



**ASSOCIATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX
EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS
EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE
EUROPESE VERENIGING VAN STAFARTSEN
DEN EUROPÆISKE OVERLÆGEFORENING
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΙΔΤΡΩΝ ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ
ASSOCIAZIONE EUROPEA DEI MEDICI OSPEDALIERI
DEN EUROPEISKE OVERLEGEFORENING
ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DOS MÉDICOS HOSPITALARES
ASOCIACIÓN EUROPEA DE MÉDICOS DE HOSPITALES
EUROPEISKA ÖVERLÄKARFÖRENINGEN
EVROPSKO ZDRŽENJE BOLNIŠNIČNIH ZDRAVINIKOV
EUROPSKA ASOCIACIA NEMOCNICNÝCH LEKAROV
EUROPSKA UDRUGA BOLNIČKIH LIJEČNIKA**

Document :	AEMH 06/031 FR EN
Title:	National Report France
Author :	Prof Degos, Ordre National des Médecins
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	7 April 2006



RAPPORT NATIONAL DE LA DELEGATION FRANÇAISE

A la suite de la signature, le 31 mars 2005, dans le cadre de la « nouvelle gouvernance hospitalière », d'accords entre le Ministre chargé de la Santé et les syndicats professionnels de médecins des hôpitaux, des concertations ont eu lieu pour mettre au point les décrets d'application.

L'un des principaux points avait trait au statut du praticien hospitalier (PH), qui n'avait pas été revu depuis plus de 20 ans et n'était plus adapté avec « les missions d'un hôpital moderne ouvert sur l'extérieur et coopérant avec l'ensemble des professionnels de santé ».

Le corps médical hospitalier est doté, selon la nouvelle gouvernance d'une responsabilité de décision et de gestion de l'établissement. A côté de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) dans laquelle siègent tous les chefs de service et, en part égale, des médecins non chefs de service élus par leurs pairs, il est créé un comité de gestion composé pour moitié de médecins dont le Président de la CME et d'administratif dont le Directeur de l'Hôpital. Par ailleurs, l'hôpital est divisé en pôles d'activité chacun sous la responsabilité d'un médecin, secondé par un cadre de soins et un représentant de l'administration. Chaque pôle médical regroupe plusieurs services (ou unités fonctionnelles) sous la direction d'un PH chef de service.

Chaque PH est sélectionné sur concours par un jury national de sa spécialité mais l'arrêté de nomination est signé du Ministre chargé de la santé.

L'affrontement actuel se situe sur la question de l'affectation du PH et de sa nomination comme chef de service. Les syndicats professionnels exigent que l'affectation soit du ressort du Ministre comme actuellement (ce qui donne l'égalité de grade administratif avec le Directeur) alors que le lobby administratif et politique plaide pour l'affectation par le Directeur de l'établissement, le Président de la CME et le responsable du pôle concerné. Les syndicats y voient une emprise dangereuse sur l'indépendance d'exercice médical et menacent de mouvements revendicatifs. Les administratifs font valoir la souplesse et l'adaptation aux besoins locaux. Les politiques estiment normal de déconcentrer les décisions d'intérêt subalterne.

Le second point de discussion concerne le Centre National de Gestion qui, lui aussi, est né de la loi sur la nouvelle gouvernance hospitalière. Ce centre a vocation de gérer les carrières des PH et aussi, mais de façon séparée, celles des directeurs et des cadres supérieurs hospitaliers. Fort utile dans bien des cas, attendu par beaucoup, sa mise en place est difficile notamment en raison des sièges au Conseil d'administration où les médecins se trouvent relativement peu représentés.

Une autre question n'est toujours pas réglée : certaines activités médicales sont considérées comme insuffisamment reconnues, eu égard à la pénibilité et à la rémunération dont elles jouissent hors de l'hôpital, en exercice privé du secteur libéral. Les chirurgiens ont été les premiers à exprimer des demandes, tôt suivis par les anesthésistes, les réanimateurs... puis, arguant du statut unique, les syndicats ont réclamé l'extension des avantages pour l'ensemble des PH.

C'est ainsi que l'on a créé une nouvelle appellation pour répondre à ces demandes et à d'autres comme les charges et responsabilités administratives : « la part complémentaire variable ». Sous réserve de certains critères, les chirurgiens et les psychiatres prochainement, les autres spécialités ultérieurement, bénéficieront de cette disposition ; la rémunération des tâches administratives est en discussion.

La question des retraites est encore en négociation. Les PH cotisent pour leurs retraites à un organisme, l'IRCANTEC, dont la survie a récemment nécessité des modifications de gestion. Les PH exigent une représentation au sein du Conseil d'administration qui soit en proportion de leur nombre d'adhérents, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

La retraite des professeurs d'université – Praticiens Hospitaliers est basée sur leur seul salaire universitaire et leur rémunération hospitalière pourtant égale au salaire universitaire ne donne pas lieu à retenue pour retraite. Chacun convient qu'il s'agit d'une injustice grave mais la législation française interdit de cotiser pour deux retraites d'Etat. Une discrète ouverture a été effectuée par le gouvernement en considérant que la rémunération hospitalière pouvait être assimilée à une prime et donner droit à retraite, mais dans des limites extrêmement faibles. Des discussions sont en cours pour trouver un moyen de hausser le montant des retraites des PU PH qui, actuellement est inférieur à celui des PH.

