dossier

coordonné par
Yves Charpak
Médecin épidémiologiste,
membre du HCSP,
conseiller auprès
du directeur du Bureau
régional de l'Europe, OMS
René Knockaert
Médecin, Cemka, Eval

Les médecins aujourd'hui en France

On dit et on raconte tout sur les médecins, du dévouement extrême aux dessous de table en passant par la technicité irréprochable de la série « Urgences ». Mais qui sont-ils en réalité ? Peut-on dresser un tableau factuel de leurs situations ? L'information est, en général, distillée au compte-gouttes : un article sur les honoraires, un rapport sur la formation des libéraux, une étude sur les hospitaliers… L'ambition de ce numéro était de mettre à plat ce que l'on sait des médecins, transversalement à leurs institutions d'exercice ou leurs statuts : formation, contrats de travail, salaires, contentieux, difficultés liées à l'évolution des techniques, du droit, des demandes de la société… C'est un succès, mais il reste des zones d'ombre :

- Le manque de données empêche de comparer les situations des médecins français à celles de leurs collègues européens mais l'analyse des craintes des médecins français présentée par Bruno Keller dans sa tribune >p. 56 permet de comprendre qu'en ce domaine les caricatures habituelles sont de mauvais conseil. La lecture historique de la profession médicale >p. 16, illustre sa transformation et la mise en cause inéluctable de son autonomie, et la médecine libérale subit de profonds changements >p. 42.
- Et, plus grave, l'absence de volonté d'analyser certains types de données explique l'impossibilité d'obtenir une vision transversale des revenus globaux des médecins (les revenus imposables). Cette information existe mais n'est pas disponible. Nous n'avons pu produire que des descriptions partielles ne permettant pas de réelles comparaisons entre libéraux et salariés.

Une étude sur les revenus des médecins libéraux >p. 44 confirme l'existence de disparités de revenus selon les spécialités et d'une « prime à la technicité ». Cependant seuls les honoraires libéraux sont pris en compte alors que de nombreux médecins exercent d'autres activités non comptabilisées dans les honoraires remboursables (activité salariée, contrat d'étude, expertise…). Il en est de même pour les praticiens hospitaliers >p. 35 dont les rémunérations sont régies par une grille de salaire, mais dont les autres revenus sont ignorés.

Les statuts des médecins hospitaliers >p. 35 sont extrêmement variés, surtout si l'on y ajoute les enseignants et hospitaliers des CHU >p. 35 et les praticiens étrangers >p. 43. Une part importante de ces médecins dispose d'emplois que l'on peut qualifier de précaires. Mais cette précarité concerne aussi les médecins libéraux, moins souvent qu'avant propriétaires de leur outil de travail et tributaires d'incertitudes sur la pérennité économique de celui-ci. Ainsi, l'opposition caricaturale entre médecins libéraux et salariés n'est plus de mise >p. 33. De plus, ce sont souvent les mêmes qui travaillent dans plusieurs institutions en parallèle, leurs types d'exercice différant dans chaque institution, ce qui complique singulièrement l'étude des « besoins » en médecins >p. 22. L'accroissement de la démographie médicale s'accompagne d'inégalités régionales de la répartition des médecins >p. 19.

Le point commun reste la déontologie et des « contraintes éthiques » croissantes que Didier Sicard dans sa tribune >p. 58 ne considère pas comme une menace mais comme une source de progrès et de relation harmonieuse à la société. Pourtant, l'analyse des mises en cause de la responsabilité des médecins >p. 48 montre que certains (chirurgiens, anesthésistes) sont plus exposés que d'autres et que la situation évolue (augmentation de 150 % de la « sinistralité » pour les généralistes et psychiatres en 10 ans). Car le droit médical change avec le devoir d'information des médecins, imposé « de droit » >p. 54. Pour informer il faut être confiant et donc bien formé. La formation initiale des médecins >p. 24 est longue et sélective, et on s'interroge sur le rôle ambigu du concours de l'internat >p. 26. Il est difficile de disposer de données quantifiées précises pour un état des lieux de la formation médicale continue >p. 30, la grande diversité des actions, des financements, et de l'organisation ne permet pas aujourd'hui de garantir son indépendance et sa qualité. Les médecins des hôpitaux bénéficient d'une formation continue qui leur est propre >p. 26, les hôpitaux publics sont tenus de consacrer 0,5 % de la masse salariale médicale à former leur médecins (0,75 % en CHU), alors que ce pourcentage est plus proche de 3 % pour les autres professionnels de l'hôpital !

Dans sa tribune, Pierre Gallois >p. 62 propose une analyse critique et des propositions pour la formation médicale continue. Enfin, dans la sienne, Anne-Marie Brocas évoque les professions paramédicales, partenaires des médecins, dont les évolutions interagissent avec celles de ceux-ci >p. 60. ■

Yves Charpak

Histoire et démographie médicales

Densité accrue, spécialisation, féminisation, diversification des modes d'exercice et de rémunération caractérisent l'évolution de la médecine durant ces dernières années.

L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures

François-Xavier Schweyer
Professeur à l'ENSP et chercheur au LAPSS

En France, la médecine est une profession instituée. Il est plus facile de dire ce qu'est un médecin, ses caractéristiques, ses activités, ses privilèges mais aussi ses contraintes, que de dire ce qu'est un ingénieur, un professeur ou un cadre. Cette représentation spontanée assez claire est fondée sur le caractère unique et national du diplôme, sur l'inscription à un Ordre, sur un statut bien identifié, et conduit à une perception homogène de la profession médicale. Or, celle-ci a connu des transformations importantes, tant en termes d'effectifs, d'exercice professionnel que de rémunération.

L'essor d'une profession libérale

Depuis la loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803), le médecin est le seul qui dispose, juridiquement, d'un libre exercice en matière de soins. En effet, la loi réserve l'exercice de la médecine aux seuls titulaires de diplômes habilités : c'est la reconnaissance du monopole d'exercice. À cette époque, la médecine française est en pointe, creuset de la démarche clinique et des avancées de la nouvelle science. Les savants trouvent dans les hôpitaux les corps à observer, nécessaires à l'élaboration des « tableaux cliniques ». La loi reconnaissait aussi, pour un exercice limité de la médecine, les officiers de santé qui assuraient une grande partie de la médicalisation des campagnes. Auxquels s'ajoutaient les nombreux concurrents illégaux. Cette concurrence a fait naître l'idée d'une pléthore médicale dès le XIXe siècle, alors même que le nombre de médecins a diminué de 18 000 en 1847 à 14 800 en 1881. L'unification de la profession médicale s'est faite en 1892, par la loi du 30 novembre qui supprima le corps des officiers de santé. La progression des effectifs médicaux est nette à la fin du XIXe siècle et dans la première moitié du XXe siècle, comme le montre le tableau 1.

Après la seconde guerre mondiale, les effectifs médicaux vont croître fortement et de façon continue. L'attrait de la profession est considérable et le nombre d'étudiants choisissant les études médicales représente près de 10 % des bacheliers au cours des années soixante. Cette progression correspond aussi à une féminisation de la profession. Les femmes représentaient un peu plus de 15 % des étudiants dans les années cinquante, elles étaient 23 % en 1979 et en 1990, 32 % (mais 40 % des diplômés). La densité médicale n'a cessé de croître (tableau 2), sans que les inégalités régionales ne s'atténuent. Bui Dang Ha Doan, spécialiste de la démographie médicale [3], note que les sources statistiques ne sont pas concordantes, ce

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 70

tableau 1

Les médecins sous la IIIe République

	1876	1896	1936
Docteurs en médecine	10 743	13 412	25 930
Officiers de santé	3 633	1 605	112
Total des médecins	14 376	15 017	26 042
Nombre de médecins pour 100 000 habitants	38,9	39	62,7

Source : T. Fillaut, Le système de santé français 1880-1995, Éditions ENSP, 1997.

qui génère un flou problématique tant au plan économique que au plan de la régulation de l'entrée des études, qui est à l'ordre du jour depuis les années soixante-dix, par la création d'un *numerus clausus* dans un contexte de maîtrise des dépenses.

Les évolutions de la pratique médicale

Avant 1940, la pratique médicale est majoritairement un exercice individuel jouissant d'une grande autonomie. Le médecin travaille où il veut, avec les horaires qu'il choisit. Il est maître de son programme de travail, de ses modalités d'exercice et, pratiquement, des modalités de sa rémunération. En un mot, sa pratique quotidienne connaît peu de contraintes et le déroulement de la carrière est très ouvert [14]. La pratique libérale domine. Jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, une grande majorité (plus de 80 %) des médecins s'installe en cabinet de ville, mais le mouvement de médicalisation du territoire national par l'accroissement de la densité de cabinets libéraux dans l'ensemble des communes est amorcé. Ainsi, 70 % des médecins diplômés avant 1925 se sont installés en milieu urbain (et 24 % en milieu rural), alors que leurs confrères diplômés après 1945 n'ont été que 59 % à s'installer en ville (pour 33 % en milieu rural), selon l'enquête citée. Cette évolution traduit l'effet des nouvelles législations sociales puis de l'extension progressive de la Sécurité sociale, qui ont rendu solvable une clientèle plus large que la seule bourgeoisie urbaine.

Alors même que le nombre absolu de médecins généralistes libéraux s'accroît, s'amorce le déclin du modèle de la médecine générale libérale comme référence unique de la pratique médicale. Plusieurs facteurs y concourent. Le progrès des connaissances médicales et le développement des techniques vont modifier radicalement la pratique médicale en l'associant au développement scientifique d'une part, et aux investissements matériels, d'autre part. Ainsi l'exercice spécialisé en ville est devenu un nouveau mode d'exercice. De même, l'extension du salariat, tout particulièrement après la réforme hospitalière de 1958 qui a créé le plein temps hospitalier, a été un facteur de transformation de la pratique de la médecine. Un autre facteur, essentiel, est encore à mentionner : la généralisation de l'assurance maladie qui a ouvert le marché des soins à tous, en socialisant le risque et en assurant la solvabilité de la clientèle.

La spécialisation et ses effets

La pratique médicale s'est diversifiée et le nombre de spécialités n'a cessé de croître. La spécialisation des médecins n'a été codifiée précisément qu'à partir de 1949, date à laquelle un arrêté du 6 octobre établit la liste des spécialités et les conditions de leur reconnaissance. Le médecin spécialiste est distingué du médecin compétent. Jusqu'alors, un médecin se spécialisait en orientant sa pratique vers une branche spécifique de la médecine, et sa qualité de spécialiste se fondait sur son expérience et sa notoriété. L'exercice spécialisé traduisait une évolution en cours de carrière, une pratique de fait, que la loi du 7 octobre 1940 portant création de l'Ordre des Médecins ne mentionne d'ailleurs pas. En schématisant, on pourrait dire que les médecins s'installaient comme généralistes, et se spécialisaient ensuite pour certains d'entre eux. L'essor des installations de spécialistes s'est affirmé pendant les années cinquante, en un peu moins de dix ans. Beaucoup de médecins en activité se sont inscrits aux nouveaux certificats de spécialité pour acquérir leurs titres de spécialistes. La génération suivante intégrera le projet de spécialisation dès le cours des études médicales et l'installation en cabinet de spécialité se fera dès la fin du cursus de formation. La spécialisation est un phénomène récent et massif [1].

La réforme Debré (1958) a contribué à instaurer un ordre nouveau qui aujourd'hui pose problème. Car la création d'une élite hospitalo-universitaire qui rompt avec la médecine officielle générale et libérale a engendré un éclatement de l'espace professionnel par le développement de savoirs spécialisés approfondis et l'apparition de spécialités officielles, divisant la communauté professionnelle en catégories étanches et hiérarchisées. Au-delà d'une simple division du travail, la spécialisation a officialisé une hiérarchie symbolique de la pratique médicale, concrétisée par une tarification spéciale de l'acte, autrement dit, par une différenciation de la valeur marchande des actes médicaux libéraux [1]. L'inégalité entre généralistes et spécialistes est grande, au point de faire vivre aux premiers une forme

tableau 2

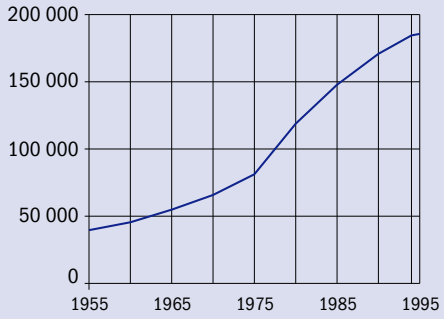
Densité médicale de 1958 à 1997

	nombre de médecins pour 100 000 habitants
1958	97,1
1968	119
1981	197
1990	262
1997	296,8

Source : Annuaires statistiques de la France.

tableau 3

Démographie médicale de 1955 à 1995



Source : Ordre national des médecins, Conseil national de l'Ordre.

de souffrance issue d'un sentiment d'illégitimité, partiellement compensé chez certains par une spécialisation marginale en médecines parallèles ou activités obliques, humanitaires ou associatives. Un autre effet de la spécialisation est qu'en l'absence de lieu collectif, la représentation commune de la profession médicale est, en France, très faible. Les clivages politiques qui s'ajoutent à l'éclatement syndical expliquent la logique de surenchère et de contestation qui rend si complexe le jeu des négociations conventionnelles.

Le développement de la médecine salariée et l'avènement de l'hospitalo-centrisme

La profession médicale a toujours affirmé et défendu avec vigueur son statut de profession libérale. Le salariat était vu comme un mode d'exercice attentatoire au modèle libéral. Le paiement de vacations dans les dispensaires, et plus largement dans ce qu'il était convenu d'appeler « la médecine sociale », a été la première forme de salariat. Il s'agissait d'activités à temps partiel complétant l'exercice libéral, et ce mode d'exercice perdure chez nombre de médecins libéraux. L'activité salariée à plein temps ne se développe vraiment qu'à partir des années cinquante. Si l'on excepte les médecins militaires et coloniaux, les premiers médecins salariés à plein temps ont été surtout des médecins conseil de la Sécurité sociale et des médecins inspecteurs, puis des médecins du travail. La réforme de l'hôpital public et la création des CHU en 1958 marquent un tournant dans la pratique médicale salariée. D'une part, les ordonnances de décembre 1958 créent un corps de praticiens hospitaliers à plein temps, qui jouira d'emblée d'une grande notoriété. Pour la première fois, des médecins peuvent faire carrière à l'hôpital public. D'autre part, la réforme s'inscrit dans un mouvement général de modernisation de l'hospitalisation publique, mais aussi privée, qui attirera de nombreux médecins. La création de plateaux techniques modernes va offrir des opportunités pour une pratique médicale de pointe. Dans le secteur privé, la pratique salariée à plein temps est très rare, le mode d'exercice dominant étant la conjugaison d'une pratique libérale de ville et d'une pratique en clinique privée, le plus souvent spécialisée.

Dans le secteur public, l'exercice hospitalier de plein temps peut être de durée limitée, soit en fin de carrière, soit en début de carrière avant l'installation en ville pour les plus jeunes. Cette dernière modalité deviendra d'ailleurs fréquente. Mais réduire la réforme de 1958 à l'essor du salariat serait masquer la crise qui précéda la réforme et la rupture qu'elle consacra. Après avoir inventé la clinique moderne, la médecine française stagnait et accusait un retard significatif. Le système d'apprentissage de la clinique, définie comme art, sur-valorisait la proximité culturelle entre l'élève et le maître, et a engendré un immobilisme culturel et la pratique du népotisme. Mais, surtout, elle écarta les sciences fondamentales en plein développement. La réforme de 1958 rompit avec cet ordre ancien, et réforma l'enseignement de la médecine pour promouvoir les disciplines fondamentales (comme la biologie). En offrant des carrières de « temps plein hospitalier » elle dénoua le lien entre activité thérapeutique et rendement économique, ce qui permit un réinvestissement dans les activités de recherche.

Après avoir connu un développement exceptionnel, il semble que le modèle des CHU créé en 1958 appelle aujourd'hui une réforme inévitable [15]. La triple activité simultanée de soin, d'enseignement et de recherche, concevable à l'époque, est, au regard des progrès techniques, illusoire. L'hyperspécialisation a conduit à gérer des malades-dossiers, ce que rejettent les patients d'aujourd'hui qui entendent être reconnus comme usagers sinon comme sujets. La croissance des coûts, le manque de transparence, l'hétérogénéité entre secteur privé et secteur public amènent à s'interroger sur la redéfinition de la médecine même.

La rémunération des médecins

Si la mission du médecin se définit comme altruiste, « pour le bien du patient », la relation entre le médecin et le malade est aussi une relation d'argent. La rémunération des médecins obéit à plusieurs logiques et on peut dire que l'économie de la pratique médicale en France a une histoire longue et tumultueuse [13]. L'évolution générale de la société française et la constitution progressive de l'État-providence ont modifié profondément les modes de rémunération des médecins. Très schématiquement, trois périodes peuvent être distinguées.

Avant la première guerre mondiale, le régime des honoraires libres prévaut. Selon l'usage en milieu rural, mais pas seulement, le paiement se faisait une fois l'an, ou était souvent différé, des « notes d'honoraires », dont le montant pouvait varier en fonction des moyens du destinataire, étant adressées aux clients. Certains payaient en nature ou ne payaient pas, imposant par là la pratique des soins gratuits. À partir de 1881, les « sociétés médicales » définissent des « tarifs syndicaux » qui sont facultatifs et perçus comme des tarifs minimums. La loi qui institua en 1893 l'assistance médicale gratuite, et les lois d'assistance ultérieures, fixèrent des tarifs à l'acte dont l'usage resta toutefois limité. Les médecins réclamèrent en outre le « libre choix » des accidentés du travail, des indigents ou des bénéficiaires des sociétés de secours mutuel.

Le développement des assurances sociales, dans les années vingt, ouvre une deuxième période. Le retour de l'Alsace Moselle à la France a incité les gouvernements de l'époque à instaurer des assurances sociales comme en avaient connu ces trois départements sous le régime bismarckien. Un plus grand nombre d'individus pouvait accéder aux soins par la mise en place d'un « tiers payant ». Mais les médecins prirent position, au nom de l'idéologie libérale de la profession, contre l'État et les principes mettant en cause

« l'entente directe ». En 1927, les syndicats médicaux se réunissant en une nouvelle Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) votent, lors du premier congrès une charte médicale qui scelle les principes libéraux de la profession (libre-choix, entente directe, liberté thérapeutique, secret professionnel). Un premier texte de loi est présenté en 1928, mais ne sera adopté, après un débat d'une rare intensité, qu'en 1930, avec l'adoption du principe de l'entente directe.

La troisième période est celle du « grand tournant de la médecine libérale », selon l'expression d'Henri Hatzfeld. Dès la création de la Sécurité sociale par les ordonnances de 1945, le principe de « conventionnement » entre les syndicats médicaux et les caisses régionales d'assurance maladie prévoit la définition de « tarifs » qui seraient « opposables » c'est-à-dire imposés, signant la fin de l'entente directe. Mais le système ne fonctionne pas et c'est pourquoi un projet de loi (projet Gazier) promouvant un dispositif plus rigide est voté contre l'avis des médecins, en 1957. Mais il ne sera jamais appliqué à cause du changement de République. Le conventionnement sera finalement imposé aux médecins par décret en mai 1960, sur la base d'une entente collective et d'un paiement direct à l'acte.

En conclusion, on peut dire que l'évolution de la pratique médicale, formulée par les médecins en termes de « crise », est significative de la transformation des métiers traditionnels. La démocratisation des soins et l'intervention de l'État rendent progressivement caduque l'autonomie de la profession. ■

Quelques coupes à travers le corps médical français

Emmanuel Vigneron
Professeur, Geos-Université Montpellier III, Directeur scientifique du groupe de Prospective Territoires et Santé de la Datar.
Jean-Paul Aïta
Geos, Université Montpellier III
José Cascalès
Geos, Université Montpellier III

Les disparités géographiques françaises de l'offre de soins sont aujourd'hui bien connues. Ici même, elles ont été décrites (cf. ***adsp*** n° 19 et n° 29). Par ailleurs, de nombreux ouvrages leur ont été consacrés au point de devenir une connaissance admise par tous et intégrée au débat public. Les recommandations des Conférences Nationales de Santé depuis 1996, nourries par un rapport du HCSP en 1998, en témoignent comme le font tous les ouvrages généraux importants parus ces dernières années, de Gilles Johannet à Jean de Kervasdoué en passant par de nombreux discours de responsables divers et de… ministres. C'est devenu aujourd'hui un impératif d'aménagement du territoire dont la Datar s'est saisi.

Les principales caractéristiques de ces disparités méritent d'être rappelées :

- à l'abondance du Sud, de Paris et des départements de la première couronne s'oppose la rareté des départements du Nord, du Nord-Ouest et du Nord-Est ;
- cette opposition, centenaire, se double d'une opposition ville-campagne, tout aussi ancienne, très forte en ce qui concerne les spécialités ;
- plus récemment est apparue, en relation avec le phénomène de métropolisation, une nouvelle dichotomie entre les départements abritant les plus grandes villes du pays où l'offre se concentre et tous les autres où elle se raréfie relativement ;
- ces oppositions sont d'autant plus fortes qu'elles concernent la quasi-totalité des segments de l'offre de soins, hospitaliers et ambulatoires, somatiques et psychiques, médicaux et paramédicaux. Tel n'est toutefois pas le cas de l'offre médico-sociale pour laquelle, le Midi est nettement moins favorisé ;
- ces configurations sont à l'inverse de celles de la mortalité et de la morbidité. Mais il n'existe pas de relation statistique claire entre offre et besoins. Cela est peut-être lié au fait que, passé un certain seuil, il semble bien que l'augmentation des densités de l'offre ne s'accompagne plus d'une augmentation corrélative de l'état de santé.

Pour autant, ces disparités géographiques sont perçues de manière purement quantitative à partir de mesures de desserte ou de densité. Pour qu'elles ne constituent pas une sorte d'observation lancinante admise mais sans utilité pour l'action, il importe désormais de les dépasser en nourrissant l'analyse de faits plus qualitatifs. On abordera ici cet objectif, de façon limitée, au moyen d'analyses statistiques multidimensionnelles portant sur quatre aspects originaux :

- la démographie médicale,
- la densité médicale par spécialité,
- le revenu des praticiens spécialistes et généralistes,
- la production d'actes des spécialistes et des généralistes.

Cette approche sera effectuée à l'échelle départementale pour l'année 1998 d'après les données de la Cnamts. Les limitations liées au taux de couverture par le régime général ne jouent pas dans ce genre d'analyse typologique. En revanche, on prendra garde de considérer que ces analyses ne concernent que le seul exercice libéral de la médecine.

