



**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 ΑΣΟCΙΑCΙΑ ΝΑ ΣΤΑΡΣΗΤΕ ΒΟΛΝΗCΗΝΗ ΛΕΚΑΡΗ**

Document :	AEMH 09-039
Title:	National Report France (FR)
Author :	AEMH European Secretariat
Purpose :	Information
Distribution :	AEMH Member Delegations
Date :	29 April 2009

Paris, le 29 April 2009

FRANCE – Rapport National 2009

Une fois de plus, le monde hospitalier français vit une période d'émoi. Une nouvelle loi, après celle de 1992, après les ordonnances de 1996, après le texte législatif de 2003 a été votée par les députés, sous une mouture qui ne reflétait plus les conclusions issues des discussions et des négociations parfois âpres qui avaient été menées pendant plusieurs semaines. En effet, le Gouvernement a profité d'une séance nocturne à la Chambre des Députés pour faire passer des amendements concernant l'hôpital qui contredisaient les accords préalables et même des articles de loi pourtant votés l'après-midi même.

Un très fort mouvement hospitalier d'opposition s'est alors manifesté et il est venu rejoindre les très nombreux médecins d'exercice libéral, mécontents et opposés à la loi pour différents motifs.

Un repêchage pourrait avoir lieu au Sénat dans la semaine du 11 au 18 Mai et les propositions d'amendements arrivent de toutes parts. Les Sénateurs paraissent prêts à revoir certains articles de la loi et une commission paritaire parlementaire écrira le texte définitif.

La réforme hospitalière avait débuté en 2003 sous l'impulsion du Professeur J.F. MATTEI, un de nos collègues alors ministre chargé de la Santé. Appelée "Loi Hôpital 2007", elle fixait avec une date butoir des objectifs clairs, discutés avec tous les acteurs hospitaliers. Elle dégagait des fonds considérables pour rattraper le retard en équipements, pour moderniser les établissements, pour accompagner les regroupements des hôpitaux de taille insuffisante ou à activités redondantes. Elle modifiait les sources de financement des établissements en instituant une tarification à l'activité (T2A) pouvant aller progressivement jusqu'à 50 % des ressources, l'autre moitié restant sur le mode du budget global. De plus, des financements spéciaux étaient prévus pour certaines activités d'intérêt général (MIGAC) ou encore pour couvrir les frais d'enseignement, de recherche et d'innovation (MERI).

Elle instituait une gouvernance équilibrée entre les médecins et le management en favorisant les lieux de dialogues, en redonnant aux structures médicales une masse critique et un poids suffisant, capables d'influer sur la politique générale de l'hôpital par la création de pôles d'activité regroupant les services dirigés par leur chef lequel était nommé par le ministre sur proposition de la spécialité concernée et selon les postes vacants.

La Direction des pôles s'appropriait les questions administratives et était organisée d'un commun accord entre les médecins et l'administration.

Un conseil exécutif restreint de l'établissement composé pour moitié de représentants médecins et de gestionnaires avait mission de mettre en œuvre les options stratégiques arrêtées par le Conseil d'Administration. La Commission Médicale d'Etablissement (CME) examinait les candidatures des médecins volontaires pour venir travailler dans l'établissement, donnait son avis sur le budget et sa réalisation, procédait à l'élaboration du projet médical lequel était proposé au Conseil d'Administration conjointement par la Direction de l'Etablissement et le Président de la CME.

Depuis lors, les choses ont bien changé. La tarification à l'activité représente 100 % des ressources, le MIGAC et le MERI sont devenus moins aisés à obtenir et les hôpitaux, pour un grand nombre, ont accusé des déficits souvent considérables, les obligeant à mettre en place des plans sociaux avec non remplacement des départs à la retraite voire avec des licenciements. Pour améliorer l'efficacité, l'administration a institué une "part variable" de la rémunération des médecins non pas tant pour compenser des exercices particulièrement exigeants ou fatigants comme les syndicats le demandaient mais plutôt pour tenir compte et récompenser les praticiens hospitaliers dont l'activité serait plus soutenue et financièrement plus intéressante afin d'équilibrer les comptes.

Certains à présent parlent d' "hôpital entreprise".

La future loi, qui va être votée, comporte un volet hospitalier important, elle comporte des éléments intéressants à côté d'autres dispositions qui n'intéressent pas l'hôpital ("loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires"). C'est ainsi qu'elle poursuit l'effort de rapprochement des établissements au sein de territoires de santé (nouvelle entité géographique) en allouant à chacun un rôle plus spécifique et en concentrant les plateaux techniques lourds sur l'un d'entre eux. De la sorte est créée une "Communauté Hospitalière de Territoire" (CHT) avec une gouvernance commune pour les questions intéressant l'ensemble. C'est ainsi encore que le Gouvernement prévoit l'extension des allocations pour équipements et refontes architecturales

sous le vocable "Hôpital 2012". Par ailleurs, la loi crée des Agences Régionales de Santé (ARS) alors que celle de 2003 n'avait institué que des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) dont les limites d'actions s'étaient rapidement révélées insuffisantes.

Tout paraissait aller dans le bon sens, en continuité avec les dispositions en cours. Mais c'était sans compter avec les modifications de la gouvernance hospitalière adoptée par les Députés en séance nocturne. Le Président de la République avait bien prévenu : il voulait "un patron dans chaque établissement et ce devait être le Directeur". Tout dorénavant est axé vers cet objectif : la nomination des chefs de service (les services devaient disparaître dans le projet mais les Députés ont rétabli leur existence), c'est le Directeur ; la nomination des chefs de pôles d'activités : c'est le Directeur ; la majorité des voix au sein du directoire (ancien conseil exécutif) : c'est l'administration et donc le Directeur ; le Conseil d'Administration qui se convertit en simple Conseil de Surveillance voit ses anciennes prérogatives devenir du ressort du Directeur ; il en est même du projet médical que le Directeur doit élaborer aidé, éventuellement, du Président de la CME. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers qui jusqu'à présent jouissaient d'un statut unique pourront opter pour une contractualisation avec la Direction et d'autres médecins, jusque là non hospitaliers, pourront aussi rejoindre l'hôpital sur la base de contrats individuels passés avec le Directeur.

Certains parlent à présent de la fin du service public.

Trop c'est trop !

Pour une fois, l'ensemble du corps médical, les syndicats hospitaliers, les Présidents de conférence des Présidents de CME, les représentants des internes et des chefs de clinique, les soignants se sont mobilisés et la manifestation le 28 Avril a été très suivie. Ils espèrent faire modifier les articles scélérats lors du passage devant le Sénat...

Nous vous dirons à Bruxelles ce qu'il en aura été.

Un mot sur la Formation Médicale Continue. L'obligation légale persiste mais le Gouvernement a détruit les modalités adoptées et qui fonctionnaient. Les Conseils Nationaux, les Conseils Régionaux disparaissent. Tout est à reconstruire... Comprenez qui pourra !