

Lieux et modes d'exercice

Si le métier de médecin paraît bien défini, il recouvre des situations différentes selon les modes d'exercice : fonctionnaires de l'État ou des collectivités locales, libéraux, agents publics des hôpitaux ou salariés de droit privé.

Diversité et évolution de l'exercice médical

Pierre Haehnel
Médecin, secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins

Si l'exercice médical en cabinet de ville est toujours vivace et joue un rôle essentiel pour la population dans l'offre de soins, il semble marquer le pas et laisse une place de plus en plus grande à une pratique médicale au sein d'organismes publics ou privés (hôpitaux, cliniques, sociétés privées, administrations...).

Cette évolution a trouvé sa traduction dans les modalités juridiques qui régissent l'exercice avec la croissance des effectifs de médecins salariés. Pour autant, elle touche également le secteur dit libéral et les médecins sont de plus en plus nombreux à exercer dans des établissements de soins privés. Les raisons de cette évolution sont nombreuses, citons-en quelques-unes :

- pour exercer dans les meilleures conditions de qualité, beaucoup de spécialistes ont aujourd'hui besoin d'un plateau technique que seul un établissement peut leur offrir, qu'il s'agisse d'un hôpital ou d'une clinique. Les généralistes n'échappent pas à ce mouvement et on les retrouve de plus en plus nombreux à exercer en établissement, notamment dans le cadre de l'accueil des urgences ou d'unités gériatriques. Ce regroupement de médecins s'accompagne d'ailleurs également du regroupement des établissements eux-mêmes, sous l'effet de contraintes économiques ou politiques. Dans ce cadre, le médecin perd le plus souvent la propriété de son outil de travail s'il n'en perd pas pour autant la maîtrise ;
- les nécessités médico-techniques et le besoin d'une prise en charge globale des patients conduisent à res-

serrer les liens entre professionnels de santé, médecins généralistes et médecins spécialistes, médecins de spécialité différente, médecins et paramédicaux. Cette alliance de savoirs et de compétences s'effectue naturellement au sein de structures accueillant ces différents professionnels. Il faut, cependant, nuancer cette appréciation compte tenu de la mise en place de réseaux informels ou institutionnels offrant également des possibilités de coopération aux médecins de ville ;

- même si la dissociation entre médecins de soins et médecins de prévention apparaît artificielle voire dangereuse pour l'avenir de la santé publique, le développement de la médecine de prévention s'est essentiellement opéré dans un cadre institutionnel : établissements scolaires, services interentreprises de médecine du travail... Rappelons que ces médecins ne peuvent pas donner, pour des motifs déontologiques et réglementaires, de soins aux personnes qu'ils surveillent.

Ce mouvement inéluctable n'a pas toujours rencontré une adhésion spontanée des médecins qui l'ont, le plus souvent, subi. La situation est aujourd'hui différente et des médecins peuvent souhaiter rompre avec un certain isolement qui rend les conditions de travail souvent difficiles. Les médecins souhaitent de plus en plus bénéficier d'avantages difficilement compatibles avec la médecine de ville, comme l'exercice à temps partiel ou la réduction du temps de travail. Un certain nombre d'entre eux est réticent à s'impliquer dans la gestion d'une entreprise médicale ou n'y a pas été préparé. Ce phénomène est amplifié par la féminisation du corps médical.

La diversité des situations

L'exercice médical au sein d'organismes publics ou privés se présente sous des modalités très diverses, qui tien-



Les médecins aujourd'hui en France

nent à l'objet même de l'activité. Il peut s'agir de prévention avec les médecins du travail, les médecins de protection maternelle et infantile (PMI), les médecins scolaires, ou de soins avec les praticiens hospitaliers, les médecins exerçant en clinique, ceux ayant une activité dans les centres de santé ou encore des activités de contrôle ou de recherche au sein d'organismes publics ou privés.

La variété s'exprime également dans les statuts de ces médecins : ils sont fonctionnaires de l'État ou des collectivités locales, agents publics, salariés de droit privé et d'autres enfin, qui ont gardé un statut libéral, sont liés par des contrats d'exercice.

Les médecins fonctionnaires sont recrutés par concours et disposent de la garantie de l'emploi. C'est le cas par exemple des médecins de PMI relevant du statut des médecins territoriaux (conseils généraux) ou encore des médecins scolaires gérés par l'Éducation nationale. Cependant, l'État et les collectivités locales se sont réservé la possibilité de continuer à recruter, de gré à gré, des médecins par contrats à durée déterminée (de 3 ans renouvelables en général). Se côtoient ainsi, sur des postes identiques, des médecins à statuts différents...

Le même hétérogénéité se retrouve à l'hôpital avec des praticiens recrutés par concours et soumis à statut (praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel), tandis que d'autres sont employés par contrat à durée déterminée (cf. l'article de Nadia Kica p. 33).

Ces différents statuts donnent d'ailleurs lieu à des modes et à des natures de rémunération très différents les uns des autres alors même que l'exercice en soi n'est pas si éloigné. On aura à l'esprit ici les différences de traitement entre médecins de prévention de la fonction publique et médecins du travail ainsi qu'entre médecins exerçant dans des établissements de soins suivant qu'ils sont ou non à but lucratif.

Quoi de commun, enfin, entre le paiement à l'acte et le salariat ?

Les problématiques communes

Malgré cette diversité, on ne peut s'empêcher de relever un certain nombre de points communs à ces situations qui méritent notre attention.

Ces médecins ne sont pas propriétaires de leur outil de travail et bien entendu leur liberté sera affectée par les liens juridiques qu'ils vont devoir nouer avec ceux-ci. Le médecin de PMI sera tenu par le statut général des fonctionnaires, le praticien hospitalier par son statut particulier, le praticien libéral par son contrat d'exercice en clinique, et le médecin du travail par son contrat de travail et la convention collective. Ces liens juridiques s'imposent aux médecins et, même dans le cadre des contrats, les marges de discussion sont limitées. Les statuts et les contrats définissent les missions des médecins et comportent un certain nombre d'obligations -notamment en termes d'organisation du travail- auxquelles le médecin ne peut se soustraire sous peine d'être exclu de l'organisme où il exerce. Ces textes

prévoient également les droits des médecins et constituent une protection contre l'arbitraire.

Une autre caractéristique tient à la précarité de la situation de nombreux médecins. À l'hôpital, plus de la moitié des emplois médicaux sont tenus par des médecins employés à durée déterminée. Ceci est également le cas de la majorité des médecins travaillant pour le compte de l'État et des collectivités locales. Dans le secteur privé, on rencontre souvent ce type de situations et la précarité juridique se double ici d'incertitudes politiques et économiques (fermetures d'établissements, restructurations) sur la pérennité des activités médicales et des organismes où elles sont pratiquées.

D'autre part les médecins ont tendance à multiplier leurs activités et à diversifier leurs lieux d'exercice. On peut à cet égard rappeler que plus d'un médecin sur deux n'exerce pas à l'hôpital public à temps plein et que de nombreux médecins ont deux activités et cumulent une activité libérale avec leur activité salariée.

S'il est indéniable que cette diversité constitue un enrichissement à la fois personnel et professionnel pour les praticiens, leur implication au sein des organismes qui les emploient peut être plus faible.

Ces modes d'exercice altèrent-ils l'indépendance professionnelle des médecins ?

La réponse doit être négative, et ceci sans nuance même si des dérives existent, nécessitant l'intervention de l'Ordre des médecins. En effet, tous les médecins, quels que soient leur mode et leur lieu d'exercice, sont tenus au même devoir déontologique d'indépendance. Dans un arrêt récent il a été jugé « *qu'eu égard à l'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art et qui est au nombre des principes généraux du droit, il est loisible au patient de rechercher la responsabilité du praticien indépendamment de celle de l'établissement qui l'emploie* » (Tribunal des Conflits 2 mai 2000, sieur Ratinet).

L'opposition caricaturale entre travailleur salarié et travailleur indépendant n'est plus de mise dans le monde du travail, et ceci est particulièrement vrai dans les activités médicales. L'exercice dit libéral est confronté à un certain nombre de contraintes de contrôles et de réglementations, tout comme les médecins exerçant dans des organismes publics ou privés sont soumis à des contraintes hiérarchiques ou organisationnelles.