Jeunes et vieux, femmes et hommes : la figure du médecin est variée

- Quoi qu'on fasse, il y a Paris et les autres. Le département de la Seine constitue un type complètement à part caractérisé par l'abondance relative des spécialistes les plus âgés. C'est là l'héritage d'un temps pas si ancien où, en raison de leur rareté en province, on allait, qu'on vienne de St-Flour, d'Épernay ou d'Avignon, à Paris pour consulter un grand spécialiste.
- Les trois départements du sud et de l'ouest parisien

constituent une autre classe au sein de laquelle les praticiens âgés et les spécialistes femmes âgées de 45 à 59 ans sont relativement plus nombreux qu'ailleurs. Nous avons là la marque d'une première étape d'un processus de diffusion qui a vu, d'abord à Paris, le corps médical se féminiser et les densités médicales se renforcer autour de Paris par déversement du trop plein médical.

- Des départements sièges de CHU, parmi lesquels l'ensemble des départements méridionaux concernés, sont caractérisés par une féminisation forte des médecins généralistes au-delà de 45 ans et par une abondance des jeunes spécialistes de sexe masculin.
- Une autre classe, formée d'autres départements urbains, ceux du Sud, de Rhône-Alpes mais aussi en Bretagne, en Normandie, en Alsace-Lorraine, est caractérisée par l'importance relative des médecins généralistes âgés et des femmes généralistes âgées de 35 à 45 ans. Ces départements sont le plus souvent périphériques des précédents.
- Enfin, de nombreux départements, ruraux assez souvent, sont caractérisés par l'importance relative des médecins généralistes de sexe masculin à tout âge et des jeunes médecins des deux sexes, généralistes et spécialistes.

La répartition départementale par âge et sexe des médecins spécialistes et généralistes peut ainsi se lire comme le résultat d'un double processus de diffusion médicale, la spécialisation d'une part et la féminisation d'autre part. Ce processus de diffusion s'est opéré par contagion limitrophe, comme un phénomène en tache d'huile, à partir d'un centre principal, Paris, puis de centres relais, les départements sièges des plus gros CHU, de la moitié méridionale du pays notamment. Il est toujours surprenant de constater que les départements urbains du Nord de la France ont évolué différemment. Ce phénomène de diffusion atteint aujourd'hui les départements ruraux mais on peut penser qu'il ne s'achèvera pas en raison de l'arrivée très prochaine à l'âge de la retraite de nombreux médecins des zones métropolitaines, corrélative de numerus clausus restrictifs. Dans ce contexte, on pourrait assister à un reflux de la diffusion sur les départements les plus urbains, à moins que satisfaits d'un établissement rural, les mutations soient rares et que l'on assiste dans ces départements urbains à une « pénurie » relative (figure 1).

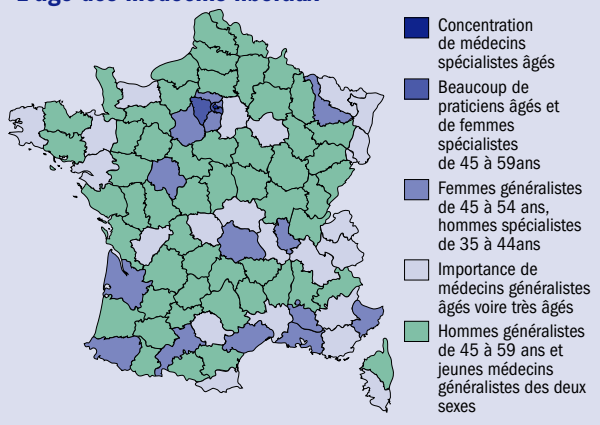
Régions, écoles ou traditions ? des bouquets différents de spécialités

C'est un fait connu que les densités médicales sont fort différenciées. Mais au-delà existe-t-il des configurations régionales, des éventails de spécialités et à quoi peut-on les attribuer ?

- Ici encore Paris se distingue. Toutes les spécialités y sont plus représentées qu'ailleurs quelle que soit la spécialité. Vieil héritage que l'on justifie par le rôle national de la capitale, mais est-il toujours aussi justifié alors que la régionalisation des soins est en marche ? Il est curieux de constater que Paris est seul alors que l'on pourrait aisément justifier, dans cette classe, dans une perspective d'aménagement du territoire, la présence de 7 ou 8 métropoles provinciales : Lille, Strasbourg, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Nantes ou Rennes…
- Les grands départements urbains du sud de la France auxquels s'ajoutent le Rhône et le Haut-Rhin, constituent un espace d'exercice privilégié des psychiatres, des anesthésistes, des chirurgiens, des endocrinologues, des stomatologues. Leur répartition géographique déséquilibrée ne correspond évidemment pas à des impératifs d'aménagement du territoire ; elle est certainement plus liée à l'importance du secteur hospitalier privé.
- Moins caractérisés par telles ou telles spécialités, quoiqu'elles y soient en moyenne plus médicales que chirurgicales, les départements de l'Île-de-France constituent un autre type à part.
- En regard, de très nombreux départements présentent un profil moyen où les spécialités courantes sont assez caractéristiques.
- Enfin, de nombreux départements, parmi lesquels beaucoup du Nord, du Nord-Ouest, du Nord-Est mais aussi

figure 1

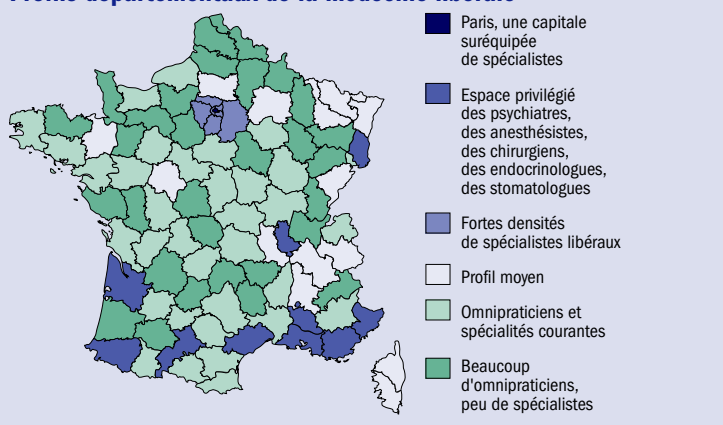
L'âge des médecins libéraux



Source : Geos.

figure 2

Profils départementaux de la médecine libérale



du Centre-Ouest se signalent par l'abondance relative des omnipraticiens par rapport aux spécialistes.

À quoi attribuer ces disparités de profils de l'offre médicale ? Pour Paris c'est évident mais peut-être anachronique. Ailleurs, il faut bien convenir que ces disparités sont liées à des héritages et à des comportements étrangers à des préoccupations d'harmonie de l'offre qu'une régionalisation des soins plus volontariste devrait pouvoir rééquilibrer (figure 2).

« Riches » et « pauvres » ne sont pas là où on croit

Les revenus médicaux d'honoraires sont répartis de manière assez équitable entre les départements. La norme qui est aussi la moyenne est celle de départements où les honoraires de généralistes sont compris entre 500 000 F et 1 million par an, ceux des spécialistes étant plus variés. Mais il existe d'autres types, plus rares mais très tranchés :

- Paris, tout d'abord, encore et toujours Paris, où les honoraires remboursés des spécialistes sont faibles sinon très faibles, ce qui est certainement lié à la mixité des modes d'exercice ;
- les Alpes-Maritimes, la Corse du Sud, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault, le Rhône, là où tant de médecins sont établis, caractérisés par des honoraires de généralistes très faibles et de spécialistes moyens : les médecins continuent curieusement de s'établir dans ces départements ! ;
- un type tout à fait à part, la montagne alpine et le rebord Sud-est du Massif Central où coexistent plus fréquemment qu'ailleurs des revenus d'honoraires très élevés et des revenus de généralistes très faibles, ce qui est peut-être lié à l'activité intense de certains d'entre eux dans les zones de vacances ;
- des départements du Sud-ouest aquitain et de la couronne parisienne, caractérisés par des revenus de spécialistes élevés ;
- un ensemble de départements, bien plus souvent septentrionaux que méridionaux, où les honoraires des généralistes sont élevés à très élevés et très rarement faibles ou moyens : la répartition géographique de ces revenus est à l'inverse de celle des densités médicales : elle mériterait d'être mieux connue de ceux qui s'installent (figure 3).

Tous ne pratiquent pas la même médecine

Des types très nets d'ensembles de prescriptions se dégagent, ce qui est pour le moins surprenant car ces types sont en outre géographiquement distribués.

- Prescription élevée de forfaits de thermalisme par les spécialistes et les généralistes, importance des consultations et visites auprès des spécialistes, forte prescription par les généralistes d'actes chirurgicaux, de radiologie et d'actes de forfaits chirurgie. Faiblesse des consultations et des visites auprès des généralistes caractérise les départements alpins.
- Fortes prescriptions des actes techniques non chirurgicaux, des actes de radiologie auprès des spécialistes, importance des consultations et des visites auprès des spécialistes caractérisent un ensemble de départements de la moitié Sud-ouest de la France.
- Curieusement, les Alpes-maritimes et la Creuse constituent une classe à part caractérisée par l'importance des actes gratuits prescrits par les généralistes et les spécialistes, peut-être en relation avec l'importance de la population âgée.
- La plupart des départements français, notamment de la partie septentrionale et occidentale du pays, ne se signalent pas par des profils de prescription particuliers mais seulement par un niveau relativement plus élevé de consultations et de visites de généralistes
- Un groupe de départements tous situés dans le quart sud-est du pays, à l'exception de la Haute-Garonne et de la Loire-Atlantique se signalent par l'importance des examens de protocole et des soins conservateurs établis par les spécialistes, les actes de chirurgie d'urgence, les actes techniques non chirurgicaux prescrits par les généralistes et une prescription élevée de forfaits d'accouchements.

Il y a lieu de s'interroger sur l'adéquation de ces profils régionaux aux besoins de la population (figure 4).

figure 3

Types de revenus des médecins libéraux

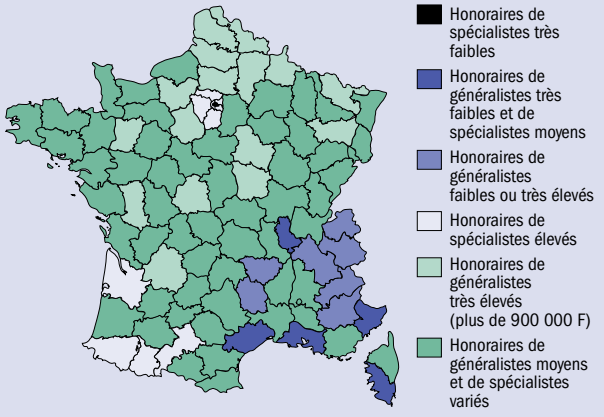
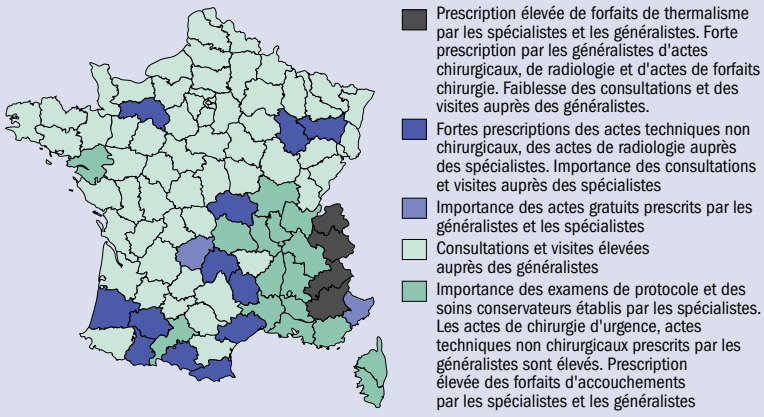


figure 4

Typologie des prescriptions des médecins libéraux



Déterminer le besoin en spécialistes

L'analyse de l'activité de trois spécialités médicales en région Rhône-Alpes a été un travail préalable incontournable dans le cadre de l'étude du besoin en spécialistes[1].

Yves Charpak
Médecin épidémiologiste, membre du HCSP
Anne Duburcq
Épidémiologiste-statisticienne, Cemka-Éval, Bourg-La-Reine

Pour parler de besoins en médecins, il faut pouvoir en décrire quatre composantes :

- le « besoin de santé », c'est-à-dire la prévalence et l'incidence des « problèmes de santé » de la population (tous ceux qui concernent potentiellement les médecins, y compris les troubles « mal définis ») ;
- le « besoin de soins médicaux », qui associe au précédent, pour chaque problème, la pertinence et la justification de l'ensemble des actes médicaux possibles (techniques, mais aussi relationnels, psychologiques, sociaux) : type d'actes, lieux, durée, compétences requises, articulation des compétences ;
- la « production de soins » efficiente par médecin (notion de rendement), en incluant les activités annexes nécessaires à chaque acte en fonction des contextes d'exercice (gestion, formation continue, négociation, achats…) ;
- l'évolution des techniques médicales et de la démographie de la population.

La littérature internationale nous a permis de constater la grande pauvreté des travaux disponibles (à la fois quantitativement et qualitativement).

Parmi les modèles publiés ayant le mérite d'être « opérationnels », celui que nous avons retenu considère la consommation actuelle comme reflet du « besoin de soins » et permet d'oublier provisoirement le « besoin de santé » et la pertinence et la justification des actes. La description de la consommation doit être détaillée (type d'actes, médecins concernés, lieux de réalisation, population concernée). La production de soins par médecin peut alors être calculée sur la base du nombre actuel de médecins. On peut ensuite modéliser l'impact des changements démographiques et technologiques sur le « besoin de médecins ».

Nous avons réalisé cette approche en région Rhône-Alpes, pour trois spécialités (pédiatrie, gastro-entérologie, chirurgie orthopédique). Pour les données d'activité médicale (quels actes, par quels médecins, dans quels lieux), nous avons sollicité les données de remboursement de l'assurance maladie, ainsi que les données du PMSI. Nous les avons complétées par une enquête *ad-hoc* auprès de tous les spécialistes identifiés dans la région [2].

Le premier constat est celui de la difficulté de disposer de données « analysables » à l'échelon régional : les fichiers posent problème. Nous avons en fin de compte travaillé essentiellement sur les données de l'enquête *ad hoc*, y compris pour estimer l'activité médicale régionale (redressement régional à partir des réponses des médecins).

Les modalités de l'activité des médecins

Des praticiens « volants »

- 59 % des gastro-entérologues et 63 % des pédiatres ont plusieurs lieux d'exercice (30 % pour les orthopédistes). Environ un tiers des gastro-entérologues et des pédiatres en ont 3 ou plus.
- Pour les gastro-entérologues et pour les pédiatres, les salariés « exclusifs » et les libéraux « exclusifs » sont moins nombreux que ceux qui ont une activité « mixte », à la fois libérale et salariée (environ un sur deux).
- Si quatre orthopédistes sur cinq à l'hôpital public n'ont pas un autre lieu d'exercice, ce n'est vrai que pour la moitié de ceux qui exercent en clinique. La moitié des gastro-entérologues et deux tiers des pédiatres à l'hôpital public déclarent un autre lieu d'exercice.

Ainsi, on ne peut sans doute plus opposer simplement les attitudes des médecins du privé à celles des médecins du public, ou encore des hospitaliers aux médecins de ville : ce sont souvent les mêmes spécialistes !

Une typologie d'activité spécifique dans chaque institution et pour chaque spécialité

- Les pédiatres font essentiellement des consultations au cabinet (92 % de l'activité de cabinet) et des « astreintes » en clinique (trois quarts de l'activité en clinique), et un peu de tout à l'hôpital, en particulier de la « surveillance clinique » de patients hospitalisés (un quart du temps hospitalier).
- Les gastro-entérologues font des consultations au cabinet (68 % de l'activité), mais aussi des actes techniques (25 % de l'activité). Par contre, ils assurent plus de consultations et de « surveillance clinique » à l'hôpital public qu'en clinique. En clinique, les gastro-entérologues font surtout des actes techniques (83 % des l'activité hors astreinte).
- Pour les orthopédistes, la structure de l'activité est très proche en clinique et à l'hôpital (pour moitié des actes techniques, un tiers de consultations et 15 % de surveillance clinique, hors gardes et astreintes).
- Le temps consacré à la gestion est globalement de 6 % pour les pédiatres, 8 % pour les gastro-entérologues, et 10 % pour les orthopédistes, mais il n'est pas homogène dans les différents types d'institutions d'exercice (cabinet, clinique, hôpital…).

Ainsi, les médecins utilisent leurs « outils de travail » (les institutions), en gérant au mieux quels actes et sous quelle forme ils exercent dans telle ou telle institution, que la raison en soit l'optimisation des revenus ou celle de la qualité d'exercice. Ainsi, et même en oubliant les activités dans des institutions plus « marginales » (centres de santé par exemple), un système d'information sur les actes centré sur les institutions (le PMSI par exemple) n'est pas compatible avec la description de l'activité des médecins en tant qu'unités statistiques, transversalement dans plusieurs institutions d'exercice, ou même dans une seule institution (à l'hôpital, surtout public, le système d'information ne peut pas aujourd'hui rattacher des actes à des médecins).

Un temps de travail hebdomadaire élevé

Toutes institutions confondues, le temps de travail décrit par les praticiens est important : 50 heures par semaine en moyenne pour les gastro-entérologues et 55 heures pour les pédiatres et les orthopédistes, incluant les gardes mais pas les astreintes (ces dernières imposent au médecin de rester joignable et disponible rapidement, mais il ne reste pas sur place

dans l'établissement, comme dans le cas des gardes). En moyenne, les médecins déclarent 15 heures par semaine d'astreinte (20 heures pour les orthopédistes), contre 4 heures de garde en moyenne (2 pour les gastro-entérologues), avec une grande variabilité selon les institutions : pour les pédiatres en clinique par exemple, l'exercice est essentiellement du temps d'astreinte (27 heures sur un total moyen de 37 heures en clinique), contrairement aux pédiatres à l'hôpital (11 heures d'astreinte sur un total moyen de 37 heures à l'hôpital).

On perçoit bien la difficulté d'insérer dans ce temps de travail des activités supplémentaires de gestion, de management, de processus qualité, de participation, de formation continue, tout en réduisant le temps global travaillé (35 heures ?). Par ailleurs, modifier certaines modalités d'exercice, en supprimant par exemple les astreintes pour les transformer en garde, les incluant ainsi dans le temps de travail « officiel », ne sera pas facile !

Un rendement variable par médecin et par institution

Le temps moyen nécessaire déclaré pour chaque type d'acte est variable. Or c'est une composante essentielle du « besoin en médecin ». Les travaux actuels sur la nomenclature des actes prennent certainement en compte cette difficulté, mais leur objectif étant de standardiser un processus de facturation, il n'est pas certain qu'ils permettront de disposer d'une liste de « temps moyen nécessaire » par acte et par médecin.

Les résultats de la modélisation

À partir des résultats de l'enquête de pratique, un modèle a été élaboré pour « expliquer » le nombre de spécialistes nécessaires à la « production » de l'ensemble des actes de la région pour les trois spécialités, à partir de quelques paramètres décrivant leur activité. On a ensuite fait varier chaque composante de l'activité, afin d'envisager, la suppression ou l'augmentation de certains actes « fréquents », des modifications organisationnelles ou encore pour introduire les modifications démographiques attendues pour la population.

Orthopédie (277 orthopédistes dans la région)

La transformation des astreintes en gardes obligerait à les compter en temps de travail effectif. Une hausse de 31 % de l'effectif serait alors nécessaire.

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi post-opératoire des patients à d'autres médecins « prescripteurs » (les orthopédistes étant alors des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 29 % de l'effectif nécessaire.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif.

Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité…) nécessiterait une hausse de 9 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 11 % de l'effectif en 2010, 17 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de prothèses totales de hanche chez les plus de 60 ans (souvent évoquées comme potentiellement abusives) ne modifierait l'effectif des orthopédistes que de 1 % à la baisse (c'est en moyenne une part marginale de leur activité).

Gastro-entérologie (402 gastro-entérologues dans la région)

Une diminution de moitié du nombre de consultations en transférant l'activité de diagnostic et de suivi des patients à d'autres médecins « prescripteurs », généralistes par exemple (les gastro-entérologues étant alors plus des experts et prestataires d'actes techniques au service des précédents), entraînerait une baisse de 30 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif en 2010, 21 % en 2020.

Une réduction de moitié du nombre de gastroscopies (par amélioration des traitements préventifs des troubles digestifs) modifierait l'effectif des gastro-entérologues de 5 % à la baisse.

Une augmentation du nombre de coloscopies par introduction plus généralisée du dépistage du cancer colique par Hémocult chez les plus de 40 ans pourrait nécessiter une hausse de 6 % de l'effectif.

Pédiatrie (543 pédiatres dans la région)

La transformation des astreintes en gardes, qui obligerait à les compter en temps de travail effectif pourrait nécessiter une hausse de 14 % de l'effectif.

Le doublement du nombre d'astreintes et leur transformation en gardes (compatible avec le plan périnatalité en cours) nécessiteraient une hausse de 34 % de l'effectif.

La diminution de moitié du nombre de consultations par transfert aux médecins généralistes entraînerait une baisse de 48 % de l'effectif.

La limitation du temps total de travail à 39 heures par semaine nécessiterait une hausse de 13 % de l'effectif.

Le vieillissement de la population nécessiterait une hausse de 2 % de l'effectif en 2010, et une baisse de 1 % en 2020.

Le passage en secteur public de la moitié de l'activité hospitalière privée modifierait l'effectif des pédiatres de 25 % à la hausse (les mêmes actes réalisés en secteur public sont actuellement plus consommateurs d'effectifs de pédiatres).

Conclusion

En amont de toute discussion sur des manques ou des sureffectifs de professionnels de santé, il paraît indispensable de savoir « qui fait quoi et où ». Les professionnels doivent en prendre conscience, mais également les pouvoirs publics, à l'heure de décisions à long terme (modifications de numerus clausus, ouverture de filières, etc.). Cette description n'est pas facile à l'heure actuelle en France, en partie en raison de la structuration des systèmes d'information, dans lesquels le lien n'est pas fait entre les médecins et la production de soins. ■

1. Extrait d'un travail réalisé à la demande de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes
2. Cette enquête a été réalisée sur la base des fichiers de l'Union des médecins libéraux, de la Drass, de France-Télécom, des ordres départementaux des médecins et, pour les hôpitaux publics, en identifiant les services spécialisés dans ces disciplines. Le taux de réponse a été d'environ un tiers.

Formation des médecins

Si la formation initiale des médecins est longue, sélective, périodiquement révisée pour s'adapter au mieux aux besoins de santé, la formation médicale continue rencontre des difficultés d'organisation et de mise en œuvre.

