

**RAPPORT SUR LA MISSION RELATIVE AUX
CONFLITS A L'HOPITAL EUROPEEN
GEORGES POMPIDOU**

Marie-Sophie Desaulle

Patrick Hardy

Didier Houssin

13 FEVRIER 2016

La mission fait suite au suicide de Monsieur Jean-Louis Mégrien, professeur de médecine à l'université Paris-Descartes et praticien hospitalier au sein du pôle Cœur-Vaisseaux-Reins-Métabolisme (CVRM), sur son lieu de travail, l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le 17 décembre 2015.

S'ajoutant à l'enquête de police en cours et à celle de la commission chargée de l'analyse des suicides survenant au sein de l'AP-HP, cette mission est destinée à « élargir la réflexion à une analyse du contexte et des dysfonctionnements plus larges dont ce drame, et les réactions qu'il suscite, peuvent être le révélateur », « procéder à une analyse circonstanciée des sujets conflictuels au sein du pôle et de l'établissement qui depuis plusieurs années ont pu générer de fortes tensions », « identifier les conditions nécessaires au retour à des relations normales dans un milieu de travail qui doit rester avant tout tourné vers le service au patient » et « faire toute préconisation permettant un apaisement du climat dans cet établissement » (annexe 1).

METHODE DE TRAVAIL ET CONDITIONS DE DEROULEMENT DE LA MISSION

Après réception, le 4 Janvier 2016, de la lettre de mission du directeur général de l'AP-HP et du doyen de la Faculté de médecine Paris-Descartes, la mission a conduit quatre types d'actions :

- la lecture des documents dont la liste figure en annexe 2. La mission a eu accès à des journaux de messages électroniques. Une seule des personnes entendues a déclaré disposer d'informations dont elle réservait la communication à la police ;

- une série d'auditions de personnes sollicitées par la mission ou ayant exprimé le souhait d'être entendues (liste en annexe 3). Selon le souhait des personnes entendues, la mission a ou non enregistré l'entretien. Une seule personne a demandé à être enregistrée ;
- un recensement des dysfonctionnements dont le drame et les réactions qu'il a suscité peuvent être le révélateur, et une identification des conflits au sein du pôle et de l'HEGP ;
- l'établissement d'un document exposant les liens d'intérêt que les membres de la mission ont ou ont eu avec les parties prenantes (annexe 4).

Une note d'étape a été remise aux commanditaires de la mission le 16 janvier 2016. Dans le mois suivant, le travail d'audition s'est poursuivi et une analyse complémentaire des dysfonctionnements révélés et des conflits rapportés a été conduite en vue de finaliser les préconisations.

La mission s'est déroulée sans que des obstacles aient été mis à l'accès de la mission aux informations demandées. Elle a pu auditionner la plupart des personnes souhaitées, à trois exceptions près. Deux médecins, le Professeur Halimi et le Docteur Chironi, ont décliné l'offre d'audition : le premier en faisant publiquement connaître son désaccord avec la note d'étape ; le second sans motiver son refus. Le Docteur Demory, médecin du travail de l'HEGP n'a pas répondu à la sollicitation de la mission.

Au cours des auditions, la mission a reçu de nombreux témoignages, opinions et questionnements sur le suicide du Professeur Mégnien et son contexte. Ils ont porté sur différents points, notamment :

- sur la personnalité du Professeur Mégnien et les variations de son état psychique durant la période 2013-2015, mais aussi sur ses activités universitaires (évolution des publications indexées sur Pubmed, réalisation de ses missions dans le champ pédagogique) et hospitalières (niveau et organisation des activités de consultation, constitution d'un registre informatisé, capacités organisationnelles et managériales) ;
- sur les relations qu'il a entretenu, à partir de 2012 et antérieurement, tant avec son chef de service et ses proches collègues, qu'avec le personnel non médical de l'unité Centre de Médecine Préventive Cardio Vasculaire (CMPVC);
- sur le statut particulier du CMPVC au sein de l'HEGP, cette unité et son équipe médicale étant décrites comme fonctionnant sur un mode autarcique ;
- sur les relations que le Professeur Mégnien a pu entretenir avec les médecins qui l'ont soutenu dans son conflit, que ceux-ci aient été engagés ou non dans des conflits antérieurs avec la direction. Faute de témoignages directs, la mission a principalement collecté des questionnements sur le soutien psychologique qui a été apporté au Professeur Mégnien, sur le rôle joué par ces proches dans ses prises de position parfois changeantes et sur les objectifs visés par ces soutiens ;
- sur la réalité, la description et l'interprétation des faits qui ont été rapportés par les médias comme indicateurs ou non du « harcèlement » dont aurait été victime le Professeur Mégnien.

Ces éléments de contexte paraissent indispensables à la compréhension du suicide du Professeur Mégnien. La mission était toutefois chargée de poursuivre d'autres objectifs et elle ne prétend pas avoir établi un recueil

exhaustif de ces éléments. Certains de ceux-ci intéresseront toutefois l'enquête de police et la mission d'analyse des suicides qui sont en cours.

Les membres de la mission soulignent qu'un des médecins ayant demandé à être entendu a tenté, dans les suites de son audition, en adressant de façon répétée des messages électroniques aux membres de la mission et par des articles de presse, d'influer sur le contenu du rapport de la mission.

RAPPEL SUCCINCT DES FAITS

- 2008 : arrivée de l'équipe du CMPCV) à l'HEGP avec Alain Simon comme chef de service et Gilles Chironi et Jean-Louis Mégnien comme adjoints ;
- 2011 : nomination de Jean-Louis Mégnien comme PU-PH ;
- Fin 2011 : Alain Simon devient président de la CMEL et démissionne de la chefferie du CMPCV ;
- 2012 : Michel Desnos est nommé chef de pôle CVRM, Eric Thervet est nommé chef du département HYPPARC. Départ de la directrice Elisabeth de La Rochelambert et interim de la direction par Serge Morel jusqu'en décembre 2012 ;
- Été 2012 : accord entre Alain Simon, Gilles Chironi et Jean-Louis Mégnien pour une chefferie tournante du CMPCV tous les 4 ans, en commençant par Gilles Chironi, MCU-PH ;
- Janvier 2013 : nomination d'Anne Costa comme directrice des Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (HUPO) ;
- Juillet 2013 : nomination de Gilles Chironi comme responsable de l'UF CMPCV au sein du département HYPPARC ;

