95 M€ de résultat négatif en 2010, se trouve dans l'impossibilité faite à son directeur d'agir.*

### ■ Fondation iFRAP : Que faudrait-il faire pour réformer l'AP-HP ?

**D. C. :** *Depuis des années, le motif invoqué pour ne pas avancer sérieusement est toujours le même, le sujet n'est pas mûr. Ni les personnels ni les médecins de l'AP-HP ni l'opinion publique ne sont prêts à ouvrir un véritable débat.*

*Ce qu'il faudrait faire, c'est poser la question de l'AP-HP et de son organisation à l'opinion publique, comme on sait le faire pour les grands sujets d'intérêt général. Quels que soient les progrès réalisés en donnant à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France compétence sur l'AP-HP, il n'est pas sérieux d'imaginer qu'une question aussi complexe pourra être traitée directement, par le seul talent des hauts fonctionnaires, sans grand débat public. Pourquoi les solu-*

« Notre pays est globalement **très en retard par rapport aux autres pays de l'OCDE** dans l'utilisation de ce mode d'organisation de la chirurgie. Ce retard est d'abord **le fait de l'hôpital public.** »

tions jugées bonnes pour la réforme du Grand Paris ne le seraient-elles pas pour celle de l'AP-HP ?

■ **Fondation iFRAP : Vous croyez cependant à la réussite du programme de réforme de l'AP-HP ?**

D. C. : *Ce qui menace le bon fonctionnement de ces hôpitaux est simple à exprimer et difficile à corriger : c'est le décalage permanent entre les possibilités du progrès des techniques médicales et la réalité des organisations. L'exemple le plus illustratif de ce décalage, en France, est celui de la chirurgie ambulatoire. Notre pays est globalement très en retard par rapport aux autres pays de l'OCDE dans l'utilisation de ce mode d'organisation de la chirurgie. Ce retard est d'abord le fait de l'hôpital public qui le reconnaît volontiers. Conséquences de ces retards : un service au patient de moindre qualité et des surcoûts importants. Mais le plus grave est la démotivation des médecins et des soignants. Cette lenteur à adapter les organisations est douloureusement ressentie par les professionnels qui ont choisi leur métier par vocation.*

■ **Fondation iFRAP : Qu'est-ce qui est faisable ?**

D. C. : *Ce qui manque ce ne sont pas les bonnes idées, mais la capacité à les mettre en œuvre. Il ne faut pas trop de réformes et prévoir le temps nécessaire à leur aboutissement. C'est pourquoi je me limiterai à trois propositions. La première vise le choix des hommes. Cette proposition consiste à pousser à son terme la vision de Nicolas Sarkozy ; il faut un patron à l'hôpital. En pratique, il faut mettre à la tête des hôpitaux des responsables dont la carrière dépendra*

*de la réussite de leur gestion. Ainsi, le choix des personnes par les directeurs d'ARS devrait privilégier les qualités de gestion à celles de diplomatie ou les étiquettes. Une fois nommés, des objectifs de gestion réalistes sont à établir. La rémunération et l'avancement doivent reposer sur les résultats de gestion, en particulier le respect des objectifs.*

*À terme, parce que le système actuel de nomination du directeur de l'hôpital public par le directeur de l'ARS est source d'ambiguïtés, les directeurs devraient être choisis par le Conseil de surveillance de l'hôpital sans obligation de recruter des fonctionnaires.*

*La deuxième proposition est la transparence des financements : on ne peut pérenniser un système de financement où la puissance de l'élu local permet de corriger les approximations de gestion par des subventions discrétionnaires. Chaque année, chaque ARS devrait fournir le montant des ressources allouées aux hôpitaux publics et privés en termes facilement intelligibles, les mettre en relation avec leur volume d'activité et réaliser un classement à l'indice de performance.*

*La troisième est de promouvoir l'excellence médicale. Elle consiste d'abord à donner sa chance à la mise en œuvre des instituts hospitalo-universitaires : la recherche vraie doit être encouragée et suffisamment abritée de la contrainte économique. Au-delà des IHU, la réforme des centres hospitalo-universitaires dans la ligne des idées du doyen Philippe Even est indispensable. À ce niveau, la médecine se situe dans la compétition avec les meilleures équipes médicales et chirurgicales mondiales pour améliorer les soins au patient. La promouvoir restera une mission de l'AP-HP quelles que soient les évolutions de son organisation.*



## Jean-Yves Fagon

Jean-Yves Fagon est professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service de réanimation médicale à l'hôpital européen Georges-Pompidou.

Ancien président élu du Comité consultatif médical (CCM) de cet établissement, membre de la Commission médicale d'établissement (CME) et du Conseil exécutif de l'AP-HP, Jean-Yves Fagon a été directeur de la politique médicale de l'AP-HP de 2007 à 2010.