Jacques Roland
Président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

La formation initiale

Longues, difficiles, professionnalisées, les études médicales tranchent avec la plupart des autres cursus universitaires. Leur maquette relève certes d'une conception universitaire qui voudrait les plier à une standardisation des parcours (Deug, licence…), ce qui explique la succession des cycles. Mais il s'y ajoute, du fait de leur finalité et de leur autre tutelle qu'est la Santé, des sélections, des orientations, des certifications, des obligations, qui n'ont rien en commun avec les filières classiques. Nos études, dont la durée minimum est de 8 ans et demi, sont divisées en trois cycles : un premier cycle où se déroule la sélection, et que l'on peut qualifier de préclinique, un deuxième cycle clinique et un troisième professionnalisant. En recherche perpétuelle d'adaptation par rapport aux besoins en santé, les études de médecine font l'objet de révisions périodiques et actuellement deux trains de réformes sont en train de les traverser. C'est dire que l'état actuel n'a rien de définitif et que nous pouvons prévoir encore de larges modifications dans les années qui viennent…

Sélection des étudiants en médecine

Le premier cycle reflète bien les influences inverses de nos tutelles. La politique de santé amène à la notion de *numerus clausus,* nombre annuel des étudiants définitivement admis dans les études médicales. Cela impose donc une sélection, mais celle-ci, pour des motifs idéologiques universitaires, ne peut s'organiser à l'entrée des études. C'est la raison pour laquelle c'est à la fin de la première année que s'organise le concours. On comprend dès lors les inconvénients de cette formule : pour débuter des études à vocation humaniste les étudiants sont appelés à s'éliminer entre eux, leur grand nombre empêche des pédagogies actives, et trois-quarts des étudiants redoublent pour être admis. Ces inconvénients ne sont pas partagés par nos voisins britanniques et allemands, qui sélectionnent à l'entrée. À côté de ces défauts, la première année a aussi ses vertus : nous sélectionnons des étudiants aux qualités étendues à des disciplines très différentes, travailleurs, ayant un bon esprit de synthèse. Les résultats de ce concours sont corrélés statistiquement aux résultats du baccalauréat, ce qui est peut-être satisfaisant pour l'objectivité des résultats, mais ce qui tend aussi à dire qu'on aurait pu aussi bien faire cette sélection plus tôt… Par ailleurs, l'introduction bienvenue au programme des sciences humaines et sociales a permis d'apporter une touche plus humaniste à cette année de concours ; les épreuves finales « ouvertes » de cette matière complètent heureusement les questionnaires à choix multiples des autres disciplines. Le *numerus clausus* annuel est actuellement de 3 850 pour l'ensemble de la France, ce nombre étant réparti dans chacune de nos 44 Facultés.

Les années de formation

À partir de la deuxième année et pendant la troisième, année charnière des deux premiers cycles, l'étudiant renforce sa culture en sciences fondamentales, aborde les disciplines biocliniques et débute la sémiologie. Il accède aussi, mais sans fonction particulière, aux stages hospitaliers. Les quatrième, cinquième et sixième années sont consacrées à l'enseignement de la pathologie, grâce à une formation théorique et pratique au sein des services hospitaliers. Ainsi l'étudiant commence à participer aux gardes et prend place progressivement dans les équipes soignantes. Il est devenu ce que nous appelions auparavant « l'externe ». Cette période des études est particulièrement motivante pour les étudiants qui se

rapprochent enfin de leur futur métier. Le nombre des étudiants européens qui briguent des stages Erasmus (échanges d'étudiants européens) pendant cette période en est un témoignage supplémentaire. La Commission pédagogique nationale des études médicales est en train de mettre au point une réforme, applicable à la rentrée 2001, qui modifie nettement les programmes en favorisant des matières « transversales » propices à une meilleure connaissance globale des individus.

Concours de l'internat et orientation professionnelle

Vient ensuite le concours de l'internat à la fin de cette sixième année. Il y a deux épreuves chaque année, une « Nord » et une « Sud » et les étudiants peuvent les tenter à deux reprises. Cet examen classant est celui qui va déterminer l'orientation professionnelle du troisième cycle, c'est donc lui qui confèrera au jeune médecin sa future qualification. C'est dire toute l'importance que les étudiants lui donnent à juste titre et l'influence de cette épreuve, organisée par les services du ministère de la Santé, sur l'ensemble de notre cursus. Ce concours existait avant la réforme de 1984 ; il était alors très élitiste (1 reçu sur 10), réservé aux volontaires, et rien n'obligeait à le passer pour accéder à une spécialité. La réforme de 1984 en a changé totalement l'état d'esprit en le rendant obligatoire pour toutes les spécialités médicales en dehors de la médecine générale. L'article d'Anne-Chantal Dubernet, dans cette même revue, mesure l'impact de cette réforme maintenant ancienne. Des effets positifs ont été certes obtenus par une intégration de l'ensemble des jeunes médecins dans les hôpitaux. Mais on ne peut que constater aussi des inconvénients : altération du métier de généraliste (le seul qui ne nécessite pas ce concours), effort exagéré sur un programme ne tenant pas compte du futur métier médical du candidat, absence de critères personnels d'orientation. Une réforme est actuellement proposée pour 2004, elle permettra en particulier de gommer les différences entre les filières des spécialistes et des généralistes, ceux-ci subissant les mêmes obligations que les autres. De plus une modification complète des épreuves permettra de rendre ce concours plus pertinent par rapport aux qualités souhaitées pour les futurs médecins.

La phase professionnalisante

Le troisième cycle permet une appropriation des connaissances au futur métier. Chaque interne, en fait déjà un médecin, passe de stage en stage dans des services hospitaliers (CHU ou généraux). Les futurs généralistes passent deux années dans les hôpitaux et six mois dans un cabinet médical. Les spécialistes ont quatre ou cinq années de stages, pour satisfaire à leur DES ; ces stages se déroulent en majorité dans les CHU ; les internes peuvent aussi faire des surspécialités (les DESC). Pour tous, une thèse d'exercice coiffe la fin des études et confère le titre de docteur en médecine. Cette thèse est nécessaire à l'installation, dont l'autorisation est donnée par l'Ordre des médecins.

Les autres formations médicales

D'autres formations, facultatives, se greffent sur le cursus classique. Il y a d'abord la formation à la recherche qui débute pendant le deuxième cycle par la possibilité de faire une maîtrise en sciences biologiques et médicales, puis pendant le troisième cycle un DEA et enfin une thèse d'université, étapes fondamentales vers une carrière hospitalo-universitaire. Les Capacités, autres diplômes nationaux, permettent de conférer à un médecin une compétence particulière obtenue en deux années après le troisième cycle (exemple : médecine aéronautique, médecine de catastrophes).

Il est à noter enfin le nombre important de diplômes d'université qu'ont créé les facultés de médecine ; ce sont des diplômes sans valeur nationale, mais souples, faciles à créer, périmables, dont la principale orientation est la formation médicale continue.

Perspectives des facultés de médecine

Les facultés de médecine font face à quatre défis bien différents qu'elles devront relever :

- Le défi de l'exhaustivité : on devrait dire que ce défi est déjà perdu, si l'on croyait que la masse des connaissances nécessaires peut être actuellement mémorisée par tous les professionnels. C'est devenu tout à fait impossible. Le défi est donc d'inclure dans le domaine de la compétence du jeune médecin l'aptitude à aller chercher et choisir les connaissances nécessaires à son exercice quotidien. Ce n'est plus un ensemble de cours magistraux qui suffit à cette éducation. Les facultés utilisent donc massivement les stages pratiques, mais elles se mettent aussi en fonction de l'application des sciences cognitives à des méthodes d'éducation à l'apprentissage (APP et ARC). La notion finale de qualification ou de certification oblige aussi à des docimologies qui nous éloignent des examens classiques, en s'approchant des bilans de compétence professionnelle.
- Le défi de l'évaluation : les milieux de la santé sont maintenant imprégnés de la culture de l'évaluation. Dans l'Université, les facultés de médecine doivent donner l'exemple et provoquer elles-mêmes les initiatives nécessaires : des audits sont organisés à l'échelon international, nous devons les encourager.
- Le défi européen : on peut garder une initiative d'innovation, tout en restant attentif aux synergies européennes. La libre circulation et la libre installation des médecins en Europe nous obligent à nous mettre en relation avec les autres structures d'éducation à la médecine et favoriser les échanges d'enseignants, d'étudiants et de chercheurs. Nous ne pouvons plus nous réformer sans concertation avec nos voisins, nous ne pouvons plus nous modifier sans en même temps créer les occasions d'échanges avec les facultés européennes.
- Le défi de leur statut : la loi Savary n'a pas apporté aux facultés de médecine, comme aux autres filières

à finalité professionnelle, les conditions nécessaires à leur adaptation. Là où il devrait y avoir initiative, elle leur a enlevé la responsabilité morale ; là où il devrait y avoir adaptation constante, elle leur a imposé une double tutelle. Là où on devrait s'approcher des coûts réels de formation d'un médecin, on se trouve dans un système dépendant de la composition globale de l'université. Le statut de la faculté de médecine, au sein de l'université, mérite d'être revu là encore en fonction d'une réflexion élargie aux milieux professionnels, aux responsables de la santé et en fonction de correspondances européennes. ■

La formation continue des médecins dans les hôpitaux publics

Christophe Segouin
Médecin, chef du service de la Formation continue des médecins, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le concours de l'internat de médecine : formation ou sélection ?

Anne-Chantal Dubernet
Chargée de recherche au CNRS, Laboratoire G. Friedmann (Paris I), MSH Ange Guépin (Nantes)

Historiquement, la formation médicale a connu de nombreuses transformations, afin de s'adapter à une pratique qui s'est progressivement spécialisée, au gré des avancées techniques et scientifiques. Cette évolution a modifié la place de la médecine générale dans le champ médical, puisqu'elle ne représente plus, aujourd'hui, la qualification commune à l'ensemble des praticiens. Avant 1982, la formation médicale était organisée à partir d'un tronc commun de sept années conclu par la thèse, qui autorisait l'exercice de la médecine générale. Ceux qui désiraient se spécialiser prolongeaient leur formation par un certificat d'études spécialisées (CES)* de deux à quatre années ou un internat des hôpitaux de quatre ans. Au vu des transformations de la pratique médicale, ce système présentait des inconvénients majeurs : d'une part, la médecine générale ne faisait pas l'objet d'un enseignement propre ; d'autre part, la formation des spécialistes était hétérogène, les internes bénéficiant d'une pratique hospitalière plus importante que les étudiants en CES. À la fin des années soixante-dix, la nécessaire harmonisation européenne des diplômes médicaux a amené la France à créer une formation spécifique pour les omnipraticiens et un cursus homogène d'apprentissage des spécialités. Par ailleurs, l'attirance des étudiants pour la spécialisation faisait craindre une augmentation des dépenses de santé et l'instauration d'un *numerus clausus* apparaissait comme une mesure économiquement nécessaire.

Reprenant les grands principes d'une première loi-cadre élaborée en 1979, la loi du 31 décembre 1982 a posé les bases du système actuel, en instaurant un concours national d'accès aux filières de spécialité et un résidanat de médecine générale, aboutissant à un doctorat portant qualification de médecine générale ou spécialisée. Le nouveau concours garda l'appellation d'internat, bien que sa vocation ne soit plus celle de l'ancien internat des hôpitaux, qui visait à pré-recruter le corps des praticiens hospitalo-universitaires. Loin d'aboutir à une valorisation de la médecine générale, ainsi que l'espéraient les protagonistes du dispositif, le concours a eu un effet de barrage qui excluait les généralistes, rapidement stigmatisés par la « sélection par l'échec ». Les clivages professionnels déjà importants entre généralistes et spécialistes s'en sont d'autant accentués, renforçant la dualisation du corps médical.

L'ambiguïté de la mission des universités

La réforme de 1982 concernait surtout les troisièmes cycles d'enseignement, tant dans leurs conditions d'accès que dans leurs contenus. En effet, le concours de l'internat porte sur un programme distinct de celui des premiers cycles universitaires et les questions sont tirées à partir d'une banque nationale. Mais dans la pratique, cette épreuve a perturbé le deuxième cycle des études médicales, moment de la préparation du concours. Le cumul de deux programmes, lourds et en partie différents, rendent ces études d'autant plus difficiles qu'ils doivent être intégrés dans un temps relativement court. Rapidement, les facultés furent confrontées à un dilemme : doivent-elle ignorer le programme de l'internat et conserver intact leur programme de base ou doivent-elles s'inspirer des questions du concours pour faciliter le passage de l'internat à leurs étudiants ? Outre la pression exercée par les étudiants eux-mêmes, la publication des résultats de l'internat mettait les facultés en concurrence, les incitant à placer leurs propres candidats dans des conditions optimales de réussite.

Dans le cadre de notre recherche sur l'impact de cette réforme, nous avons étudié les contenus et les conditions d'enseignement des deux premiers cycles des études médicales de plusieurs universités, durant les années précédant et succédant à la réforme, ainsi que durant la période de transition. Nous avons constaté que les facultés avaient modifié, plus ou moins systématiquement, les contenus et les formes de validation du deuxième cycle. Du point de vue des contenus, les certificats enseignés se sont parfois alignés strictement sur les questions d'internat, les examens reprenant des épreuves du concours. Par ailleurs, les modes de validation se sont assouplies, en particulier en levant le principe selon lequel les étudiants doivent obtenir la moyenne à chaque certificat, garantie de connaissances minimales assimilées dans l'ensemble des grands domaines médicaux.

La formation pratique a également subi des transformations, même si celles-ci sont moins formelles. Mais il arrive que certaines promotions d'externes soient dispensées de leur dernier stage hospitalier pour pré-

* Certificats d'études spécialisées : diplômes par lesquels les étudiants avaient accès aux spécialités médicales. La plupart n'exigeait pas le passage par l'internat. Des modalités de sélection à l'entrée pouvaient exister, mais étaient propres à chaque discipline, voire à chaque université.

Les médecins des hôpitaux publics sont soumis aux mêmes obligations déontologiques d'entretien de leurs connaissances, aux mêmes contraintes liées à l'augmentation rapide du savoir médical. Toutefois, compte tenu de leur cadre d'exercice, de la diversité de leurs activités professionnelles et de leur statut de salarié, la formation continue présente des spécificités.

Des spécificités qui déterminent les besoins de connaissance

Dans le domaine de la spécialité médicale exercée, plus le niveau de connaissance se spécialise, moins la réponse de formation pourra être standardisée, aussi bien dans son contenu que dans la forme qu'elle peut prendre. Dans cette situation, l'appréciation de son besoin sera au mieux exprimée par l'expert, lui-même devenant producteur de savoir nouveau pour les autres quand pratique médicale et recherche se rejoignent.

Par ailleurs, l'exercice hospitalier offre des opportunités de formation réelles bien que difficiles à quantifier. Les échanges au sein des équipes, formalisées dans les staffs et les réunions bibliographiques ou sur le terrain ainsi que les échanges avec les pairs, facilitent la circulation du savoir. De même, les activités d'enseignement

parer l'internat. Individuellement, le choix de stages réclamant peu de présence ou la « vente de gardes » constituent des stratégies qui, bien que déjà en vigueur avec l'internat de CHR, ont eu tendance à se généraliser.

Localement, ces changements de stratégie universitaire ont porté leurs fruits. Dans une faculté que nous avons étudiée, le taux d'accès à la médecine spécialisée concernait 20 à 25 % des premières promotions du nouveau concours. Six années plus tard, alors que les maquettes d'enseignement ont été totalement revues, c'est plus de la moitié des étudiants qui accédaient à la spécialisation, soit un taux proche de ce que produisait l'ancien système. Cette dépendance de la formation universitaire vis-à-vis de la préparation au concours pose des problèmes à de nombreux enseignants, qui nous ont fait part de leurs difficultés à assurer un enseignement qui ne soit pas dominé par les questions d'internat. En outre, les étudiants ont tendance à déserter les amphithéâtres au profit des conférences d'internat, extérieures à la faculté, laquelle est pourtant le seul lieu de socialisation commun à l'ensemble des étudiants, quel que soit l'exercice qu'ils choisiront. Cet aspect de la formation pose une question essentielle, au regard de la segmentation croissante du corps professionnel, où le fossé existant entre généralistes et spécialistes a tendance à provoquer des tensions de plus en plus fortes*.

Une formation discriminante ?

Au-delà des taux de réussite à l'internat, indicateurs en général retenus pour mesurer l'efficacité de cette réforme, on remarque que les caractéristiques des étudiants ayant dorénavant accès à la spécialisation ont été bouleversées. Les femmes, qui sont arrivées en grand nombre dans les facultés de médecine ces dernières années, ont pâti de cette forme de sélection : si elles franchissent massivement la barrière du concours de première année, celle de l'internat les pénalise. En conséquence, elles se spécialisent aujourd'hui moins souvent que les hommes, alors qu'avant 1982, seule une minorité devenait médecin généraliste.

Par ailleurs, les étudiants ont tendance à évaluer leurs chances de réussite à l'internat à l'aune de leurs résultats en deuxième cycle : s'ils ne sont pas classés dans les deux premiers tiers de leur promotion, ils s'auto-sélectionnent et renoncent à se présenter au concours. Tout se passe comme si l'ensemble des étudiants avait intériorisé le fait que la spécialisation était réservée aux « meilleurs » et que les résultats universitaires reflétaient des prédispositions à l'exercice d'une forme de médecine. Ainsi que les entretiens réalisés auprès des médecins le montrent, l'omnipratique souffre d'une dévalorisation universitaire et hospitalière accentuée par le nouveau système. Avant la réforme, un nombre significatif « d'excellents » étudiants pouvaient opter pour la médecine générale, sans que ce choix soit vécu comme un signal d'échec. Aujourd'hui, presque tous les étudiants performants se lancent dans la préparation à l'internat, y compris ceux qui auraient été attirés par la médecine générale, l'émulation prenant ainsi le pas sur l'attrait professionnel.

Il apparaît que la probabilité de se spécialiser résulte aujourd'hui de trois principaux déterminants : les orientations pédagogiques de la faculté d'origine ; le sexe ; la réussite aux études. Ainsi, la moitié des jeunes femmes les moins brillantes à la faculté avaient accès à une spécialisation médicale avant 1982, en particulier par les CES. Dix ans plus tard, on estime que 80 % des étudiantes d'un niveau similaire sont généralistes.

On peut alors s'interroger sur le sens des évolutions de la formation universitaire. Pour certains médecins, la préparation au concours de l'internat constitue la meilleure formation possible, puisqu'il s'agit d'apprendre une médecine de haut niveau. Pour d'autres en revanche, ce concours, basé sur un programme jugé incomplet, stimule plus la mémoire que la réflexion et appauvrit, de ce fait, la formation médicale. Ces opinions divergentes mettent en évidence la contradiction qui existe entre un objectif de formation et un objectif de sélection. Le premier vise à assurer des connaissances solides et minimales à tous et le second à faire émerger « l'élite » du lot commun. À défaut d'un choix explicite entre ces deux objectifs, l'internat, mais aussi le deuxième cycle des études médicales, représentent des systèmes de formation dont le résultat est un inéluctable classement, où les *non sélectionnés* et les *mal placés* deviennent les *mal formés*.

* Comme on peut le constater à travers la division du syndicalisme médical [2].

Cet article s'appuie en partie sur les premiers résultats d'une recherche en cours, s'intitulant : « Les effets de l'internat en médecine de 1982 sur les choix professionnels des médecins ». Ce travail est inscrit dans le programme Inserm/CNRS/Mire 98 : processus de décision et changements dans les systèmes de santé. Le rapport de recherche est prévu pour le début de l'année 2001.

et de recherche sont, pour ceux qui en ont la charge, autant de moyens d'augmenter et de clarifier leurs connaissances.

Le médecin hospitalier n'est pas seulement un expert. Il est aussi un acteur de l'organisation complexe qu'est l'hôpital. Ses fonctions l'amènent à manager des projets, des budgets, des hommes ; ce sont des rôles auxquels sa formation initiale ne l'a pas préparé. Dans ce domaine, la formation continue aura un rôle important à jouer, comme l'a d'ailleurs souligné le protocole récemment signé entre le ministère et les représentants des praticiens.

Des textes qui inscrivent un droit et devoir individuel dans un cadre collectif

Les textes qui se sont succédé (cf. encadré) depuis la mise en place du statut des praticiens hospitaliers en 1984 ont permis de déterminer droits et devoirs de chacun pour ce qui concerne la formation continue :

- pour les médecins, le droit de bénéficier d'un quota de jours consacrés à la formation et d'en obtenir le financement partiel ou total ; avec, en contrepartie, une transparence vis-à-vis de leur employeur sur l'emploi de ce temps ;
- pour la communauté médicale, représentée par la commission médicale d'établissement (CME), et pour la direction de l'hôpital, la possibilité de préparer conjointement un plan de formation et d'apprécier l'opportunité des formations pour lesquelles une prise en charge financière est sollicitée. En particulier pour ce qui concerne l'acquisition d'un nouveau savoir, d'une nouvelle technique, dont le financement institutionnel ne pourra être envisagé que dans le cadre d'un projet de l'hôpital.

Pour autant, l'hôpital n'est pas devenu le maître d'œuvre de la formation continue de ses médecins, compte tenu, entre autres, de la modestie des sommes qu'il lui consacre : 0,40 % de la masse salariale médicale en moyenne [17], soit un niveau inférieur à celui prévu par la loi de 1989 (cf. encadré). De cette masse financière, on sait que les deux tiers ou les trois quarts des médecins titulaires en bénéficient chaque année ; mais le bilan réalisé par le ministère ne précise pas à quelles formations sont consacrés ces fonds. Ce que l'on peut dire, c'est qu'avec moins de 2 000 francs par an et par médecin, l'hôpital ne finance qu'une partie de la formation continue.

Des pratiques de formation qui font coexister des stratégies individuelles et des enjeux collectifs

Il existe peu de données sur les pratiques de formation des médecins hospitaliers. La « Fédération des sociétés nationales de spécialités médicales » qui a vu le jour après l'Ordonnance de 1996 instituant l'obligation de formation médicale continue a réalisé un état des lieux [9] ; de même que quelques sociétés savantes ont mis en place un suivi dans leur spécialité. Mais ces études ne suffisent pas à déterminer une pratique individuelle moyenne.