- De juillet à octobre 2013 : conflit entre Gilles Chironi et Jean-Louis Mégnyen. Jean-Louis Mégnyen juge que l'accord de 2012 n'est pas respecté. Gilles Chironi porte plainte pour diffamation suite à des propos proférés par Jean-Louis Mégnyen devant témoins ;
- D'octobre 2013 à décembre 2014 : recherche de solutions au conflit, avec recours à des médiateurs au sein de l'HEGP et au sein de l'APHP.
- Janvier 2014 : méls d'alerte de Jean-Louis Mégnyen auprès de Béatrice Crickx nommée comme médiateur par la CME ;
- Septembre 2014 : Philippe Menasché est élu président du CMEL ;
- Novembre 2014 : deux méls d'alerte sont adressés, à la direction de l'HEGP pour l'un, à cette dernière et au directeur général de l'AP-HP, pour l'autre, sur la fragilité de Jean-Louis Mégnyen ;
- En décembre 2014, une solution organisationnelle est trouvée et mise en place par le pôle et la direction ;
- De mars 2015 au 13 décembre 2015 : arrêt pour maladie de Jean-Louis Mégnyen. En septembre 2015, il reprend contact avec le cadre du pôle pour reprogrammer des consultations à compter de décembre ;
- Juin 2015 : Xavier Jouven est nommé chef du pôle CVRM ;
- Juillet 2015 : départ en disponibilité de Gilles Chironi ;
- Septembre 2015 : établissement d'un projet d'UF par le responsable du département HYPPARC pour nommer Marie-Emmanuelle Siriex-Hellinger, PH, comme chef de l'UF. Le projet est refusé par le président de la CME ;
- Novembre 2015 : réécriture du projet au sein du département HYPPARC ;
- Le 14 décembre 2015 : reprise de travail de Jean-Louis Mégnyen ;
- Le 15 décembre 2015 : élection d'Eric Thervet comme président de CMEL ;
- Le 17 décembre 2015 : décès de Jean-Louis Mégnyen.

Il est à noter que, durant la période 2012-2015 et jusqu'à ce jour, d'autres conflits marquent l'HEGP, relatifs à la procédure organisée d'appel à candidature pour la succession des chefferies de service, à la nomination de PU-PH, à une enquête sur une suspicion de dessous-de-table dans le cadre de l'activité médicale, à un piratage de messages électroniques de la direction, et à la constitution et à l'annotation de fichiers relevant l'activité de chirurgiens.

ANALYSES ET PRECONISATIONS

Dans un souci de clarté, la mission a choisi de présenter ses analyses et ses préconisations en distinguant trois principaux domaines : les problématiques hospitalo-universitaires ; la prévention des risques psycho-sociaux et des conflits ; la gouvernance médico-administrative.

Au cours de son travail, la mission s'est interrogée sur l'existence d'une spécificité propre à l'HEGP et qui pourrait limiter la généralisation de ses analyses et préconisations. Hôpital le plus récent de l'APHP, l'HEGP est volontiers considéré comme une de ses vitrines en raison de son architecture d'avant-garde. Sa courte histoire, depuis son ouverture en 2001, a toutefois été émaillée d'événements qui ont nui à sa réputation, les plus graves ayant été l'épidémie de légionellose survenue en 2001 et le suicide du Professeur Mégnien en décembre 2015. Selon les personnes interrogées, l'HEGP est un hôpital comme les autres ou, au contraire, un hôpital à scandales.

Il est difficile pour la mission d'affirmer que la conflictualité observée à l'HEGP se situe à un niveau supérieur à celle observée dans d'autres hôpitaux de l'APHP. La mission a toutefois constaté, au sein de l'HEGP, l'existence de

particularités dans les conflits qui opposent certains médecins entre eux et certains médecins à la direction.

C'est ainsi que quelques conflits ont pu être mis en exergue par les propos tenus après le drame dans les médias par certains médecins de l'APHP. Ces propos ont traduit la volonté, soit de décocher « un coup de pied de l'âne » à la direction ou à d'anciens présidents de CMEL, soit de s'appuyer sur le suicide d'un médecin pour critiquer les responsables de l'HEGP et de l'AP-HP. Cette posture critique a su jouer de la « liberté de parole » que ces médecins s'accordent.

1) Analyse des conflits observés liés aux événements hospitalo-universitaires et préconisations pour réduire le risque de conflit

Les conflits au sein d'un centre hospitalier universitaire peuvent concerner la relation des personnels avec les malades mais aussi les personnels entre eux. Les principaux conflits rendus publics au sein de l'HEGP lors du suicide du Professeur Mégnien sont des conflits entre médecins, qui ont ensuite impliqué la direction.

1.1 Analyse des événements hospitalo-universitaires

Le contexte, particulier, d'émergence de ces conflits tient à deux types d'événements qui concernent le milieu hospitalo-universitaire : la désignation de responsables d'unité fonctionnelle, de service ou de département hospitalier ; les nominations ou promotions de médecins dans le cadre hospitalo-universitaire. Ces deux types d'événements imposent une articulation étroite entre l'hôpital et l'université.

La désignation des chefs d'unité fonctionnelle, de service ou de département

La désignation de responsables d'unité fonctionnelle, de service ou de département hospitalier est un processus avant tout hospitalier qui concerne l'échelon local (commission médicale d'établissement locale et direction) et l'échelon central (commission médicale d'établissement et direction générale).

Elle peut concerner, soit un candidat local, soit un candidat venu, par mutation, de l'extérieur de l'hôpital, voire de l'extérieur de l'APHP. A l'APHP, la volonté que le processus soit le plus ouvert possible peut se heurter à la particularité de la situation hospitalo-universitaire en Ile-de-France. La situation y est complexe, sous l'angle des mutations, en raison de l'appartenance des hôpitaux universitaires à une seule institution hospitalière, l'APHP, mais à sept des universités de la région Ile-de-France. Le mouvement d'un médecin hospitalo-universitaire d'un hôpital à un autre au sein de l'AP-HP, s'il est simple du point de vue hospitalier, peut en revanche imposer un processus plus lourd du côté universitaire : la mutation d'une université à une autre.

Dans la perspective d'une désignation comme chef d'une unité fonctionnelle, d'un service ou d'un département, la nécessité possible d'une mutation réclame donc une anticipation et une préparation qui sont peu adaptées à la mise en œuvre, par l'hôpital, d'une procédure d'appel ouvert à candidature.

La nomination des médecins hospitalo-universitaires

La nomination des médecins hospitalo-universitaires relève de deux ministères : le ministère chargé de l'enseignement supérieur et le ministère chargé de la santé, dont le degré de coopération est variable.

La nomination des médecins hospitalo-universitaires constitue l'aboutissement d'un long parcours de préparation du candidat et d'un processus de longue haleine qui débute par une évaluation des besoins universitaires et hospitaliers. Au terme de cette évaluation, qui n'est pas ignorante des candidatures locales potentielles, l'université ouvre un poste dans une des plus de cinquante disciplines médicales. Toutefois, c'est le Conseil national des universités (CNU) qui, pour chaque discipline, juge de l'aptitude d'un candidat à accéder au titre universitaire.

1.2 Analyse des événements concernant le Professeur Mégnien

Le Professeur Mégnien a été confronté aux deux types d'événements précités, dans des conditions de dysfonctionnement.

Une première série de dysfonctionnements porte sur la procédure ayant conduit au choix du responsable du CMPCV, en 2012 pour la succession du Professeur Simon, puis en 2015.