■ **Fondation iFRAP: Pouvez-vous nous indiquer quel est le rôle d'un directeur de la politique médicale ?**

Jean-Yves Fagon : *À ma connaissance, ce poste n'existe qu'à l'AP-HP et il s'agit d'un poste exécutif, pas de conseiller. Il couvre l'ensemble de la politique médicale de l'AP-HP incluant la gestion de plus de 20 000 médecins, la recherche, l'information médicale c'est-à-dire le recueil et l'analyse de l'activité, les équipements médicaux, la politique-qualité médicale et bien des aspects des relations de l'AP-HP avec les universités et avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (et depuis peu de santé, ARS). Certains de mes collègues ont été surpris de me voir nommé à ce poste qui n'a été tenu par un médecin que depuis quelques années. Mon bureau était effectivement avenue Victoria, au siège de l'AP-HP, et non plus à l'hôpital. Un changement important pour moi. J'ai accepté la proposition de Benoît Leclercq centrée sur l'élaboration du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP parce que j'ai estimé, avec lui, que la situation était arrivée à un point critique nécessitant une transformation profonde de l'institution.*

■ **Fondation iFRAP: Vous avez travaillé trois années à ce projet. Quel était son axe le plus important ?**

J.-Y. F. : *Pour moi, deux éléments essentiels ont guidé l'élaboration de ce projet : une assise territoriale forte pour répondre aux besoins de « proximité » de la population et une graduation claire de l'offre. Les habitants de l'Île-de-France ne disposent pas d'une carte lisible des soins : selon leur problème, où et à qui doivent-ils s'adresser ? Cela dépasse d'ailleurs de beaucoup la seule AP-HP, mais concerne les soins de ville et les autres établissements de soins. Par exemple, une personne ressentant un problème cardiaque, en dehors du contexte de l'urgence, circule plus ou moins bien (ou mal) guidée dans notre système de soins avec des risques potentiels pour sa santé et la certitude de dépenses inutiles pour la société. Chaque région a ses spécificités et à Paris, les problèmes d'accès à l'hôpital (distance et délai) sont très différents de ceux qui existent dans des régions moins peuplées, plus étendues ou moins bien desservies. Les services des hôpitaux doivent organiser leur offre en niveaux de spécialisation : éliminer les doublons et regrouper les compétences qui traitent de cas exception-*

nels (maladies rares) ou très complexes et lourds (greffes, par exemple) dans un petit nombre d'hôpitaux référents bien identifiés. À l'inverse, nous devons organiser avec nos partenaires une offre autour de l'urgence et de l'accueil sans rendez-vous (non programmé), de grande qualité et avec un maillage territorial fin, seule garantie de l'égalité d'accès pour toute la population de la région. Enfin, entre ces deux missions, nous devons améliorer l'organisation et favoriser le développement de grosses structures, adossées sur des plateaux techniques (blocs opératoires, biologie et imagerie) importants et sophistiqués, restant tous à la pointe de l'innovation, pour les grandes thématiques médicales telles que la cancérologie, les pathologies cardiovasculaires ou neurologiques... Une telle organisation, plus lisible pour les usagers, permet en outre de distinguer des activités qui nécessitent des méthodes de gestion différentes.

■ **Fondation iFRAP: Quelles difficultés avez-vous rencontré?**

J.-Y. F.: Nos propositions modifiaient des situations établies parfois historiques, impactaient des groupes humains et des structures administratives. Il était inévitable et légitime qu'elles soulèvent des débats. Dans certains cas, les transferts et regroupements de services se sont passés de façon satisfaisante. Dans le domaine des greffes du foie par exemple, sept équipes les pratiquaient en Île-de-France, un nombre identique à celui observé pour l'ensemble de la Grande-Bretagne. Ces prises en charge, notamment chirurgicales, sont extrêmement complexes et nécessitent, en plus des chirurgiens, des équipes médicales et soignantes de biologistes et d'imageurs travaillant sur des plateaux techniques très lourds. Avec la volonté de réduire le nombre de centres, dont certains avaient une activité faible, une première étape a été de regrouper deux des trois équipes de Paris intra-muros sur un seul site. Pour que cela se passe bien, la méthode employée, faisant appel à des experts internationaux incontestables et incontestés, a été parfaitement claire pour tous. Mais cela ne suffit pas. Pour réussir une telle réorganisation, il faut aussi que les équipes « accueillantes » le soient vraiment et que les équipes transférées acceptent de quitter leur site d'origine, admettent et constatent que travailler dans un cadre plus large constitue un enrichissement réciproque. Je salue une fois encore les deux équipes concernées qui permettent qu'aujourd'hui le nombre de greffes réalisées et l'utilisation des greffons soient meilleurs qu'auparavant. Dans d'autres cas, cela a échoué, souvent pour des questions de préservation d'un pré carré ou des problèmes individuels, parfois assez mesquins.

■ **Fondation iFRAP: Fin juillet 2010, vous avez choisi de reprendre votre rôle de médecin soignant? Pourquoi?**

J.-Y. F.: Mon contrat moral avec le directeur général de l'AP-HP était clair: lui pouvait me remplacer quand il le souhaiterait et je pouvais partir quand je le déciderais. Début juillet 2010, j'ai jugé que le plan stratégique porteur de la réforme pour laquelle nous avons beaucoup travaillé ne pourrait pas être mis en œuvre dans de bonnes conditions et avec un calendrier raisonnable, compte tenu des diverses échéances de 2011 et 2012. Je suis donc retourné avec grand plaisir à la tête de mon service de soins. Comme seule autre responsabilité, je n'ai conservé que la représentation de l'AP-

HP à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie mise en place par l'Agence régionale de santé. J'y travaille avec plaisir et sans difficulté avec les responsables des autres types d'offre de soins (autres hôpitaux publics, cliniques et hôpitaux privés, médecins en exercice libéral...). Je suis convaincu qu'il faut reconstruire ensemble un système de soins cohérent en Île-de-France où chacun des acteurs a sa place avec des missions bien définies.