Un centre hospitalier universitaire, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), a réalisé une enquête

Formation continue : dispositions législatives et réglementaires au 15 octobre 2000

- Décret n° 84-135 du 24 février 1984 : Statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU. Arrêté du 21 décembre 1960 modifié par arrêté du 31 mars 1976 et circulaire du 15 mars 1978 : *autorisation d'absence.*
- Décret du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers, art. 46 : *un plan de formation est arrêté dans chaque établissement, les PH ont droit à 15 jours de congé formation.*
- Arrêté du 23 mai 1985 fixant les modalités d'exercice du droit à congé de formation des praticiens hospitaliers : *précise les modalités retenues au titre de la formation continue et leur financement. L'économie de la santé, l'épidémiologie et l'évaluation de la qualité des soins sont nommément cités.*
- Arrêté du 28 mai 1986 fixant les modalités du droit à congé de formation des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics
- Circulaire du 28 août 1986 relative aux congés de formation des praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel : *précise les modalités d'exercice du droit à congé formation ainsi que les points relatifs au plan de formation de l'établissement.*
- Loi du 10 juillet 1989 portant diverses propositions relatives à la sécurité sociale, Titre II : *financement plancher par les établissements à hauteur de 0,50 % de la masse salariale brute hors charges patronales pour les CHRU et 0,75 % pour les autres.*
- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, art. L 714-16 : *la CME émet un avis sur les plans de formation « intéressant les personnels médicaux ».*
- Ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, Titre II : *obligation de formation continue dont le respect est justifié tous les 5 ans auprès de la CME (non mis en place).*
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Titre VIII : *la CME « organise la formation continue des praticiens (...) et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ».*
- Art. L 714. 27 du Code de la santé publique.
- Arrêté du 6 mai 1997 portant création du Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.
- Arrêté du 27 mai 1997 portant nomination au Conseil national de la formation médicale continue hospitalière.
- Décrets du 31 mai 1997 portant sur la FMC des personnels médicaux hospitaliers : *précise entre autres le nombre de jours ouvrables de congé annuel formation et les praticiens astreints à la formation continue. Les attachés sont concernés, sous condition de nombre de vacations.*
- Décret n° 99-292 du 14 avril 1999 : *obligation et durée de formation continue pour les praticiens adjoints contractuels.*

Une loi en préparation doit préciser les conditions de mise en œuvre de la FMC obligatoire.

La FMC des médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers

Statut	Médecin[a]	Odontologiste[b]	Pharmacien	FMC[c]	Organisée par la CME[d]	Justifiée devant la CME[e]	Congé formation annuel[f]
Praticien hospitalier temps plein	●			Obligatoire	Oui	Oui	15
Praticien hospitalier temps plein		●	●	Non explicitement obligatoire	Oui	[g]	15
Praticien hospitalier temps partiel	●			Obligatoire	Oui	Oui	6
Praticien hospitalier temps partiel		●		Non explicitement obligatoire	Oui	[g]	6
Pharmacien des hôpitaux à temps partiel			●	Obligatoire	Oui	[g]	8
Praticiens contractuels	●			Obligatoire	Oui	Oui[h, i]	8[i]
Praticiens contractuels		●	●	Non obligatoire	Oui[h, j]	[g]	8[i]
Praticiens adjoints contractuels	●		●	Non précisé	[k]	[k]	15
Assistants des hôpitaux	●			Obligatoire	Oui	Oui	8
Assistants des hôpitaux		●	●	Non obligatoire	Oui	[g]	8[i]
Attachés et attachés associés à 11 vac.	●			Obligatoire	Oui	Oui	8[i]
Attachés[l] / 6 < vac. < 11 dans CHG ou spécialisés ; 8 < vac. < 11 vac. CHRU	●			Obligatoire[m]	Oui[n]	Si souhait	[p]
Attachés			●	Non obligatoire	Oui	[g]	[q]
Personnels enseignants et hospitaliers des CHU[s]	●	●	●	Obligatoire	Oui	Oui	[r]

a. Ou biologiste titulaire du diplôme permettant l'exercice de médecin.
b. Ou biologiste titulaire d'un diplôme permettant l'exercice pharmacien.
c. Obligatoire (art. L. 367-2) et non obligatoire.
d. Art. L. 714-14.9.
e. Art. L. 714-16, susceptible d'être modifié par les futures dispositions.
f. Jours ouvrables. Les droits au titre d'une année peuvent être reportés (sans pouvoir être cumulés par anticipation).
g. Ne s'applique pas.
h. Pour les recrutés au titre du 6e du I de l'art. 2.
i. Pour les temps plein.
j. Pour les temps partiel.
k. Non prévu.
l. Dans 1 ou plusieurs centres hospitaliers.
m. Si souhait exprimé de justifier sa FMC au titre de son activité d'hospitalier.
n. Si souhait exprimé de justifier sa FMC devant la CME.
p. Non précisé.
q. Idem autres attachés.
r. 6 semaines dont 31 jours à l'étranger.
s. Tous grades, toutes disciplines.

par questionnaire écrit sur ce sujet. Ce travail, réalisé en 1998, a été mené auprès d'un échantillon représentatif de 800 titulaires, stratifiés par discipline [22]. Les réponses rendues par 80 % des médecins interrogés mettent en évidence des pratiques diversifiées et denses. Ainsi chaque année, 93 % participent à près de quatre congrès, les trois quarts signent près de quatre publications dans des revues à comité de lecture, 60 % consultent régulièrement des bases de données biomédicales à partir de leur micro…

Pour ce qui concerne le champ de la formation en revanche, on constate que 15 % des médecins seulement consacrent du temps à des formations médicales en dehors de leur spécialité et que moins de 5 % disent participer à des formations portant sur la communication interindividuelle ou le management.

Pour ce qui concerne les formations au management, on connaît les efforts croissants réalisés par les centres hospitaliers universitaires (CHU) grâce à un bilan réalisé par ces derniers entre 1988 et 1994 [20]. En effet, l'évolution sur ces six années met en évidence le développement d'une stratégie de formation consistant à élaborer un plan de formation prenant à la fois en compte les objectifs des médecins et ceux de l'hôpital. En particulier, la part dévolue au management et à la gestion avait augmenté régulièrement pendant cette période pour atteindre en moyenne 10 % du budget de formation en 1994. Cet intérêt pour le management s'est développé depuis le début des années quatre-vingt-dix. On en veut pour preuve la création par l'AP-HP (en partenariat avec l'université Paris VII Denis Diderot et l'École des Mines), dès 1991, de l'École de management pour les médecins des hôpitaux. Cette initiative, bientôt suivie par d'autres, trouve une validation *a posteriori* dans la signature du protocole de mars 2000 qui institue la nécessité de proposer systématiquement aux praticiens responsables « des formations spécifiques au management et à la gestion ».

La formation au management est pourtant toujours l'objet d'une discussion entre les tenants d'une formation médicale continue qui ne prendrait en compte que la partie médicale du métier de médecin à l'hôpital et ceux qui pensent que formation médicale et formation au management et à la gestion ne sont que les deux facettes du même métier de praticien hospitalier.

Quelle formation continue obligatoire pour quelle compétence ?

L'obligation de formation continue qui devait prendre effet au premier janvier 1997 n'a pas été mise en place.

Le projet de loi de modernisation sanitaire maintiendrait cette obligation [5] en proposant toutefois des modalités très larges ; ceci devrait permettre à l'ensemble des praticiens, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, universitaires ou non, de trouver des modes de « validation » qui s'adaptent à leurs pratiques. L'écueil de la participation obligatoire à des formations serait ainsi évité. On sait, en effet, que la formation continue, même volontaire, a un impact faible sur les pratiques médicales [6].

Il n'en reste pas moins que la comptabilisation par « crédit » de formation est la formule de contrôle la plus simple. Ceci explique sans doute une utilisation répandue ; c'est le cas, par exemple, dans la majorité des États des États-Unis qui exigent entre 12 et 50 heures de crédit de formation par an pour renouveler aux médecins leur autorisation d'exercice [23].

La formation continue s'inscrit dans une problématique plus vaste [10]. Elle n'est en fait qu'une des composantes de la question qui préoccupe le client du médecin comme son employeur : comment s'assurer qu'il est toujours compétent ? En effet, malgré la standardisation de la qualification médicale et du recrutement des praticiens, la qualité de leur pratique, à distance de leur formation initiale et de leur recrutement, ne peut plus être présumée. En ce sens, les médecins se trouvent dans la même situation que les établissements de santé dont la qualité doit aujourd'hui être démontrée par l'accréditation. Le débat actuel, en France comme à l'étranger [18], témoigne d'un cheminement dans ce domaine.

Chaque pays, en fonction de sa culture et des pratiques, trouve une solution dans laquelle la formation continue a toujours sa place ; qu'elle soit pratiquée à titre préventif ou « curatif », comme c'est le cas au Québec où des médecins, à l'issue d'une procédure d'inspection lourde, peuvent être « invités » à suivre un programme de formation créé sur mesure [21].

Conclusion

Les besoins et les opportunités de formation des médecins hospitaliers justifient une approche spécifique et des réponses à caractère local à cette question. Encore faut-il prendre en compte la diversité des situations liée tant à la diversité des hôpitaux qu'à celle des praticiens. Le temps disponible pour la formation, en particulier dans les équipes de petite taille n'étant pas le moindre de ces paramètres.

Celà considéré, il est indispensable que les dispositifs mis en place garantissent la cohérence des connaissances entre les médecins de ville et ceux de l'hôpital. De même qu'il faudra mettre en cohérence les contraintes de formation qui concernent les praticiens hospitaliers de biologie, qu'ils soient pharmaciens ou médecins, à partir du moment où ils exercent des fonctions similaires.

L'articulation entre les besoins individuels et les stratégies collectives doit également être privilégiée. Les commissions médicales d'établissement auxquelles l'Ordonnance de 1996 a donné la prépondérance dans le domaine de la formation a ici tout son rôle à jouer.

Au-delà de la formation continue, c'est bien la notion de compétence qui est en jeu. La formalisation de règles de formation n'épuisera pas la question de l'assurance de la compétence. Elle en constitue seulement une des prémisses. ■

La formation continue des médecins français
Quelques données sur la situation actuelle

Pierre Gallois
Président-fondateur
de l'Unaformec

Il est difficile d'apporter des données précises, chiffrées, sur l'organisation et l'état de la formation continue des médecins français aujourd'hui pour diverses raisons :

- la formation continue des médecins (FMC) pose un problème spécifique. Pour l'ensemble des Français, l'objectif de la formation continue, telle que les lois successives l'ont organisée, est centré sur l'individu. Pour les médecins l'objectif de la FMC est centré sur la qualité des soins et leur adéquation aux objectifs de santé publique. Il s'agit alors d'une obligation déontologique. Dans un tel contexte, ce qui importe n'est pas la participation à telle ou telle action de FMC, mais la compétence effective des médecins. C'est dans ce sens que les Québécois ont instauré un système d'inspections professionnelles ;
- les ordonnances de 1996 ont transformé l'obligation déontologique de formation médicale continue en une obligation légale. Il s'agit dans ce texte législatif d'une obligation de moyens (le médecin doit prouver qu'il a suivi des actions de formation) et non d'obligation de résultats (il n'est pas demandé de prouver ses connaissances ou sa compétence). En fonction de ces ordonnances, le Conseil national de la formation médicale continue (CNFMC) a répertorié les modalités de formation qui pourraient permettre d'attester que le praticien a satisfait à l'obligation. Ces modalités sont extrêmement diverses, prenant en compte la grande variabilité des besoins de formation selon les modes et lieux d'exercice et le libre choix des moyens par le médecin ;
- avec le changement de gouvernement ces ordonnances n'ont jamais été appliquées. Le ministre de la

Santé qui devait donner son assentiment aux propositions du CNFMC n'a jamais répondu aux propositions faites. Une nouvelle loi serait en préparation, mais ce que l'on en connaît reste confus et contradictoire. Le CNFMC avait proposé un classement des moyens utilisables et des modalités d'attestation par les conseils régionaux de FMC. Il aurait alors été possible d'avoir une vision d'ensemble des efforts de formation des médecins.

Nous tenterons néanmoins de donner, avec toutes les réserves qui s'imposeront, quelques éléments sur la structuration actuelle de la FMC, les divers moyens de formation utilisés, les divers opérateurs de formation, quelques données sur la participation des médecins, les financements disponibles.

Une structuration fruit d'une évolution de 30 ans

Dès le début des années soixante-dix le besoin d'une structuration nationale de la FMC s'est manifesté pour fédérer les diverses initiatives, proposer une politique professionnelle de FMC, définir des modalités de financement. Des propositions répondant à ce besoin ont été émises par des organisations de praticiens, l'université, les pouvoirs publics et les syndicats médicaux. Après divers tâtonnements, la nécessité d'une structure quadripartite réunissant les diverses composantes professionnelles s'est imposée. Le Conseil national et les Conseils régionaux de la formation médicale continue, composés de représentants de l'Ordre des médecins, des syndicats médicaux, de l'université et des associations de formation ont été créés à partir de 1982, avec la participation à titre consultatif des pouvoirs publics et des organismes sociaux. Ils ont été officialisés en 1996 par les ordonnances Juppé. Les missions de ces conseils sont d'élaborer une politique de formation médicale continue, de répartir les ressources, de valider les projets de formation.

Le CNFMC concerne uniquement les médecins exerçant à titre libéral. Il existe par ailleurs un Conseil national de la formation médicale continue hospitalière. Pour les médecins salariés, la formation continue entre dans le cadre général de la formation continue des Français et de l'entreprise à laquelle ils appartiennent. Cette division des médecins selon le mode d'exercice pose de nombreux problèmes de cohérence, et la profession a cherché à les surmonter par une structure de liaison, en attendant un CNFMC unique qui paraît souhaitable.

Parallèlement à cette structuration impliquant les diverses composantes professionnelles, une structuration de la FMC a été réalisée dans le cadre des relations conventionnelles entre médecins et organismes de sécurité sociale. Des actions de formation médicale continue financées dans un cadre conventionnel ont été mises en place depuis 1990. Elles restaient intégrées dans le cadre général de la FMC. La dernière convention entre organismes de sécurité sociale et le syndicat MG-France a créé une formation médicale continue conventionnelle avec des structures propres officialisées par un texte de loi.

Il serait souhaitable que la future loi sur la FMC permette de définir les moyens d'une politique professionnelle globale, dans le cadre de la politique de santé.

Des moyens très diversifiés

Les moyens de formation à la disposition des médecins sont très diversifiés, diversification correspondant à la multiplicité des modes d'exercice, des conditions d'exercice, des besoins, possibilités et personnalités des médecins. La liberté du choix des moyens de formation semble de ce fait un principe essentiel.

Parmi les moyens utilisables, citons par importance décroissante : la presse médicale largement utilisée, par plus de 90 % des médecins (dans toutes les enquêtes) ; les séances de formation de groupe organisées par les associations, les hôpitaux ou l'université ; les congrès ; la lecture de manuels. Parmi les formations de groupe, les spécialistes semblent privilégier celles d'origine hospitalière, les généralistes celles d'origine associative. Les moyens audiovisuels classiques sont en perte de vitesse, les moyens informatisés en progression.

Il faut rajouter des moyens de formation moins répandus mais peut-être plus efficaces : la participation à la vie hospitalière (surtout chez les spécialistes), à l'enseignement (en voie de développement chez les généralistes avec l'enseignement de 3e cycle et le stage chez le praticien), la participation à des recherches cliniques ou épidémiologiques, à des audits de pratique.

Pour tous ces moyens de formation l'efficacité réelle reste incertaine en termes de modification des comportements ; les diverses études ont montré des résultats très médiocres de l'enseignement magistral, des recommandations de pratique clinique diffusées sans processus d'appropriation associé, une plus grande probabilité d'efficacité des méthodes impliquant une participation active.

C'est à partir de ces études qu'ont été élaborés les critères de qualité de la FMC, base de validation des actions de formation dans le cadre de l'obligation. Ces critères sont regroupés dans quatre chapitres : adaptation à la pratique, qualité scientifique, qualité pédagogique, indépendance. L'indépendance reste un des plus difficiles à mettre en œuvre étant données les conditions de financement de la FMC et l'importance des moyens utilisés par l'industrie pour la promotion de ses produits. Il faut remarquer que, dans les enquêtes, les médecins placent les délégués médicaux au 2e ou au 3e rang de leurs moyens d'information, confondant ainsi information et formation.

Deux ou trois grands types d'opérateurs

L'université et les hôpitaux sont les plus anciens, à travers divers modes : les réunions de service, surtout utilisées par les spécialistes, les journées annuelles de FMC organisées dans la plupart des unités de

formation et de recherche (UFR), avec une participation importante de généralistes, les congrès, très importants chez les spécialistes, avec la participation des sociétés savantes. La plupart des UFR se sont dotées d'un département de formation médicale continue. On dispose de peu de données chiffrées globales quant à la participation des médecins à ces diverses actions.

Les associations de FMC sont le deuxième grand vecteur de formation médicale continue, sans doute prédominant chez les généralistes. On en recense entre 1 500 et 1 800. L'Unaformec, fédération nationale d'associations de formation médicale continue créée il y a 20 ans, regroupe environ 1 300 associations réparties sur le territoire, qui assurent une formation de proximité, en groupes plus ou moins importants, utilisant souvent des méthodes de pédagogie active. Environ 800 animateurs bénévoles ont été formés à ces méthodes ; 38 000 médecins libéraux adhèrent à ces associations. La Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) est une association de généralistes implantée surtout en région parisienne. Plus récemment des associations d'initiative syndicale se sont développées : MG-Form, Association confédérale pour la formation médicale (ACFM), Association fédérale pour la formation des médecins (AFFM), assurant des actions nationales ou régionales.

Reste, parmi les opérateurs, l'industrie pharmaceutique qui organise de nombreuses actions de formation, en principe non susceptibles de validation dans le cadre d'une formation médicale continue obligatoire. Il n'y a pas de façon significative d'opérateurs privés autres que ceux liés à l'industrie.

Des chiffres de participation incertains et d'intérêt discutable

Il est difficile de dire combien de médecins participent à ces diverses actions de FMC et on ne dispose pas de données exemptes de critique.

Dans une enquête réalisée en 1993 par le Centre de sociologie et démographie médicales, les généralistes disaient utiliser comme principaux moyens de formation médicale continue la presse médicale (95 % d'entre eux), les manuels (72 %), la FMC associative (63 %), les délégués médicaux (64 %) ; et les spécialistes : la presse médicale (93 %), les congrès (82 %), les manuels (78 %), les séances de FMC hospitalières (50 %), la fréquentation hospitalière (49 %), la FMC associative (37 %).

Le rapport de l'Igas de 1998 évoque les chiffres de 85 % des spécialistes et 15 à 20 % des généralistes inscrits à des actions de formation collectives. Ces chiffres ne représentent pas la réalité, les associations, groupements de proximité, ne tenant le plus souvent pas de comptabilité. Il semble cependant que la participation oscille entre 30 et 50 % des médecins d'un secteur, avec des exceptions dans les deux sens.

Mais ces chiffres ne comptabilisent que les actions de FMC très structurées et ne prennent pas en compte la très grande diversité des modes de formation utilisés par les médecins.

Des moyens de financement ne garantissant pas l'indépendance.

Le coût de réalisation de la FMC, indépendamment du coût du temps passé pour les participants, n'a jamais été bien évalué. Le coût d'une soirée, moyen le plus répandu chez les généralistes, est relativement modéré. Le coût moyen d'une journée de formation a été estimé par le Fonds d'assurance formation (FAF) à 1 700 F par médecin formé. Dans cette hypothèse, le financement nécessaire pour réaliser cinq journées de FMC pour les 120 000 médecins libéraux s'élèverait à 1 milliard 200 millions. Et si l'on devait indemniser le temps passé sur la base de 15 C par jour, il faudrait envisager encore 1 milliard.

La part directe des médecins a été estimée à 300 millions de francs environ (cotisations aux associations, achats de revues, livres, frais de déplacement…). Elle est sans doute plus importante. Les cotisations (cotisations obligatoires, cotisations aux associations) ne représentent pas le poste le plus important.

L'industrie pharmaceutique a toujours été très présente dans la formation continue des médecins. Les estimations situent sa participation à la réalisation d'actions ou de support de formation médicale continue entre 2,5 et 4 milliards de francs.

Les pouvoirs publics (direction générale de la Santé) ont une participation épisodique en fonction d'objectifs de santé publique. Les premiers financements de 1979 à 1983, entre 1 et 3 millions de francs annuels, ont permis le démarrage d'une politique de FMC. Depuis, plusieurs financements ciblés ont été proposés notamment pour le sida.

Les organismes sociaux participent depuis 1990, avec des actions de formation médicale continue conventionnelles, qui prennent en compte la réalisation des actions et l'indemnisation du temps passé, mais aussi des actions de formation des représentants à la vie conventionnelle. La contribution a varié, de 56 millions en 1990 à 120 millions en 1993. Ces financements sont cependant précaires, liés aux aléas de la vie conventionnelle.

Les financements publics sont gérés par le FAF sous la responsabilité des seuls syndicats. Ceci est probablement inadapté et source de conflits. L'indépendance de la formation serait peut-être mieux assurée par une responsabilité professionnelle quadripartite à l'image du CNFMC. Par ailleurs le poids relatif des financements en provenance de l'industrie est un facteur de préoccupation pour l'indépendance de la formation.

Pour les médecins hospitaliers, les établissements sont tenus de consacrer au minimum 0,5 % ou 0,75 % de la masse salariale des médecins salariés qu'ils emploient. À l'évidence, une telle somme ne correspond pas à la dimension des besoins.

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 resserrer 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-

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]
13e échelon		534 941
12e échelon	4	512 264
11e échelon	2	450 590
10e échelon	2	432 590
9e échelon	2	402 590
8e échelon	2	388 590
7e échelon	2	376 590
6e échelon	2	351 590
5e échelon	2	328 590
4e échelon	2	314 590
3e échelon	2	306 590
2e échelon	1	299 590
1er échelon	1	294 590

1. Décret n° 2000-503 du 8 juin 2000.
2. Au 1er 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 universités-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 clinicat).
- 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.

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 1er 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.

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 1re et 2e année à proportion de la durée de travail. 3e et 4e 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 6e).

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.

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 suppression 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 vacations 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 vacations attribué au service.
Le nombre total de vacations 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 vacations 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 vacations 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 vacations 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 sont 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 hebdomadaire 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 suspendu 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 régionales 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

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

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 exerçaient 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 participant 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 1er 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. ■

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 effectuant 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

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

* 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)

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 rétrocédés 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 infléchie pour l'ensemble des disciplines médicales mais de façon moins marquée pour les chirurgiens et les oto-rhino-laringologistes (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 traitements 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 National 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 libres. Les médecins de ce secteur peuvent pratiquer des prix plus élevés que le tarif, mais ils sont contraints de renoncer à certains des avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés. Les remboursements de l'assurance maladie aux assurés se fait sur la base du tarif conventionné. Depuis 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 1er juillet 1993.

Droit et médecins

Face à l'augmentation des recours et procédures qui mettent en cause la responsabilité des médecins, pratique médicale et droit ont évolué en même temps que l'intolérance au risque médical.

Germain Decroix
Juriste au Sou médical

Responsabilité médicale en France : mythes et réalité

L'évolution quantitative mais surtout qualitative des procédures mettant en cause la responsabilité professionnelle des praticiens a fondamentalement transformé la place de cette question au sein même de l'exercice quotidien.

