



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