Nous étions convenus avec le directeur général que je laisserais passer un délai de 6 mois avant de m'exprimer sur ces sujets. Ces 6 mois de réserve sont maintenant terminés.

■ **Fondation iFRAP: Quelles sont les principales causes qui ont conduit à cet échec au moins partiel?**

J.-Y. F.: Tout d'abord, je ne considère pas du tout qu'il s'agisse d'un échec, même partiel: la communauté médicale a élaboré, dans le cadre du plan stratégique, un projet médical qui est un formidable outil de transformation de l'AP-HP basé sur une double volonté, une réponse mieux adaptée qu'aujourd'hui aux besoins de la population et un renforcement des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation. La Commission médicale d'établissement (représentant cette communauté médicale) a voté le plan stratégique 2010-2014. Certains aspects de la mise en œuvre de cette transformation étaient déjà bien engagés: les groupes hospitaliers regroupant chacun de deux à cinq hôpitaux se mettaient en place, clarifiant partiellement la carte hospitalière pour les malades, certains regroupements de services dans des pôles lourds étaient en bonne voie; c'est d'ailleurs la seule méthode qui, au-delà de l'amélioration de la prise en charge des malades, peut conduire à des baisses de coûts substantiels (à l'inverse, la suppression de postes sans changer les structures ou toucher aux organisations ne mène à rien de bon). Bien sûr, des opposants médecins se sont manifestés, soit par conservatisme et/ou intérêt personnel, soit au nom d'un hôpital public supposé parfait en l'état. Le personnel de l'AP-HP – médecins, personnels soignants, administratifs et techniques – était divisé sur ces projets, et probablement en partie parce que nous n'avons pas assez bien expliqué les enjeux et la méthode. Néanmoins, il est clair qu'un nombre très important de membres du personnel médical et non médical, très attachés aux valeurs de l'AP-HP et à son unicité et en même temps conscients de la nécessité de changer, soutenaient et soutiennent toujours ce projet.

Mais pendant tous ces mois de préparation, la situation de l'AP-HP a été précarisée, avant tout celle de son directeur général, à mon avis, de propos délibéré. Au moment de débiter la mise en œuvre d'un projet ambitieux de transformation, c'est d'aide et de soutien dont on a besoin; alors que c'est, aussi, l'intervention incessante des politiques sur tout type de sujets qui a conduit à la suspension de la réforme.

■ **Fondation iFRAP: L'AP-HP peut-il fonctionner en maintenant le statut de la fonction publique hospitalière?**

J.-Y. F.: La gestion des personnels médicaux, qui est dans le champ des activités de la direction de la politique médicale, n'est pas facile. Sans aborder ici la question essentielle des hospitalo-universitaires, déplacer un médecin d'un hôpital parisien à un autre hôpital parisien de l'AP-HP

est aujourd'hui pratiquement impossible sans son accord. De plus, dans nos métiers, l'évaluation des personnes et ses éventuelles conséquences en termes de rémunération posent des problèmes très complexes. Notre activité est très spéciale et difficile à mesurer pour de nombreuses raisons, mais au fond surtout parce que cette activité, comme ont du mal à le comprendre bon nombre d'experts venant d'autres mondes professionnels et de consultants, est caractérisée par le fait, en utilisant les termes de ces derniers, que « le client et le produit » ne font qu'un.

#### ■ Fondation iFRAP: Êtes-vous inquiet pour l'avenir de l'AP-HP ?

J.-Y. F.: L'AP-HP est une maison tout à fait exceptionnelle grâce à la qualité, au talent et à l'énergie regroupés de ses personnels. Mais aujourd'hui, je perçois de grandes interrogations et de l'inquiétude pour l'avenir. Le démantèlement de l'AP-HP est prôné par certains; cette option n'a pas d'autre rationnel que de considérer qu'être plus petit permet de faire mieux et plus simple, alors que tous les exemples venant de tous les mondes professionnels, mais aussi de celui de la santé dans tous les pays développés, montrent le contraire et recommandent les regroupements. Elle n'aboutira qu'à notre affaiblissement et j'y suis absolument opposé. L'alternative, nous venons d'en parler en indiquant les principes, c'est une transformation de l'AP-HP.