Nous sommes passés du mythe à la réalité.

La Cour de Cassation a surtout, depuis janvier 1997, entamé un mouvement jurisprudentiel en faveur des patients victimes qui a non seulement accru le niveau d'exigence posé sur les médecins mais également initié de nouvelles sources de responsabilité. La multiplicité des publications sur le sujet ainsi que les nombreuses réunions d'information auxquelles ont été invités les praticiens les ont obligés, bien souvent contre leur gré, à intégrer cette nouvelle donnée à leur activité afin de limiter, autant que possible, les condamnations, voire les réclamations des patients. Il n'est pas acquis que la médecine défensive qui s'est progressivement développée aille dans le sens de la prévention du risque pour le patient comme cela devrait être, et nous pouvons craindre qu'elle s'oriente plutôt vers un protectionnisme excessif des médecins contre leurs patients, qui risque fort de générer une certaine méfiance à l'égard des progrès réalisés chaque année, ce qui serait fort préjudiciable aux malades.

Cette évolution peut s'observer à la lecture des données statistiques quantitatives mais également à l'observation des nouveaux principes dégagés par la jurisprudence, ce qui a conduit au développement de la réglementation sanitaire.

Évolution quantitative de la responsabilité médicale

Nous ne disposons pas, en France, de données statistiques fiables sur les accidents médicaux. Or, celles-ci seraient bien utiles pour mener une politique de prévention des risques efficace et bien ciblée. Les études publiées, acte par acte, et portant sur les complications rencontrées pourraient être utilisées en les rapportant au nombre d'actes réalisés par an en France mais les taux de complication obtenus sont trop variables ou sujets à interprétation pour être toujours pris en compte. D'autre part, un grand nombre d'accidents ne peuvent être rattachés à un acte précis car ils sont liés à l'environnement des soins.

Finalement ce sont les compagnies d'assurance couvrant la responsabilité civile des professionnels de santé (médecins, mais aussi sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes…) et/ou des établissements de soins (privé/public) qui disposent des données les plus larges puisqu'elles reçoivent, de la part de leurs assurés, les déclarations relatives aux accidents susceptibles d'engager leur responsabilité.

Il existe en France plusieurs compagnies d'assurances se consacrant exclusivement à la couverture des professionnels de santé et/ou des établissements dont l'une, ayant pour vocation la défense de ses sociétaires quand leur responsabilité est recherchée, a été fondée en 1897, ce qui montre l'ancienneté du phénomène.

Les assureurs spécialisés garantissant la grande majorité des praticiens disposent des statistiques sur la sinistralité et le règlement des dossiers les plus complètes et nous utiliserons celles publiées par le

GAMM regroupant la MACSF et le Sou médical qui couvre environ deux tiers des praticiens français.

La figure 1 montre la sinistralité (c'est-à-dire le nombre de déclarations d'accidents envoyées en moyenne par 100 sociétaires) pour l'année 1998, spécialité par spécialité. Il s'agit du nombre de déclarations reçues par les deux assureurs concernés et non pas du nombre réel d'accidents liés à l'activité professionnelle des assurés puisque ces derniers ne contactent leur assureur que lorsqu'ils estiment que leur responsabilité risque d'être recherchée ou quand ils font l'objet d'une procédure (amiable ou judiciaire).

Le nombre d'accidents médicaux est nécessairement supérieur mais il est impossible de connaître le taux d'accidents déclarés par rapport à ceux qui ne le sont pas, qui doit dépendre de l'importance de l'inquiétude de chaque praticien face à sa responsabilité professionnelle.

Ce tableau permet néanmoins de comparer, selon la spécialité exercée, le nombre des accidents considérés comme importants par les praticiens eux-mêmes. Nous constatons une très grande différence entre les extrêmes (de 1 à 20) qui explique, entre autre, la sensibilité très variable des médecins par rapport au risque, que ce soit vis-à-vis de la survenance de l'accident ou vis-à-vis de la prévention de celui-ci.

Si l'on extrapole ces données on peut estimer qu'en moyenne un médecin généraliste sur trois adressera une déclaration d'accident à son assureur professionnel au cours de sa carrière (35 ans d'exercice) alors que chaque chirurgien esthétique risque de voir sa responsabilité professionnelle mise en cause neuf fois au cours de sa carrière.

La figure 2 montre l'évolution de la sinistralité sur dix ans, c'est-à-dire la variation du total des moyennes pour 100 assurés par an de 1988 à 1998, spécialité par spécialité.

Ici encore ce sont les déclarations d'accidents reçues pendant les années considérées qui ont servi de base si bien que les résultats ne peuvent être pris pour une photographie fidèle de l'évolution des accidents par spécialité mais comme l'image de la variation de la mise en cause de la responsabilité des praticiens. Les progrès de la médecine rendent de moins en moins acceptables certains accidents et conduisent les victimes à solliciter une indemnisation pour des préjudices antérieurement admis. D'autre part, dans certaines spécialités, la multiplication des actes invasifs a généré une importante augmentation de complications antérieurement non rencontrées.

Nous constatons à l'examen de ces données que, contrairement à ce que l'on avait pu croire, ce ne sont pas les spécialités les plus à risque qui ont subi la plus forte augmentation puisque la cardiologie, la médecine générale, la psychiatrie et la dermatologie avaient, sur le schéma précédent, des taux de sinistralité parmi les plus faibles. En sens inverse l'obstétrique et l'anesthésie, deux des spécialités les plus concernées par les procédures en responsabilité, ont bénéficié d'une évolution

figure 1

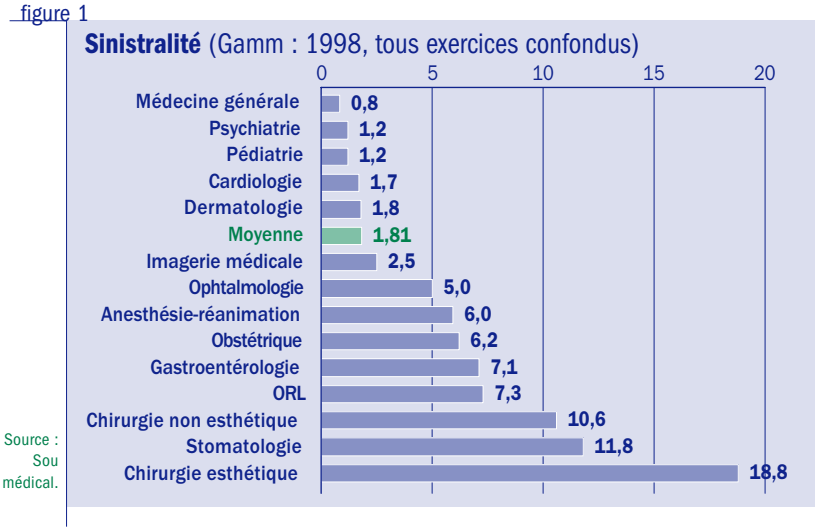
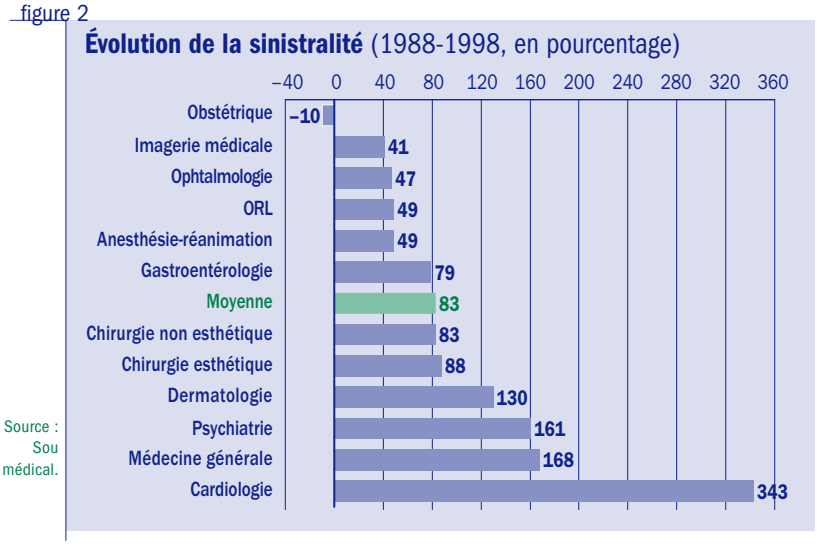


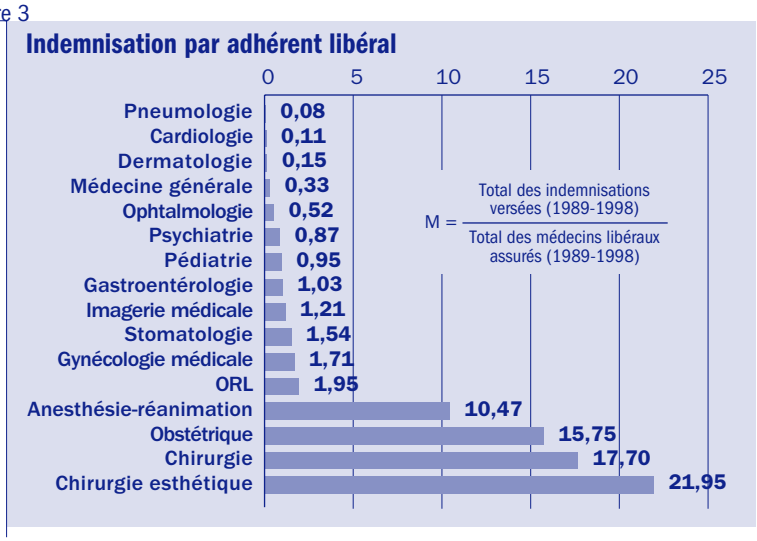
figure 2



nettement plus favorable que la moyenne qui se situe à plus de 83 % en dix ans. La seule baisse enregistrée est à attribuer à l'obstétrique et peut s'expliquer, au moins en partie, par les mesures de sécurité qui ont été prises dans cette période mais doit être tempérée par la très forte hausse des déclarations envoyées par les sages-femmes (6 en 1988, plus de 100 actuellement).

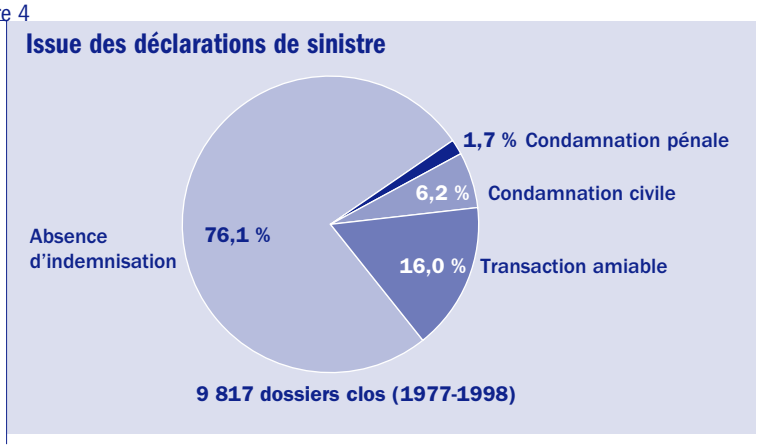
L'étude du montant des indemnisations versées aux victimes (figure 3) a été faite à base des dossiers clos au Sou médical entre 1988 et 1998, rapportés au nombre d'assurés libéraux dans la spécialité et pour la période concernée. Les médecins hospitaliers ont été exclus de cette étude car ils n'engagent pas pécuniairement leur responsabilité personnelle mais celle de leur établissement (sauf dans la très rare hypothèse de la faute détachable du service qui, en pratique, se limite à la non-assistance à personne en danger). Par contre, ils sont, bien entendu, pénalement personnellement responsables de leurs actes.

figure 3



Source : Sou médical.

figure 4



Source : Sou médical.

Nous voyons, en matière d'indemnisation, une séparation très nette entre deux groupes : le premier allant de la pneumologie à l'ORL, où le taux calculé ne dépasse pas 2 %, avec très peu de dossiers ayant un coût élevé et le deuxième de l'anesthésie à la chirurgie esthétique en incluant l'obstétrique et la chirurgie. Ces quatre spécialités totalisent à elles seules 65 % des indemnisations versées avec un nombre important de dossiers dont le coût est moyen ou élevé. Il y a, en fin de compte, peu de cas où le préjudice indemnisable est très important, mais dans ces situations nous pouvons remarquer une très nette augmentation des sommes accordées aux victimes au cours des dernières années. Les coûts les plus élevés sont retrouvés en anesthésie et en obstétrique, quand les patients conservent des séquelles motrices ou neuro-psychiatriques majeures avec nécessité de l'assistance d'une tierce personne, les sommes accordées amiablement ou judiciairement pouvant alors dépasser dix millions de francs.

La combinaison de ces deux paramètres (fréquence et coût) permet aux assureurs de calculer la prime de chaque spécialité dont le montant est très variable. Par exemple, au Sou médical et à la Mutuelle d'assurance du corps sanitaire français (MACSF), la cotisation annuelle 2000 pour la garantie responsabilité civile et professionnelle d'un médecin généraliste est de 900 F alors que celle d'un chirurgien esthétique est de 50 500 F.

Il est enfin intéressant d'observer l'issue réservée aux déclarations de sinistre reçues par les assureurs (figure 4) et nous disposons ici d'une étude rétrospective portant sur près de 10 000 accidents médicaux corporels sur une période de vingt ans.

Nous pouvons constater que plus des trois quarts des dossiers sont clos sans que la victime soit indemnisée et ce pour l'une de ces trois raisons :

- elle n'a rien réclamé et le praticien a simplement fait une déclaration de prudence ;
- elle a formulé amiablement sa réclamation et a finalement accepté les explications du praticien et/ou de son assureur ;
- elle a échoué dans la procédure judiciaire qu'elle a mise en œuvre.

Dans le quart restant, les deux tiers des indemnisations ont été versées amiablement par les assureurs concernés qui, pour être en mesure de le faire doivent disposer de trois éléments cumulatifs :

- que les conditions de la responsabilité de leur assuré soient réunies (faute, préjudice, lien de causalité) ;
- que les assureurs des éventuels coresponsables acceptent de participer à l'indemnisation ;
- que la victime soit d'accord avec les sommes proposées.

Il ne reste finalement que 8 % de la totalité des dossiers qui font l'objet de condamnations judiciaires avec un faible taux d'indemnisations prononcées par les juridictions pénales, qui ne sont que rarement saisies par les victimes souhaitant essentiellement obtenir des dommages et intérêts, puisqu'elles sont plus exigeantes sur les conditions à remplir, notamment sur la définition des critères de la faute et du lien de causalité.

Cette étude inclut un nombre important de dossiers anciens, jugés sur la base d'une jurisprudence peu favorable aux victimes, mais celle-ci a largement évolué, laissant entrevoir un accroissement des reconnaissances de responsabilité des praticiens et des établissements.

Évolution de la jurisprudence

Le droit de la responsabilité médicale est essentiellement jurisprudentiel, aucun texte législatif ou réglementaire ne définit, à proprement parler, les conditions de la responsabilité des médecins. Ce sont les magistrats qui, par petites touches et quelques grandes décisions de principe, ont construit un système entrant pour l'essentiel dans le champ de la responsabilité contractuelle et présentant de nombreux points communs avec celui créé pour les autres professionnels (avocats, architectes…). Certes, les magistrats s'inspirent des textes existants (décrets de compétence, normes de

sécurité, recommandations ou référentiels professionnels…) mais ils conservent leur liberté pour fixer le niveau d'exigence à l'égard des médecins. Ceci explique que malgré le rôle uniformisateur de la Cour de Cassation, l'on trouve de très grandes divergences parmi les juridictions du fond sur le principe même de la responsabilité face à certains accidents médicaux et sur le montant de l'indemnisation à accorder pour des préjudices équivalents.

Depuis l'arrêt Mercier de 1936, la responsabilité médicale est basée sur la démonstration par la victime du célèbre triptyque :

- faute, c'est-à-dire manquement aux bonnes pratiques professionnelles ;
- préjudice qui doit être direct, actuel et certain ;
- lien de causalité et, en cas de doute, perte de chance.

Les difficultés de preuve auxquelles ont été confrontés les demandeurs ont abouti bien souvent à un rejet de leur demande alors que certains accidents étaient devenus socialement inacceptables.

La volonté indemnitaire des juges du fond puis de la Cour de Cassation s'est accrue, conduisant ces magistrats à inventer de nouvelles sources de responsabilité.

Le manquement à l'obligation d'information

Depuis de nombreuses années, la jurisprudence considère que parmi les obligations contractuelles du médecin se trouve celle d'obtenir le consentement éclairé du patient aux soins proposés.

Ceci n'est que l'application aux médecins de la théorie générale des contrats qui fait du consentement éclairé une condition de validité du contrat et crée ainsi une obligation réciproque d'information pesant essentiellement sur les professionnels à l'égard des profanes.

Cette obligation d'information n'a pas, jusqu'en 1997, beaucoup perturbé l'activité des médecins, puisqu'en pratique très peu de condamnations de praticiens ont été prononcées du fait que c'était aux patients qu'il appartenait de prouver qu'ils n'avaient pas reçu l'information faisant manifestement défaut. La Cour de Cassation a décidé, dans son arrêt du 23 février 1997, de renverser la charge de la preuve. Dans cette affaire, relative à une perforation au cours d'une coloscopie, il a ainsi été décidé que cet accident engageait la responsabilité du gastro-entérologue du seul fait qu'il n'était pas en mesure de prouver qu'il avait averti son patient du risque perforatif. Il est très intéressant de remarquer que la Cour de renvoi, la Cour d'Appel d'Angers a, dans son arrêt du 11 septembre 1998, résisté à cette volonté indemnitaire de la Cour de Cassation en refusant d'accorder des dommages et intérêts à la victime de la perforation. Elle a rappelé qu'il appartenait toujours au patient de prouver que le défaut d'information lui avait causé un préjudice spécifique. Elle a considéré en l'espèce qu'au contraire tout conduisait à penser que même si le patient avait reçu une information complète sur le risque perforatif, il aurait accepté la réalisation de la coloscopie. La Cour de Cassation, à nouveau saisie de cette affaire, a confirmé la position de la Cour d'Appel d'Angers dans un arrêt du 20 juin 2000.

La Cour de Cassation a affirmé par petites touches sa jurisprudence par plusieurs décisions successives.

Par un arrêt du 14 octobre 1997 elle a précisé que le praticien pouvait apporter la preuve de l'information par tous moyens et, dans cette affaire, elle a considéré que le long délai (3 mois) entre la proposition de l'acte et sa réalisation ainsi que l'anxiété de la patiente avant l'acte constituaient des preuves suffisantes que l'information avait été correctement fournie. Cette vision formaliste et partant des effets de l'information ne peut que surprendre dans le domaine de la preuve et semble uniquement destinée à rassurer les médecins face à cette nouvelle obligation en leur annonçant une certaine souplesse des magistrats dans l'appréciation des faits.

Le 7 octobre 1998, la Cour de Cassation a rendu deux décisions importantes qui viennent compléter cet édifice jurisprudentiel. Pour la première fois, elle a précisé que l'information devait porter sur tous les risques, mêmes les plus exceptionnels (en l'espèce une cécité post-opératoire due à la thrombose du sinus caverneux suite à une intervention sur la deuxième vertèbre lombaire), ce qui a vivement inquiété voire découragé les médecins.

La deuxième décision est plus rassurante puisqu'il a été admis que lorsque l'état du patient est globalement amélioré malgré la survenue d'une complication, le patient ne doit pas être indemnisé même s'il n'a pas été préalablement informé de l'existence de cette complication. La dernière décision (à ce jour) de la Cour de Cassation (1re civ. 18 juillet 2000) précise que l'information est due au patient même lorsque l'acte est indispensable.

À l'examen des décisions du fond et de cette évolution jurisprudentielle, il apparaît que cet argument du défaut d'information est de plus en plus souvent invoqué par les avocats des victimes en mal de faute technique mais ne devrait permettre de conduire à l'allocation de dommages et intérêts que dans les dossiers où le patient disposait réellement d'un choix (actes de convenance, réelle alternative thérapeutique). Il reste à déterminer la méthode d'évaluation du montant de l'indemnisation et sur ce point la jurisprudence n'est ni établie ni unifiée avec, semble-t-il, néanmoins un accord sur le fait que le préjudice ne peut être qu'une perte de chance.

Pour les soins délivrés à l'hôpital public, la jurisprudence administrative a été forgée plus tardivement mais avec moins de tâtonnements puisque le Conseil d'État a, dans son arrêt du 5 janvier 2000, adopté en bloc les principes dégagés par la Cour de Cassation. Les médecins hospitaliers sont donc également tenus d'être en mesure de prouver qu'ils ont prévenu leurs patients de tous les risques, même exceptionnels, et le Conseil d'État a admis qu'il ne pouvait s'agir, pour le pa-

tient, que d'une perte de chance dont l'ampleur est à évaluer au cas par cas.

En pratique, les sociétés savantes ont rédigé des documents d'information que les praticiens peuvent remettre aux patients après avoir donné une information par oral et en mentionnant cette remise dans le dossier médical. Il n'est pas conseillé, sauf circonstances exceptionnelles ou acte de pure convenance, de faire signer ce document aux patients, signature non exigée aujourd'hui par les magistrats.

La violation d'une obligation de sécurité résultat

Parallèlement au développement de la responsabilité pour défaut d'information, certaines juridictions, aujourd'hui très minoritaires, ont voulu innover pour des affaires importantes dans lesquelles les experts n'avaient retrouvé aucune faute à l'encontre des praticiens ou des établissements mais où les dommages subis étaient considérés comme inacceptables et hors de proportion par rapport à l'état antérieur et à l'acte réalisé.

Ces dommages ne peuvent, selon la jurisprudence classique, être indemnisés en l'absence de faute des praticiens ou de l'établissement alors même que la causalité entre les soins et le dommage est établie.

Il fallait donc, pour pouvoir prononcer des condamnations indemnitaires, suppléer à l'absence de preuve d'une faute sans néanmoins remettre en cause les bases de la responsabilité médicale. Certains juges du fond ont donc eu l'idée de créer une nouvelle obligation contractuelle à la charge des médecins, dont le non-respect constituera une faute et donc une source de responsabilité. C'est l'obligation de sécurité résultat qui engagerait les médecins à obtenir, pour leurs patients, le résultat sécurité. Nous voyons tout de suite que le domaine d'application peut être extrêmement étendu puisque tous les actes de soins engagent la sécurité des patients et qu'il suffirait de démontrer l'existence d'un accident pour établir que le médecin n'a pas correctement rempli son contrat.