Dans ce contexte, ce qui protège le mieux l'indépendance du médecin ce sont les compétences avérées qu'il met en œuvre et qu'il doit imposer à son environnement si la nécessité s'en fait sentir.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est parfaitement conscient que les transformations de la société commandent l'évolution de la pratique médicale. Mais, au-delà de toutes les situations rencontrées, le respect par tous les médecins d'une déontologie et l'irréductible responsabilité qu'ils assument vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge, restent le creuset commun de la pratique médicale. ■

Les statuts du personnel médical hospitalier

Nadia Kica
Bureau des affaires
médicales, Centre
hospitalier de Belfort-
Montbéliard

Divers textes (ordonnances, lois et décrets) réglementent l'exercice du personnel médical hospitalier. Tout en ne souhaitant pas faire un historique, nous ne pouvons nous dispenser de citer des textes qui ont eu une incidence certaine sur l'évolution des fonctions du corps médical à l'hôpital. On notera tout d'abord l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Ce texte, dans

son article 5, définit précisément les modalités d'exercice des membres du personnel médical exerçant dans les CHU.

Par la suite, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a défini de nouveaux statuts du personnel médical hospitalier. Le but était notamment d'harmoniser la situation juridique de l'ensemble du personnel médical hospitalier.

À partir de 1984 une série de nouvelles réformes apparaît ayant pour corollaire une fonctionnarisation de la situation juridique du personnel médical hospitalier. Cependant, les médecins hospitaliers ne sont pas

des fonctionnaires mais des agents publics sous statuts. Ils ont des droits et des obligations de service public (continuité de service public).

Ils bénéficient de statuts proches de ceux des fonctionnaires, qui pourtant doivent rester conciliables avec le respect de leurs obligations professionnelles et de leur déontologie (seuls les personnels hospitalo-universitaires sont des fonctionnaires d'État par leur fonction d'enseignement).

On note l'absence de toute hiérarchie des grades et une carrière linéaire où l'avancement s'acquiert par échelon dans un grade unique.

Nous n'aborderons pas le rôle du corps médical au sein des établissements, dans le cadre de leur représentativité dans diverses instances.

Il existe différentes catégories de médecins hospitaliers dont les statuts sont multiples. Les encadrés des pages suivantes présentent de manière synthétique les statuts (modalités de recrutement, d'avancement, d'exercice, de rémunération et certaines dispositions particulières) des corps des :

- professeurs des universités-praticiens hospitaliers et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (p. 33-34*) ;
- praticiens hospitaliers à temps plein (p. 34-35) ;
- praticiens hospitaliers à temps partiel (p. 35-36) ;
- praticiens contractuels (p. 36-37) ;
- assistants des hôpitaux (p. 37-38) ;
- attachés des établissements d'hospitalisation publics (p. 38-39).

Nous étudierons également les modalités d'exercice d'une activité libérale pour les praticiens hospitaliers à temps plein (p. 39).

* rédigé par Christophe Segouin.

tableau 1

Déroulement de carrière et émoluments des praticiens hospitaliers

	Durée dans l'échelon (en années) ¹	Montant brut annuel des émoluments forfaitaires ²
13 ^e échelon		534 941
12 ^e échelon	4	512 264
11 ^e échelon	2	450 590
10 ^e échelon	2	432 590
9 ^e échelon	2	402 590
8 ^e échelon	2	388 590
7 ^e échelon	2	376 590
6 ^e échelon	2	351 590
5 ^e échelon	2	328 590
4 ^e échelon	2	314 590
3 ^e échelon	2	306 590
2 ^e échelon	1	299 590
1 ^{er} échelon	1	294 590

1. Décret n° 2000-503 du 8 juin 2000.

2. Au 1^{er} novembre 2000.

Les personnels enseignants et hospitaliers des CHU

Christophe Segouin

Médecin, chef du service de la Formation continue des Médecins, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Remerciements à Françoise Gury, service du personnel médical, département des projets médicaux, direction de la Politique médicale, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Les personnels enseignants et hospitaliers exercent dans les 27 CHU français (ou dans des établissements publics ou privés ayant passé une convention hospitalo-universitaire). Ils assurent la triple fonction de soins, d'enseignement et de recherche.

Les personnels enseignants et hospitaliers se répartissent en trois catégories :

- les personnels titulaires groupés en deux corps : celui des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des uni-

versités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) dans les disciplines biologiques et mixtes.

- les personnels temporaires qui sont les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) (Praticiens hospitaliers détachés dans le corps des PHU pour une période n'excédant pas huit ans y compris les années de clinat).
- les personnels non titulaires qui comprennent les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU) dans les disciplines biologiques ou mixtes. Ils sont nommés pour une période de deux ans avec la possibilité de deux renouvellements d'une année chacun.



Les médecins aujourd'hui en France

Leur double appartenance, hospitalière et universitaire, est une caractéristique commune qui a des conséquences sur leur statut, leur rémunération et leur protection sociale.

Recrutement

Il s'effectue sur des emplois déclarés vacants, soit par voie de mutation pour les personnels titulaires ayant trois ans de fonctions effectives dans le même établissement, soit par voie de concours nationaux pour les emplois restés vacants à l'issue du tour de mutation. Des non-médecins, réunissant certaines conditions professionnelles et universitaires peuvent être candidats. Nommés, ils ne pourront exercer que des fonctions hospitalières ne nécessitant pas d'actes médicaux (dans certaines disciplines biologiques ou mixtes).

Nomination

MCU-PH : nomination par arrêté conjoint des ministres chargés des universités et de la santé, après avis du conseil de l'UFR et de la CME. Ils sont stagiaires pendant un an avant d'être titularisés.

PU-PH : nomination et titularisation par décret du président de la République après avis du conseil de l'UFR et de la CME.

Avancement

Sur le plan universitaire :

Les deux corps comportent chacun une deuxième classe et une première classe composées chacune de trois à six échelons. Le corps des PU-PH comporte une classe exceptionnelle quand celui des MCU-PH comporte un hors classe.

Sur le plan hospitalier :

Les PU-PH et les MCU-PH sont recrutés au 1^{er} échelon sans reprise d'ancienneté. La grille des PU-PH comporte 5 échelons (12 ans), celle des MCU-PH, 10 échelons (24,5 ans).

Rémunération

Fonctionnaires de l'État, ils perçoivent une rémunération universitaire et des émoluments hospitaliers versés par l'hôpital (et non un salaire) dont le montant est proche de la rémunération universitaire. Ces émoluments n'étant pas soumis à retenue pour pension, leur retraite n'est calculée que sur la partie universitaire.

Exercice de fonctions

Ils « assurent des fonctions d'enseignement pour la formation initiale et continue, des fonctions de recherche et des fonctions hospitalières [...] ». « Ils participent aux tâches de gestion que peuvent impliquer ces fonctions [...] ». « Ils [y] consacrent [...] la totalité de leur activité professionnelle [...] ».

Une activité libérale au sein de l'établissement est possible, limitée à une ou deux demi-journées selon qu'il y a ou non utilisation de lits. Une ou deux demi-journées peuvent être consacrées à des tâches d'intérêt général en soins, enseignement ou recherche (notion soumise à l'appréciation du directeur de l'établissement hospitalier). Ils ne peuvent cumuler l'activité libérale et l'activité d'intérêt général au-delà de deux demi-journées.

Positions statutaires

Ils peuvent être :

- en mission (rémunération conservée) : mission temporaire (maximum trois mois par période de deux ans), délégation pour mission d'étude ou enseignement sans émoluments hospitaliers (deux ans au plus non renouvelable avant trois ans) ;
- en détachement (sans rémunération hospitalière ni universitaire) : dans différentes structures publiques ou d'intérêt général, pour une durée variable ;
- mis à disposition, mis en disponibilité.

Garanties disciplinaires et insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont, par ordre croissant de gravité : l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté d'échelon, l'abaissement d'échelon, la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération, la mise à la retraite d'office et la révocation avec ou sans suspension des droits à pension.

Cessation de fonction

En dehors des situations de licenciement, révocation ou démission, la cessation définitive d'activité a lieu au départ à la retraite fixé à 65 ans. Des reculs de limite d'âge peuvent être accordés en fonction du nombre d'enfants élevés ou encore à charge.

Seuls les PU-PH qui ont demandé à bénéficier du surnombre universitaire peuvent solliciter le maintien de leur activité hospitalière en qualité de consultant des hôpitaux. Ils sont nommés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration de l'établissement hospitalier pour une durée d'une année éventuellement renouvelable deux fois un an. Les consultants des hôpitaux conservent leur statut de PU-PH, mais ne peuvent être chefs de service.