- En 2012, un premier dysfonctionnement s'est caractérisé par un arrangement initial inhabituel entre les trois médecins de cette unité, par ailleurs de très petite taille et qui a fonctionné en vase clos durant de longues années. Il a consisté à désigner les responsables du CMPCV pour les 5 ans à venir, le Professeur Mégnien devant succéder en 2017 au Docteur Chironi, nommé en 2013. Cet arrangement était d'autant plus fragile que la pérennité de la structure était loin d'être assurée et que le Professeur Simon, organisateur et principal garant de l'accord, devait faire valoir ses droits à la retraite avant la fin du premier mandat. Par ailleurs, le Professeur Simon étant devenu président de la CMEL en 2011, s'est constitué un enchaînement de mandats susceptible d'avoir nui à l'impartialité, ou à la perception de l'impartialité, de l'accord concernant la chefferie du CMPCV.

Même si le choix du Docteur Chironi comme premier responsable était une bonne décision, il ne pouvait que pâtir de ces défauts de procédure. On peut en outre estimer que, si celui-ci était le mieux à même d'assumer les responsabilités de chef d'unité, cette décision rendait illogique l'engagement de le remplacer par le Professeur Mégnyen 4 ans plus tard.

- En 2015, s'est produit un second dysfonctionnement. En juillet 2015, le Docteur Chironi, alors responsable du CMPCV, annonce son départ. Début septembre, le département HYPPARC propose de nommer le Docteur Sirieux comme chef d'unité à titre provisoire et cela quelques jours avant l'annonce de la reprise de travail du Professeur Mégnyen. Outre que la qualité de « chef d'unité à titre provisoire » n'est pas prévue par les textes, cette initiative a fait table rase de la possibilité que, le Docteur Chironi étant parti prématurément, la fonction de chef d'unité puisse être confiée au Professeur Mégnyen après son retour. Associée à un projet médical, la demande de nomination du Docteur Sirieux a été adressée au siège. L'ensemble a été refusé par le président de la CME.

Un deuxième type de dysfonctionnement a concerné le projet de nomination du Docteur Chironi comme PU-PH. La succession du Professeur Simon à la chefferie du CMPCV s'est en effet faite concomitamment à une demande d'emploi de PU-PH pour le Docteur Chironi, soutenue par le Professeur Simon, mais non aboutie. Cet échec est imputable au fait que le certificat de mobilité universitaire du Docteur Chironi ne correspondait à aucune réalité, comme cela était su dans l'unité et comme cela a été dénoncé par le Professeur Mégnyen.

Tous ces éléments ont pu donner à penser que l'accord tripartite sur la chefferie du CMPVC était une manière déguisée d'en exclure le Professeur Mégnyen. Ils ont nourri le grave conflit qui a opposé ces médecins, avant de

mobiliser plusieurs responsables du pôle CVRM, de l'hôpital et, plus largement, de l'APHP.

1.3 Analyse de dysfonctionnements liés à d'autres événements au sein de l'HEGP.

Les difficultés liées à la nomination de médecins hospitalo-universitaires sont illustrées par le conflit actuel dans le service de chirurgie cardiaque de l'HEGP. Ce conflit a été généré en 2013 par le choix de nommer un candidat local, le Professeur Achouh, et pas un second candidat local, le Docteur Zegdi, et cela à l'issue d'une procédure contestable sanctionnée par le Conseil d'Etat, impliquant le CNU et des acteurs locaux.

Les difficultés dans la procédure de désignation du chef de service de chirurgie cardiaque sont au cœur des tensions au sein du pôle CVRM.

Pour la désignation des chefs de service ou de département, l'HEGP a fait le choix en 2013, validé par le directoire de l'APHP, d'adopter une politique d'appel à candidature ouvert. Des efforts importants ont été faits pour que cette procédure s'appuie le mieux possible sur la bonne information des candidats, la formulation des attentes exprimées, les critères de choix, la compétence et l'impartialité des évaluateurs. La procédure a permis, dans quelques cas, de recruter une personnalité venue de l'extérieur (orthopédie-traumatologie, anesthésie-réanimation) et ses résultats sont aujourd'hui jugés satisfaisants.

Ces appels à candidature ont toutefois suscité de fortes oppositions au sein de l'HEGP. Leur motif était la défense des chances du candidat local. Certains médecins se sont en effet opposés, parfois violemment, à des candidatures extérieures. Le suicide du Professeur Mégnien a réactivé d'anciens conflits liés à ces désignations de chef de service.

Il faut admettre que cette procédure a connu des faiblesses : une insuffisante attention au devenir du candidat local, dans les cas où celui-ci n'était pas retenu; une imprécision quant à la définition du résultat même de la procédure. Celle-ci est illustrée par l'exemple récent de l'appel à candidature pour la chefferie de service de chirurgie cardiaque : alors que deux candidats s'étaient manifestés, l'un local, l'autre venu de l'étranger, que le jury avait préféré le candidat étranger, que celui-ci avait finalement renoncé, le candidat local n'a toutefois pas été retenu ! La décision a été prise, puis ensuite suspendue, de relancer un nouvel appel à candidature.

1.4 Préconisations dans un but d'apaisement et pour l'avenir

Les mesures préconisées pour tenter d'apaiser les conflits en cours et de limiter le risque de survenue des conflits évoqués plus haut, sont des mesures de repérage, de prévention et de gestion rapide des situations conflictuelles ou à risque de conflit.

Désignation de chefs d'unité fonctionnelle, de service ou de département

La mission préconise :

- que soient proscrites les pratiques de « contrats » entre médecins s'entendant sur une chefferie tournante ;
- que soient repérées et traitées les situations susceptibles de générer des choix partiels ou pouvant être perçus comme tels (cumuls de mandats, situations de favoritisme) ;
- à défaut, dans un horizon proche, de voir évoluer le paysage universitaire en Ile-de-France, que l'APHP et les universités mettent en place un dispositif plus structuré et prospectif de gestion des successions de chefferie de service et de département, appuyé sur une préférence pour la mobilité au

sein de l'APHP, et de souplesse quant à l'association entre l'implantation hospitalière et le lieu de l'activité universitaire.

S'agissant de la désignation des chefs de service ou de département, la procédure d'appel à candidature est souhaitable pour l'APHP, car celle-ci doit pouvoir adapter rapidement son offre de service en fonction de l'évolution de son environnement concurrentiel en Ile-de-France, notamment pour les activités interventionnelles, et en fonction de l'évolution des techniques. L'APHP doit pouvoir réorienter ses activités médicales. Cette procédure offre en effet la possibilité de recruter le candidat le mieux à même de conduire le service ou le département dans l'orientation nouvelle souhaitée par l'hôpital et incite les candidats locaux à intensifier leur réflexion sur le projet de service.

Compte tenu de la complexité d'un tel processus, la mission ne considère toutefois pas que la procédure d'appel à candidature puisse être systématique d'emblée sur l'ensemble de l'APHP. Elle est cependant fortement recommandée dès à présent pour les services qui s'inscrivent dans des problématiques cruciales pour l'APHP : concurrence, développement de techniques réclamant de nouveaux services ou la reconfiguration de certains services. Elle suppose une identification préalable de ces services, et la mise au point d'une procédure spéciale de concertation entre l'APHP et les universités à composante santé d'Ile-de-France.