Il est bien facile d'imaginer de nouveaux engagements inclus dans le contrat médical, sans demander l'avis des co-contractants qui devraient rester libres de fixer eux-mêmes les contours de leurs obligations. Les clauses (toujours implicites) de ce contrat médical (de plus en plus fictif) seraient-elles d'ordre public ?

Deux exemples de mise en œuvre de cette obligation de sécurité résultat paraissent éclairants.

Le premier, jugé par le tribunal de Grande Instance de Paris le 5 mai 1997, concernait une femme de 68 ans victime d'une paralysie crurale droite dans les suites d'une cure chirurgicale d'un prolapsus génital avec incontinence urinaire réalisée sous anesthésie rachidienne. Le chirurgien et l'anesthésiste ont été assignés et seule la responsabilité du premier est retenue avec la motivation suivante : « attendu qu'en l'espèce et dès lors que les constatations des experts n'ont permis à ces derniers ni de déterminer parmi les causes possibles de la complication survenue celle qui a joué un rôle déterminant dans la réalisation du dommage et engagé la responsabilité de son ou ses auteurs ni d'affirmer que ce dommage a été favorisé par l'état antérieur présenté par la patiente, il convient de dire et juger que la responsabilité du chirurgien se trouve bien engagée sur le fondement de son obligation de sécurité résultat qui, dans les conditions précitées, pèsent sur lui en sa seule qualité de chirurgien sans l'intervention duquel le dommage ne se serait pas produit ».

Le chirurgien, et son assureur, ont ainsi été condamnés à payer un peu plus de 360 000 F de dommages et intérêts à la patiente mais ont relevé appel de ce jugement car cette motivation excessive était tout à fait inacceptable. La Cour d'Appel de Paris leur a donné raison dans son arrêt du 2 avril 1999, mais sans désavouer le Tribunal de Grande Instance sur l'existence de l'obligation de sécurité résultat, par la formule suivant : « le chirurgien ne saurait être tenu, même sur le fondement d'une obligation de sécurité, à réparer le dommage subi par la patiente dont l'origine reste hypothétique et qui n'est pas étranger à un état antérieur ; la patiente sera donc déboutée de l'ensemble de ses demandes ». Si le résultat est satisfaisant, la motivation utilisée laisse craindre que, si l'origine du dommage avait pu être déterminée, la solution aurait pu être tout autre.

La deuxième affaire, jugée par la Cour d'Appel de Colmar le 19 juin 1998, a vu la responsabilité du chirurgien retenue non plus pour faute chirurgicale mais pour fait non fautif ayant provoqué le dommage. Il s'agissait en l'espèce d'une arthrite septique subie dans les suites d'une arthroscopie du genou réalisée pour suspicion de lésion du ménisque. Le patient a été débouté en première instance, en l'absence de faute prouvée. Devant la Cour d'Appel il a fait valoir l'importance de son dommage (raideur du genou), le fait qu'il n'était pas infecté avant l'acte et qu'il est acquis que c'est l'arthroscopie qui a provoqué le dommage. La Cour d'Appel a infirmé le jugement en considérant qu'il résulte du rapport d'expertise « que l'arthrite septique et les lésions qui en sont la conséquence ne peuvent relever que du fait du chirurgien, de sorte que sa responsabilité est engagée » (Cass. 1re Civ. 7 janvier 1997).

Le principe de la responsabilité sans faute a donc été ouvertement admis mais dans un domaine où cela est désormais inutile puisque par trois arrêts du 29 juin 1999 la Cour de Cassation a posé le principe de la responsabilité de plein droit des établissements privés et des chirurgiens face aux patients victimes d'infections nosocomiales. Le même principe avait été dégagé quelques années plus tôt pour l'hôpital public par le Conseil d'État.

Cette notion d'obligation de sécurité résultat n'a, pour l'instant, été utilisée que par des juges du fond pour prononcer la condamnation de médecins et la Cour de Cassation se trouve aujourd'hui saisie de plusieurs pourvois à ce propos. Elle devra donc se prononcer sur l'existence et les conséquences de cette construction purement prétorienne et nous espérons qu'à cette

occasion elle réaffirmera le principe de la seule responsabilité pour faute dans la dispensation des soins.

Parallèlement à cette jurisprudence de plus en plus favorable aux victimes, nous constatons le développement exponentiel des réglementations sécuritaires, ce qui constitue une autre source de responsabilité.

Le développement des réglementations sécuritaires

La médecine n'a pas échappé à ce mouvement qui a touché la plupart des domaines (agroalimentaire, transport, construction…).

Il faut ici bien distinguer entre les différentes sortes de textes, ce qui conditionne leur champ d'application, leur caractère obligatoire ou non, l'existence de sanctions en cas de non-respect.

Les différents ministères produisent une quantité annuelle impressionnante de circulaires, bien souvent sans effet et même inconnues des praticiens concernés (sauf dans des domaines très spécialisés) qui ne sont pas nécessairement des lecteurs assidus du Bulletin Officiel. Mais il ne faut pas croire que le caractère obscur et confidentiel de certains de ces textes ainsi que leur rôle purement incitatif élimine tout risque d'utilisation contre les médecins. Les procédures en responsabilité médicale ont pour but de sanctionner les praticiens et/ou les établissements qui n'agissent pas conformément aux bonnes pratiques professionnelles. Or, en l'absence de texte à valeur obligatoire, il est parfois difficile aux magistrats de retrouver ces bonnes pratiques, ce qui explique que parfois ils utilisent des documents non officiels comme expression des bonnes pratiques pour apprécier le comportement des personnes poursuivies.

Nous avons ainsi vu des condamnations prononcées par référence à une circulaire mais aussi à des recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) ou de sociétés savantes, à la fiche signalétique d'un médicament, au mode d'emploi d'un appareil ou, plus généralement, à des publications scientifiques. Certes, le rapport d'expertise constitue la principale source d'information des magistrats mais les parties produisent maintenant de plus en plus de pièces, même les victimes qui disposent désormais d'un accès facilité à ce type de données (associations de victimes, publications grand public, sites Internet spécialisés…).

Plus ces « normes » se multiplient, plus le risque de condamnation s'aggrave pour les médecins et surtout les établissements qui doivent en permanence s'adapter aux nouvelles exigences de sécurité, au risque non-seulement de voir leur responsabilité retenue mais également de devoir fermer par décision de l'autorité administrative. N'oublions pas, d'autre part, que le nouveau Code pénal, en vigueur depuis le 1er mars 1994, a inauguré la responsabilité pénale des personnes morales qui peut recevoir application à l'égard des établissements publics et privés.

Il serait fastidieux, voire impossible, de recenser l'ensemble de la réglementation sanitaire sécuritaire publiée au cours de la dernière décennie en sachant que seuls certains décrets ont réellement reçu application. Parmi ces textes marquants citons le décret du 5 décembre 1994 (articles 712-40 et suivants du Code de la santé publique) sur la sécurité anesthésique ainsi que le décret du 9 octobre 1998 sur la sécurité néonatale.

La genèse du premier est intéressante puisqu'il a été précédé de près d'une dizaine de circulaires incitant à la mise en œuvre de certains moyens de prévention mais qui sont malheureusement restés sans effet dans beaucoup d'établissements de santé français. Face à cette situation et au risque ainsi créé à l'égard des patients, le ministère de la Santé a décidé de procéder par voie de décret, mais a accordé aux établissements un délai de 3 ans de mise en conformité. Ce décret a rendu obligatoire la consultation préanesthésique ainsi que la salle de surveillance post interventionnelle (avec des normes en personnel et en matériel) et a défini les critères minimums de surveillance anesthésique per opératoire.

Le décret sur la sécurité néonatale a lui aussi défini des normes de fonctionnement, cette fois-ci pour les maternités, avec des exigences élevées en ce qui concerne le personnel. Étant donné le déficit chronique de la France en anesthésistes, gynécologues obstétriciens, pédiatres et sages-femmes, certaines maternités seront contraintes soit de se regrouper, soit de fermer. Néanmoins, une période d'adaptation semble avoir été accordée, ce qui n'exclut pas le risque que les magistrats utilisent ce décret pour déterminer les bonnes pratiques en matière de fonctionnement. Il ne faut pas oublier qu'un praticien qui accepte sans contester des conditions dangereuses d'exercice peut engager de ce seul fait sa responsabilité si c'est l'environnement de son acte qui a provoqué le dommage.

Quel avenir pour la responsabilité médicale ?

Deux orientations peuvent être avancées :

- le développement pour les médecins et les établissements du principe de précaution (issu de la protection de l'environnement) qui exigerait l'utilisation d'un moyen de prévention existant pour parer à un risque non encore connu. Nous voyons tout de suite quelles utilisations excessives et finalement déresponsabilisantes pourraient en être faites dans le domaine de la santé (infections, nouvelles technologies, nouveaux médicaments, risques de développement…) ;
- la création d'un fonds d'indemnisation pour les victimes d'aléas médicaux non fautifs subissant un préjudice important. Le secrétariat d'État à la Santé soutient ce projet, mais les précédents projets n'ont pas abouti, la principale difficulté étant de trouver un accord sur le financement.

Il faudra enfin surveiller l'évolution du nombre de contrats « garantie accidents de la vie » et leur effet sur la responsabilité médicale, ce type de garantie ayant également pour objet d'assurer aux victimes d'accidents médicaux une indemnisation. ■

L'évolution du droit médical

Hélène Lussan
Docteur en droit, adjointe au chef du bureau Éthique et droit, direction générale de la Santé

Médecine et droit ont évolué simultanément au cours des cinquante dernières années. Jusqu'au début du XXe siècle, la médecine a relevé bien davantage de la compassion et de la chance que de la thérapeutique. À partir des années 1930, les découvertes majeures se succèdent et « la médecine a plus changé au cours des soixante dernières années que pendant les soixante siècles précédents » [16]. De la même façon, la nature et la place du droit se sont profondément modifiées au cours des dernières décennies pour accompagner les nouvelles aspirations sociales de garantie contre les risques de l'existence.

Le droit médical, branche récente de l'ordonnancement juridique, témoigne de la rencontre de la médecine évoluant vers plus d'efficacité et de technicité et du droit progressant vers une protection accrue des individus. Le droit médical s'est construit dans le sens d'un encadrement normatif de l'acte médical et d'un rééquilibrage de la relation médecin/patient par le biais d'une implication croissante du juge dans la sphère des activités médicales.

L'acte médical : un environnement référentiel complexe

Les progrès scientifiques et technologiques récents ont modifié et diversifié la nature de la prestation médicale qui n'est plus exclusivement à visée thérapeutique. Acte de soins curatif, c'est aussi un acte préventif, diagnostique, esthétique, de don, de recherche, voire de prédiction. Le droit prend en compte cette diversification d'objectifs et de potentialités en imposant aux médecins de respecter un nombre croissant de normes et de références dans un double souci d'efficacité et d'économie.

Non seulement la médecine progresse de façon spectaculaire mais, et c'est là une interaction remarquable entre droit et médecine, c'est le droit qui impose aux médecins d'intégrer et d'appliquer les avancées scientifiques et techniques.

L'acte médical doit être conforme aux données acquises (ou actuelles) de la science. Cette règle résulte aussi bien du Code de déontologie médicale issu du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 qui impose au médecin d'assurer au patient des « soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science » (art. 32) que d'une jurisprudence constante depuis l'arrêt « Mercier » de la Cour de cassation du 20 mai 1936[1]. Sous peine d'engager leur responsabilité, les médecins sont tenus de pratiquer leurs actes par référence aux méthodes les plus performantes et les plus adaptées en l'état des connaissances médicales. À cet égard, le Code de déontologie (art. 11) aussi bien que le Code de la santé publique (art. L. 4133-1 à L. 4133-9) imposent aux médecins d'entretenir leurs connaissances et de suivre des actions de formation continue.

L'encadrement juridico-technique de l'acte médical découle également de l'application de textes réglementaires fixant des normes techniques pour certaines activités médicales (ex. décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences ; décrets n° 98-899 et 98-900 des 9 et 10 octobre 1998 relatifs à l'obstétrique, la néonatologie et à la réanimation néonatale).

L'acte médical a un coût économique pour la collectivité et sa réalisation doit obéir à des normes croisées de technicité et d'économie. Ainsi le Code de la sécurité sociale (art. L. 162-2-1) dispose-t-il que les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. De la même façon, le Code de déontologie (art. 8) engage le médecin à limiter ses actes et prescriptions à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et à l'efficacité des soins.

Dans ce contexte de rationalisation des dépenses médicales, le législateur a enfermé l'acte médical dans un cadre économique fondé sur l'état des connaissances scientifiques. Ainsi l'article L. 162-12-15 du Code de la sécurité sociale prévoit-il l'opposabilité, par les régimes d'assurance maladie aux professionnels de santé, de références médicales (RMO) identifiant des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux et établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) à partir de critères scientifiques reconnus.

La relation médicale : vers un rééquilibrage du rapport médecin/patient

Dans la relation qui s'établit entre le médecin et le malade dans un objectif commun de santé, le médecin se trouve dans une situation de supériorité tenant à ses connaissances professionnelles et à son savoir-faire. Cependant, depuis que l'arrêt « Mercier » du 20 mai 1936 a fixé la nature de la relation médicale, le droit a considérablement enrichi et rééquilibré le contenu de cette relation en instaurant un contre-pouvoir du patient au pouvoir de l'homme de l'art. Les nouvelles obligations qui pèsent sur le corps médical constituent autant de droits reconnus aux patients.

Le rééquilibrage majeur de la relation médicale réside dans le renforcement de l'obligation du médecin de fournir au patient « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » (art. 35 du Code de déontologie). Le défaut d'information est en effet à l'origine de plus de la moitié des actions contentieuses formées contre les médecins libéraux ou hospitaliers. Cette situation permet de mieux mesurer la portée de la jurisprudence récente, à présent commune aux deux ordres de juridiction, qui a renversé la charge de la preuve en faisant peser sur le médecin la preuve qu'il s'est acquitté de son obligation d'information et en étendant cette obligation aux cas de risques exceptionnels[2]. Dans la perspective de recueillir le consentement libre et éclairé du patient, le médecin est désormais tenu de l'informer de tout risque grave même si

sa probabilité est très faible. L'obligation d'information est consacrée par la jurisprudence comme un élément essentiel du contrat médical permettant au malade de se déterminer en toute connaissance de cause.

Traditionnellement, la relation médicale fait peser sur le médecin l'obligation de moyens d'apporter au malade des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science et non pas l'obligation de résultat de le guérir. Dès lors, seule une faute médicale peut constituer un manquement à cette obligation de moyens et engager la responsabilité du praticien. Les deux ordres de juridiction ont toutefois considérablement assoupli les conditions de mise en cause de la responsabilité médicale en enrichissant, s'agissant du juge judiciaire, le contenu du contrat médical de nouvelles obligations professionnelles et en atténuant l'exigence de faute s'agissant du juge administratif.

En effet, après avoir recouru au mécanisme de la présomption de faute, la jurisprudence judiciaire a opéré une évolution remarquable, en matière d'infections nosocomiales, en créant à la charge du médecin une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère. Dans le droit fil de cette construction prétorienne, un arrêt de la Cour d'appel de Paris du 15 janvier 1999 se livre à une analyse enrichie du contrat médical et consacre, en matière de soins, l'existence d'une obligation de sécurité accessoire à l'obligation de moyens[3]. De façon concomitante, le juge administratif a adopté une interprétation très novatrice des principes fondateurs de la responsabilité des établissements de santé publics en évoluant de l'exigence d'une faute lourde vers le régime de la faute simple et, plus récemment, en s'engageant sur le terrain de la responsabilité sans faute, sur le fondement du risque[4]. En facilitant la mise en cause de la responsabilité médicale par les victimes d'accidents médicaux, l'évolution parallèle des jurisprudences administrative et judiciaire paraît converger vers un rééquilibrage irréversible de la relation médecin/patient.

Le juge, la médecine et la société

La judiciarisation de la relation médicale est souvent dénoncée comme une tendance excessive du courant de protection des patients face au corps médical. Le juge, dont l'intervention n'est pas spontanée mais commandée par les actions des victimes d'activités médicales, se fait en réalité l'interprète et le promoteur des exigences sociales modernes de transparence, de réparation et de sécurité sanitaire. La construction du droit médical à laquelle il se livre exerce une pression de plus en plus forte sur le législateur.

La pratique médicale est soumise à une vigilance accrue du corps social. Ce droit de regard s'exerce notamment par la formation de plus en plus fréquente de recours contentieux contre les professionnels de santé. La société souhaite non seulement bénéficier des progrès de la science mais aussi comprendre et être informée. Cette évolution s'inscrit dans le courant plus vaste de recherche de transparence qui traverse la société contemporaine. Par ailleurs, à une époque de progrès médicaux incessants, les individus ne tolèrent plus la survenue d'un échec ou d'une complication et revendiquent le droit à la sécurité sanitaire. Le corollaire de cette intolérance au risque médical est l'exigence d'une réparation économique des accidents médicaux y compris en l'absence d'agissement fautif. La justice répond à cette demande en faisant progresser de façon spectaculaire les concepts juridiques afin de garantir autant que possible l'indemnisation des risques médicaux.

En laissant s'exprimer les aspirations sociales à travers ses décisions, le juge interpelle le pouvoir politique. La nature essentiellement jurisprudentielle du droit de la relation médicale s'explique en effet par l'absence de dispositif législatif. L'accélération des décisions juridictionnelles renforçant, d'une part, les obligations des médecins et les droits des patients et faisant droit, d'autre part, aux demandes d'indemnisation d'accidents médicaux sans faute, a pour double portée de garantir par solidarité une réparation aux victimes et d'inviter le législateur à combler le vide juridique. La pression exercée par le juge ressort avec évidence de la convergence des positions adoptées par les deux ordres de juridiction quel que soit le mode d'exercice médical en cause.

Cet état remarquable de la jurisprudence constitue une occasion sans précédent pour le législateur de consacrer dans la loi les avancées juridiques élaborées par le juge. Il est permis d'espérer que le projet de loi en cours d'élaboration tendant, dans un objectif de modernisation du système de santé, à renforcer les droits du malade, à promouvoir la qualité des soins et à indemniser les victimes de risques sanitaires, répondra, après une vingtaine de projets législatifs non aboutis, à cette conjonction favorable. ■

1. Cass. civ. 1re, 20 mars 1936 : « Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement […] de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et, réserves faites, de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ».
2. Cass. civ. 1re, 25 février 1997 sur le renversement de la charge de la preuve.
Cass. civ. 1re, 7octobre 1998 et CE 5 janvier 2000 sur l'étendue de l'information.
Cass. civ. 1re, 20 juin 2000 sur l'information relative aux risques « normalement prévisibles de l'opération ».
3. La Cour d'appel de Paris affirme à cet égard que l'obligation de moyens à la charge du praticien, « applicable en cas d'échec de l'acte de soins, compte tenu notamment de l'état de maladie et de l'aléa inhérent à toute thérapie, n'est pas exclusive d'une obligation accessoire, qui en est la suite nécessaire, destinée à assurer la sécurité du patient ; que le chirurgien a ainsi une obligation de sécurité qui l'oblige à réparer le dommage causé à son patient par un acte chirurgical nécessaire au traitement, même en l'absence de faute, lorsque le dommage est sans rapport avec l'état antérieur du patient ni avec l'évolution prévisible de cet état ».
4. CAA Lyon, 21 décembre 1990 « Gomez » ; CE 9 avril 1993 « Bianchi » ; CE 3 novembre 1997 « Hôpital Joseph Imbert d'Arles ».

tribunes

Médecins libéraux : ces craintes qui alimentent le malaise

Contraintes économiques pesant sur le financement de la santé, encadrement de l'exercice médical, pression des patients expliquent en partie le malaise des médecins libéraux.

Bruno Keller
Rédacteur en chef, Quotidien du médecin

Les médecins libéraux seraient-ils tétanisés par l'avenir, rongés par d'innombrables inquiétudes ? Une lecture un peu rapide de la chronique sociale peut accréditer l'image d'une profession frileuse, rétive aux réformes, paralysée par les évolutions du système de santé. La réalité est, bien sûr, plus complexe. Les 120 000 médecins libéraux ne constituent pas un bloc homogène pétrifié dans le conservatisme social. S'ils ont pu parfois donner cette impression c'est qu'ils ont été, plus que d'autres professions peut-être, confrontés, depuis quelques lustres, à de profondes évolutions de leurs pratiques. C'est aussi qu'exerçant la plupart du temps de manière isolée, ils peuvent se sentir mal préparés aux réformes qui les attendent.

Faut-il en effet rappeler, au risque d'égrener les lieux communs, l'importante mutation qui fut celle du corps médical depuis un demi-siècle ? Le médecin était naguère un notable, souvent un nanti. C'était le plus souvent un généraliste qui exerçait son métier comme un professionnel libéral à part entière, fixait librement ou presque ses honoraires, ignorait les contraintes de l'économie, les tracas de la justice et bénéficiait du respect quasi unanime d'une population largement ignorante à l'époque des questions de santé. Il est devenu aujourd'hui, aux yeux de beaucoup, un simple technicien de la santé, soumis aux impératifs de l'économie, à la réglementation de l'assurance maladie, aux pressions des consommateurs de plus en plus avisés. Protégé jadis par un savoir qu'il ne partageait guère, il doit aujourd'hui rendre des comptes à tous. Au point que le discours sur — ou plutôt contre — le pouvoir médical qui faisait flores au début des années soixante-dix paraît aujourd'hui quelque peu décalé. Tant il est vrai que le pouvoir médical est de plus en plus sous contrôle, de plus en plus partagé. Personne ne regrettera sans doute une telle évolution mais on conçoit qu'elle ait pu laisser des traces et susciter quelques appréhensions dans le corps médical.

Quelles sont donc aujourd'hui les angoisses, les craintes, les préoccupations qui fondent ce qu'il est convenu d'appeler — quitte à en exagérer l'importance — le malaise de la profession ? Réglons d'abord le cas du médecin citoyen. Celui-ci partage, à peu de choses près, les inquiétudes de l'ensemble de la population. Tout au plus sa formation et sa sensibilité le rendent-elles plus réceptif à certains sujets. Interrogés sur les dangers qui menacent la planète, les médecins citaient en tête, voici quelque temps, les inégalités entre les pays développés et sous-développés, les fanatismes religieux, le chômage et la dégradation de l'environnement. Des appréhensions qui recoupaient largement celles de l'ensemble de la population[1].

Plus intéressantes sont les réactions des médecins libéraux en tant que professionnels. Et, à cet égard, c'est l'inquiétude qui domine. Toujours selon la même enquête d'opinion, 70 % des médecins français affirmaient que les conditions d'exercice de la médecine allaient se dégrader dans les années à venir et 63 % n'encourageraient pas leurs enfants à suivre des études médicales. Sans doute ne faut-il pas faire dire aux enquêtes d'opinion davantage que ce qu'elles signifient mais celle-ci a au moins le mérite de donner une idée de l'ampleur des inquiétudes des praticiens.