Textes de référence concernant les titulaires (MCUPH et PUPH)

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU, modifié.

Décret n° 84-431 du 6 juin 1984 relatif au statut des enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur.

Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions de fonctionnaires de l'État et à certaines modalités de cessation de fonctions.

Les praticiens hospitaliers à plein temps

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies dans le Code de la santé publique. Sous réserve de leur accord, ils peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements, notamment

pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par le ministre de la Santé et publiés au JO. Peuvent faire acte de candidature :

- les praticiens hospitaliers candidats à la mutation ;

- les praticiens des hôpitaux à temps partiel, sous certaines conditions ;
- les PH ou les praticiens des hôpitaux à temps partiel qui sollicitent leur réintégration à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité ou à l'expiration d'un congé longue maladie ou de longue durée ;
- les personnels enseignants et hospitaliers titulaires qui sollicitent une intégration dans le corps des PH ;

- les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité après réussite au concours national ;
- par dérogation, les praticiens des hôpitaux à temps partiel dont le poste a été transformé en poste à temps plein, sous certaines conditions ;
- par dérogation, les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes de nationalité étrangère sous certaines conditions et inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité.

Nomination

Elle est prononcée par le ministre chargé de la Santé après avis de la commission nationale statutaire et des avis motivés de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration.

Les candidats, recrutés au titre des épreuves de type II du concours national des praticiens hospitaliers, sont nommés pour une période probatoire d'un an. À l'issue de cette période, les praticiens sont, après avis de la commission régionale statutaire (le cas échéant par la commission nationale statutaire), soit nommés à titre permanent, soit admis à prolonger leur période probatoire pour une durée d'un an, soit licenciés pour inaptitude à l'exercice des fonctions en cause par le ministre de la Santé.

Avancement

La carrière des praticiens hospitaliers comprend treize échelons dont l'avancement est prononcé par le préfet.

Rémunération

Les praticiens perçoivent après service fait des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées.

Le praticien bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget, en cours de rédaction).

Les praticiens ont la responsabilité de la permanence médicale des soins et ils doivent notamment :

- assurer les services quotidiens du matin et de l'après-midi ;
- participer aux différents services de gardes et astreintes.

Ils doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- être mis à disposition d'une administration de l'État, d'un établissement public de l'État ou d'un groupement d'intérêt public sous réserve de leur accord ;
- être placés en position de détachement soit sur leur demande, soit d'office ;
- être mis en disponibilité soit d'office, soit sur leur demande,
- bénéficier de la prime de service public exclusif ;
- bénéficier de la prime multi-établissements ;
- exercer une activité d'intérêt général ;
- exercer une activité libérale ;
- associer une demi-journée d'intérêt général et une demi-journée d'activité libérale ;
- bénéficier d'une cessation progressive d'exercice.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont l'avertissement, le blâme, la réduction d'ancienneté de service entraînant une réduction des émoluments, la suspension pour durée maximale de six mois avec suppression totale ou partielle des émoluments, la mutation d'office, la révocation.

L'insuffisance professionnelle consiste en une incapacité dûment constatée à accomplir les travaux ou à assumer les responsabilités relevant normalement des fonctions de praticien hospitalier. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien.

Elle a pour effet soit la modification de la nature des fonctions du praticien, soit d'une mesure de licenciement avec indemnité. Elle est distincte des fautes à caractère disciplinaire.

Cessation de fonctions

La limite d'âge des praticiens est fixée à soixante-cinq ans. Par dérogation, elle est de soixante-huit ans pour les praticiens hospitaliers précédemment phtisiologues et psychiatres anciens médecins des hôpitaux psychiatriques.

Textes de base

Décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des PH, modifié par les décrets 88-665 du 6 mai 1988, 89-698 du 20 septembre 1989, 92-1169 du 26 octobre 1992, 95-241 du 28 février 1995, 95-555 du 6 mai 1995, 97-623 du 31 mai 1997, 97-1175 du 23 décembre 1997, 99-563 du 6 juillet 1999 et 99-693 du 3 août 1999, 2000-503 du 8 juin 2000.

Décret n° 99-517 du 25 juin 1999 organisant le concours national de praticien des établissements publics de santé et arrêté du 28 juin 1999.

Les praticiens hospitaliers à temps partiel

Les praticiens hospitaliers assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies dans le Code de la santé publique. Sous réserve de leur accord, ils peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements de la même façon que les PH à temps plein.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et publiés au Journal Officiel.

Peuvent faire acte de candidature :

- les praticiens des hôpitaux, sous réserve de compter au moins trois ans de fonction dans un même service (sauf dérogation du préfet de région) ;
- les praticiens des hôpitaux à temps plein, sous certaines conditions ;

- les PH ou les praticiens des hôpitaux à temps partiel qui sollicitent leur réintégration à l'issue d'un détachement, d'une disponibilité ou à l'expiration d'un congé longue maladie ou de longue durée ;

- les personnels enseignants et hospitaliers titulaires sous réserve de compter au moins trois ans de service en cette qualité ;
- les candidats inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité après réussite au concours national.



Les médecins aujourd'hui en France

Nomination

Elle est prononcée par le préfet de région après avis de la commission paritaire régionale et des avis motivés de la CME et du conseil d'administration.

Avancement

La carrière des praticiens hospitaliers comprend treize échelons dont l'avancement est prononcé par le préfet.

Rémunération

Les praticiens perçoivent après service fait, des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés et du nombre de demi-journées d'activité à l'hôpital et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à six demi-journées. Il peut être ramené à cinq ou quatre demi-journées dans certaines disciplines ou spécialités dont la liste est fixée par

arrêté du ministre chargé de la Santé. Le praticien bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget, en cours de rédaction).

Les praticiens ont la responsabilité de la permanence médicale des soins et ils doivent notamment :

- participer à l'ensemble de l'activité du service ou du département ;
- participer aux différents services de gardes et astreintes.

Les praticiens doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- être mis à disposition d'une administration de l'État, d'un établissement public de l'État ou d'un groupement d'intérêt public sous réserve de leur accord ;
- être placés en position de détachement soit sur leur demande, soit d'office,
- être mis en disponibilité soit d'office, soit sur leur demande,

- exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont les mêmes que pour les praticiens hospitaliers à temps plein.

Cessation de fonctions

La limite d'âge des praticiens est fixée à soixante-cinq ans. Il peut être mis fin aux fonctions d'un praticien des hôpitaux à l'issue de chaque période quinquennale d'activité dans les conditions déterminées par le Code de la santé publique.

Textes de base

Décret n° 85-384 du 29 mars 1985 portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics, modifié par les décrets 93-111 du 21 janvier 1993, 95-242 du 28 février 1995, 96-641 du 15 juillet 1996, 97-624 du 31 mai 1997, 99-564 du 6 juillet 1999, 2000-504 du 8 juin 2000.

Les praticiens hospitaliers contractuels

Les hôpitaux publics ont la possibilité, pour diverses raisons (motivées), de recruter des praticiens contractuels. Les praticiens contractuels, lorsqu'ils exercent à plein temps, s'engagent à consacrer la totalité de leur activité professionnelle au service de l'établissement employeur. Ils ne peuvent exercer d'activité libérale, ni être autorisés à effectuer des expertises ou des consultations (au sens de l'art. 28 du D. n° 84-131 et de l'art. 6 du D. n° 84-135 du 24 février 1984). À temps partiel, ils peuvent, sous réserve d'en informer le directeur de l'établissement, exercer une activité rémunérée en dehors du service effectué dans l'établissement public de santé employeur.

Les praticiens contractuels participent au service de gardes et astreintes et doivent satisfaire à l'obligation de

formation médicale, entretenir et perfectionner leurs connaissances.

Conditions et procédures de recrutement

Les établissements qui souhaitent procéder au recrutement d'un praticien contractuel, doivent s'assurer que l'intéressé :

- a l'autorisation d'exercer la profession de médecin ou de pharmacien en France ;
- est inscrit au tableau de l'Ordre, notamment dans la spécialité dont il relève et pour laquelle il postule ;
- justifie des conditions d'aptitudes physiques et mentales nécessaires à l'exercice des fonctions hospitalières concernées (certificat délivré par un médecin agréé) ;
- n'a fait l'objet ni d'une privation de ses droits civiques ni d'une interdiction d'exercice de la profession ;
- est en position régulière vis-à-vis du service national ;
- est en situation régulière quant à la réglementation relative aux conditions de séjour

et de travail pour les étrangers (médecins étrangers autres que les ressortissants CEE) ;

- est âgé de moins de 62 ans.

Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après :

- l'avis du chef de service ou de département concerné ;
- l'avis de la commission médicale d'établissement ;
- l'avis de la Drass (1 mois, conformité au plan d'établissement) ;
- le praticien contractuel transmet le contrat au conseil de l'ordre dont il relève ;
- pour les contrats d'une durée inférieure ou égale à trois mois, l'avis des seuls médecin chef de service et président de la CME.

Le contrat est écrit et comporte des dispositions obligatoires.

Textes de base

Décret n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié par les décrets n° 95-651 du 9 mai 1995 et n° 97-6929 du 31 mai 1997.

Les conditions de recrutement des praticiens hospitaliers contractuels

Motifs	Durée	Rémunération
Surcroît occasionnel d'activité	6 mois par période de 12 mois	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
En cas de nécessité de service, remplacement des absences ou des congés statutaires des praticiens hospitaliers temps plein ou partiel et dont le remplacement ne peut être assuré dans les conditions prévues par les statuts.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
En cas de nécessité de service, poste d'interne ou de résident non pourvu à l'issue de chaque procédure d'affectation.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement d'un an	Rémunération des assistants spécialistes 1 ^{re} et 2 ^e année à proportion de la durée de travail. 3 ^e et 4 ^e année au même grade possible
En cas de nécessité de service, poste de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel resté vacant à l'issue de chaque procédure statutaire de recrutement.	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
Fonctions temporaires liées à des activités nouvelles hautement spécialisées	6 mois, renouvelable, dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Échelon 1 à 4 majoré de 10 % des PH temps plein et temps partiel
Missions spécifiques temporaires ou non nécessitant une technicité et une responsabilité particulière (liste définie par arrêté du 17 janvier 1995)	3 ans ou moins, renouvelable par reconduction expresse, sous réserve d'emploi budgétaire disponible.	Sur les émoluments de PH temps plein, temps partiel dans les conditions définies par arrêté interministériel.

Remarques : Un même praticien ne peut bénéficier de recrutements successifs en qualité de contractuel au titre d'un ou plusieurs motifs ci-dessus, que pour une durée maximale d'engagement de 2 ans (sauf 6^e).

Les assistants des hôpitaux

Les assistants généralistes et spécialistes des hôpitaux exercent des fonctions de diagnostic, soins et de prévention ou assurent des actes pharmaceutiques ou biologiques sous l'autorité du praticien hospitalier exerçant les fonctions de chef de service ou de département.

Les praticiens qui ne remplissent pas les conditions définies par le Code de la santé publique peuvent être recrutés en qualité d'assistant généraliste associé ou d'assistant spécialiste associé, sous certaines conditions. Les assistants associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du chef du service de leur affectation ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste, biologiste ou pharmacien. Ils

sont associés au service de garde et ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements. Les assistants peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs établissements, notamment pour favoriser les actions de coopération définies dans le Code de la santé publique.

Recrutement

Il s'effectue sur des postes déclarés vacants par l'établissement par voie d'affichage et par tous autres moyens.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice de fonctions hospitalières (certificat médical délivré par un médecin hospitalier).

Les assistants sont recrutés par contrat écrit passé avec le directeur de l'établissement,

sur proposition du chef de service, après avis de la CME et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Durée du contrat

Les assistants sont recrutés pour une période initiale d'un an ou de deux ans, renouvelable par période d'un an pour une durée totale d'engagement de six ans.

Rémunération

Les assistants perçoivent après service fait, des émoluments mensuels variant selon qu'ils sont généralistes, spécialistes ou associés et variables selon l'ancienneté des intéressés et du nombre de demi-journées d'activité à l'hôpital et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.



Les médecins aujourd'hui en France

Ils peuvent en outre, percevoir des indemnités diverses.

Exercice de fonctions

Le service normal hebdomadaire est fixé à dix demi-journées lorsque l'assistant exerce des fonctions à temps plein. Il peut être ramené à 5 ou 6 demi-journées lorsqu'il exerce à temps partiel. L'assistant bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue d'une garde (conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la Santé et du Budget en cours de rédaction).

Les assistants doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les assistants des hôpitaux peuvent :

- sur leur demande et sous réserve de l'avis

du chef de service, bénéficier d'un congé sans solde de 30 jours la première année pour effectuer des remplacements de praticiens exerçant soit dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés, soit en clientèle de ville. Lors de la deuxième année, ils peuvent, sous les mêmes conditions que précédemment, bénéficier d'un congé sans rémunération de 45 jours maximum pour exercer une activité hors de leur établissement d'affectation.

- exercer une activité rémunérée en dehors de leurs obligations statutaires lorsqu'ils exercent à temps partiel.

Garanties disciplinaires & insuffisance professionnelle

Les sanctions disciplinaires applicables sont :

- l'avertissement, le blâme, la suspension pour durée maximale de six mois avec sup-

pression totale ou partielle des émoluments, le licenciement.

En cas d'insuffisance professionnelle il peut être mis fin au contrat sans indemnité, ni préavis.

Cessation de fonctions

Le contrat peut ne pas être renouvelé à l'issue d'une période d'engagement, sous réserve d'une notification signifiée avec un préavis de deux mois. En cas de démission, l'assistant doit également respecter un préavis de deux mois.

Textes de base

Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié par les décrets n° 92-988 du 10 septembre 1992, 94-377 du 10 mai 1994, 95-332 du 27 mars 1995, 97-627 du 31 mai 1997 et 2000-680 du 19 juillet 2000.

Les attachés et attachés associés des établissements d'hospitalisation publics

Les attachés exercent des fonctions hospitalières et participent à l'ensemble de l'activité du service public hospitalier. Ils sont chargés de seconder le chef du service et ses collaborateurs permanents, soit dans les divers aspects de leurs activités de diagnostic et de soins, soit dans la mise en œuvre de techniques d'examen ou de traitement non habituellement pratiqués par les membres du personnel médical.

Les praticiens qui ne remplissent pas les conditions définies par le Code de la santé publique peuvent être recrutés en qualité d'attaché associé.

Les attachés associés exercent leurs fonctions sous la responsabilité directe du chef du service de leur affectation ou de l'un de ses collaborateurs médecin, chirurgien, odontologiste, biologiste ou pharmacien. Ils peuvent exercer des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante. Ils sont associés au service de garde et ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Les attachés peuvent exercer leurs fonctions dans plusieurs services du même établissement ou dans des établissements différents.

Recrutement

Le conseil d'administration, sur proposition du directeur de l'établissement et au vu des demandes des chefs de service, détermine annuellement, le nombre total de vacances susceptible d'être effectuées par des attachés et nécessaires au fonctionnement des services hospitaliers, ainsi que de leur répartition entre les services.

Les candidats doivent justifier qu'ils remplissent les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice de fonctions hospitalières (certificat médical délivré par un médecin hospitalier).

Les attachés sont nommés par le directeur de l'établissement, sur proposition du chef de service, après avis de la CME dans la limite du nombre de vacances attribué au service.

Le nombre total de vacances effectuées hebdomadairement, dans un ou plusieurs établissements ne peut être supérieur à six (huit dans les CHR), sauf dérogation accordée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Durée du contrat

Les attachés sont nommés pour une période initiale d'un an maximum. Leur nomination est renouvelable annuellement.

Rémunération

Les attachés perçoivent après service fait une rémunération mensuelle variant selon le nombre de vacances effectuées et des indemnités pour gardes et astreintes assurées en plus du service normal et n'ayant pas donné lieu à récupération.

Ils peuvent en outre, percevoir une rémunération supplémentaire pour avoir assuré le remplacement imposé par les différents congés ou absences occasionnelles des praticiens de l'établissement.

Exercice de fonctions

Les attachés doivent consacrer au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de vacances hebdomadaires fixé lors de leur nomination.

Les praticiens doivent entretenir et perfectionner leurs connaissances. La formation continue est organisée par la commission médicale d'établissement.