Mais je suis surtout très inquiet pour l'avenir de notre système de soins. Si rien n'est fait, l'accumulation des problèmes financiers, des contraintes réglementaires, de l'accroissement

des besoins et de la demande, associée à une démographie médicale et de certains métiers de santé très préoccupante, va conduire à la « désintégration » de ce système. Et ce sera d'abord aux dépens des populations les plus modestes. La tarification à l'activité (T2A) qui est appliquée aux hôpitaux est un mode de financement comme un autre, mais qui est fondamentalement inflationniste et génère des dérives qui étaient prévisibles. Des évolutions indispensables devraient prendre en compte non plus l'acte (ou l'accumulation d'actes) individuel (une consultation, une radio, un scanner, une analyse de sang, un séjour chirurgical...) mais une période complète de soin correspondant à la prise en charge globale pendant une période donnée d'une maladie donnée par différents acteurs. Le financement des traitements des maladies chroniques doit être sorti de ce système. La répartition des rôles entre infirmiers ou personnels soignants et médecins doit être redéfinie, à l'hôpital et en dehors, pas seulement limitée au transfert de tâches, mais basée sur une véritable coopération, notamment pour la prise en charge de ces maladies chroniques. De nombreux travaux scientifiques conduits dans de nombreux pays montrent que la qualité pour les malades n'est pas dégradée mais, au contraire, souvent meilleure. Les chantiers à mettre en œuvre sont considérables, urgents et passionnants.

« Les habitants de l'Île-de-France ne disposent pas d'une carte lisible des soins : selon leur problème, où et à qui doivent-ils s'adresser ? »



### Guy Vallancien

Guy Vallancien est chef du département d'urologie à l'Institut mutualiste Montsouris depuis 1996. Professeur des universités depuis 1992, il a été chef de clinique assistant à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière avant de rejoindre le centre médico-chirurgical de la porte de Choisy à Paris. D'abord spécialisé dans le traitement des calculs du rein en développant la technique de la voie percutanée et de la lithotripsie extracorporelle ultrasonique, il s'est ensuite concentré sur le cancer et notamment sur la chirurgie coelioscopique et robotique du cancer de la prostate et de la vessie. Enfin, il se consacre, en dehors de ses activités scientifiques et médicales à la réorganisation du système de soins en France dans le cadre de différentes missions ministérielles et à l'organisation d'une convention internationale annuelle sur la santé. (CHAM 2010).

■ Fondation iFRAP: Notre pays dépense plus que les pays voisins pour la santé. Comment expliquez-vous le malaise qui règne dans le milieu médical, notamment dans les hôpitaux publics et plus particulièrement à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris ?

Guy Vallancien: La première cause, c'est l'évolution très rapide de la médecine et surtout celle qui est pratiquée dans les établissements hospitaliers. Quand ils passent devant les hôpitaux, les Parisiens voient encore beaucoup de bâtiments historiques vieux de centaines d'années. Mais à l'intérieur, c'est le monde du troisième millénaire. La technologie envahit les plateaux techniques, de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques révolutionnent, voire éliminent des pans entiers des traitements anciens, donc des services existants. Dans le même temps, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile changent complètement le rapport entre l'hôpital et le malade.

■ Fondation iFRAP: Les hôpitaux sont-ils perdants ?

G. V.: Travailler dans un secteur qui évolue aussi rapidement et dispose de moyens élevés constitue une chance extraordinaire, encore plus quand les progrès sont indubitablement utiles à ses concitoyens. Mais cela demande incontestablement de l'agilité à l'ensemble de l'organisation.

Le cas de la chirurgie ambulatoire est symptomatique. Cette révolution rendue possible par les progrès techniques et d'organisation bouleverse le fonctionnement de l'hôpital. Elle présente de nombreux avantages, mais elle exige une planification et une organisation minutieuses de la chaîne de soins. On estime que 60 à 70 % des interventions chirurgicales devraient être réalisées en ambulatoire. Les hôpitaux publics ne sont encore qu'à 20 ou 30 % et ce niveau en croissance récente n'a souvent été obtenu qu'à la demande pressante des organismes de tutelle, pas à l'initiative des hôpitaux eux-mêmes.

Ces évolutions ont des conséquences sur la taille et l'organisation des hôpitaux. Pour les nouveaux hôpitaux, le prestige des grands bâtiments entraîne certains maires, directeurs et médecins à calibrer le nombre de lits et de plateaux techniques en fonction du passé et non pas des besoins réels. La configuration des anciens hôpitaux en pavillons espacés n'est plus du tout adaptée aux normes actuelles qui recommandent des hôpitaux compacts où la circulation des personnels et des malades est facile. À Paris, la Pitié est une véritable ville où il faut se déplacer en voiture.

■ **Fondation iFRAP: Mis à part sa taille, quels autres facteurs peuvent expliquer le manque d'agilité de l'AP-HP ?**

G. V.: La cohabitation à l'intérieur des hôpitaux de l'AP-HP de services de proximité relativement simples et de l'élite des services de soins est délicate à gérer. Mais il faut s'interroger surtout sur l'organisation de l'AP-HP. Avec des dizaines d'hôpitaux et des centaines de services, il est impossible de tout contrôler du centre, ce qui a été la tendance pendant longtemps. Des groupes d'hôpitaux comme ceux des Veterans ou de Kaiser Permanente aux États-Unis sont très importants mais très décentralisés. Le siège de l'avenue Victoria compte plus de 1 000 salariés, celui de certaines très grandes entreprises parfois quelques dizaines. Son rôle devra se concentrer sur la coopération et la péréquation ainsi que sur les publications pour que la marque AP-HP soit reconnue dans

« Il faut s'interroger surtout sur l'organisation de l'AP-HP. Avec des dizaines d'hôpitaux et des centaines de services, il est impossible de tout contrôler du centre, ce qui a été la tendance pendant longtemps. »



## Christian Le Dorze

Christian Le Dorze est le président du groupe Vitalia, le deuxième groupe privé d'hospitalisation en France. Médecin oncologue, il débute sa carrière comme chef de service à temps partiel au Centre anticancéreux de Dijon à partir de 1979.