1. Sondage réalisé en 1995 pour le *Quotidien du Médecin* par le cabinet Antoine Minkowski auprès de 300 médecins.

Des inquiétudes qui ne s'accompagnent pas pour autant d'un réel désenchantement. Malgré les difficultés de l'heure, les praticiens ne désespèrent pas de leur métier et, si c'était à refaire, trois sur quatre feraient le même choix.

Il n'en demeure pas moins que la conviction que les conditions d'exercice de la médecine vont se détériorer est fortement ancrée. Les discours des responsables de la profession, les rencontres informelles avec les praticiens, les enquêtes ponctuelles menées ici ou là, le contenu du courrier des lecteurs dans la presse professionnelle permettent de discerner les éléments qui fondent cette appréhension.

Les impératifs économiques

Pendant longtemps le médecin a affiché vis-à-vis des choses de l'économie une superbe indifférence. Le développement d'un financement socialisé des dépenses de santé — avec la généralisation progressive de l'assurance maladie —, le coût croissant des soins lié au progrès technique et à l'allongement de la durée de la vie, la moindre croissance des recettes de l'assurance maladie provoquée par la crise économique des dernières années ont rendu intenable une telle posture. Dès lors s'est engagé un affrontement incessant entre la légitimité économique et la légitimité médicale. Aujourd'hui, rares sont les praticiens qui ne sont pas conscients de la nécessité de prendre en compte la dimension économique de leur activité. Trois-quarts d'entre eux estiment que les gouvernements sont fondés à vouloir maîtriser les dépenses de santé. Mais cette position de principe recouvre bien des ambiguïtés. Les praticiens se sont en effet presque toujours opposés aux mesures concrètes permettant de réguler les dépenses. Même lorsque les syndicats médicaux ont approuvé, voici six ans, un système dit de « maîtrise médicalisée des dépenses » reposant sur l'application de référence médicales opposables, les médecins de base, eux, ont traîné les pieds. Et depuis aucun dispositif de maîtrise n'a eu l'heur de plaire aux médecins. Que redoutent donc les praticiens ? Que cette intrusion de l'économique dans leur exercice viennent réduire leur pouvoir d'achat ? Peut-être dans certains cas mais l'examen des chiffres incite à la prudence. Malgré des à-coups annuels, le revenu des médecins libéraux (frais déduits, avant impôts) a augmenté de 2,5 % pour les généralistes entre 1992 et 1997 (soit en pouvoir d'achat un gain réel de 0,5 % par an). Mais au-delà, ce que semblent craindre les praticiens c'est bien des contraintes accrues sur leur activité, sur leurs prescriptions. Le discours sur les risques de rationnement des soins, si souvent entendu, ne relève pas simplement des propos de tribune. Il reflète les appréhensions profondes des médecins libéraux qui redoutent de voir leur liberté de prescription compromise par la multiplication des références médicales et des injonctions de toutes sortes de l'assurance maladie. Crainte d'autant plus vive qu'il leur est de plus en plus difficile de résister aux sollicitations des patients. Que ces appréhensions soient infondées est une autre affaire.

Un exercice de plus en plus encadré

Par ailleurs, les médecins sont persuadés que leur exercice va devenir de plus en plus encadré. Professionnels libéraux, ils ont toujours été réticents — sinon franchement hostiles — aux interventions de l'État. Ils ont tendance à considérer les caisses d'assurance maladie comme des adversaires, quitte à oublier qu'en solvabilisant les patients elles leur ont permis d'exercer dans des conditions plus satisfaisantes. Les projets visant à instaurer une formation médicale continue obligatoire voire une recertification régulière, l'obligation de s'informatiser et de télétransmettre les feuilles de soins contribuent à nourrir les inquiétudes et à alimenter la certitude que l'exercice de la médecine libérale va se dégrader. La formation continue obligatoire est perçue, par les médecins, comme une insupportable mise en cause de leur compétence. L'obligation de s'informatiser est aussi mal vécue. Non pas que les praticiens aient une hostilité viscérale vis-à-vis de l'informatique mais plus prosaïquement parce que les pouvoirs publics ont imposé cette informatisation essentiellement pour que les praticiens puissent télétransmettre les feuilles de soins. Dés lors, l'ordinateur n'a pas été perçu comme un utile outil d'aide à la décision médicale et d'échanges de données, mais comme un instrument destiné à faire du médecin un employé auxiliaire et quasi bénévole des caisses primaires, remplissant les tâches autrefois dévolues aux agents de la sécurité sociale. Les obligations de suivre une FMC ou de s'informatiser peuvent sembler des réformes de bon sens favorisant une amélioration de la qualité des soins. Elles n'en sont pas moins ressenties par le corps médical comme des sujets de préoccupation. À cela il faudrait ajouter les mille mesures administratives qui viennent alimenter le discours convenu des réunions professionnelles contre la bureaucratie, les « énarques qui décident sans savoir », la paperasserie, les contrôles incessants de l'assurance maladie. Les praticiens libéraux ont l'impression d'être victimes d'une stratégie du soupçon qui alimente leur ressentiment, leur malaise et leurs craintes.

La pression croissante des consommateurs

La pression croissante des patients constitue enfin, pour les professionnels de santé, une profonde mutation dont ils n'ont peut-être pas pris encore pleinement la mesure et qui suscite chez eux de multiples appréhensions. L'obligation d'informer les patients des risques éventuels d'un acte médical, le libre accès au dossier médical et, surtout, l'accroissement des connaissances médicales et des exigences des consommateurs modifient -ou vont modifier- profondément le colloque singulier. D'autant que les médecins redoutent depuis plusieurs années déjà les risques d'une dérive à l'américaine, c'est-à-dire d'une multiplication des procès en responsabilité médicale. Le retard pris par l'adoption d'un système d'indemnisation de l'aléa thérapeutique n'a pas contribué à dissiper ces craintes.

Voici sommairement brossées les raisons du malaise des praticiens libéraux auxquelles il faudrait encore ajouter les rancœurs provoquées par les querelles incessantes entre généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers. Un malaise qui complique singulièrement la tâche et compromet les ambitions de ceux qui veulent réformer le système de santé. ■

tribunes

Exercice de la médecine et évolution des contraintes éthiques

L'éthique appliquée à l'exercice de la médecine concerne avant tout la nature de la relation soignant-soigné.

Didier Sicard
Chef de Service, service de médecine interne, groupe hospitalier Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, La Roche-Guyon, président du Comité consultatif national d'éthique

L'expression « contraintes éthiques » qui m'est proposée par la revue *adsp* donne le sentiment que le médecin est limité dans sa liberté professionnelle par « l'éthique » comme s'il y avait l'Ordre des médecins, des juges, des éthiciens capables de dire : « ici vous franchissez les normes éthiques ». Or l'éthique est, par essence, la reconnaissance d'une liberté indéfiniment interrogée dans son rapport à l'autre. Il n'y a pas plus d'éthiciens savants que de gardefous éthiques. Mais il y a évidemment des comportements qui ne peuvent se prévaloir de l'éthique. Ainsi, privilégier des explorations aussi coûteuses qu'inutiles au nom d'un illusoire principe de précaution, peut être juridiquement valable mais éthiquement discutable.

Certes, il y a les lois de bioéthique du 25 juillet 1994, mais elles ne concernent que des situations centrées sur l'assistance médicale à la procréation, les greffes et les prélèvements d'organes, l'identification génétique, bref des situations plutôt en marge de la quotidienneté : « leurs contraintes » expriment, tout au moins avant la révision quinquennale prévue, le respect de l'embryon qui ne peut faire l'objet de recherche, le respect du corps humain, le respect des données identitaires. C'est donc plus la notion de respect que de contraintes qui s'impose aux praticiens.

En revanche, la loi dite Huriet Serusclat du 20 décembre 1988 a créé un tissu apparemment très contraignant, destiné à encadrer la recherche médicale. La pierre d'angle en est la notion de consentement libre et éclairé, destinée à faire de celui qui se prête à la recherche biomédicale un interlocuteur averti, responsabilisé. Cette responsabilisation est d'ailleurs souvent mal interprétée par malades et médecins qui ont le sentiment que les chercheurs investigateurs dégagent, par la signature du sujet investigué au bas de ce document, leur responsabilité alors que justement cette signature engage plus l'investigateur dans sa responsabilité que celle du malade ou des volontaires sains se prêtant à la recherche biomédicale.

Ces consentements sont d'abord soumis à des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale qui évaluent le caractère éclairant du document, la balance équilibrée entre les choix proposés, le caractère scientifiquement satisfaisant ou non. Ces recueils de consentement libre et éclairé peuvent effectivement apparaître comme autant de limites, de contraintes imposées à une recherche médicale qui peut avoir parfois une tendance excessive à vouloir satisfaire l'originalité d'une recherche, la pratique d'une publication rapide ou la matérialisation d'une idée « géniale ». Cette loi a radicalement transformé le champ de la recherche et introduit une rigueur, une protection, une sécurité des sujets se prêtant à la recherche biomédicale, telles que l'on frémit à l'idée de cette période médiévale de la médecine ou chacun pouvait à sa guise, en fonction de l'idée du jour, traiter l'humain réellement comme un cobaye.

La recherche médicale est donc encadrée par des contraintes plus juridiques qu'éthiques, car généralement répressives en cas de manquement. C'est un abus de langage de parler « d'éthique » quand il s'agit ici de normes d'encadrement.

L'éthique, elle, est dans le recueil du consentement aux soins proposé par le praticien, un consentement libre et éclairé. Celui-ci est

loin d'être présent dans la relation médecin/malade, encore empreint de cette confiance, *a priori* de celui ou celle qui souffre vis-à-vis de celui ou celle qui le ou la soigne. Mais confiance ne signifie pas confiance aveugle ; la confiance sera même d'autant plus grande que les termes éventuels des débats et avis diagnostiques ou thérapeutiques auront été évoqués avec le malade et c'est ici qu'intervient le paradoxe actuel du consentement qui l'emporte sur l'information. Le vrai concept éthique est en fait une information suffisamment éclairante pour susciter un refus ou un consentement. Le consentement aux soins n'est pas une norme juridique, ne dégage pas la responsabilité de celui qui soigne. Avoir la signature d'un malade au bas d'une page d'un document d'information sur tel ou tel danger encouru ne rend pas quitte de sa responsabilité celui qui pratique l'examen.

Cette ambiguïté croissante entre signature, information, consentement, engagement de responsabilité est, à mon sens, à la source de la plus grande confusion éthique actuelle. Il a suffi que la Cour de Cassation, le Conseil d'État rendent des avis mettant en jeu la responsabilité des médecins qui n'avaient pas informé suffisamment leurs malades d'accidents possibles, pour que l'ensemble de la profession médicale se sente interpellée et réagisse avec agacement et parfois excès. Il suffit de voir les documents de telle ou telle société savante prévenant désormais de toutes les catastrophes possibles les malades avant un examen pour s'en convaincre. Ceux-ci, parfois affolés, n'obtiennent pour toute réponse à leur inquiétude, que celle de la loi imposant désormais de les prévenir de tous les risques, fussent-ils exceptionnels. Cette adéquation croissante entre un acte médical et un acte technique ou de réparation de matériel industriel pose à elle seule un problème éthique majeur. Se protéger ainsi du recours possible au nom d'une transparence contrainte est tout sauf éthique ; comme si une responsabilité d'ordre médico-légal venait subrepticement occuper le champ de la vraie responsabilité médicale, au vrai sens, celui de répondre de l'autre.

La vraie transparence repose sur la possibilité pour le malade d'accéder à son dossier s'il le souhaite, pas de le recevoir comme un document indifférent. Le médecin est garant de la qualité du dossier médical, garant de son accès possible. Certes, cette exigence de transparence peut apparaître pour les médecins comme excessive, comme introduisant une rupture dans le dialogue singulier ; mais elle est surtout le témoignage d'une nouvelle époque de la médecine où images et chiffres confisquent à leur profit de plus en plus la réalité de cette relation. Ce transfert d'une relation paternaliste, caritative, sur une expertise objective peut être le meilleur et le pire. Le meilleur quand l'acte médical s'articule sur les données évaluables, le pire quand la débauche d'examens normaux ne vient qu'en confirmer l'inutilité manifeste. Engagement lucide de sa responsabilité médicale sans garde-fous infinis, accompagnement aussi bien de la souffrance physique que morale sont des contraintes éthiques contemporaines. Mais il est vrai que la réflexion éthique est apparemment plus interpellée par les questions concernant les situations de début ou fin de vie, d'acharnement thérapeutique ou d'interruption de soins que par ces subtilités relationnelles bien souvent actuellement bousculées ; comme si l'éthique ne concernait que l'affrontement de situations vécues comme porteuses d'enjeux fondamentaux contradictoires. Il n'y pas d'éthique de la fin de vie, du début de la vie, il n'y a pas d'éthique *a priori* du démuni. Il y a réflexion éthique dès l'existence d'un souci qui privilégie davantage l'autre dans sa fragilité même, que le soignant dans son narcissisme ou dans sa protection. Ce métier de soignant est plus passionnant que jamais, s'il consent à intégrer dans cette relation singulière d'autres critères que l'intérêt scientifique ou économique, s'il admet que le regard critique de l'État dans lequel il exerce a droit à l'évaluation, s'il admet que soigner ne suffit pas, s'il n'y a pas d'accueil à cette souffrance, s'il n'y a pas une tentative permanente de la restitution de l'identité de l'autre. La médecine contemporaine n'est pas menacée par les contraintes éthiques, elle est en revanche au cœur de la vie si elle admet que les enjeux éthiques passent leur temps à refonder la médecine.

tribunes

L'exercice libéral des professions paramédicales

L'articulation entre médecins et professions paramédicales exerçant en libéral n'est pas clairement définie. Un groupe de travail présidé par Anne-Marie Brocas a fait des propositions pour clarifier les rôles et assurer un exercice de qualité.

Anne-Marie Brocas
Ancien chef de service à la direction de la Sécurité sociale

Une lettre de mission de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité et du secrétaire d'État à la Santé, me confiait, le 12 juin 1998, le soin d'animer un groupe de travail réunissant les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers, des orthophonistes et des orthoptistes libéraux, ainsi que des Caisses nationales d'assurance maladie et des administrations concernées, pour réfléchir aux évolutions souhaitables dans les conditions de l'exercice libéral des professions paramédicales.

Le rapport, remis le 9 décembre 1998, se fait l'écho de vues largement partagées sur quelques orientations concernant cet exercice. Il s'inscrit dans la perspective d'une complémentarité des interventions des différentes catégories de professionnels, d'une claire définition du rôle et des responsabilités de chacun et d'une régulation des pratiques. Certaines des évolutions préconisées supposent, bien sûr, une concertation avec les paramédicaux salariés pour être mises en œuvre.

On retiendra dans cette brève présentation du rapport deux axes saillants :

- la clarification des rôles respectifs des médecins et des paramédicaux dans la prise en charge des malades en ville, débouchant sur une évolution des règles de prescription ;
- la promotion et le contrôle de règles propres à garantir un exercice de qualité, confiée à un office des professions paramédicales.

La clarification du rôle des divers intervenants de santé

Il s'agit ici de tirer les conséquences de l'évolution concrète des pratiques et de répondre à un besoin d'autant plus aigu que les progrès thérapeutiques et les aspirations des patients conduisent au développement des prises en charge à domicile. Or la qualité de ces prises en charge dépend pour une large part de la coordination des intervenants et d'une claire définition de leurs rôles.

Il est en conséquence proposé de modifier les textes relatifs à la prescription des actes infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ainsi que de l'ensemble des actes de rééducation à visée thérapeutique.

Pour tous ces actes, il serait désormais prévu que la prescription médicale décide de « l'intervention d'un paramédical » (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste ou orthoptiste), mais non de la nature des actes que ce dernier est amené à réaliser (sauf si le médecin souhaite expressément apporter cette précision). C'est alors au professionnel paramédical qu'incomberait la responsabilité d'élaborer, à la suite du bilan qu'il effectue, un plan de soins ou de traitement adressé au médecin et au malade. Ce plan indiquerait les objectifs du traitement, sa durée, sa nature et les résultats attendus. Il devrait permettre une évaluation qui appartient d'abord au malade dans le cadre de sa relation avec le professionnel. Il serait le support de l'appréciation du médecin traitant qui interviendrait nécessairement en cas de prolongation du traitement. Le plan serait par ailleurs systématiquement transmis aux caisses d'assurance maladie. La proposition ainsi faite s'accompagne d'une demande de clarification des nomenclatures descriptives des actes destinée à assurer la transparence des pratiques, en recourant notamment à la notion de temps minimum requis pour les différents actes. La responsabilité professionnelle a bien sûr pour corollaire la responsabilité financière.

Il n'appartenait pas au rapport d'en traiter, même si il ouvre quelques pistes à ce sujet.

Des règles déontologiques, administratives et techniques dont le respect soit garanti par un office des professions paramédicales

À la différence des professions médicales, les professions paramédicales sont dépourvues de textes spécifiques fixant les règles déontologiques, administratives et techniques encadrant leur exercice. Seules les règles relatives aux fautes, abus et fraudes relevés à l'occasion des soins donnés aux assurés sociaux s'appliquent à l'ensemble de ces professions sous le contrôle de l'Ordre des médecins. S'y ajoutent pour certaines professions quelques dispositions particulières de nature réglementaire ou conventionnelle (c'est le cas essentiellement pour les infirmiers). Cette lacune est cruellement ressentie par les paramédicaux qui se trouvent ainsi privés de moyens indispensables pour assurer les contrôles nécessaires à la promotion d'un exercice de qualité. Le rapport fait en conséquence un certain nombre de propositions pour accéder au voeu maintes fois exprimé de l'édiction de telles règles.

Il propose par ailleurs la création d'un office des professions paramédicales, instance professionnelle chargée de proposer aux pouvoirs publics les règles encadrant l'exercice des professions paramédicales et d'en contrôler le respect. L'ensemble des professions est attaché, dans l'hypothèse où cette instance serait créée, à un fonctionnement démocratique et transparent. Elles souhaitent qu'elle échappe à une logique de défense corporatiste et soit ouverte sur l'extérieur, notamment aux usagers du système de santé. D'où les propositions faites pour organiser cette structure au sein de laquelle les professionnels paramédicaux, salariés et libéraux, mais aussi les usagers, seraient représentés.

Le rapport ici brièvement présenté s'efforce de trouver un point d'équilibre entre la reconnaissance de l'autonomie des professionnels qu'autorise l'évolution des pratiques, et la transparence et la responsabilité qui en sont les nécessaires corollaires. Il postule que la transparence doit être avant tout réalisée vis-à-vis du malade, le mieux à même de juger des soins qui lui sont dispensés, à condition qu'on lui en donne les moyens. Il s'inscrit dans une perspective de régulation du système de santé fondée sur une organisation rationnelle des processus de production et de distribution des soins, et la possibilité pour les professionnels de développer des projets professionnels conformes à leurs compétences et à leurs aspirations.

tribunes

La FMC peut-elle être un facteur d'adaptation à la médecine d'aujourd'hui ?

La formation médicale continue devrait être une réponse à l'évolution des besoins de santé. Pourtant elle est en crise. Analyse d'une situation incertaine et propositions pour une politique de formation médicale continue efficace.

Pierre Gallois
Jean-Marc Charpentier
Eric Drahi
Centre de documentation de l'Unaformec

Le médecin, au cours du dernier demi-siècle, a été confronté à de nombreux changements qui ont bouleversé l'exercice de sa profession. La formidable explosion du progrès scientifique et technique est le plus marquant de ces changements. La croissance rapide des coûts de la santé, le développement des politiques de santé publique et de prévention en sont des conséquences. Parallèlement la société a évolué, le comportement de la population face aux problèmes de santé s'est modifié, avec notamment une demande de plus en plus forte d'information et de participation des patients et du public aux décisions de santé.

Dans ce contexte, il semble que les médecins, généralistes, spécialistes ou hospitaliers, raisonnent toujours en fonction d'un exercice médical fondé sur une relation purement duelle avec le patient, plus ou moins teintée de paternalisme. Mais la technique et la spécialisation, l'importance qu'elles ont prise, ont profondément modifié cette relation qui est maintenant dominée par sa dimension technique, aux détriments de sa part humaine.

Cette contradiction peut s'expliquer en bonne partie par la formation reçue. La formation initiale, délivrée dans un milieu hospitalier de plus en plus spécialisé, privilégie l'étude du fonctionnement des organes. Elle est plus centrée sur la maladie que sur le malade. Elle a souvent une dimension encyclopédique, fondée sur l'accumulation des connaissances, bien moins sur leur hiérarchisation et leur utilité, assez peu sur leur adaptation à un patient donné. Son caractère, le plus souvent magistral, conduit peu à rechercher les preuves des données sur lesquelles se fondent les affirmations de l'enseignant. Ainsi le futur praticien est mal préparé à l'accueil et l'analyse critique des informations et données nouvelles [12].

La formation médicale continue (FMC), devenue indispensable avec le renouvellement incessant des connaissances et des moyens disponibles, s'affranchit difficilement des habitudes acquises à l'université. Elle peine à s'adapter à la réalité des besoins du médecin, et à prendre en compte les transformations nécessaires de l'exercice.

Une présentation de la FMC ne peut ainsi se contenter d'un constat, d'une description. Il est essentiel de rattacher ce constat à la réalité des besoins du médecin d'aujourd'hui. Trois grandes questions semblent se poser. Quels sont les besoins actuels du médecin, et par là les grands objectifs et les méthodes d'une FMC moderne ? Quelles sont les conditions de l'efficacité réelle de la FMC ? Comment cette FMC est-elle actuellement organisée et sur quels principes pourrait-elle l'être ?

Des objectifs généraux adaptés à l'évolution de la médecine et de la santé

Si la FMC se contente d'apporter des informations, si bien faites soient-elles, elle est vouée à l'échec, dans une société de liberté et de multiplication de l'information. Le rôle de la formation de professionnels est avant tout de donner les outils et moyens de décrypter les informations, de faire le tri entre l'utile et l'inutile, l'applicable et l'inapplicable en vue d'une décision ou d'une action. Dans le domaine d'action du médecin clinicien, cette action, cette décision, même quand elle est fondée sur des stratégies issues de l'évaluation, voire des bases de santé publique, s'applique à une personne et doit donc être adaptée à cette personne. Elle doit cependant faire intervenir un ensemble de par-

tenaires, et la relation ne peut plus être exclusivement duelle. Ces principes doivent fonder les objectifs généraux de la FMC.