Dispositions diverses

Les attachés peuvent :

- sur leur demande, après deux ans de fonction et sous réserve d'avoir effectué au moins trois vacances hebdomadaires, de l'avis du chef de service et de la CME, être prorogés dans leurs fonctions pour une

période de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

- s'ils ont bénéficié d'une prorogation de trois ans, recevoir le titre d'attaché en premier ou d'attaché consultant sous certaines conditions, notamment d'ancienneté dans la fonction.
- s'ils cessent leurs fonctions au bout de 10 ans d'activité, utiliser le titre d'ancien attaché, d'ancien attaché en premier, d'ancien attaché consultant de l'hôpital de suivi du nom de l'établissement dans lequel il a exercé, (sauf en cas de cessation d'activité pour motif disciplinaire).

Garanties disciplinaires

Les sanctions disciplinaires applicables sont l'avertissement, le blâme, l'exclusion temporaire de fonctions pour durée maximale de six mois et privative de toute rémunération, le licenciement et le licenciement avec exclusion de toute autre fonction hospitalière.

Cessation de fonctions

Il peut être mis fin aux fonctions d'un attaché, sous réserve d'une notification signifiée

avec un préavis de trois mois. En cas de démission, l'attaché doit également respecter un préavis de trois mois. Les attachés ne peuvent en aucun cas rester en fonction au-delà de l'âge de 65 ans.

Textes de base

Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 modifié par le décret n° 97-622 du 31 mai 1997.

L'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public

Les praticiens hospitaliers exerçant à temps plein dans les hôpitaux publics ont la possibilité d'exercer une activité libérale sous réserve que l'intérêt du service public hospitalier le permette.

Les praticiens peuvent pratiquer dans le cadre de leur activité libérale des consultations, des actes et des soins en hospitalisation à condition d'effectuer personnellement et à titre principal ces mêmes activités dans le secteur public hospitalier où ils exercent.

Une commission de l'activité libérale est mise en place par arrêté préfectoral pour une durée de trois ans dans chaque établissement public de santé où des praticiens hospitaliers exercent une activité privée. Son rôle est notamment de veiller au respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent l'activité libérale.

Une Commission nationale de l'activité libérale est nommée par arrêté ministériel pour une durée de trois ans et a pour mission de donner son avis au ministre chargé de la Santé sur les recours hiérarchiques formulés.

Modalités d'exercice

Les praticiens hospitaliers peuvent :

- soit pratiquer une ou deux demi-journées hebdomadaires à des consultations,
- soit utiliser des lits pour l'hospitalisation de malades qui auraient demandé à être traités personnellement par le praticien. Le patient doit formuler expressément et par écrit son choix d'être traité au titre de l'activité libérale du praticien (le nombre de lits ne peut être inférieur à 2 et supérieur à 4 pour un même praticien),
- soit associer une demi-journée hebdoma-

daire de consultations et des lits pour l'hospitalisation des malades.

Les biologistes, les radiologistes et les anesthésistes réanimateurs peuvent pratiquer des traitements, examens ou analyses :

- soit consacrer une ou deux demi-journées hebdomadaires à des malades qui auraient demandé à être traités personnellement par le praticien,
- soit consacrer une demi-journée hebdomadaire à ces patients et pratiquer des traitements, analyses ou examens pour des malades traités au titre de l'activité libérale d'un autre praticien,
- soit pratiquer exclusivement des traitements, analyses ou examens pour des malades traités au titre de l'activité libérale d'un autre praticien.

L'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire et le praticien ne peut pas effectuer un nombre ou un volume d'actes supérieur à celui qu'il pratique dans le secteur public.

Le contrat d'activité libérale : autorisation, renouvellement, modification, suspension et retrait.

L'exercice d'une activité libérale fait l'objet d'un contrat écrit conclu entre le praticien et l'établissement public de santé pour une durée de cinq ans renouvelable.

Ce contrat comprend des dispositions réglementaires et doit être approuvé (dans un délai de deux mois) par le préfet du département après avis de la CME et du CA.

Les modifications ou les demandes de renouvellement doivent faire l'objet de la même procédure que celle du contrat initial.

L'exercice d'une activité libérale peut être sus-

pendu ou retiré à un praticien qui ne respecte pas les obligations que lui impose la réglementation en vigueur. Cette sanction est prononcée par le préfet du département après avis ou sur proposition motivés et arrêtés par la majorité des membres présents de la commission d'activité libérale de l'établissement.

Modalités financières : honoraires et redevances

Les tarifs d'honoraires pratiqués dans le cadre de l'activité libérale doivent faire l'objet d'un affichage dans la salle d'attente du praticien et sont fixés par entente directe entre le praticien et le patient.

Les praticiens perçoivent leurs honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière qui leur reverse mensuellement et qui procède trimestriellement au prélèvement de la redevance.

La redevance est calculée en pourcentage qui varie selon la nature des actes et de la catégorie des établissements. Hors centres hospitaliers régionaux, le montant de la redevance s'élève à 15 % pour les actes cotés en C, CS et CNPSY ; à 20 % pour les actes en K et KC et à 60 % pour les actes en B et Z.

Textes de base

Loi n° 87-39 du 27 janvier 1987, n° 91-748 du 31 juillet 1991 et n° 99-641 du 27 juillet 1999, décret n° 87-944 du 25 novembre 1987 modifié par les décrets n° 88-199 du 29 février 1988, n° 96-579 du 28 juin 1996

Si la suppression du secteur privé à l'hôpital avait été programmée par la loi n° 82-916 du 28 octobre 1982, la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 rétablit l'activité libérale.



Exercice et organisation de la médecine libérale

Gilles Errieau
Médecin

Durant la dernière décennie, les conditions d'exercice des médecins libéraux se sont profondément modifiées. Sans prétendre à l'exhaustivité, il semble possible de regrouper ces évolutions dont beaucoup sont en cours, sous quelques rubriques.

La demande des patients a évolué

Mieux informés, ils souhaitent accéder à l'ensemble des prestations de santé et de soins. Confiants dans le progrès médical, ils entendent bénéficier de son efficacité. La relation médecin malade prend une forme contractuelle : la jurisprudence de la Cour de cassation est, sur ces points, éloquente, à l'obligation de moyens se substitueront l'obligation de résultats et l'obligation d'une information précise et complète. Les demandes de réparations morales et financières des fautes et aléas thérapeutiques vont dans le même sens.

La prochaine étape programmée de ce mouvement est le droit pour le patient d'un accès permanent et exhaustif à son dossier médical. Cela induit déjà l'obligation pour le praticien de garder la trace écrite de chaque geste médical, précipitant la fin d'une tradition orale de la médecine.

Les relations avec l'assurance maladie ont changé

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux s'inscrivent dans un cadre conventionnel. Celui-ci a constitué d'ailleurs l'essentiel de la responsabilité des organismes de protection sociale (CnamTS, et autres caisses) puisque la création des agences régionales d'hospitalisation les a, de fait, déchargés du contrôle des financements hospitaliers.

Bien que d'efficacité globalement limitée, ces conventions ont au moins introduit quatre principes nouveaux :

- combattue et non respectée, la notion d'enveloppe prévisionnelle du financement des soins est une référence inscrite dans la loi annuelle de l'objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (Ondam) votée chaque année par le Parlement. Sa mise en œuvre pour la médecine libérale est confiée aux caisses d'assurance maladie dans le cadre des conventions d'objectifs et de moyens qu'elles signent avec l'État ;
- l'évolution du cadre conventionnel s'est traduit par l'institution, chez les médecins libéraux, de deux conventions séparées, regroupant d'une part les médecins spécialistes et de l'autre les médecins généralistes. Cette séparation a toutes chances d'être définitive ;
- les caisses d'assurance maladie manifestent, sans relâche, leur intention de garantir la qualité des soins qu'elles remboursent par référence à des standards définis par l'Anaes (agence dont elles sont les principaux financeurs). C'est le dispositif des références

médicales opposables (RMO) dont la mise en œuvre reste encore problématique ;

- tout aussi contestées, mais s'imposant de fait, l'informatisation des cabinets médicaux, la carte Sésame Vitale introduisent d'indiscutables éléments de modernité et de gains de productivité dans les relations administratives entre assurés, médecins et caisses d'assurance maladie. Les médecins libéraux redoutent, sans doute à juste titre, une inégale répartition à leur détriment des bénéfices de ces progrès, et l'apparition d'autres contraintes techniques et administratives.

