

25 OCT. 1960

huf

MINISTÈRE DES FINANCES
et des Affaires économiques

INSTRUCTION N° 60-162 - M 2
du 17 Octobre 1960

CLASSEMENT
M 2

DIRECTION
DE LA
COMPTABILITÉ PUBLIQUE

BUREAU D 3

Numéro dans les séries spéciales :

553 TM

Cette instruction a été modifiée par les instructions suivantes :
n° du
n° du
n° du
n° du

Cette instruction a été abrogée par l'instruction
n° du

25 OCT. 1960

HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

HONORAIRES MEDICAUX — REGIME FISCAL
AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE
DES MEDECINS, CHIRURGIENS ET SPECIALISTES

DOCUMENTS A ANNOTER

Circulaire n° 1239 du 8 avril 1953 (B. S. T. 28 G).

Instruction n° 60-65 - M 2 du 6 avril 1960.

D'après la jurisprudence du Conseil d'Etat et de la Cour de Cassation, les établissements hospitaliers publics doivent être considérés comme « les employeurs » du corps médical, avec toutes les conséquences qu'une telle situation entraîne, aussi bien sur le plan fiscal que vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

La présente instruction a pour objet de notifier aux comptables, en les accompagnant du commentaire succinct ci-après, les dispositions prises par voie de circulaires, pour mettre en œuvre les décisions des Cours et Tribunaux.

1° Régime fiscal des honoraires médicaux.

La circulaire n° 1239 du 8 avril 1953, publiée au *Bulletin des Services du Trésor* n° 28 G, a, dans son paragraphe II, informé les comptables des décisions prises par la Direction Générale des Impôts en ce qui concerne la situation fiscale des membres du corps médical hospitalier.

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

DIFFUSION
GT
37

RGS	PGS	TPG	DOM	TGP	RF	P
-----	-----	-----	-----	-----	----	---

INSTRUCTION
N° 60-162 - M 2
du
17 octobre 1960.

Cette Direction admettait que les sommes réparties à chaque bénéficiaire, au titre des honoraires médicaux, groupés en masse, pourraient donner lieu au versement forfaitaire de 5 % par prélèvements sur les fonds de cette masse, et que ces mêmes sommes seraient, en contrepartie, affranchies de la taxe proportionnelle.

Ces dispositions sont abrogées et remplacées par celles de la circulaire interministérielle du 30 août 1960, relative au régime fiscal des honoraires médicaux (annexe n° 1).

Les mesures adoptées par ce texte n'appellent aucun commentaire particulier.

Désormais, le versement de la contribution forfaitaire calculée sur les sommes allouées aux médecins, en rémunération de leur activité hospitalière, incombe aux établissements publics hospitaliers. La mesure ne prend effet qu'à compter de l'année 1960.

2° Régime de sécurité sociale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices publics.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population a, par circulaire du 18 décembre 1959, notifiée aux comptables par instruction n° 60-65 - M 2 du 6 avril 1960, indiqué les mesures à prendre par les administrations hospitalières pour que tous les médecins, chirurgiens et spécialistes, assistants, assistants d'anesthésie-réanimateurs, en fonction dans les hôpitaux et hospices publics soient, à compter du 1^{er} janvier 1960, immatriculés à la sécurité sociale.

La circulaire du Ministre de la Santé publique et de la Population du 16 août 1960 (annexe n° 2) a pour objet d'apporter des précisions à la circulaire du 18 décembre 1959.

L'attention des comptables est appelée sur les points suivants :

a) Exercices atteints par la déchéance.

La difficulté provient du jeu combiné de la déchéance quadriennale opposable par l'établissement hospitalier public et de la prescription quinquennale appliquée par l'article 169 du Code de la Sécurité Sociale à l'action civile ouverte aux caisses, en recouvrement des cotisations.

Il convient d'observer que la déchéance quadriennale s'applique aux cotisations de sécurité sociale dues par les établissements hospitaliers, alors que la prescription de l'action en recouvrement vise les réclamations formulées par les caisses.