Parallèlement, le docteur Le Dorze est membre fondateur de la Société française de cancérologie privée (SFCP) et membre de la Commission nationale des cancers. De 1993 à février 2006, il exerce plusieurs responsabilités au sein de la Générale de santé. En avril 2006, il fonde et préside le groupe Vitalia, deuxième groupe privé français opérateur de soins. Christian Le Dorze a initié et finalisé de nombreux partenariats privé-privé et public-privé, et mis en place plusieurs collaborations avec des structures de soins publiques et privées (CHU, AP-HP, hôpitaux généraux et établissements privés). Il défend ainsi l'idée d'une participation accrue du secteur privé aux missions de service public.

■ **Fondation iFRAP: Vitalia n'a que 5 ans et compte déjà 48 cliniques. Qu'apportez-vous aux cliniques qui rejoignent votre groupe ?**

C. L. D.: Pour les établissements qui doivent faire face à toutes ces nouvelles contraintes, les groupes de cliniques apportent des solutions dont la mutualisation des ressources et des moyens est la plus démonstrative. Cette mutualisation se décline sur trois niveaux. Tout d'abord, la réalisation d'un projet médical commun entre plusieurs cliniques sur un même bassin de population organise une offre de soins coordonnée et graduée et favorise une prise

en charge globale et pluridisciplinaire des patients. Ensuite, au sein de chaque établissement, nous mutualisons très largement les personnels, les plateaux techniques et les capacités hôtelières. Cela permet de mieux organiser et réguler les plannings des blocs opératoires et des plateaux techniques ainsi que des zones d'accueil et d'hébergement. La spécialisation extrême est parfois nécessaire, mais le partage des moyens est source d'efficacité médico-économique. Enfin, au niveau du groupe, nous mutualisons bien sûr l'ensemble des services et fonctions transversales entre les cliniques : administratif, financier, ressources humaines,

le monde entier et dans les classements. Les personnels du siège seraient utilement redéployés pour renforcer les équipes de management des pôles. Avec la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) de 2009, la responsabilité des directeurs d'hôpitaux et leur pouvoir vis-à-vis du personnel de leur hôpital ont été sensiblement renforcés. Pour que cela fonctionne, leur autonomie vis-à-vis du siège doit aussi être accrue – c'est une question de crédibilité. Il est encore trop tôt pour savoir comment les uns et les autres vont s'emparer de la réforme ou la saborder.

■ **Fondation iFRAP: Et les pôles, les groupements hospitaliers (GH) et les groupements universitaires hospitaliers (GHU) ?**

G. V.: Cela fait beaucoup de changements, mais qui sont positifs. Mieux vaut 12 groupements hospitaliers à gérer que 37 hôpitaux. Et quatre groupes hospitalo-universitaires fournissant la quasi-totalité des services de soins dans une zone géographique bien identifiée amélioreraient la visibilité de l'ensemble. Chacun des quatre reviendrait à la taille des plus gros ensembles de province comme les Hospices civils de Lyon. Les pôles qui regroupent trois ou quatre des anciens services à l'intérieur d'un hôpital n'ont de sens que si le chef du pôle dispose vraiment des moyens d'arbitrer entre les différents services. Il doit aussi avoir les moyens financiers et humains dont il décidera par contrat avec le directoire. Dans mon hôpital, une fois les objectifs et les moyens négociés entre la direction et le responsable du département, celui-ci dispose d'une grande latitude pour agir (par exemple, pour embaucher), car il est aussi vraiment responsable du résultat. Vu de l'extérieur, j'ai l'impression que certains directeurs d'hôpitaux hésitent à déléguer des responsabilités budgétaires claires aux chefs de pôles.

achats, qualité, politique médicale, systèmes d'information, facteur de qualité et sécurité des soins.

■ **Fondation iFRAP:** Certains hôpitaux publics semblent avoir du mal à faire cohabiter les administratifs (les managers, en fait) et les professions médicales. Comment abordez-vous ce sujet à Vitalia ?

C. L. D.: *Peut-être différemment parce que je suis moi-même médecin et depuis 17 ans manager! Il est en effet positif de démontrer que des médecins peuvent occuper des postes de managers et je suis convaincu que tout manager de clinique doit avoir aujourd'hui une forte culture médicale. De même, il est indispensable de développer une culture de l'intérêt général et une culture économique chez les professionnels de santé. Ces deux éléments favorisent cette cohabitation. Le contrat entre le médecin de statut libéral et la clinique est également décisif. Dans chacune de nos cliniques, l'ensemble des prestations (personnels, plateaux techniques, équipements...) mises à la disposition des médecins et non rémunéré par l'Assurance-maladie fait l'objet d'une redevance médicale facturée au coût réel. Le management des cliniques se concentre sur l'organisation des soins et des services, et les médecins sont maîtres de leur exercice médical et de la relation avec leurs patients.*

■ **Fondation iFRAP:** Vous fréquentez l'univers des établissements de soins depuis longtemps. D'après vous, quels sont les problèmes qui perturbent le fonctionnement de l'Assistance publique ?