Le service de chirurgie cardiaque de l'HEGP est emblématique, puisqu'il regroupe de nombreuses difficultés sources de conflits :

- d'importants facteurs de blocage (ancien chef de service toujours présent dans les locaux du service à près de 85 ans ; difficulté de positionnement des chirurgiens nécessitant de leur confier la responsabilité de structures

d'activité transversale au sein du pôle; relations peu claires avec un fabricant de dispositifs médicaux) ;

- un conflit dans le cadre d'une nomination lié à la présence de deux candidats locaux, l'un ayant été nommé, l'autre pas ;
- une situation délicate s'agissant de la chefferie de service, la procédure d'appel ouvert à candidature ayant échoué à retenir un candidat.

Pour le service de chirurgie cardiaque, la mission préconise de résoudre au plus vite les difficultés rencontrées, en particulier :

- de renoncer à relancer un nouvel appel à candidature pour la chefferie de service ;
- de désigner le candidat local comme chef de service pour une durée de quatre ans ;
- dans cette perspective, de demander à ce chef de service de participer à la levée des facteurs de blocage, de s'engager sur des mesures d'amélioration du management du service, de faire part au plus vite au doyen de ses intentions en termes de nomination hospitalo-universitaire dans le service, et d'accompagner les perspectives de rapprochement avec le service de chirurgie cardiaque de l'Institut mutualiste Montsouris.

Nominations hospitalo-universitaires

S'agissant des nominations, de façon générale, la mission préconise que les situations à risque soient repérées en amont et en aval de la campagne de recrutement :

- compétition entre deux candidats locaux ;
- situation conflictuelle préexistante et susceptible d'être exacerbée ;
- échec lors du concours d'inscription sur la liste d'aptitude ;

- situation propice au favoritisme ou au soupçon de favoritisme (lien familial notamment) ;
- services marqués par d'importantes difficultés managériales.

S'agissant de l'HEGP, la première préconisation est d'apporter une attention immédiate et soutenue à la situation de Rachid Zegdi. Le Conseil d'Etat ayant jugé que l'avis du CNU de chirurgie cardiaque a été entaché de partialité, celui-ci peut estimer à bon droit avoir été injustement traité.

La mission préconise que :

- le futur chef de service s'exprime sans délai, dans le cadre de son projet de service, quant à son intention de soutenir ou pas la nomination de Rachid Zegdi ;
- dans le cas où cette intention serait favorable, le doyen de la Faculté de médecine prenne les initiatives nécessaires, en termes de poste comme avec le CNU, en lien avec l'hôpital, en vue d'une nouvelle candidature de Rachid Zegdi ;
- dans le cas où cette intention serait défavorable, le doyen de la Faculté de médecine explore la possibilité de positionnement et de nouvelle candidature de Rachid Zegdi en vue de nomination sur un autre site.

2) Analyses et préconisations en matière de prévention des conflits des risques psychosociaux (RPS)

2.1 Analyse du traitement des risques psycho-sociaux et des conflits

L'analyse du contexte de survenue du suicide du Professeur Mégnien conduit à relever l'existence d'un conflit majeur et de plusieurs alertes concernant son état psychique. Le conflit ayant été évoqué au chapitre précédent, il sera traité

ici des éléments concernant les alertes qui ont été émises et la réponse qui leur a été apportée.

En 2014, trois alertes ont été émises concernant l'état psychique ou le risque suicidaire du Professeur Mégnyen :

- la première, en janvier 2014, est un mél émanant du Professeur Mégnyen lui-même et adressé au Professeur Crickx, alors médiatrice de la CME. Le Professeur Mégnyen y fait état du suicide comme solution possible. Il y est répondu par une poursuite de la médiation et par la recherche d'une solution au conflit. D'autres méls du Professeur Mégnyen, plus rassurants, suivront ;
- les deux alertes suivantes datent de novembre 2014 : il s'agit de deux méls adressés par le Professeur Halimi et le Docteur Zegdi à la direction de l'HEGP (le second étant également adressé au directeur général de l'APHP). Le premier mél fait état d'une situation de danger, le second fait clairement référence au risque suicidaire. La recherche d'une solution au conflit demeure la réponse privilégiée.

Au cours de cette année 2014, de nombreuses personnes de l'entourage professionnel du Professeur Mégnyen ont perçu chez lui des signes de souffrance psychique, le plus souvent attribuée au conflit professionnel, certains s'interrogeant sur des facteurs « d'ordre privé ».

Plusieurs points méritent d'être soulignés :

- ces signes d'alerte ont précédé d'un an, voire davantage, le suicide du Professeur Mégnyen : l'absence de réponse immédiate aux alertes, en termes de suivi individuel, n'a pas eu de conséquence vitale à court terme ; elle a toutefois un corollaire, l'absence de mise en place d'un

- dispositif de suivi de l'état psychologique du Professeur Mégnien. Celui-ci aurait permis de mieux préparer sa reprise d'activité en décembre 2015 ;
- ils sont survenus dans un contexte hautement conflictuel et caractérisé par une fluctuation des positions et de l'état psychique du Professeur Mégnien ;
 - la réponse qui leur a été apportée s'est limitée à la recherche d'une solution au conflit. Aucun entretien n'a été proposé au Professeur Mégnien, les médecines du travail universitaire et hospitalière n'ont pas été sollicitées et aucun contact n'a été établi par la suite avec l'université en vue de faire appel à un médecin agréé ou à un comité médical.

En décembre 2015, la reprise de travail du Professeur Mégnien après 9 mois d'arrêt de travail n'a pas été anticipée au regard du risque psycho-social, alors même qu'elle avait été annoncée dès le début du mois de septembre au chef de département.

Cette absence d'anticipation prend d'autant plus de relief que la reprise de travail du Professeur Mégnien s'est effectuée dans un contexte qui lui était psychologiquement défavorable : en effet, alors que le Docteur Chironi avait quitté l'HEGP en août 2015 et que le Professeur Mégnien, au regard de l'accord passé aurait pu espérer prendre la chefferie du CMPVC, le département HYPPARC avait choisi de désigner le Docteur Siriex comme responsable de l'unité. Par ailleurs, le jour de sa reprise, le Professeur Mégnien a trouvé fermée la porte de son bureau du fait d'un changement de serrure. Compte tenu des alertes passées et de la longue période d'arrêt de travail, une vigilance particulière aurait été de mise.

La mission n'a pas pu tracer avec précision les interventions de la médecine du travail lors de la reprise. Il apparaît toutefois que la procédure de mise en

congé longue maladie, dont a bénéficié le Professeur Mégnien, a été de la responsabilité de l'université et de sa médecine du travail, tandis que la visite de reprise a été réalisée, très peu de temps avant celle-ci, par la médecine du travail de l'hôpital, sans qu'il y ait eu de coordination entre les deux et sans que le Centre National de Gestion (CNG), compétent sur le suivi des personnels hospitalo-universitaires sur le versant hospitalier ne soit informé tout au long de l'année 2015.