En outre, si la déchéance quadriennale est acquise après l'expiration de quatre années civiles y compris celle au cours de laquelle est née la créance, l'action civile en recouvrement se prescrit par cinq ans, à dater de l'expiration du délai suivant l'avertissement ou la mise en demeure adressée au débiteur.

L'interruption de la prescription quinquennale résulte, d'après l'article 152 du Code de la Sécurité Sociale, d'une mise en demeure par lettre recommandée. Toute réclamation adressée à l'autorité compétente interrompt, de son côté, le délai de la déchéance.

La circulaire du Ministre de la Santé publique a souligné que l'interruption de la déchéance quadriennale qui permet de réclamer, au-delà de quatre ans, les cotisations patronales à un établissement hospitalier public se trouvera cependant limitée dans son effet rétroactif par la prescription quinquennale de l'action en recouvrement éventuellement courue. (Les difficultés particulières devraient être soumises sous le présent timbre.)

b) *Par qui doit être opposée la déchéance.*

La circulaire du 16 août 1960 n'envisage que le cas où la déchéance quadriennale est invoquée par le représentant légal de l'établissement débiteur, en l'occurrence : le président de la Commission administrative. De toute évidence, il s'agit de l'éventualité où la déchéance est opposée en justice. En dehors d'une instance ou avant qu'elle ne s'ouvre, l'ordonnateur est le mieux à même de l'invoquer et le comptable est fondé à appeler son attention chaque fois qu'il devra être envisagé d'opposer la déchéance quadriennale à des demandes de règlement portant sur des cotisations arriérées.

Le Directeur de la Comptabilité Publique,

MARTIAL-SIMON

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE N° 1

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
14° bureau.

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES

DIRECTION DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE
Bureau D 3.

244 c
Non parue J. O.
3.455 (60-35)

**CIRCULAIRE DU 30 AOÛT 1960 RELATIVE A LA SITUATION FISCALE
DES MEMBRES DU CORPS MÉDICAL DES HOPITAUX PUBLICS**

(Non parue au Journal officiel.)

- 1° Circulaires abrogées par la présente circulaire : circulaire n° 99 du 22 juillet 1953, circulaires n°s 786 et 1141 des 18 février et 5 août 1957 ;
- 2° Circulaires complétées par la présente circulaire : néant.

Paris, le 30 août 1960.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION,
LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUX FINANCES

à

MESSIEURS LES PRÉFETS (pour exécution),
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA SANTÉ (pour
information),
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA POPULATION
ET DE L'ACTION SOCIALE (pour information).

Par circulaire n° 1239 du 8 avril 1953, sous le timbre « Ministère des Finances » (circulaire publiée au *Bulletin des services du Trésor* 28 G) et par circulaire n° 99 du 22 juillet 1953, sous le timbre « Ministère de la Santé publique et de la Population », vous avez été informés de la décision prise par la Direction Générale des Impôts en ce qui concerne la situation fiscale du corps médical hospitalier.

Se basant sur le fait que les membres du corps médical hospitalier sont dans une situation d'étroite subordination administrative à l'égard des établissements où ils exercent leur activité, le Conseil d'Etat, dans un arrêt du 7 janvier 1956 (7^e sous-section du contentieux) a jugé que l'activité des membres du corps médical hospitalier doit être assimilée à celle d'un fonctionnaire ou agent public et que les sommes allouées à ces praticiens en rémunération de cette activité doivent, quelles que soient les modalités de leur calcul, être regardées comme ayant le caractère de salaires et échappent à ce titre à la taxe proportionnelle (cf. *Gazette du Palais* 1956, 1^{er} semestre, page 258).

La Haute Assemblée, dans un avis en date du 18 février 1958, a spécifié que les établissements hospitaliers doivent, en leur qualité d'employeurs, supporter la charge du versement forfaitaire prévu à l'article 231 du Code général des impôts sur le montant des honoraires payés aux médecins, chirurgiens et spécialistes pour les soins dispensés par eux aux malades payants, comme sur le montant des indemnités qu'ils accordent à ces praticiens pour les soins donnés aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour permettre aux établissements de se conformer aux obligations qui leur incombent en leur qualité d'employeurs, les chefs de service devront notifier à l'ordonnateur de l'établissement les décisions prises par entente entre les intéressés pour procéder à la répartition des honoraires formés en masse conformément aux prescriptions de l'article 133 du décret du 17 avril 1943. Après prélèvement du pré-compte réglementaire de 5 % effectué par l'administration hospitalière, en vue de couvrir les frais de gestion de la masse, les sommes revenant aux praticiens leur seront versées au vu d'un ordre de paiement établi par l'ordonnateur appuyé de la décision portant répartition des honoraires encaissés (cf. Instruction 60-65 M2 du 6 avril 1960, paragraphe 7).