C. L. D.: *Je constate comme tout le monde les difficultés que rencontre cette institution. Mais soigner est une activité très complexe et il est donc difficile de répondre brièvement à cette question. Je vais vous étonner, mais je pense qu'à l'AP-HP comme dans les cliniques privées, contrairement à ce que certains veulent laisser croire, les problématiques de prise en charge et d'organisation des soins, leur environnement, le profil des acteurs et enfin les contraintes humaines et économiques sont sensiblement les mêmes. Bien sûr, il y a la taille de cet organisme qui regroupe une quarantaine de sites et près de 100 000 personnes, ses missions qui font penser à certains qu'il s'agit d'un organisme « à part ». Pourtant, je suis persuadé que certaines réorganisations et*

*plans d'action réalisés dans le secteur privé seraient bénéfiques non seulement à l'institution AP-HP, mais aussi à ses patients, à ses collaborateurs et aux médecins qui y exercent. Par exemple, il me semble que la mutualisation des ressources (médicales, humaines, bonnes pratiques...) et des moyens (techniques, technologiques, logistiques...) n'a pas été poussée assez loin. Tant il est vrai que les sites sont nombreux et dispersés, que l'organisation est trop cloisonnée, que les moyens existants sont parfois mal affectés et que les « chapelles » sont encore sans doute trop nombreuses.*

*L'autre problème pour l'AP-HP est la multiplicité, voire la confusion de ses missions. Il est en effet souvent difficile de faire cohabiter des activités de pointe, parfois de niveau mondial, avec des soins courants et de proximité pourtant les plus nombreux. En outre, l'AP-HP se trouve concernée par des sujets sociaux assez éloignés de la stricte mission de soins et qui requièrent l'intervention de structures et de compétences dédiées. Je perçois d'ailleurs ces contradictions lorsque j'entends les usagers employer cette formule assez courante: « J'aime l'hôpital public, mais je me fais soigner dans une clinique privée. » Et je ne parle pas de la position de certains élus locaux...*

■ **Fondation iFRAP:** Pensez-vous qu'après les soubresauts de ces dernières années, l'AP-HP arrivera à se réorganiser, voire se réformer ?

C. L. D.: *Je le souhaite. L'AP-HP est une institution essentielle pour l'avenir de la médecine en France, notamment dans les domaines de la formation et de la recherche. Mais pour réussir, la nouvelle direction devra avoir le soutien inconditionnel des politiques nationaux et des élus locaux, ainsi que l'adhésion du corps médical et des organisations syndicales dans la réalisation de sa mission. Cela ne me semble malheureusement pas encore le cas aujourd'hui.*

« Je suis persuadé que certaines réorganisations et plans d'action réalisés dans le secteur privé seraient bénéfiques non seulement à l'institution AP-HP, mais aussi à ses patients, à ses collaborateurs et aux médecins qui y exercent. »



## François Dupuy

Sociologue des organisations, consultant pour de nombreuses grandes entreprises françaises, auteur de « Lost in management: la vie quotidienne des entreprises au XXI<sup>e</sup> siècle », publié en février 2011 aux Éditions du Seuil, ancien professeur de socio-psychologie à l'Insead.

■ **Fondation iFRAP:** Quelle perception avez-vous de la situation à l'AP-HP ?

François Dupuy: *En tant que malade, très ponctuellement, je l'ai trouvée excellente. En tant qu'observateur, elle est très intéressante mais inquiétante.*

■ **Fondation iFRAP:** Quels sont les principaux symptômes ?

F. D.: *Il ne faut pas généraliser puisqu'il existe une très grande variété de positions. Mais quand on parle aux per-*

*sonnels de l'AP-HP ou qu'on observe leurs réactions, on est frappé par l'absence de solidarité qui existe dans ce monde médical. La perspective de transférer un service dans un hôpital distant de deux kilomètres est rejetée catégoriquement par ceux qui sont directement concernés. L'idée de fusionner deux services en sous-activité ou traitant des maladies peu fréquentes aussi. Mais ils n'obtiennent que très peu de soutien de leurs collègues.*

*De même, on est frappé de constater que le problème de l'insuffisance des moyens humains n'est pas mis*

spontanément en avant par les personnels, mais tout le monde admet qu'il est extrêmement difficile de rééquilibrer les ressources entre les services en sous-capacité et ceux en surcapacité.

Un autre constat est le manque d'information ou d'occasions de dialogue dont se plaignent les salariés. C'est assez étonnant vu le nombre de commissions de toutes sortes qui se réunissent très régulièrement dans chacun des hôpitaux et où siègent des représentants des professionnels de la santé et des autres personnels : commission médicale d'établissement, commission technique d'établissement, commission d'hygiène et de sécurité, conseil d'administration (ou conseil de surveillance), directoire (ou conseil exécutif). Au-delà du problème concret du déficit de l'AP-HP qui alerte les responsables politiques, ces symptômes montrent qu'il y a des problèmes de fond à traiter.

