



**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 ΙΑΤΡΩΝ 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 ZDRAVNIKOV  
EUROPSKA ASOCIACIA NEMOCNICNÝCH LEKAROV  
EUROPSKA UDRUGA BOLNIČKIHI LIJEČNIKA  
ΕΒΡΟΠΕΪΣΚΑ ΑΣΟΪΙΑΪΙΑ ΝΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΝΗΧΝΗ ΛΕΚΑΡΗ  
ASOCIATIA EUROPEANA A MEDICILOR DIN SPITALE**

<b>Document :</b>	<b>AEMH 11-070</b>
<b>Title:</b>	<b>National Report France – Rapport France</b>
<b>Author :</b>	<b>Professeur Claude-F. DEGOS</b>
<b>Purpose :</b>	<b>Information</b>
<b>Distribution :</b>	<b>AEMH Member Delegations</b>
<b>Date :</b>	<b>23 May 2011</b>

## RAPPORT NATIONAL DE LA France

**Professeur Claude-F. DEGOS**

L'an passé, la délégation française à l'AEMH n'avait pas diffusé de rapport national car nous étions dans l'attente de la publication imminente d'une loi qui devait modifier profondément l'exercice médical en France.

Cette loi, Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) a été promulguée le 20 Juillet 2010 et ses décrets d'application (plus de 200) ne sont pas encore tous parus. Elle était tellement ambitieuse qu'elle s'est avérée soit incomplète, soit inapplicable en l'état et une loi correctrice sur plusieurs articles vient d'être votée hier par le Parlement.

En ce qui concerne les Etablissements Publics de Santé (EPS) voici les grands axes rapidement esquissés car le texte de la loi – même dans sa seule composante hospitalière – est trop long pour être analysé :

- le Conseil d'Administration disparaît au profit d'un Conseil de Surveillance aux pouvoirs réduits et non décisionnels ;

- il existe un net renforcement de l'autorité et des pouvoirs du Directeur Administratif puisqu'il assure désormais, en supplément des attributions qui étaient siennes, plusieurs des missions jusque là de la compétence du Conseil d'Administration. Par ailleurs, la gestion de l'établissement gagne en autonomie par rapport à la situation ancienne et ceci ajoute encore à ses responsabilités. Les décisions sont prises après avis du Comité Directeur qu'il préside ;

- le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) – chambre représentative du corps médical de l'hôpital composée de membres élus – devient un acteur-clé très actif avec des prérogatives importantes notamment au sein du Comité Directeur dont il est vice-président ou en raison des décisions qui sont prises réglementairement conjointement avec le Directeur Administratif.

Il est élu par la CME.

- Le Comité Directeur est une instance paritaire médico-administrative réduite en nombre (8 à 16) qui traite de toutes les affaires concernant le fonctionnement de l'hôpital. Le Directeur Administratif en est Président avec voix prépondérante, le Président de la CME en est vice-président. Cet organe est, de fait, le lieu de toutes les décisions importantes et notamment de l'affectation et du recrutement des médecins.

- La Commission Médicale d'Etablissement est une instance dont les pouvoirs, qui, déjà n'étaient que consultatifs, mais dont l'avis sur le budget était réglementairement indispensable, se trouvent à présent très faibles. En nombre élargi, elle comprend les représentants de chaque collège de médecins (chefs d'unités, adjoints et assistants, personnel médical non titulaire), elle entend les rapports, elle est informée des décisions, elle donne des avis purement formels. A l'inverse, son président qu'elle élit pour 3 ans est doté d'importantes responsabilités qu'il partage avec le Directeur Administratif.

- Les services médicaux, naguère autonomes, sont regroupés depuis quelques années en pôles d'activités. Le responsable du pôle, nommé par le Directeur Administratif, devient dans le principe et sans doute progressivement, attributaire d'une délégation de sa part qui pourra aller jusqu'à la gestion du personnel non médical du pôle ainsi qu'à une délégation de signature à l'intérieur d'un budget défini. Les services deviennent des unités et des chefferies de services sont vouées à ne plus avoir aucun rôle administratif.

La loi HPST comporte aussi un volet géographique en définissant un nouveau découpage en Territoires de Santé qui affecte les établissements de santé publics et privés comme les autres modes d'exercices médicaux.

Dorénavant, les autorisations d'exercice doivent tenir compte de ces territoires et la philosophie primitive, même si elle éprouve des difficultés dans la pratique, voulait favoriser les filières et les réseaux, diminuer l'hospitalocentrisme et n'autoriser les plateaux techniques lourds que pour un nombre restreint d'établissement du territoire.

C'est ainsi que la décentralisation se poursuit. Depuis plusieurs années, seuls les établissements de soins, publics et privés se trouvaient administrés par des Agences Régionales, mais à présent, l'ensemble des activités sanitaires et médicosociales est placé sous l'organisation et la responsabilité d'Agences Régionales de Santé (ARS). Ces agences dotées d'une réelle autonomie éprouvent des difficultés de mise en place tant il est vrai qu'elles doivent couvrir un très large champ d'action.

Beaucoup d'autres aspects de cette loi HPST pourraient intéresser les délégations à l'AEMH et je suis prêt à en adresser en email, un exemplaire... qui, malheureusement n'existe qu'en langue française.