

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

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

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

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

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

### Conclusion

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

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

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

## Praticiens étrangers et/ou à diplôme étranger

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre des établissements hospitaliers publics et privés partici-

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

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

**Marcel Legrain**

Membre de l'Académie de médecine

**Claire Hatzfeld**

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