■ **Fondation iFRAP: Quelles sont les causes internes profondes qui conduisent à ces symptômes ?**

F. D.: Le plus important problème est, à mon avis, le mode de fonctionnement des professeurs chefs de service. Ils savent, et c'est normal, que leur carrière se fait principalement à travers leurs publications scientifiques et leurs communications dans les congrès internationaux. Les sujets traités sont souvent très pointus et très différents de leur activité clinique dans leurs services. Pourtant, l'objectif principal de l'AP-HP est de produire des soins de qualité à des coûts raisonnables. Absorbés par leurs recherches, ces professeurs délèguent souvent la gestion courante de leurs services aux chefs de cliniques et aux internes.

Ce mode de fonctionnement qui repose en partie sur les internes a des conséquences financières surprenantes. En plus de se former, un objectif essentiel des internes, qui changent généralement de service et de spécialité tous les 6 mois, est de ne pas être responsables de « bavure » ni même de « problème ». Leur tendance (rappelez-vous, à tous les niveaux, les personnes sont intelligentes et agissent logiquement) est donc de se surprotéger en multipliant les examens, les traitements et les durées de séjour des malades à l'hôpital.

■ **Fondation iFRAP: Et quelle serait la cause externe essentielle des difficultés à réformer l'AP-HP ?**

F. D.: Incontestablement, une cause importante est l'interférence des politiques de tous les niveaux (maires, parlementaires, gouvernement, Présidence de la République) dans la gestion de l'AP-HP. Pas pour les grands choix de politique de santé du pays, mais bien au niveau de la gestion courante de l'organisation : nominations des responsables médicaux et administratifs, budgets, création/suppression de services dans les hôpitaux, ouverture/fermeture d'hôpitaux, installation d'équipements lourds dans les hôpitaux.

« Incontestablement, une cause importante des difficultés de l'AP-HP est *l'interférence des politiques de tous les niveaux* (maires, parlementaires, gouvernement, Présidence de la République) dans sa gestion. »

■ **Fondation iFRAP: Quelles solutions proposez-vous pour ces deux problèmes ?**

F. D.: Pour le premier, il faut absolument revaloriser la recherche clinique, celle qui se fait auprès des malades. En France notamment, elle est très faible, mais c'est la meilleure façon pour que les professeurs réinvestissent le secteur des soins et donc leurs services. Pour le second, seuls les politiques peuvent décider de cesser de perturber le fonctionnement des hôpitaux.

■ **Fondation iFRAP: Comment avez-vous perçu la réforme lancée par le précédent directeur de l'AP-HP et son éviction en 2010 ?**

F. D.: Il avait lancé simultanément trois réformes : une organisationnelle, le regroupement des 37 hôpitaux en 12 groupements hospitaliers ; une autre médicale, la consolidation de services hospitaliers similaires sur un moins grand nombre de sites ; et une administrative, la réforme de l'administration centrale, du siège de l'AP-HP et probablement, le transfert d'une grande partie de ses pouvoirs vers les 12 groupements hospitaliers créés. Il était en effet assez étonnant que l'équipe de direction du directeur général soit constituée de responsables du siège et non pas des directeurs des hôpitaux, pourtant en charge du « front ». Chacune de ces réformes rencontrait inévitablement l'opposition d'une partie des personnes concernées : le management et l'administration des personnels des hôpitaux fusionnés et non désignés comme tête du regroupement, les médecins et les personnels des services déplacés et le personnel du siège.

■ **Fondation iFRAP: On a été surpris de voir manifester contre la réforme côte à côte des élus et des personnalités médicales de droite et de gauche, des chefs de service et des syndicats ouvriers, sans compter des acteurs.**

F. D.: C'était un plan audacieux, qui était soutenu par un pourcentage important des personnes concernées qui admettaient la nécessité de cette réforme. Mais il est fréquent à l'hôpital que des coalitions hétéroclites se forment pour que rien ne change. Dans ce cas, comme souvent, les injonctions des responsables politiques ont été contradictoires : réduisez les coûts, améliorez la qualité, mais surtout pas de problème ni social ni politique. On ne peut pas forcer le changement, mais il faut créer les conditions du changement pour le mettre en œuvre quand il sera possible. Cette fois-ci, le moment n'était sans doute pas encore celui du possible.

■ **Fondation iFRAP: Pensez-vous que le changement à l'AP-HP qui est nécessaire sera un jour faisable ?**

F. D.: C'est profondément souhaitable, notamment pour qu'il soit toujours possible, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, de soigner toutes les personnes de la même façon quels que soient leur âge et leur condition sociale. Mais nombreux sont ceux qui craignent qu'il faille en arriver à une situation catastrophique pour qu'une réforme de fond soit inévitable aux yeux des politiques, des personnels de l'AP-HP et des Français. C'est ce qui s'est passé pour Renault et Air France. Ce serait regrettable d'en arriver là.

## 4 Propositions

### 1. Faire prendre conscience des problèmes de l'AP-HP aux employés et aux citoyens

Jusqu'à présent, les politiques, les responsables médicaux et administratifs de l'AP-HP n'ont pas les problèmes, même les plus quantifiables (surcoût). Même si les changements peuvent les déranger dans leur vie personnelle et professionnelle, les personnels et les malades sont capables de comprendre que des changements sont inévitables si on leur explique franchement. D'autant plus que ces salariés sont fonctionnaires et ne risquent pas, contrairement à ceux du secteur privé, de perdre leur emploi. Les salariés de Renault ou d'Air France ne l'ont compris qu'une fois leur entreprise en faillite; ceux de l'AP-HP sont-ils capables de l'assumer un peu avant?