La médecine a beaucoup progressé

Connaissances scientifiques, outils diagnostiques, moyens thérapeutiques ont depuis dix ans considérablement gagné en précision et en efficacité. Il suffit de citer les progrès de la généralisation des appareils d'imagerie médicale, la meilleure compréhension de certaines pathologies, l'apparition et la diffusion massive de médicaments nouveaux, en particulier dans le domaine cardio-vasculaire.

En médecine libérale de nouveaux métiers basés sur des technicités spécifiques, peu invasives, sont apparus et s'exercent dans le cadre d'une médecine ambulatoire.

La surveillance d'une population âgée vivant avec des pathologies chroniques, naguère rapidement mortelles, constitue, en particulier pour les médecins généralistes libéraux, un champ d'activité prioritaire et solvable.

Les médecins libéraux ont changé

La décennie 1990-2000 a vu leur nombre croître de manière très importante dans toutes les disciplines. La progression du nombre de médecins spécialistes a été relativement plus importante que celle du nombre de médecins généralistes pour aboutir à une quasi-égalité des praticiens spécialistes et des praticiens généralistes, ce qui est une singularité française en Europe. Dans la communauté des médecins spécialistes la prospérité des praticiens est hétérogène, les psychiatres et les pédiatres étant moins bien lotis, semble-t-il que les généralistes, et beaucoup moins que les radiologues et les cardiologues.

Pour des raisons réglementaires, le nombre des médecins n'exerçant pas dans le secteur conventionnel strict (lire encadré sur les secteurs conventionnels p. 47) est resté stable autour de vingt pour cent.

La répartition démographique s'est améliorée avec toutefois la persistance d'une surdensité dans les grandes métropoles universitaires, et dans les régions du sud de la France. Enfin, le fait le plus important est peut-être la féminisation croissante des médecins libéraux, les femmes représentant maintenant plus du quart de l'ensemble des praticiens libéraux.

La représentation professionnelle des médecins li-

béraux s'est également modifiée. Le nombre de syndicats reconnus représentatifs s'est accru, mais leur partage d'influence s'est radicalisé autour de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et de MG-France. Ce dernier syndicat a été l'interlocuteur favori des caisses d'assurance maladie.

La plus grande innovation vient de la création des unions régionales de médecins libéraux (URML) comportant des sections de médecins spécialistes et de médecins généralistes. L'année 2000 a vu le renouvellement de leurs élus après un premier mandat de six ans, élections largement remportées par la CSMF, syndicat polycatégoriel. Les URML, dotées de larges responsabilités, prennent progressivement leur place dans le jeu institutionnel modifié par les ordonnances Juppé en 1996.

L'organisation de la formation médicale continue reste balbutiante, largement déléguée à des structures associatives bénévoles, réparties sur l'ensemble du territoire et permettant aux médecins libéraux des liens appréciés et forts de proximité.

Au niveau régional et national, les représentants des médecins libéraux participent aux conférences régio-

nales et nationales de santé dont les travaux et rapports sont censés éclairer le législateur avant le vote annuel de l'Ondam.

Conclusion

Au-delà de ces facteurs qui ont largement modifié les conditions d'exercice de la médecine libérale, de nombreuses incertitudes demeurent. Les plus importantes seront celles de la répartition des missions entre l'hospitalisation publique et des structures libérales (cliniques) de soins hospitaliers, mais aussi plus largement de la répartition de soins dispensés à l'hôpital public et de soins dispensés dans le secteur ambulatoire par des praticiens ayant presque tous un statut libéral

Pour des raisons d'efficacité et de pragmatisme, le niveau régional paraît plus pertinent pour réaliser cette organisation indispensable et les arbitrages nécessaires.

Enfin, l'assurance maladie hésite entre différents statuts privilégiant soit l'étatisation, soit l'autonomisation paritaire, soit la privatisation assurancielle dans un contexte où l'Union européenne est de plus en plus influente. L'exercice de la médecine libérale dépendra largement des solutions qui seront retenues. ■

Praticiens étrangers et/ou à diplôme étranger

Des dérogations existent concernant les conditions d'exercice médical pour les praticiens, étrangers notamment, ne remplissant pas les conditions définies au Code de la santé publique.

Le plein exercice de la médecine en France exige trois conditions : être de nationalité française ou ressortissant d'un des États de l'Union européenne, être titulaire d'un diplôme de docteur en médecine délivré en France ou dans les États de l'Union européenne, être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Des dérogations au dispositif général sont prévues sous forme d'autorisations délivrées par le ministre chargé de la Santé.

- Soit après succès au CSCT et avis d'une commission spécialisée. Un avis favorable est systématique après six ans de fonctions hospitalières. Ce processus mis en place en 1972 devrait faire place à de nouvelles modalités à partir de 2002.

- Soit après succès aux épreuves d'aptitude aux fonctions de praticien adjoint contractuel (PAC), nouveau cadre hospitalier créé en 1995, et trois ans dans la fonction ou six ans de fonction hospitalière au total.

Les fonctions hospitalières exigées pour ces dérogations sont les fonctions précaires d'attaché associé, d'assistant associé et de faisant fonction d'interne.

Au 31 décembre 1998, 3 618 médecins de nationalité étrangère, inscrits à l'Ordre, praticiens adjoints contractuels hormis les exerçant en France dont 2 180 venaient des pays de l'Union européenne notamment de Belgique, d'Allemagne, d'Italie, d'Espagne et 906 étaient originaires du Maghreb.

Quel que soit le mode d'accès au plein exercice, la pratique d'une spécialité est réservée aux titulaires d'un diplôme d'études spéciales (DES), à l'exclusion des anciens internes à titre étranger, et aux médecins ayant obtenu la qualification par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Dans le cadre des établissements hospitaliers publics et privés partici-

pant au service public, des médecins étrangers ne remplissant pas les conditions du plein exercice ont pu être recrutés dans les fonctions précaires déjà signalées. Leur nombre total a été évalué en 1995 à 7 000 environ (rapport Amiel 1998). Ce type de recrutement n'est désormais plus possible sauf situations particulières exigeant protection (réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial, Français rapatriés). Le personnel médical recruté sur ces postes précaires avant juillet 1999 peut conserver ses fonctions. Il peut également jusqu'en 2001 se présenter aux épreuves d'aptitude aux fonctions de PAC dans la mesure ou trois années de fonctions hospitalières ont été assumées avant le 1^{er} janvier 1999.

Les fonctions qu'assument les médecins étrangers travaillant en France, notamment dans les hôpitaux, en dépit d'une rémunération modeste, représentent un service médical rendu considérable. Cette activité s'associe aux fonctions assumées par nos concitoyens et nullement en compétition avec celles-ci. ■

Marcel Legrain
Membre de l'Académie de médecine

Claire Hatzfeld
Médecin secrétaire général
Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France



Le revenu libéral moyen des médecins de 1992 à 1997

Résumé d'une étude d'Eve Roumiguières, Drees, *Études et résultats*, n° 3, janvier 1999.

Les revenus libéraux des médecins et leurs charges varient fortement selon la nature des actes qu'ils pratiquent. Les spécialités les plus techniques ont les revenus les plus élevés, bien qu'elles aient les charges les plus importantes.

Les médecins qui effectuent essentiellement des consultations et visites s'opposent sur le plan des revenus à ceux dont l'activité est surtout constituée d'actes techniques.

Selon le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Drees), le revenu libéral moyen des médecins varie, en effet, d'un peu plus de 300 000 francs pour les pédiatres et les généralistes à environ 900 000 francs pour les radiologues.

Le revenu libéral des médecins est établi chaque année à partir des honoraires remboursables nets qu'ils perçoivent et d'une estimation des charges liées à leur activité. Ce revenu libéral n'inclut pas les revenus provenant d'une activité salariée ou d'activités annexes.

Il est possible de classer les médecins selon le montant de leurs revenus libéraux en quatre groupes :

- Un premier groupe est composé de praticiens ef-

fectuant des actes dits « intellectuels » : les omnipraticiens*, les pédiatres, les psychiatres. Leur revenu provenant de l'activité libérale est, en moyenne, relativement faible, de l'ordre de 310 000 à 350 000 francs. Les honoraires qu'ils perçoivent sont inférieurs à 600 000 francs. Le poids de leurs charges est très proche et représente entre 40 et 45 % des honoraires perçus.

Toutefois, une part sans doute importante des consultations données par les psychiatres dans le cadre d'une thérapie analytique n'est pas remboursable et ne rentre donc pas dans le cadre de l'étude.

