



**ASSOCIATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX
EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS
EUROPÄISCHE VEREINIGUNG DER LEITENDEN KRANKENHAUSÄRZTE
EUROPESE VERENIGING VAN STAFARTSEN
DEN EUROPÆISKE OVERLÆGEFORENING
ΕΥΡΩ ΑΙΚΟΣΙΙΕΥΛΛΟΓΟΓΟΣ ΔΙΕΥΟΥΝΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
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
EURÓPSKA ASOCIÁCIA NEMOCNICNÝCH LEKÁROV**

| | |
|-----------------------|--|
| Document : | AEMH 03/030 FR |
| Title: | National Report France (comments in French) |
| Author : | Dr. Poilleux |
| Purpose : | Information |
| Distribution : | AEMH Member Delegation |
| Date : | August 2003 |

ASSOCIATION EUROPEENNE DES MEDECINS DES HOPITAUX

Rapport de la Délégation française

Copenhague
4-6 septembre 2003

Le système hospitalier français est fait d'un maillage serré d'établissements, publics et privés, dont la taille et le degré de développement technologique sont très différents. Ce système est naturellement très sensible aux conditions économiques générales.

L'objectif est de faire profiter tous les Français d'une médecine de haute qualité. Sauf à limiter l'accès aux soins, l'augmentation des dépenses de santé est inéluctable puisque essentiellement liée aux progrès médicaux et au vieillissement de la population.

Le contrôle de la qualité s'applique aujourd'hui dans les établissements de soins comme dans toutes les entreprises, industrielles ou commerciales. Les « qualitiens » obligent à multiplier les documents destinés à apporter la preuve écrite d'une qualité qui, en matière médicale, doit se juger d'abord sur les résultats.

L'accréditation des hôpitaux, publics et privés, est également une obligation réglementaire. Sa préparation dans chaque établissement multiplie les réunions et diminue d'autant la présence auprès des malades.

La réduction du temps de travail, spécificité française, éloigne encore les médecins de leurs patients. Heureusement un assouplissement a été mis en place récemment pour éviter la démedicalisation hospitalière. Certains jeunes médecins sont aujourd'hui très favorables à un allègement de leur vie professionnelle mais veulent, bien sûr, que leurs revenus restent identiques.

Les directives européennes, concernant l'intégration des gardes dans le temps de travail et le repos de sécurité, devraient être appliquées en France depuis longtemps. Après des négociations serrées, le gouvernement français, au prix d'une discrète modification de l'organisation de la permanence des soins et d'un jeu sémantique subtil, a rendu applicable ces mesures.

La nouvelle organisation des soins distingue le service quotidien de jour suivi d'une permanence sur place, le service quotidien de jour suivi d'une astreinte à domicile et le service en temps médical continu dans certaines conditions et pour certaines activités (Urgences, Réanimation, Anesthésie, Obstétrique...).

Chaque établissement *arrête l'organisation annuelle des activités et des besoins en temps de présence médicale*. Un tableau nominatif prévisionnel est établi tous les mois au niveau de chaque service.

L'activité libérale à l'hôpital, pour les médecins exerçant à temps plein, fût longtemps menacée et a été soumise à des règles récentes sur l'encaissement des honoraires par l'administration. Une bouffée de liberté vient de lui être rendue par la suppression de cette contrainte, à la satisfaction de tous ceux qui en bénéficient mais au prix d'un contrôle plus strict de l'activité par les commissions ad hoc.

La retraite des médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires, touchée par la loi portant réforme des retraites, doit faire l'objet d'une concertation prochaine concernant l'allongement de la durée de cotisation pour une retraite à taux plein et l'augmentation de la cotisation vieillesse du régime général, alors même que l'âge légal de départ en retraite est maintenu. De ce fait, il apparaît indispensable de favoriser parallèlement l'allongement de la durée du travail par un système de bonifications dans le cadre du volontariat.