Le constat est que l'HEGP, sans doute plus largement le CHU d'Ile-de-France, n'a pas organisé un dispositif structuré centré sur la prévention de la souffrance psychique et la réaction à l'alerte suicidaire des personnels médicaux, y compris hospitalo-universitaire. Les conséquences de la souffrance psychique, notamment lorsqu'elle survient dans un contexte conflictuel ou d'échec professionnel, et leurs liens avec le travail à l'hôpital, son arrêt ou sa reprise, ne sont pas suffisamment prises en compte.

Notons pour conclure que, lors de ses auditions, la mission a été alertée par la souffrance exprimée par plusieurs membres de l'équipe soignante du CMPCV. Affectés par le décès du Professeur Mégnien, ces soignants ont secondairement dû subir de façon répétée les propos blessants de patients qui relayaient les attaques médiatiques (service « harceleur »). La prise en compte des « dommages collatéraux » de certains conflits médicaux sur les équipes soignantes doit être assurée. Il est à noter qu'un soutien psychologique a été proposé par la direction aux personnels concernés.

2.2 Préconisations en matière de prévention et de traitement

Le suicide du Professeur Mégnien est survenu dans un contexte associant une souffrance psychique à un conflit majeur. La souffrance a été révélée par plusieurs alertes qui n'ont pas été prises en compte de façon appropriée : en

effet, la recherche d'une solution au conflit par la mise en place d'une médiation ne constitue pas une réponse suffisante à la souffrance psychique et ne peut se substituer aux mesures d'accompagnement spécifiques qu'elle réclame.

La plupart des conflits rencontrés au sein des services hospitaliers et mettant en jeu le personnel médical peuvent être résolus au sein du service lui-même, au sein du pôle, voire par une intervention de la CMEL. Il n'existe toutefois pas de dispositif permettant de faire face aux conflits les plus complexes, et moins encore de dispositifs permettant de gérer le risque psychosocial lié à ce type de conflit.

Ceci n'est pourtant pas faute de réflexions et de préconisations à ce sujet, comme en témoignent les rapports ministériels (2011, 2013) ou encore les textes du Code de la Santé Publique (2013) régissant la constitution des Commissions régionales paritaires ou ses « action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits. »

La mission préconise donc la mise en œuvre de dispositifs chargés de la prévention des conflits et des risques psychosociaux pour l'ensemble des médecins, hospitaliers et hospitalo-universitaires. Ils devraient être déployés à plusieurs niveaux, depuis le pôle jusqu'à la région :

- au niveau polaire : la mission préconise que soit désigné au sein de chaque pôle un « référent RH médical », conformément aux rapports précités. Doté d'une formation ad hoc, ce référent pourrait jouer un rôle de médiation et d'accompagnement de deuxième niveau ;
- au niveau des GH de l'AP-HP, la mission préconise la mise en place d'une instance de premier recours, rattachée aux commissions de la vie hospitalière des CMEL ;

- au niveau régional, la mission préconise la mise en place de deux instances de deuxième recours : l'une au sein de l'APHP, rattachée à la Commission de la vie hospitalière de la CME. la seconde au sein de la Commission régionale paritaire (CRP).

La composition de ces instances reste à préciser. Elle devrait toutefois obéir à quelques principes de représentation justifiant la présence : d'un représentant de la CME(L), d'un représentant de l'Université (si nécessaire), d'un médiateur (en cas de conflit), d'un représentant du médecin concerné, d'un représentant de l'administration et d'un représentant de la médecine du travail. Les membres de l'instance ne devront présenter aucun conflit d'intérêt avec les parties concernées. Par principe, aucun d'entre eux ne devrait occuper une fonction hiérarchique ou décisionnelle au sein de l'établissement concerné.

A titre d'exemple, l'instance de premier recours (GH), pourrait être composée :

- d'un représentant de la CMEL, qui présiderait l'instance : il pourrait s'agir du président de la CVH ou d'un médecin désigné par la CMEL ;
- d'un représentant du doyen : il siègerait dès lors qu'un hospitalo-universitaire se trouve concerné et co-présiderait alors l'instance ;
- d'un « accompagnateur » : médecin désigné en cas de souffrance psychique et de risque psycho-social significatif observés chez un médecin ; il accompagne celui-ci, le conseille et le représente au sein de l'instance ;
- d'un représentant de la direction des affaires médicales (DAM), au titre de sa fonction Ressources humaines. Il informerait les médecins sur leur statut, sur leurs droits et devoirs, sur les dispositifs susceptibles de les aider, etc. ;
- du médecin du travail de l'établissement : ce médecin du travail serait en lien avec le médecin du travail de l'université pour les médecins hospitalo-universitaires.

Le président de l'instance devrait pouvoir être saisi de différentes manières :

- par le médecin lui-même ;
- par le chef de service ou de pôle ;
- par le président de CME(L) ;
- par le doyen ;
- par la médecine du travail ;
- par la direction.

Les instances de deuxième recours pourraient en outre être saisies par l'instance de premier recours.

Dans tous les cas, il importerait de traiter les dossiers avec célérité, selon une méthode préétablie comportant des jalons temporels, de manière à éviter un enlèvement des problématiques qui constitue un puissant facteur d'échec et d'aggravation du risque psycho-social.

Le rôle de l'instance serait multiple :

- recueil et analyse des situations qui lui sont signalées ;
- recherche de solutions aux conflits, élaboration de préconisations soumises aux instances de gouvernance (services, pôles, CME(L), direction) et suivi des situations jusqu'à leur résolution ou leur prise de relai par une instance de deuxième recours ;
- proposition d'un « accompagnateur » qui le conseille et le représente au sein de l'instance. Cet accompagnement se ferait en toute confidentialité et de façon non partisane, sans se substituer aux éventuelles prises en charges psychiatriques ou psychologiques ;
- intégration des problématiques universitaires et de médecine du travail.

L'instance devrait également se préoccuper de l'impact des conflits et des risques psycho-sociaux sur les personnels non médicaux. A ce titre, une mise en lien avec la DRH, la direction des soins et le CHSCT devrait être envisagée autant que nécessaire. Les modalités de cette mise en lien restent à préciser.

L'APHP devrait par ailleurs s'engager dans une campagne de sensibilisation aux risques psychosociaux et à la prévention des conflits à destination de ses médecins. Cette campagne les sensibiliserait aux signes d'alerte nécessitant une réponse spécifique et les inviterait à signaler les situations problématiques auprès des instances susceptibles d'apporter une réponse.

Une telle campagne de sensibilisation devrait ainsi informer le corps médical sur les dispositifs mis en place, les structures permettant une prise en charge psychologique ou psychiatrique des personnes en souffrance psychique, et les possibilités d'accompagnement (coaching) mises à disposition par le CNG et qui pourraient l'être par l'APHP.