La loi française exige que tout médecin participe à une formation médicale continue (FMC). Trois conseils nationaux, l'un pour les médecins libéraux, le second pour les médecins salariés, le troisième pour les médecins hospitaliers, ont défini des règles de fonctionnement, des critères, pour homologuer les organismes de FMC et ont fixé un barème que chaque médecin devra appliquer (250 points en 5 ans). Le décret terminal est en cours de parution.

Par ailleurs, chaque médecin devra aussi se soumettre à une évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La Haute Autorité de Santé (HAS), organisme d'Etat nouvellement créé, chargé de toutes les évaluations en matière de santé, pilote cette action en vue de l'amélioration de la qualité des soins donnés aux patients, le décret final a été récemment publié, les organismes chargés de l'évaluation sont en cours d'homologation.

French Delegation National Report

Following the signing, on 31st March 2005, of agreements between the Health Minister and Hospital Doctors Union Representatives, under the “new hospital governance” framework, meetings took place to finalise how the rules would be applied.

One of the main points addressed relates to the status of hospital doctors, which has seen no changes in more than 20 years and that is now seen to be no longer suited to “the activities of an outward looking modern hospital co-operating with all sectors of the health profession.”

Under the new governance, hospital health professionals are assigned responsibility for decision-making and management of the institution. Alongside the Hospital Medical Commission (CME) attended by all department heads and, in equal numbers doctors who are not department heads elected by their pairs, a Management Committee has been set up comprising on the one hand the doctors (including the Chair of the Hospital Medical Commission) and on the other hand an equal number of hospital administrative staff (including the Hospital Managing Director). In addition, the hospital is divided into different sectors of activity. Each sector is under the control and responsibility of a doctor who, in turn, is assisted by a Health Manager and a member of the administrative staff. Each medical sector brings together various services or functional units under the responsibility of a hospital department head.

Each hospital doctor is selected for appointment by a national jury for their speciality. However, final appointment has to be signed by the Health Minister.

The current dispute hinges on the appointment of hospital doctors and their nomination as department heads. The professional unions demand that the appointment continue to be made by the Health Minister, thus setting them at the same administrative grade as the Director. However, the administrative and political lobby demand that appointments be made by the Hospital Director, the Chair of the Hospital Medical Commission and the Head of the sector concerned. The unions see this as jeopardising the independence of medical practice and threaten to take protest action. The administrators argue for flexibility and adaptability in meeting local needs. Meanwhile, the politicians consider decentralisation of minor decision-making to be normal.

The second point under discussion concerns the National Management Centre (Centre National de Gestion) that also emerged from the law on new hospital governance. The Centre's role is to manage hospital doctors' careers and also, although separately, the careers of directors and senior hospital managers. Its utility is widely recognised, but setting it up is proving to be difficult,

especially over the issue of membership of the Administration Board where doctors are relatively poorly represented.

Another question remains unresolved: certain medical activities in public hospitals are considered to lack sufficient recognition, whereas in the private sector the hard conditions endured by those exerting the same tasks are acknowledged, with accompanying benefits in terms of remuneration. Surgeons were the first to express demands, soon followed by anaesthetists, resuscitators and so on. Subsequently, on the grounds of a single shared status, union representatives called for an extension of such advantages to cover all hospital doctors.

This explains how a new designation was created to respond to these demands as also to others such as those relating to administrative workload and responsibilities, known as “the variable additional part”. Subject to certain conditions, surgeons and psychiatrists first, followed later by other specialities, will benefit from this provision; meanwhile, remuneration of administrative tasks is under discussion.

The question of retirement is still being negotiated. Hospital doctors’ pension contributions are paid into an organisation, IRCANTEC, whose management system recently required changes to assure its very survival. Hospital doctors are demanding representation within the Administration Board in proportion to the number of their members, which is far from being the case at present.

The retirement pension of university professors-hospital doctors is based on their university salary alone. Their remuneration from hospital work, although equal to their university salary, does not entail contributions towards a pension scheme. Everyone agrees that this is a serious injustice, but under French legislation contributing to two State pension schemes is prohibited. The government has made overtures with the idea of considering hospital remuneration to be comparable to a bonus system and therefore being entitled to pension rights, but within extremely low limits. Discussions are under way to find a way of boosting the pensions of professor-hospital doctors, whose pensions are currently lower than those who only work as hospital doctors.

French law requires all doctors to take part in further medical training. Three national councils, one for private doctors, the second for State salaried doctors and the third for hospital doctors, have defined the operating rules and criteria to certify further medical training organisations and set a learning scale to be applied by all physicians (with 250 marks to be gained in 5 years). The final decree is in the process of being published.

Furthermore, each doctor will also have to submit to an evaluation of professional practice. The French National Authority for Health (Haute Autorité de Santé or HAS), a newly created State organisation entrusted with all evaluations in health matters, ensures control for this initiative with a view to improving the quality of patient care. The final decree has recently been published and the organisations entrusted with evaluation are in the process of certification.