Le versement forfaitaire prévu à l'article 231 du Code général des impôts calculé sur le montant des sommes comprises dans chaque répartition donnera lieu à l'émission d'un mandat de paiement imputé sur des crédits ouverts à cet effet au budget de l'établissement qui comprendra une subdivision spéciale à cet effet au compte 620 « *Impôts et taxes* ».

Le règlement des sommes mandatées s'effectuera selon les règles en vigueur, savoir :

- pour le versement forfaitaire de 5 % au moyen d'un avis de crédit dans les conditions fixées par les circulaires des 4 mai et 16 juin 1949 (B. S. T. 54 G), cet avis de crédit ne devant être accompagné d'un bordereau-avis n° 1095 sp. que dans le département de la Seine ;
- pour la majoration du versement forfaitaire perçue au profit du fonds de surcompensation des prestations familiales, majorations perçues, à compter du 1^{er} janvier 1960, au profit du budget annexe des prestations familiales agricoles (1) par avis de crédit distinct accompagné, dans tous les cas, d'un bordereau-avis n° 1095 M.

Après avoir complété le cadre prévu à cet effet aux bordereaux-avis par l'indication du registre sur lequel l'opération a été constatée, ainsi que de la date et du numéro de l'écriture, le receveur inscrira les sommes mandatées au crédit du sous-compte 5 « *Impôts sans rôles* » du compte 37-26 « *Impôts et amendes* » ouvert dans les écritures de la perception et en effectuera le versement à la recette des finances dans les conditions fixées par la circulaire 737 du 16 juin 1949 (B. S. T. n° 54 G).

La déclaration annuelle du montant *par bénéficiaire* des répartitions individuelles faites au titre de la *masse* des honoraires médicaux sera désormais faite par l'administration hospitalière à l'aide de bulletins individuels 1024 *bis*. Ces bulletins seront transmis dans le courant du mois de janvier de chaque année au directeur départemental des contributions directes dûment récapitulés sur un état 1024 sp. Il conviendra, le cas échéant, de tenir compte des rémunérations dont il s'agit pour l'établissement du bordereau annexe n° 1024 M relatif aux traitements et salaires supérieurs à 30.000 NF.

Les receveurs devront fournir aux administrateurs toutes indications utiles, à l'aide des éléments contenus dans leurs écritures, pour leur permettre d'établir les documents à transmettre au service des contributions directes comme il est indiqué à l'alinéa précédent.

En vue d'éviter un nouveau chef de hausse des prix de journée il a été décidé, à titre de régularisation, de renoncer purement et simplement au recouvrement de l'impôt en cause pour les années 1956 à 1959. Les établissements ont également la faculté de reporter sans pénalité à 1961 le paiement de l'impôt relatif à l'année 1960.

(1) Article 58, § III, de la loi de finances du 26 décembre 1959.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE N° 2

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

14^e bureau.

242
Non parue J. O.
3.453 (60-35)

CIRCULAIRE DU 16 AOUT 1960
RELATIVE A L’AFFILIATION A LA SECURITE SOCIALE DES MEDECINS,
CHIRURGIENS ET SPECIALISTES DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

(Non parue au Journal officiel.)

Circulaire abrogée par la présente circulaire : néant.

Circulaire complétée ou modifiée par la présente circulaire : circulaire du 18 décembre 1959.

Paris, le 16 août 1960.

LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION,

à

MESSIEURS LES PRÉFETS (pour exécution),
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA SANTÉ (pour
information),
MESSIEURS LES DIRECTEURS DÉPARTEMENTAUX DE LA POPULATION
ET DE L’ACTION SOCIALE (pour information).