3) Analyse et préconisations en matière de gouvernance médico-administrative

3.1 Analyse de la gouvernance

La gouvernance médicale et administrative

La question de la gouvernance médicale et administrative fait l'objet de débats et de textes de loi depuis des dizaines d'années sans qu'un point d'équilibre ait été trouvé ou du moins qu'il ait été accepté de tous. La place de la direction, le rôle du président de CME et plus généralement de la CME dans l'organisation médicale et dans la stratégie sont régulièrement interrogés. La création des

pôles et le repositionnement des services en leur sein ont eu un impact majeur en terme de management des équipes médicales et provoqué la perplexité des médecins qui, pour certains, cherchent encore leur positionnement.

Au sein de l'APHP, cette question prend une importance particulière du fait du rôle du siège, des groupements hospitaliers et des sites. De plus, l'organisation universitaire n'a pas le même périmètre d'intervention que l'organisation hospitalière ce qui ne facilite pas les articulations

A, l'HEGP, de prime abord, les instances de direction et les instances représentatives du corps médical fonctionnent sur un mode on ne peut plus « ordinaire ». Le conseil exécutif local se réunit tous les 15 jours. La CMEL et ses commissions se réunissent régulièrement à l'exception de la commission vie hospitalière. Cette gouvernance s'inscrit toutefois sur un fond de lutte d'influence mobilisant des forces fréquemment antagonistes : d'un côté, un « lobby » hostile aux nouvelles formes de gouvernance, attaché à la protection de l'activité libérale, contre la direction et utilisant les médias ; d'un autre côté, une mouvance animée par un « cabinet noir », investie dans le management et la réflexion stratégique hospitalière et fortement associée aux instances de gouvernance.

Deux conflits récents illustrent les tensions entre des membres de la communauté médicale et la direction : l'un est lié aux initiatives prises par la direction face à une suspicion de pratique de dessous-de-table dans le service de chirurgie plastique qui a été suivie d'une enquête de l'IGAS ; l'autre interroge sur les pratiques, car il a fait suite au piratage de méls entre la direction, le président de la CMEL et le doyen avec mise sur la place publique d'une liste présentant l'activité des chirurgiens de l'HEGP avec des commentaires de la direction. Ce conflit questionnait autant la forme (propos

tenus par la directrice) que le fonds (légitimité d'une direction à interroger le niveau d'activité de chirurgiens). Dans ces deux cas, c'est bien la responsabilité d'une direction à intervenir à propos des activités médicales qui est interrogée ou contestée par certains.

Lors des auditions concernant le Professeur Mégnien, la gouvernance au sein de l'HEGP a été fréquemment évoquée, notamment à propos de lieux de débat organisé et d'influence en dehors des instances prévues à cet effet.

La répartition des responsabilités au sein de la direction entre la directrice du groupement hospitalier et la directrice du site HEGP et une certaine concentration dans les mains de la première n'ont pas facilité un partage d'analyse et ont pu favoriser une personnalisation excessive dans le conflit.

Par ailleurs, à l'HEGP, comme sans doute à l'APHP, l'empilement des structures médicales associé au cumul des mandats peuvent donner la perception d'un pouvoir concentré entre peu d'individus. Dans le cas présent, c'est au sein du même pôle que les présidents de CMEL ont été régulièrement élus voire, au sein de ce pôle, au niveau d'un même département pour deux d'entre eux. La question de la distance nécessaire pour traiter des situations individuelles peut dès lors être posée.

En analysant le traitement du conflit au sein du CMPCV, il apparaît des questions d'articulation entre les acteurs, une difficulté à poser les termes de ce conflit et un délai particulièrement long, au regard des tensions que cela génère pour les individus, pour proposer une solution et la faire appliquer. Le nombre d'échanges par méls ou de réunions montrent bien la mobilisation du chef de pôle, du président de la CMEL, de la direction locale et du président de la CME pour tenter de trouver une solution à ce conflit. En revanche, la commission vie hospitalière de la CMEL ou, plus généralement, la CMEL n'ont

pas ou peu été associées. L'Université n'a pas été partie prenante alors même qu'il s'agit de l'employeur principal de ces personnels hospitalo-universitaires. L'intervention de médiateurs au niveau local et de l'APHP n'a pas été coordonnée, donnant la perception d'un manque de cohérence entre les différents niveaux de gouvernance. De plus, entre la mise en évidence du conflit en octobre 2013 et l'élaboration d'une solution en décembre 2014, il s'est déroulé 14 mois, 16 mois si l'on prend en compte l'effectivité de la mesure. Dès lors que la réorganisation a été définie, la mise en œuvre de la solution a sans doute été insuffisamment préparée au sein du pôle, au moins au plan de l'organisation des activités médicales, pour faciliter son acceptation par les équipes médicales qui devaient accueillir le Professeur Mégnyen.

La régulation de l'activité libérale à l'hôpital

Un facteur de conflit entre médecins au sein de l'APHP, qui est loin d'être propre à l'HEGP, mais qui a resurgi à l'occasion du suicide du Professeur Mégnyen, tient à l'exercice d'une activité libérale au sein de l'hôpital public.

A l'APHP, cet exercice est, de longue date, source de tensions en raison des dérives auxquelles il conduit parfois, s'agissant des méthodes de contournement des limites mises à son exercice (comptabilisation relative de l'activité publique et de l'activité privée), de son influence sur les délais de rendez-vous de consultation, l'attribution des chambres seules ou des plages opératoires, et des tarifs démesurés pratiqués par un petit nombre de médecins.

Le suicide du Professeur Mégnyen a réveillé le conflit ouvert deux ans plus tôt au sein de l'hôpital à propos d'excès en termes d'exercice libéral et de suspicion de dessous-de-table dans le service de chirurgie plastique. Ce thème est le motif profond de certaines des réactions vives, y compris médiatiques,

qui ont suivi le drame. Sous couvert parfois de la défense de l'hôpital public, c'est en fait la défense de l'exercice libéral à l'hôpital public qui est en jeu. Les appels au renvoi du directeur général de l'APHP ou de la directrice de l'HEGP ont visé des responsables qui ont tenté, ou tentent, de limiter les dérives de l'exercice libéral au sein de l'APHP.

3.2 Préconisations en matière de gouvernance médico-administrative

Mieux faire vivre la gouvernance

La mission considère qu'il est impératif, qu'à l'HEGP, la gouvernance ne s'effectue qu'au sein des instances prévues à cet effet

Il lui semble également nécessaire que seules les responsables de structure participent aux réunions institutionnelles (bureau de pôle ou de département).

Elle préconise d'organiser le départ effectif de l'hôpital de ceux qui ne sont plus rémunérés par lui, même s'ils ont été en responsabilité de pôle ou de service.

Elle préconise aussi de ne plus permettre un cumul emploi retraite à l'issue d'un consultanat pour un PU-PH au sein de l'hôpital.