Promouvoir la médecine fondée sur les preuves

La multiplication des moyens diagnostiques disponibles, leur renouvellement incessant génère une multitude d'informations à la disposition du praticien. Cette information surabondante est de qualité et de validité souvent très incertaines. Pour sa plus grande part, elle est diffusée gratuitement de façon directe ou indirecte par des sponsors industriels, et la part promotionnelle d'une méthode, d'une stratégie ou d'un produit est souvent difficile à distinguer de l'information objective.

Le médecin n'a pas été formé à l'analyse critique de l'information. La notion de niveau de preuve ou de validité scientifique d'une donnée, les principes de l'évaluation d'une méthode ou d'une stratégie de prévention, de dépistage, de diagnostic, de soin lui sont bien souvent étrangers. Les données de base de l'épidémiologie et de l'analyse statistique ont été mal assimilées.

La médecine fondée sur les preuves est encore mal connue ou mal interprétée, souvent perçue comme une limitation des actions médicales aux données prouvées scientifiquement et non comme la nécessaire connaissance du niveau de validité scientifique des moyens proposés au patient, afin de choisir la décision la mieux adaptée à son problème [7, 19].

Retrouver une médecine centrée sur le patient

Tous les indicateurs, notamment ceux issus de la Conférence nationale de santé et les données concernant la responsabilité médicale, concordent pour placer au premier rang des demandes des patients et de la population une amélioration de la relation médecin-patient, de l'information du patient et de sa participation à la décision.

La formation dans ce domaine est restée rudimentaire, centrée sur le compagnonnage, avec les aléas que cela représente. Centrer la formation sur la décision médicale est un moyen trop méconnu dans ce domaine. Rappelons que la décision médicale ne peut se limiter à l'application de données en fonction de leur niveau de preuve ; sa seconde étape passe par une adaptation et une présentation de ces données au patient, en fonction de ses caractéristiques somatiques psychologiques, culturelles, environnementales. La formation initiale, mais aussi la formation continue ne peuvent les ignorer.

Deux notions sont trop souvent méconnues : le caractère probabiliste des données dont nous disposons, et par là l'absence de certitude qui entoure chacune de nos décisions ; les principes de la négociation avec un patient-partenaire, alors que nous sommes habitués à une vision paternaliste de notre rôle. Apprendre à gérer l'incertitude est sans doute un objectif difficile mais fondamental [10, 11].

Apprendre à travailler en « réseau »

La formation s'est déroulée dans un monde hospitalier très hiérarchisé ; les relations ultérieures entre praticiens généralistes, spécialistes, hospitaliers s'en ressentent. La médecine actuelle nécessite la participation de professionnels multiples, médecins d'exercice divers, paramédicaux, travailleurs sociaux…, chacun avec ses responsabilités particulières, et donc ses propres objectifs de formation.

Cette manière de travailler en commun, sans hiérarchisation, doit non seulement être un objectif de formation, mais doit également imprégner les méthodes de formation, par la participation active de tous à leur définition et à leur mise en œuvre. Il s'agit d'arriver à une décision partagée, différente de celle des filières de soins, dans lesquelles chaque professionnel intervient successivement, souvent sans coordination ni partage de la décision.

Ajouter une approche « santé publique » à l'exercice traditionnel

L'évolution scientifique et technique a eu deux conséquences : l'augmentation régulière des coûts de la santé, l'élargissement du champ des possibilités médicales au-delà du curatif. Le système de soins s'est transformé en système de santé, faisant entrer de plus en plus dans les faits la définition de la santé adoptée par l'OMS. Préoccupés par leur tâche immédiate, par leur relation privilégiée avec « leur » patient, les cliniciens ont du mal à intégrer l'approche collective dans un exercice avant tout individuel.

La préoccupation économique est sans doute globalement acceptée. Cependant la formation des médecins à l'économie de la santé est rudimentaire ; les notions de coût direct et différé, de rapport coût-efficacité sont souvent méconnues et peu utilisées.

Les approches préventives et de dépistage sont abordées le plus souvent dans une optique individuelle. L'éducation à la santé reste limitée, peu de praticiens s'y investissent. La participation des cliniciens à des actions de santé publique, de dépistage organisé, pose souvent des problèmes. La formation des praticiens en ce domaine ne peut être dissociée de leur participation à ces actions, qui doit être réelle avec une responsabilité effective. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut espérer un changement de perception et de comportement [10].

Introduire ces grands objectifs dans la FMC

Ces grands objectifs sont indépendants des grands thèmes de FMC classés par domaines pathologiques. Ils peuvent être abordés pour eux-mêmes, mais plus souvent ils doivent servir de trame à la formation par pathologies. Cela nécessite le passage d'une vision académique à une approche décisionnelle de la formation, impliquant une série d'étapes : identifier les questions qui se posent au praticien, préciser et argumenter le niveau de preuve des moyens et stratégies à proposer, leur rapport coût-efficacité, apprécier l'utilité et l'acceptabilité de ces moyens pour le patient (ou la population), définir les missions de chacun des intervenants, analyser les modes d'information des patients et les modalités de leur participation à la décision [10]. Cela va bien au-delà du simple apport de connaissances.

La formation doit aider à utiliser trois attitudes : le doute qu'il faut positiver en attitude critique face à l'information, l'incertitude qu'il faut apprendre à gérer, la justification qui est l'argumentation pour les indispensables écarts face aux recommandations issues des données scientifiques.

Les conditions de l'efficacité de la FMC

Depuis plusieurs années les responsables professionnels et de santé publique se sont posé la question de l'efficacité de la FMC. Est-elle un moyen de modification, d'adaptation des comportements et compétences professionnelles ? Il ne s'agit pas ici de se contenter du taux de participation à des actions de FMC, ni de la satisfaction des participants (on a souvent pu constater que les praticiens se dirigent plus facilement vers des actions de formation dans les domaines qu'ils maîtrisent que dans ceux où ils ont des lacunes). L'acquisition de connaissances est également un critère insuffisant : de nombreuses études ont montré l'écart important qui existe souvent entre les connaissances et les comportements. Deux approches sont envisageables. La meilleure évalue les résultats sur l'état de santé

de la population : elle est difficile, peu d'études valables ont pu être réalisées. Une autre, sur un critère intermédiaire, évalue les modifications des comportements et procédures médicales ; elle se heurte à moins de difficultés.

Des synthèses de ces études, en particulier de celles de D. Davis [5] et de G. Bignolas [10], retenons l'utilité de l'identification active des besoins, l'utilité des retours d'information, des visites confraternelles et peut-être des discussions entre pairs, des méthodes autoritaires type RMO, l'intérêt incertain de la lecture individuelle, des matériels audiovisuels, l'inefficacité de l'enseignement magistral en grand groupe et de la diffusion isolée des recommandations.

Il apparaît ainsi que les perspectives d'amélioration de la qualité des soins par la FMC passent par un certain nombre d'exigences tenant compte des principes qui régissent les modifications de comportement d'un adulte, professionnel en exercice :

- privilégier dans la formation l'interactivité et la participation active à tous les niveaux ;
- mieux gérer l'information, à travers l'analyse critique et l'approche décisionnelle ;
- mieux diffuser les données validées : les diverses études analysant la non observation des recommandations montrent l'écart entre ces recommandations et la pratique réelle ou vécue du médecin. Il apparaît nécessaire de ne pas opposer les normes des recommandations et l'incertitude de la décision et surtout de favoriser les processus d'appropriation de ces recommandations par les professionnels eux-mêmes… ;
- promouvoir les méthodes de formation utilisant une évaluation des pratiques. Il apparaît nécessaire de concevoir des modalités de formation sortant du cadre traditionnel de l'enseignement, et confrontant le professionnel aux réalités de son exercice : les audits de pratique en sont l'exemple le plus étudié, mais il faut retenir la participation à des travaux de recherche clinique, des études épidémiologiques, des essais thérapeutiques, à condition que cette participation soit active ;
- prendre en compte dans la formation les aspects non techniques de la décision médicale, afin de tenter de combler le fossé entre le caractère théorique des données scientifiques et les données vécues de la pratique.

Les réalités et problèmes actuels

La FMC existe, tant au niveau des réalisations que de la structuration, avec des qualités et des défauts. Mais elle est en crise, et les raisons sont à rechercher, moins au niveau de données intrinsèques à la FMC, qu'au niveau de l'organisation du système de soins français, et particulièrement des interférences entre l'État et les syndicats médicaux.

Des réalisations de qualité variable

La FMC s'est largement développée depuis quarante ans, à la suite d'initiatives d'origine diverses, principalement universitaires et professionnelles. La qualité de ces réalisations reste très variable allant du meilleur au plus incertain [10].

La FMC d'origine universitaire, la première organisée, sous le nom d'enseignement postuniversitaire (EPU), est relativement développée dans toutes les UFR. Deux principaux reproches peuvent lui être faits. D'une part l'enseignement magistral, dont l'efficacité n'a jamais été démontrée, y est souvent privilégié. D'autre part l'identification des besoins est bien souvent réalisée à partir d'une vision hospitalière ou spécialisée ; ceci peut être valable pour la formation médicale continue des spécialistes, mais s'avère le plus souvent inadapté à celle des généralistes. Diverses réalisations tentent d'y pallier.

La FMC d'origine professionnelle, le plus souvent associative, s'est largement développée depuis les années soixante-dix et l'on compte actuellement près de 1 500 associations réparties sur le territoire. Cette spécificité française, qui responsabilise les professionnels et rapproche d'eux la FMC, est *a priori* un facteur d'adéquation entre la formation et les besoins. Par ailleurs la FMC associative a promu, dès son origine, sous l'influence notamment de Guy Scharf et de l'Unaformec, la pédagogie d'adultes et la pédagogie par objectifs. Il faut cependant reconnaître que, si beaucoup d'associations réalisent des actions de FMC très innovantes, un grand nombre reste encore très influencé par le modèle d'enseignement académique. Par ailleurs le mode dominant de formation en soirée se prête plus à une information qu'à une véritable formation susceptible de modifier les comportements. Les cycles de formation organisés par nombre d'associations, les séminaires de deux jours organisés depuis quelques années grâce aux financements conventionnels avec la Sécurité sociale, ont tenté de pallier ce défaut.

Reste un foisonnement d'initiatives diverses, peut-être plus à l'état de recherche, d'expériences que de large diffusion, mais dont l'importance ne doit pas être minimisée. Citons les réunions en petits groupes, les groupes de pairs, les audits de pratique clinique, les formations-actions autour de divers projets de recherche…, toutes expériences ayant pour but de rapprocher la formation de la réalité de l'exercice professionnel. Citons aussi les expériences d'autoformation : les tests de lecture de la presse, les bilans professionnels personnalisés de l'Unaformec et les bilans de compétence de MG-France, les diverses expériences d'utilisation des nouveaux moyens de communication.

Une structuration et une politique professionnelle définies progressivement

La structuration, issue d'initiatives multiples, s'est réalisée progressivement à partir de1975. Les premiers regroupements nationaux ont été d'initiatives associative et syndicale, soutenus par les pouvoirs publics. Rapidement s'est faite sentir la nécessité d'associer deux autres composantes de la vie professionnelle : l'Université et l'Ordre des médecins. C'est ainsi qu'ont été créés progressivement les Conseils régionaux de FMC et le Conseil national de la FMC, avec une composition quadripartite égalitaire. Purement associatives initialement, ces structures ont été légalisées par les Ordonnances de 1996.

Les principes généraux de la politique de FMC sont passés par une série d'étapes visant à améliorer les objectifs et le contenu de la FMC : introduction et formation aux principes de pédagogie d'adultes, avec formation d'animateurs ; promotion chez les professionnels des concepts d'évaluation et de qualité des soins, des principes d'épidémiologie, de santé publique, d'économie de la santé. En 1989, la définition des critères de qualité de la FMC a été basée sur quatre principes : adaptation à la pratique, qualité scientifique et pédagogique, indépendance. Depuis les Ordonnances de 1996 et l'obligation légale, le Conseil national de FMC a défini les critères de validation d'une action de FMC, en se fondant sur la recherche d'efficacité des divers types de FMC, sur leur capacité à modifier les comportements professionnels.

Les conditions de mise en œuvre ont été dominées par deux questions :

- la généralisation indispensable, avec l'alternative incitation ou obligation, résolue, au moins provisoirement, avec les ordonnances établissant l'obligation légale ;
- les problèmes de financement, avec ici trois possibilités : financement purement professionnel, auquel la majorité des praticiens n'étaient pas prêts ; financement par le biais de l'industrie, avec ses risques pour l'indé-

pendance de la formation ; financement public, par l'État ou les organismes sociaux, organisé progressivement, qui présente également des risques d'orientation de la formation. Les premiers financements ministériels en 1978 ont permis le lancement d'une politique nationale ; les financements conventionnels des années quatre-vingt-dix, ont permis le développement des formations de deux jours avec indemnisation des participants.

Les insuffisances et difficultés rencontrées

Elles ont été multiples, concernant aussi bien la FMC elle-même, ses modalités, son évaluation, son financement, que ses conditions de mise en œuvre. Les difficultés concernant ces dernières ont été particulièrement importantes et perturbatrices ces dernières années.

Les modalités de la FMC posent nombre de problèmes, tant au plan de l'identification des besoins que des méthodes pédagogiques utilisées. Conditionnés par les habitudes de l'enseignement académique, les intervenants et parfois même les participants, acceptent mal ou maîtrisent mal, des méthodes plus participatives. Le financement est largement dominé par les apports de l'industrie pharmaceutique, ce qui pose beaucoup de problèmes quant à l'indépendance du contenu de la formation. Des chartes satisfaisantes régissant les rapports entre les organisateurs et prestataires de formation et les sponsors industriels ont rarement été établies, et ne sont pas toujours observées.

Ces données concernant les insuffisances sont cependant souvent fondées sur des impressions, car l'évaluation de la FMC est, actuellement, insuffisamment développée.

Les conditions de mise en œuvre ont été assez profondément perturbées par les rivalités à l'intérieur de la profession, notamment par les dissensions syndicales et le souhait des organisations syndicales de jouer un rôle prédominant dans ce domaine, et notamment de contrôler les financements publics. L'État, en raison de dispositions du Code du travail et surtout en fonction des négociations professionnelles avec les représentants syndicaux, privilégie les options syndicales parmi les demandes des diverses composantes de la profession.

De ce fait la mise en œuvre de l'obligation légale est paralysée les pouvoirs publics n'ayant pas donné leur aval aux propositions du Conseil national de la FMC, celui-ci a pratiquement arrêté son activité. Il semblait pourtant que, malgré un certain nombre d'imperfections, la profession dans son ensemble avait accepté le nouveau dispositif, et que celui-ci pouvait facilement être amélioré.

Parallèlement une nouvelle modalité de FMC, la formation professionnelle continue (FPC), a été créée par la convention signée avec la Sécurité sociale et un syndicat de généralistes, et secondairenement. Cette FPC, gérée paritairement par organismes sociaux et syndicats médicaux signataires, apparaît dérogatoire des règles adoptées par la profession et légalisées par les Ordonnances de 1996.

Ces données sont largement confirmées par deux rapports officiels indépendants : celui de l'Igas en 1993, et plus récemment le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale [4].

De toutes ces péripéties il résulte un blocage du système et surtout une démobilisation préoccupante des professionnels. La dynamique de développement professionnel de la FMC semble en panne. Seules, heureusement, les actions locales des associations se poursuivent, mais avec beaucoup de difficultés et un certain découragement.

Quelques principes pour une politique efficace de FMC

Une politique efficace de FMC doit prendre en compte quelques principes :

- La FMC doit avoir pour seul objectif la qualité des soins et la santé publique. Tout autre objectif risque d'en altérer l'indépendance. Il apparaît ainsi que les négociations concernant la FMC doivent être dissociées de tout autre objectif, sous peine d'asservir la FMC à des buts corporatifs. Le rapport de la Cour des Comptes en fait sa première conclusion [4].
- La FMC doit promouvoir une certaine conception de la médecine et de la santé, centrée sur le respect de la personne. Elle doit donc favoriser le travail en commun des divers modes d'exercice, tout en se centrant sur les objectifs propres à chaque discipline. Elle doit privilégier l'approche décisionnelle plutôt que le simple apport de connaissances, qui reste bien entendu nécessaire.
- La FMC doit accompagner les mutations du système de santé : évaluation et recherche de qualité des soins, travail en réseau, partage de la décision, éducation à la santé et éducation thérapeutique du patient, prévention et dépistage raisonné.
- La FMC doit reposer sur une véritable identification des besoins. Celle-ci doit faire intervenir les professionnels de toutes les disciplines et s'adapter à tous les modes d'exercice. Mais elle ne peut être l'œuvre des seuls professionnels, et doit prendre en compte les besoins de santé publique, les données économiques, les attentes de la population. C'est autour de l'identification des besoins que doit se réaliser essentiellement l'interaction entre les pouvoirs publics et les professionnels.
- La FMC doit tenir compte des principes de la formation de professionnels en exercice, et de l'impossibilité de sa réalisation sans une adhésion réelle de ces professionnels au système mis en place. Les structures qui l'organisent et la gèrent, doivent avoir la représentativité la plus large ; le système quadripartite mis en place semble être le mieux à même de favoriser l'adhésion du plus grand nombre de professionnels.
- La FMC dans ses modalités ne peut être que diversifiée, prenant en compte les particularités des médecins, de leurs besoins, de leur exercice. Elle ne peut se limiter aux méthodes traditionnelles de l'enseignement magistral. Les praticiens doivent avoir le libre choix de leurs moyens de formation.
- La FMC doit concerner l'ensemble des professionnels. Un système obligatoire, s'il est jugé nécessaire, qu'on l'appelle obligation de formation médicale continue ou recertification, doit se fonder sur la garantie des compétences plutôt que sur des connaissances. Il doit faire appel essentiellement à la responsabilité et à l'initiative des professionnels.

Il y aurait beaucoup à dire encore sur ce sujet. Plutôt qu'une description, difficile étant donné les incertitudes de la situation, il nous a paru préférable de présenter la problématique de l'efficacité de la FMC au regard de son ambition de permettre l'adaptation des professionnels à l'évolution des besoins de santé et de comparer cette problématique à la situation actuelle. Nos données montrent qu'il y a encore beaucoup d'obstacles. Les bases de la réussite sont entre les mains des professionnels ainsi que de l'État. Pour les professionnels, il s'agit de surmonter leurs divisions et d'accepter de travailler ensemble. Le rôle de l'État peut être décisif, comme l'avait été l'impulsion donnée en 1978 par Simone Veil. Les recommandations de la Cour des Comptes montrent la voie à suivre.

bibliographie

1. Arliaud M. *Les médecins*. Paris : La Découverte, 1987.
2. Arliaud M., Robelet M. Réformes du système de santé et devenir du « corps médical ». *Sociologie du travail,* 2000, 42, 91-112.
3. Bui Dang Ha Doan. *Les médecins en France. Perspectives de démographie professionnelle et d'organisation sanitaire.* Paris : Publication du Centre de sociologie et de démographie médicales, 1984.
4. Cour des Comptes. La formation médicale continue des médecins libéraux. *In La sécurité sociale.* Paris : Les éditions des journaux officiels, septembre 1999.
5. Davis D. A., Thomson M. A., Oxman A. D., Haynes R. B. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995 ; 274 : 705-705.
6. Durieux P., Ravaud Ph., Chaix C., Durand–Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? *La Presse Médicale*, 6 mars 1999, 28, n° 9.
7. Evidence-based medicine working group (Guyatt G.). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992, 268, 17.
8. FCM : une obligation légale et des sanctions à la clé. *Le Quotidien du Médecin*, 11 juillet 2000.
9. Fédération des sociétés nationales de spécialité médicale. *FMC : État des lieux et perspectives*. 1997.
10. Gallois P. (dir.) *La formation médicale continue. Principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation*. Paris : Flammarion, coll. *Médecine-Sciences*, 1997.
11. Grenier B. *Évaluation de la décision médicale. Introduction à l'analyse médico-économique*. Paris : Masson, 1997, 412 p.
12. Guyatt G. La médecine établie sur des bases objectives. *In* Matillon Y., Durieux P. *L'évaluation médicale.* Paris : Flammarion.
13. Hassenteufel P., *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*. Paris : Presses de la FNSP, 1997.
14. Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zuber M.-C. *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980.* Paris : Éditions Inserm Doin, 1993.
15. Imbault-Huart M.-J. Hôpital : la réforme inévitable ». *In État providence. Arguments pour une réforme*. Paris : Gallimard, coll. *Le débat*, 1996.
16. *La mosaïque humaine. Entretiens sur les révolutions de la médecine et le devenir de l'homme ; Jean Bernard, Jean Dausset. Paris :* Calmann-Lévy.
17. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction des Hôpitaux. *Remontées du bilan social des établissements publics de santé, enquêtes, coûts et carrières*. Années : 1993, 1994, 1995, 1996, 1997.
18. Revalidating Doctors Ensuring standards, securing the future. General Medical council. Royaume-Uni 2000 www.gmc-uk.org.
19. Sackett D. L. *et al*. Evidence-based medicine : what it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *Brit. med.* J. 1996, 312.
20. Segouin C., Rusch E., Reninger M. Continuing Medical Education in University Hospital Centers becomes strategy. In *Advances in Medical Education.* Kluwer Academie Publishers : 1997.
21. Segouin C., Jacques A., Lescop J. Le rôle du Collège des Médecins du Québec dans l'agrément. *In L'accréditation des établissements de santé*. Paris : Doin, coll. *Les dossiers de l'AP-HP*, 1998.
22. Segouin C., Nicoulet I, Reninger M. *Compulsory Continuing Medical Education in France and practises in Continuing Medical Education*. The Heighth International Ottawa Conference on Medical Education and Assessment. July 12-15, 1998. Procedings, vol. 2.
23. Survey of hospitals and healthcare provider organizations requirements for physician continuing medical education credit in Luisiana. LSMS committee on Medical Education. *Journal of Louisiana State Medical Society* 151 [4] : 151, 3, avril 1999.

adresses utiles

Conseil national de l'Ordre des médecins
180, boulevard Haussmann
75008 Paris
Tél. : 01 53 89 32 00

Union nationale des formations médicales continues (Unaformec)
261, rue de Paris
93556 Montreuil Cedex
Tél. : 01 43 63 80 00

Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
79, rue Tocqueville
75017 Paris
Tél. : 01 43 18 88 00

Syndicat MG France
Fédération française des médecins généralistes
6, boulevard Jourdan
75014 Paris
Tél. : 01 43 13 13 13

Syndicat des médecins libéraux (SML)
83, route de Grigny
91130 Ris-Orangis
Tél. : 01 69 02 16 50

Fédération des médecins de France (FMF)
60, rue Laugier
75017 Paris
Tél. : 01 47 63 40 52

Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF)
22, avenue de Versailles
75016 Paris
Tél. : 01 45 20 90 57