- Un deuxième groupe de médecins perçoit des revenus plus élevés : il s'agit des rhumatologues et des dermatologues vénéréologues.

Leurs honoraires sont compris entre 660 et 750 000 francs et leur revenu entre 340 et 370 000 francs. Leur activité est composée en grande partie d'actes dits « intellectuels » et ils assument des charges de structure identique.

- Un troisième groupe de médecins perçoit des revenus proches de la moyenne : il s'agit des gynécologues, des pneumologues, des gastro-entérologues et des oto-rhino-laryngologistes (ORL).

Leurs honoraires sont compris entre 740 000 et 980 000 francs et leur revenu entre 390 000 et 470 000 francs. Leur activité est mixte et ils assument des charges dont la structure est identique. Leur dispersion de revenu est assez étendue, par exemple, la moitié des pneumologues au sens APE (médecins considérés comme actifs à part entière)** perçoivent un revenu compris entre 260 000 et 580 000 francs.

- Un quatrième groupe est composé de praticiens effectuant plutôt des actes techniques et a des revenus plus élevés : il s'agit des cardiologues, des ophtalmologues et des stomatologues. Leur revenu est en moyenne de 500 000 à 560 000 francs.

Ces spécialistes ont fortement bénéficié ces dernières années du développement des techniques médicales. Ils exercent une activité où les actes techniques sont prépondérants (hormis les cardiologues qui ont une

* Les omnipraticiens regroupent les généralistes purs et ceux ayant une compétence particulière comme les homéopathes ou les acupuncteurs.

** Sont considérés comme « actifs à part entière » (APE) les médecins qui remplissent les conditions suivantes :

- être conventionnés,
- avoir une activité libérale ambulatoire importante (les hospitaliers à temps plein sont exclus),
- accomplir une année complète d'exercice,
- ne pas avoir atteint l'âge habituel de la retraite (65 ans)

tableau 1

Estimation des revenus libéraux moyens de médecins en francs courants 1997 et évolution du revenu libéral moyen en francs courants des diverses spécialités

	Revenus moyens des médecins libéraux à part entière	Revenus moyens de l'ensemble des médecins libéraux	Évolution du revenu libéral 1992-1997
Pédiatres	329 000	315 000	2,6
Omnipraticiens	337 000	321 000	2,5
Psychiatres	335 000	333 000	3,9
Dermatologues	349 000	343 000	0,6
Rhumatologues	369 000	354 000	2,6
Pneumologues	427 000	388 000	3,9
Gynécologues	445 000	415 000	1,7
ORL	461 000	435 000	0,7
Gastro-entérologues	471 000	439 000	-0,6
Stomatologues	521 000	503 000	1,6
Cardiologues	547 000	509 000	1,2
Ophtalmologues	557 000	544 000	3,7
Chirurgiens	722 000	578 000	0,7
Anesthésistes	807 000	761 000	2,3
Radiologues	942 000	860 000	2,3

Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Source : Cnamts, DGI, Calculs Drees

Le revenu libéral et les autres revenus des médecins

Dans l'étude de la Drees, le revenu moyen en francs courants provenant de l'activité libérale des professionnels de santé est calculé pour les omnipraticiens et 14 spécialistes médicaux ou chirurgicaux. Les spécialistes étudiés représentent plus de 90 % de l'effectif total et près de 95 % des actes effectués. Au cours de cette étude, trois définitions de revenu sont utilisées :

- Le revenu libéral de l'ensemble des médecins, y compris ceux pour lesquels il n'est qu'un revenu d'appoint. En effet, les médecins se répartissent de la façon suivante selon leur mode d'exercice :
 - 75 % exercent une activité exclusivement libérale (89 % pour

les omnipraticiens et 81 % pour les anesthésistes),

- 8 % ont une activité libérale qu'ils pratiquent à temps partiel : les médecins exercent une activité salariée en plus de leur activité libérale, en centre de soins ou en dispensaires par exemple. Parmi les psychiatres et les neuropsychiatres, 27 % exercent une activité libérale à temps partiel,
- 13 % des médecins exercent, en plus de leur activité libérale une activité à temps partiel. Il s'agit des médecins qui exercent une activité salariée à l'hôpital. La population des médecins hospitaliers est supérieure à 25 % chez les cardiologues, les oto-

rhino-laryngologistes et les gastro-entérologues,

- 4 % ont une activité au sein de l'hôpital. Il s'agit de médecins hospitaliers à temps plein qui disposent d'un secteur privé au sein de l'établissement qui les emploie. C'est le cas par exemple, pour 25 % des chirurgiens.
 - Le revenu libéral des médecins « à part entière » (APE) : il est calculé pour les médecins actifs APE (tableau 1).
 - Le revenu libéral des médecins non APE : il est calculé pour les médecins non conventionnés, de plus de 65 ans, y compris les hospitaliers à plein temps et les médecins qui se sont installés dans l'année. ■

activité mixte). La dispersion de leurs revenus est plus faible que pour les groupes précédents, ainsi la moitié des cardiologues perçoivent entre 360 000 francs et 620 000 francs.

Les chirurgiens, les anesthésistes et les radiologues présentent enfin des caractéristiques particulières. Ils effectuent essentiellement des actes techniques.

Les anesthésistes ont un revenu moyen plus élevé que celui des chirurgiens en raison de charges proportionnellement très inférieures à la moyenne, bien que leurs niveaux d'honoraires diffèrent peu. Le revenu moyen des anesthésistes est d'environ 810 000 francs pour les anesthésistes APE et de 760 000 francs lorsque l'on se base sur l'ensemble des médecins exerçant une activité libérale.

Pour les chirurgiens, les deux estimations font apparaître un écart de revenu important. Les chirurgiens dits « à part entière » perçoivent des honoraires supérieurs aux anesthésistes et leur revenu est d'environ 720 000 francs. En revanche, si l'on tient compte de l'ensemble des chirurgiens exerçant en libéral, leurs honoraires sont inférieurs à ceux des anesthésistes et leur revenu s'établit aux alentours de 580 000 francs. Cette différence s'explique par la proportion importante de chirurgiens praticiens hospitaliers temps plein (24 % en 1997).

Le revenu des chirurgiens qui n'exercent pas à part entière en libéral, qui est de 230 000 francs en moyenne, doit donc s'interpréter, en grande partie, comme un revenu d'appoint s'ajoutant à un salaire.

Les radiologues sont, quant à eux, les spécialistes

dont le niveau de revenu est, en moyenne, le plus important. Le montant de leurs honoraires est, en effet, nettement supérieur à celui des autres médecins, ce qui leur permet d'obtenir un revenu élevé malgré des charges proportionnellement plus lourdes. Leur revenu annuel moyen est, en 1997, de 860 000 francs pour l'ensemble des médecins exerçant en libéral et de 940 000 francs pour les médecins à part entière. La moitié d'entre eux ont un revenu compris entre 680 000 et 1 260 000 francs.

On constate donc que les niveaux de revenus moyens sont d'autant plus élevés que les actes techniques prédominent au sein de la spécialité.

L'ancienneté de l'installation en médecine libérale et l'âge du médecin ont un effet important sur leur revenu : les honoraires des médecins les plus récemment installés sont très en-dessous de la moyenne. Ils progressent rapidement les cinq premières années et diminuent lorsque l'âge du médecin dépasse 50-55 ans, de façon variable selon les spécialités.

Le choix du secteur conventionnel (cf. encadré sur les secteurs conventionnels) crée, également, des différences à l'intérieur de chaque discipline. Lorsque dans une spécialité, une forte proportion de médecins choisit le secteur à honoraires libres, la moyenne des honoraires perçus est plus élevée, mais les écarts de revenus sont aussi plus importants. Dans certaines spécialités, la moitié des praticiens a choisi le secteur à honoraires libres, c'est le cas des chirurgiens, des gynécologues, des ophtalmologues et des ORL.

Le développement du secteur à honoraires libres, créé par la convention de 1980 est toutefois très limité depuis



Honoraires et charges

Les honoraires tels qu'ils sont retenus dans l'étude de la Drees correspondent aux honoraires remboursables (champ couvert par la Cnamts) moins les honoraires rétrocedés et les débours (sommes payées par le praticien pour le compte de ses clients). Ils ne reprennent pas en compte les honoraires non remboursables ou résultant d'activités annexes.