La spécificité statutaire des médecins hospitalo-universitaires, rattachés au ministère de l'éducation nationale, a imposé une négociation récente difficile pour qu'ils puissent bénéficier des avantages acquis par les autres salariés en ce qui concerne leur protection sociale, l'aménagement de leur carrière, la capitalisation sur plusieurs années des congés non pris au titre de leurs droits à effectuer des missions temporaires, l'attribution d'indemnités universitaires comme celles versées aux autres enseignants non médecins...

Le programme Hôpital 2007 est la grande nouveauté des douze derniers mois. Le gouvernement a conçu ce programme pour moderniser les établissements, en améliorer le financement et y rendre les médecins heureux !

Notre ministre, brillant pédiatre néonatalogiste et fin politique, a fondé son projet sur *la réorganisation hospitalière* pour lutter contre « le désenchantement hospitalier ». Ce désenchantement se traduit par le découragement de beaucoup, une moindre réactivité de la communauté aux progrès médicaux, une poussée de reproches adressés aux tutelles, une perte de confiance dans l'avenir.

Le plan Hôpital 2007 veut moderniser les statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale et veut restaurer l'attractivité des CHU et leurs partenariats avec le monde de la santé et l'université.

La recomposition hospitalière annoncée souhaite décloisonner l'hôpital et donc favoriser la complémentarité entre médecine hospitalière publique et médecine privée. Cette réorganisation passe par une amélioration de la « gouvernance de l'hôpital ».

- Il est prévu de mettre en place dans chaque établissement un comité de direction réunissant, autour du directeur général et de son équipe, un certain nombre de médecins hospitaliers.
- Le rapprochement de services complémentaires, au sein de fédérations de services ou pôles, devrait participer au décloisonnement nécessaire et à l'homogénéisation indispensable. Ces pôles et leur médecin responsable contracteraient avec le comité de direction et se verraient ainsi reconnaître une autonomie d'organisation et de gestion.
- Une modification des différentes instances est prévue (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité technique d'Etablissement).

La décentralisation, vers les régions, du pouvoir, aujourd'hui détenu par l'Etat jacobin, constitue pour beaucoup l'espoir d'une gestion plus proche des réalités quotidiennes.

Elle reposera sur des « territoires » (bassins de vie et d'activité) échappant aux règles actuelles, trop rigides, imposées par le découpage en secteurs sanitaires à l'intérieur des frontières des départements et des régions.

Les regroupements opérationnels de praticiens d'établissements voisins au sein de ces territoires sont fortement encouragés pour pallier le déficit démographique médical (surtout en obstétrique, anesthésie, chirurgie, pédiatrie) et limiter les dépenses en centralisant, sur un site unique, la permanence des soins et la modernisation technologique. Ils permettront sans doute d'améliorer la complémentarité entre les secteurs publics et privés.

Le financement des hôpitaux fait l'objet également d'innovations importantes.

- La modification du code des marchés publics, forme sophistiquée de la réglementation bureaucratique, est destinée à redynamiser l'achat public par la simplification.
- Le budget global, qui assure aujourd'hui le financement des hôpitaux, vit ses derniers moments. La tarification se fera, désormais, à l'activité. Ainsi les hôpitaux seront payés pour ce qu'ils font.
- Une enveloppe financière de près de 6 milliards d'euros sur cinq ans est prévue pour permettre la modernisation des établissements tant dans leur architecture que de leurs équipements. Ainsi la politique d'investissements se trouvera facilitée et les modalités pratiques devraient être simplifiées.

Le plan Hôpital 2007 repose sur quelques grands principes : décentralisation, complémentarité, aide à l'investissement, remplacement progressif du budget global par la tarification à l'activité, transformation de la gouvernance de l'hôpital par la réorganisation des pouvoirs au sein des établissements, par l'implication institutionnelle des médecins et par l'application de la liberté d'organisation...

Ces projets ne font pas, dans l'immédiat, l'unanimité car il y a toujours dans notre corporation, « des hommes ou des femmes, de principe, opposés à tout changement, refusant la responsabilité du pouvoir et s'abritant derrière la dilution collective et le partage rassurant de la décision ».