### 2. Renforcer le management

Du côté médical, il faut renforcer le rôle des chefs de pôles et de services en valorisant la recherche clinique et, si besoin, en séparant le rôle de manager de celui d'expert de renommée internationale. Des managers qui dirigent des spécialistes plus connus et éventuellement mieux payés qu'eux, cela existe dans de nombreuses organisations. Pourquoi si peu à l'hôpital? Côté management pur, le plus important est que les politiques fassent confiance au directeur de l'AP-HP qu'ils ont choisi, lui assurent une certaine stabilité et mettent fin à leurs interventions. Au niveau de l'équipe de direction des hôpitaux (directoire), il est regrettable d'y avoir introduit des salariés élus. Face à des décisions difficiles, ils seront fortement tentés de porter des revendications syndicales plutôt que de se comporter en dirigeants responsables. Il est par ailleurs urgent de diversifier le recrutement des directeurs d'hôpitaux et des autres cadres de l'AP-HP. Leur légitimité sera d'autant plus forte qu'ils ou elles auront déjà fait leurs preuves dans d'autres organisations y compris privées. L'externalisation, sous le contrôle de responsables compétents, de toutes les fonctions non médicales (logistique, restauration, informatique, bâtiment, gardiennage) professionnaliserait ces métiers tout en soulageant les médecins et les directeurs de tâches annexes.

### 3. Supprimer le statut de la fonction publique hospitalière

La production de soins est une activité très complexe et qui évolue très vite. Elle est incompatible avec la rigidité et l'égalitarisme du statut de la fonction publique. Comme cela a été fait pour France Telecom et La Poste, les nouveaux embauchés doivent être recrutés sous un statut du secteur privé. Ce statut doit aussi être proposé aux fonctionnaires en place. Il est frappant que de nombreuses infirmières quittent l'hôpital pour les cliniques privées où elles sont moins bien payées, travaillent en moyenne plus, ne sont jamais logées mais sont traitées en fonction de leurs mérites et non pas en fonction des grilles de la fonction publique.

### 4. Expérimenter la délégation de service public

Comme la Suède l'a fait pour ses hôpitaux de Stockholm, l'Allemagne pour plusieurs hôpitaux publics dont un CHU ou l'Italie, il faut déléguer la gestion d'hôpitaux publics de l'AP-HP (trois, par exemple) à des gestionnaires d'hôpitaux privés comme des mutualistes et à des chaînes de cliniques privées. C'est la seule façon de savoir de façon objective ce qui est vraiment faisable en coût et qualité dans la région parisienne.

| Directeur de l'AP-HP     | Poste précédent                   | Formation | Dates          |
|--------------------------|-----------------------------------|-----------|----------------|
| Antoine Durrleman        | Conseiller du Premier ministre    | ENS, ENA  | 1997-11/2002   |
| Rose-Marie Van Lerberghe | DRH Danone                        | ENS, ENA  | 12/2002-5/2006 |
| Benoît Leclerc           | Directeur Hospices civils de Lyon | ENSP      | 6/2006-9/2010  |
| Mireille Faugère         | SNCF, directrice TGV              | HEC       | 2010-XXXX      |

### 5. Supprimer l'AP-HP

Par sa taille, l'AP-HP est une exception mondiale. S'il se confirme que l'AP-HP a laissé passer sa dernière chance de réforme, il faudra l'éclater, par exemple dans les quatre groupements hospitaliers universitaires déjà en cours de mise en place. De taille comparable aux hôpitaux de Lyon ou de Marseille, ces entités auront une taille critique.

## Secteur privé à l'hôpital : une mauvaise solution

■ **Question :** Pourquoi des médecins fonctionnaires sont-ils autorisés à traiter leur clientèle privée de malades à l'hôpital public ?

■ **Réponse :** Pour retenir d'excellents médecins à l'hôpital public. Parce que le statut de la fonction publique ne permet pas de reconnaître les mérites des meilleurs salariés à leur juste niveau. Parce que cet égalitarisme évite aux responsables d'avoir à faire preuve de courage en distinguant les meilleurs et les moins bons. Ce système dont bénéficient 400 médecins à l'AP-HP est source de confusion. D'après des témoignages, quelques dizaines en abusent sans aucun contrôle. D'après la Cour régionale

des comptes, d'autres ne respectent pas strictement les quotas de lits (8 %) et d'opérations qui sont autorisés. Malgré plusieurs réformes, les transferts d'argent entre le malade, le médecin et l'hôpital sont souvent opaques ou tardifs. Enfin, cet étrange secteur privé fragilise l'autorité des médecins dans une sorte de marché implicite avec les autres personnels et les syndicats : « *Je te tiens, tu me tiens par la barbichette* ».

Il faut supprimer le statut de la fonction publique et le secteur privé dans les hôpitaux publics. C'est ce qui est fait dans les hôpitaux privés non lucratifs.