Elle considère également qu'il est nécessaire d'améliorer la délégation du directeur du GH au directeur de site.

Plus généralement, au sein de HUPO et de l'APHP, la mission estime nécessaire de renforcer la formation au management des responsables d'équipes médicales intégrant animation d'équipe, prise en compte des parcours des collaborateurs et méthode de résolution de conflits.

L'APHP pourrait utilement s'inspirer des travaux menés en 2011 sur l'exercice médical à l'hôpital, qui ont notamment cherché à définir un code

de bonnes conduites pour les médecins dans le cadre de leurs relations entre eux. Ce code, adapté à l'institution, pourrait intégrer un chapitre sur la communication interne et externe en cas de crise ou de conflits afin de mieux informer au sein de l'établissement et au dehors, tout en préservant les patients et le personnel de la structure. Cette communication pourrait être assurée, en accord avec la CME ou la CMEL selon le cas, soit par le président de cette instance, soit par le chef de pôle concerné, après échange avec la direction.

L'élaboration d'un tel code devrait tenir compte d'un certain nombre de principes : liberté universitaire ; devoir de réserve ; discrétion professionnelle. Elle devrait, de ce fait, s'appuyer sur une analyse juridique et une réflexion éthique conduites conjointement par l'APHP et les universités.

La mission estime enfin, que la réflexion doit se poursuivre sur le rapprochement entre les GH et les universités pour aboutir, sinon à un périmètre cohérent du moins à des relations beaucoup plus étroites, seul garantes à terme d'une stratégie partagée et d'une gestion améliorée des personnels hospitalo-universitaires.

La régulation de l'exercice libéral

La mission préconise de poursuivre et accentuer l'effort de suivi, de contrôle et de transparence quant à l'exercice libéral au sein de l'AP-HP, qui doit se conformer à la réglementation. Cet effort ne peut être développé avec succès que s'il s'appuie sur une évaluation de cet exercice au sein de chaque hôpital, par une commission véritablement indépendante et ouverte sur l'extérieur et rendant largement publiques ses conclusions chaque année.

Une telle transparence est seule à même de réduire le niveau de conflictualité sur ce sujet au sein de l'AP-HP.

Synthèse des préconisations

Désignation des responsables de structure médicale

- proscrire les pratiques de « contrats » entre médecins s'entendant sur une chefferie tournante ;
- repérer et traiter les situations susceptibles de générer des choix partiels ou pouvant être perçus comme tels ;
- mettre en place un dispositif plus structuré et prospectif de gestion des successions de chefferie ;
- confirmer et améliorer la procédure d'appel à candidature pour les services qui s'inscrivent dans des problématiques cruciales pour l'APHP ;
- désigner, pour quatre ans, le candidat local comme chef de service en chirurgie cardiaque de l'HEGP.

Nomination des hospitalo-universitaires

- repérer les situations à risque en amont et en aval de la campagne de recrutement ;
- porter une attention immédiate et soutenue à la situation de Rachid Zegdi.

Prévention des conflits et des risques psycho-sociaux

- mettre en œuvre un dispositif structuré et gradué depuis le pôle jusqu'à la région ;
- désigner au sein de chaque pôle un référent « RH médicales »

- créer au niveau des GH, une instance de premier recours rattachée aux commissions de la vie hospitalière des CMEL ;
- créer des instances de deuxième recours, l'une au sein de l'AP-HP, l'autre au sein de la Commission régionale paritaire ;
- organiser la mise en lien de la médecine du travail de l'université et de l'hôpital pour les hospitalo-universitaires ;
- engager une campagne de sensibilisation aux risques psycho-sociaux et de prévention des conflits à destination des médecins.

La gouvernance médicale et administrative

- faire vivre les instances avec les personnes élues ou désignées à cet effet ;
- organiser le départ effectif de ceux qui ne sont plus rémunérés par l'hôpital ;
- mettre fin à la pratique du cumul emploi retraite à l'issue d'un consultanat sur site ;
- améliorer la délégation entre le directeur du GH et le directeur de site ;
- renforcer la formation au management des responsables d'équipe médicale ;
- promouvoir un code de bonnes conduites entre médecins, incluant un chapitre sur la communication ;
- poursuivre la réflexion sur le rapprochement des périmètres entre GH et Université.

L'exercice libéral à l'hôpital

- accentuer l'effort de suivi, de contrôle et de transparence ;
- favoriser une évaluation par une commission véritablement indépendante et ouverte.

Annexe 1

Lettre de mission

Paris, le 04 janvier 2016

Madame, Messieurs,

Vous avez accepté de conduire une mission, dans un contexte douloureux, alors qu'un drame a endeuillé la communauté hospitalière et universitaire, pour permettre à l'établissement de surmonter les difficultés qu'il rencontre et nous aider, tous, à en tirer toutes les conséquences, sur la base d'une analyse par des acteurs extérieurs et reconnus.

En effet, au-delà des deux enquêtes en cours (enquête de police et commission d'analyse des suicides) et qui concernent directement les circonstances du drame, nous avons souhaité élargir la réflexion à une analyse du contexte et des dysfonctionnements plus larges dont ce drame, et les réactions qu'il suscite, peuvent être le révélateur.

Nous souhaitons que la mission qui vous est confiée puisse, sans tabou, en toute transparence et dans la recherche de l'intérêt général, procéder à une analyse circonstanciée des sujets conflictuels au sein du pôle et de l'établissement, qui depuis plusieurs années ont pu générer de fortes tensions. Vous disposerez de tous les éléments en notre possession, que vous complétez utilement d'auditions de toute personne qu'il vous semblera opportun de rencontrer ou qui pourront demander à l'être. Nous-mêmes sommes à votre disposition pour être auditionnés et nous ne doutons pas, qu'au-delà de la communauté hospitalière de l'HEGP, comme au sein de la CME, chacun pourra faire de même.

Le prestige et les résultats de ce Groupe Hospitalier ne sauraient être compromis par des rivalités ou des attitudes contraires à l'intérêt du service public. Cette mission devra donc identifier les conditions nécessaires au retour à des relations normales, dans un milieu de travail qui doit rester tourné avant tout vers le service au patient.

Nous vous remercions de faire toute préconisation permettant un apaisement du climat de cet établissement, auquel aspire l'ensemble de la communauté hospitalière et universitaire.

Vous avez bien voulu débiter vos travaux dès la première semaine de janvier et nous vous en sommes reconnaissants. Il nous semble que les conclusions pourraient être rendues pour la fin du mois de février. Nous souhaiterions disposer d'une première note avant la fin du mois de janvier, si possible autour du 15 janvier permettant de déterminer si des premières décisions doivent être prises au vu de premiers constats.