Le concept de charges, utilisé tout au long de l'étude, correspond, à la fois, aux dépenses professionnelles qui comprennent, entre autres, les cotisations sociales, et aux différents postes financiers liés aux investissements (dotations aux amortissements ou provisions pour dépréciation) ainsi que le résultat des sociétés civiles de moyens. Ne sont pas pris en compte les pertes ou gains liés à des placements financiers indépendants de l'activité du praticien proprement dite.

1990 : seuls les médecins anciens chefs de clinique peuvent désormais s'installer en secteur à honoraires libres. En conséquence, la part des médecins du secteur 2 est en baisse : elle est de 16 % en 1997, contre 20 % en 1992 pour les omnipraticiens et pour les spécialités, de 37 % environ en 1997, contre 40 % en 1992. Si le nombre de dépassements accuse une baisse entre 1992 et 1997, leur masse financière a progressé sur la même période (+2,5 % par an en moyenne pour les omnipraticiens, et +2,7 % pour l'ensemble des spécialistes étudiés). Cette progression s'explique par la hausse du montant moyen des dépassements (+9,9 % en moyenne par an pour les omnipraticiens et + 4 % pour les spécialistes).

Le revenu libéral de l'ensemble des médecins a continué à croître ces dernières années, de façon particulièrement rapide pour les psychiatres, les ophtalmologues, les pédiatres et les pneumologues. Entre 1991 et 1996, leurs revenus ont augmenté de 4 à 5 % par an en moyenne, soit une croissance de 2 à 3 % de leur pouvoir d'achat. Entre 1992 et 1997, la croissance du revenu libéral s'est infléchi pour l'ensemble des disciplines médicales mais de façon moins marquée pour les chirurgiens et les oto-rhino-laryngologistes (0,7 % par an en moyenne entre 1992 et 1997 après +1,1 % par an en moyenne entre 1991 et 1996).

Le revenu libéral moyen des gastro-entérologues a, en revanche, connu une croissance inférieure à la hausse des prix à la consommation entre 1991 et 1996 et la prise en compte de l'année 1997 montre un net infléchissement de leur niveau de revenu (-0,6 % par an en moyenne entre 1992 et 1997). L'introduction de nouveaux traitements (en particulier, les nouveaux trai-

tements médicamenteux de l'ulcère) et de techniques d'investigation moins coûteuses se répercute en effet sur le montant de leurs honoraires.

Le revenu moyen des radiologues progresse de façon atypique. Il augmente très légèrement entre 1991 et 1996 et cette croissance s'amplifie entre 1992 et 1997 à l'inverse de toutes les autres disciplines médicales. Cette tendance est en partie liée à la substitution partielle des actes de radiologie classiques par la scannographie et l'IRM, techniques plus coûteuses. De plus, le poids des charges, notamment des achats de fournitures médicales et locations de matériel a baissé.

Les évolutions des composantes du revenu libéral moyen

L'influence du volume et des prix dans l'évolution des honoraires est très différente selon les spécialités médicales.

La revalorisation des tarifs a été plus forte pour les consultations que pour les actes techniques.

Les omnipraticiens, pédiatres, dermatologues et dans une moindre mesure les ophtalmologues dont l'activité est surtout constituée de consultations et de visites ont bénéficié de revalorisations de tarifs un peu plus avantageuses que les autres spécialistes qui réalisent un plus grand nombre d'actes techniques.

L'indice d'évolution des tarifs de conventionnement a progressé, en moyenne de 2,1 % par an entre 1992 et 1997 (aucune revalorisation n'est intervenue en 1996 et 1997). Celui des spécialistes a été inférieur (+1,3 % par an), les tarifs des consultations spécialisées ont augmenté de 2,1 % alors que ceux des actes techniques ont une progression très en deçà...

L'activité moyenne par omnipraticien a progressé de 0,5 % par an de 1992 à 1997.

Des épisodes conjoncturels (épidémie de grippe,

Sources

Le constat annuel sur le revenu libéral des professions de santé est établi à partir d'une estimation des recettes et des charges par type de professionnel.

Deux sources de données sont utilisées : les statistiques du Système Inter-Régimes (SNIR) élaborées par la Caisse Nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) pour les honoraires et les effectifs (même si le praticien possède une activité libérale) et les statistiques fiscales de la Direction générale des impôts (DGI) pour les charges professionnelles, ces statistiques concernent les médecins à activités normale (remplaçants exclus).

Les secteurs d'exercice des médecins

Depuis la convention de 1980, les médecins conventionnés peuvent choisir d'exercer dans deux secteurs :

- Le secteur 1 à tarif conventionnel déterminé après négociation par les caisses de sécurité sociale.
- Le secteur 2 à honoraires li-

bres. Les médecins de ce secteur peuvent pratiquer des prix plus élevés que le tarif, mais ils sont contraints de renoncer à certains avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés. Les remboursements de l'assurance maladie aux assurés se fait sur la base du tarif conventionné. De-

puis 1990, 1 000 nouveaux médecins seulement chaque année, parmi ceux qui sont munis de titres hospitaliers, sont admis à choisir le secteur 2 lors de leur installation. Les médecins déjà installés n'ont plus la possibilité de changer de secteur conventionnel.

syndrome respiratoire de 1994, campagne de vaccination contre le virus de l'hépatite B et les épidémies virales) ont eu une influence sur l'activité qui a en revanche été contrainte par les mesures de maîtrise des dépenses de santé.

Sur cette même période, l'activité par spécialiste a augmenté de 1,1 % par an en moyenne. L'incidence du progrès technologique a été fortement compensée également par les mesures gouvernementales de régulation.

La croissance de la demande fortement stimulée par la diffusion de techniques nouvelles notamment en cardiologie, en pneumologie et ophtalmologie a eu un impact important.

Le poids des charges est très fortement lié aux pratiques médicales. Pour la majorité des spécialités, le poids des charges est compris entre 40 et 50 % des recettes nettes. Les anesthésistes se différencient toutefois par un taux de charges nettement inférieur (moins de 30 % des honoraires perçus) et les radiologues par un taux beaucoup plus élevé (64 %).

Pour la majeure partie des praticiens étudiés, les cotisations sociales représentent 20 à 30 % des charges, les frais de personnel 15 à 21 %, les loyers 10 à 15 % et les travaux, fournitures et services extérieurs 8 à 9 %.

Néanmoins, les conditions particulières d'exercice influent sur les charges de certaines spécialités. Ainsi, pour les cardiologues, les locations de matériel sont supérieures aux travaux, fournitures et services extérieurs, alors que, pour les psychiatres, les loyers sont supérieurs aux frais de personnel. De façon analogue, les omnipraticiens ont des frais de transport supérieurs aux frais de personnel et de loyers. Un quart de leurs actes consistent, en effet, en visites à domicile.

La structure des charges des anesthésistes est très proche de la moyenne. Plus de 85 % du total des charges est constitué par le cumul de ces quatre principaux postes, les autres charges ayant un poids très faible (les charges afférentes à un cabinet médical ne pouvant, en effet, s'appliquer à une spécialité qui exerce son activité en établissement de santé).

Pour les stomatologues, la part consacrée aux achats de fournitures médicales est supérieure à celle des

cotisations sociales. Ce taux important explique que leur poids de charges est supérieur à celui de l'ensemble des autres médecins.

Les charges supportées par les radiologues sont relativement élevées. Plus du quart est constitué par des frais de personnel, tandis que les cotisations sociales et les loyers ne représentent respectivement que 7 et 9 % du total. Les frais liés aux locations de matériel et aux achats de fournitures médicales, représentant près de 25 % de leurs charges, expliquent les charges élevées supportées par les radiologues (plus de 64 % des recettes nettes). Les revenus finaux, déduction faite des charges, restent toutefois, comme on l'a vu précédemment, sensiblement supérieurs à ceux des autres médecins spécialistes.

À part pour quelques spécialités, les charges ont évolué sur les cinq dernières années à un rythme moins rapide que les honoraires. L'évolution des cotisations sociales personnelles explique très largement celles de l'ensemble des charges.

Les cotisations sociales ont augmenté en 1992 avec la hausse des différents taux de cotisations et cette tendance s'est poursuivie en 1993 en raison de l'introduction dans le forfait de base de la cotisation vieillesse d'une nouvelle cotisation égale à 1,4 % du revenu ainsi que par l'augmentation de la CSG à partir du 1^{er} juillet 1993. ■