Nous sommes prêts à vous apporter le concours de nos services si vous avez des besoins de support pour l'exercice de cette mission.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Martin HIRSCH
Directeur général de l'AP-HP



Gérard FRIEDLANDER
Doyen de Paris Descartes

Annexe 2

Liste des documents étudiés

Documents de présentation de l'HEGP, de sa stratégie et de son organisation

Autodiagnostic des hôpitaux universitaires Paris-Ouest

Contrat de pôle

Documents remis par la direction de l'HEGP à propos d'autres sujets conflictuels au sein de l'HEGP

Documents remis par la direction générale de l'AP-HP

Relevé de concertation du directoire de l'AP-HP du 21 janvier 2014

Notes ou récapitulatifs de messages électroniques émanant de la direction générale, du président de la CME et du Professeur Alain Simon, et remis par la direction générale de l'AP-HP

Compte rendu de la séance exceptionnelle du directoire de l'AP-HP du 4 Janvier 2016

Documents relatifs au Professeur Jean-Louis Mégnien

Chronologie des faits (direction de l'HEGP)

Dossier (papier et fichier zipé) sur les échanges de courriers et de messages électroniques 2012-2015 concernant le Professeur Mégnien et constitué par la direction de l'HEGP

Journal des messages électroniques échangés entre octobre 2013 et décembre 2015 à propos de la situation du professeur Mégnien et constitué par la direction

Compte rendu de la réunion du 4 septembre 2015 du Bureau du département HYPPARC à propos du CMPCV

Revue de presse élaborées par la direction générale de l'AP-HP

Documents utiles aux préconisations

Aubart F, Delmotte D, Jacob A, Pruvo JP, Veran O. L'exercice médical à l'hôpital. Mission nationale coordonnée par D Toupillier avec la coordination de la DHOS et du CNG. Septembre 2011.

Code de la Santé Publique. Article R6152-326 (code SP) concernant la Commission régionale Paritaire et son « action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits. »

Toupillier D, Yahiel M. Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. CNG – Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. 24 janvier 2011.

Toupillier D, Guillot JP, Ollivier R, Verrier B. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines. Le dialogue social local : Reconnaître – Rénover – Réussir. Rapport. Ministère des affaires sociales et de la santé. Janvier 2013.

Annexe 3

Liste des personnes entendues à la date du 15 Janvier 2016

- Madame Aissatou Bass, AH, HEGP
- Monsieur Philippe Beaune, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Madame Guilaine Bonnefons, Aide-soignante, HEGP
- Madame Christine Bekono, Infirmière diplômée d'Etat, HEGP
- Monsieur Patrick Berche, Professeur d'université-Praticien hospitalier, ancien doyen de la Faculté de médecine Paris-Descartes
- Madame Véronique Boussaud, Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Loïc Capron, Professeur d'université-Praticien hospitalier, ancien président de la CME, AP-HP
- Monsieur Dominique Choudat, Professeur d'université-Praticien hospitalier, Hôpital Cochin
- Madame Anne Costa, Directrice de l'HEGP
- Madame Béatrice Crickx, Professeur d'université-Praticien hospitalier, Hôpital Bichat
- Monsieur Bernard Granger, Professeur d'université-Praticien hospitalier, Hôpital Tarnier

- Madame Céline Itié, Cadre de santé, HEGP
- Madame Roobina Demerdian, Infirmière diplômée d'Etat, HEGP
- Monsieur Nicolas Denarie, Médecin Attaché, HEGP
- Monsieur Michel Desnos, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Gérard Friedlander, Professeur d'université-Praticien hospitalier, doyen de la Faculté de médecine Paris-Descartes
- Monsieur Tim Greacen, ancien représentant des malades, HEGP
- Monsieur Martin Hirsch, Directeur général, AP-HP
- Monsieur Christian Jacquot, Professeur d'université-Praticien hospitalier à l'HEGP, retraité
- Monsieur Xavier Jouven, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Madame Fatima Khétir, Infirmière diplômée d'Etat, HEGP
- Madame Nathalie Mathé, Cadre de santé, HEGP
- Monsieur Philippe Ménasché, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Jacques Pouchot, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Madame Ludmilla Orobinskaia, Médecin Attaché, HEGP
- Monsieur Alain Simon, Professeur d'université-Praticien hospitalier à l'HEGP, retraité
- Madame Marie-Emanuelle Siriex-Hellinger, Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Amokrane Tache, Médecin Attaché, HEGP
- Monsieur Eric Thervet, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP

- Madame Catherine Vinot, Cadre de santé à l'HEGP, retraitée
- Monsieur Elisée Virginie, Infirmière diplômée d'Etat, HEGP

Liste des personnes qui n'ont pas voulu être entendues, mais qui ont adressé un courrier :

- Monsieur Gilles Chironi, ancien Maître de conférence d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Christian D'Auzac de Lamartinie, Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Philippe Halimi, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Olivier Saint-Jean, Professeur d'université-Praticien hospitalier, HEGP
- Monsieur Rachid Zegdi, Maître de conférence des universités-Praticien hospitalier

Annexe 4

Déclaration relative à d'éventuels liens d'intérêt entre les membres de la mission et les personnes travaillant au sein de l'HEGP

Marie-Sophie Desaulle

Je déclare ne pas avoir de lien familial ou amical avec des personnes travaillant à l'HEGP. Je n'y ai jamais exercé.

En tant que directrice d'hôpital à l'APHP de 1983 à 2007, j'ai été amenée à travailler avec certains directeurs ou praticiens qui exercent actuellement à l'HEGP, sans pour autant avoir eu de relations hiérarchiques avec tel ou tel.

Depuis mon départ de l'APHP en 2007, soit en 8 ans, j'ai pu rencontrer deux à trois fois Mme Anne Costa, le Pr Olivier Saint-Jean ou encore Mr Tim Greacen, ancien représentant des usagers à l'HEGP.

Signature :

Patrick Hardy

Je déclare ne pas avoir de lien familial ou amical avec des personnes travaillant au sein de l'HEGP. Je n'y ai jamais exercé d'activité professionnelle.

En tant que Professeur des Université-Praticien Hospitalier de l'AP-HP depuis 1990, membre de la CME de l'AP-HP (2003-2011), membre du Fond d'Etude et

de Recherche du Corps Médical des Hôpitaux de Paris (2001-2011) et membre du Syndicat Universitaire de Psychiatrie, j'ai été conduit à interagir avec plusieurs personnes auditionnées ou concernées par la mission.

Signature :

Didier Houssin

Je déclare ne pas avoir de lien familial ou amical avec des personnes travaillant au sein de l'HEGP. Je n'y ai jamais exercé d'activité professionnelle.

En tant que chirurgien à l'hôpital Cochin de 1985 à 2003, vice-président (conseil scientifique) de l'Université René-Descartes de 2001 à 2005, et directeur de la politique médicale de l'AP-HP de 2003 à 2005, j'ai interagi avec de très nombreux directeurs d'hôpitaux ou médecins, dont certains ont exercé ou exercent aujourd'hui une activité professionnelle au sein de l'HEGP.

En tant que consultant au sein de la Délégation aux relations internationales de l'AP-HP depuis l'été 2014, j'ai été conduit à avoir des relations de travail avec le Pr Alain Simon au sein de cette Délégation.

Signature :