Par circulaire du 18 décembre 1959, des instructions vous ont été données en vue de l’affiliation à la sécurité sociale des médecins en fonctions dans les hôpitaux et hospices publics.

Depuis lors, mon Département ministériel a été saisi d’un certain nombre de difficultés qui se sont présentées pour l’application desdites instructions et je crois utile de vous apporter à ce sujet les précisions suivantes :

1° Immatriculation rétroactive.

La circulaire du 18 décembre 1959 a prescrit l’affiliation des médecins à compter du 1^{er} janvier 1960, tout en indiquant que si des caisses de sécurité sociale intervenaient pour une affiliation rétroactive et le versement des cotisations correspondantes, les administrations hospitalières devaient rechercher des accords amiables et en tout état de cause opposer aux demandes de versements rétroactifs la déchéance quadriennale prévue par l’article 148 de la loi du 31 décembre 1945.

Des difficultés de trois ordres se sont présentées à ce sujet :

A. Certaines caisses font état de la *déchéance quinquennale* qui leur est applicable en vertu de l'article 153 du Code de la sécurité sociale et se fondent, en conséquence, sur cette législation pour réclamer cinq ans de cotisations arriérées. A de telles demandes, les hôpitaux doivent opposer la *déchéance quadriennale* qui est expressément applicable à toutes les dépenses des établissements publics, en vertu de l'article 148 précité de la loi du 31 décembre 1945. En conséquence, l'établissement devra répondre aux caisses en écartant les cotisations dont la créance se rapporte un exercice périmé.

B. *Demandes d'immatriculation rétroactive présentées par les médecins.*

La circulaire du 18 décembre 1959 n'avait pas traité de cet aspect de la question, car il était apparu que les médecins hospitaliers n'avaient, dans la pratique, que peu d'intérêt à demander la rétroactivité de leur immatriculation à la sécurité sociale.

Or, il m'a été signalé que de nombreux médecins présentent aux commissions administratives des demandes tendant à être immatriculés à compter de leur date de nomination ou, pour les plus anciens, à compter de l'intervention des textes à caractère général prévoyant l'institution de la sécurité sociale. En conséquence, il m'a été demandé des instructions sur la suite qu'il convient de réserver à ces requêtes.

Avant d'examiner celles-ci, il convient de souligner que l'immatriculation est une mesure administrative ; la demande d'immatriculation ne tend pas par elle-même au recouvrement d'une créance, la *déchéance quadriennale* qui concerne exclusivement les créances ne peut donc constituer une fin de non-recevoir aux demandes d'immatriculation rétroactive.

En réalité, la date à laquelle remontera l'immatriculation n'aura en elle-même aucune conséquence pratique. En effet, si l'immatriculation a lieu au 1^{er} janvier 1960, cela n'empêche pas les caisses de pouvoir réclamer cinq ans de cotisations auxquelles l'établissement doit opposer, dans la mesure convenable, la *déchéance quadriennale*. Par contre, même si elle a lieu avec effet de 1945, cela ne permettrait pas aux caisses de réclamer une période de cotisation plus étendue.

Quant aux prestations susceptibles d'être perçues par les médecins, les périodes de prescription sont encore plus courtes : deux ans pour les prestations de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité et pour les accidents du travail.

S'agissant de l'assurance vieillesse, il convient de noter qu'en vertu de l'article 70, paragraphe 4, du décret du 29 décembre 1945 modifié, il ne peut être tenu compte des cotisations arriérées d'assurance vieillesse pour l'ouverture du droit et le calcul des pensions de vieillesse que si elles ont été acquittées dans le délai de cinq ans suivant la date de leur exigibilité, à moins toutefois qu'elles n'aient fait en temps utile l'objet d'un précompte sur le salaire de l'intéressé (ce qui n'est pas le cas en l'occurrence).

Pour pallier les inconvénients de cette situation et permettre aux médecins hospitaliers de bénéficier des avantages de l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale, j'ai demandé à M. le Ministre du Travail de bien vouloir envisager l'intervention d'un texte réglementaire qui permettrait aux médecins intéressés de faire sur leur demande des versements rétroactifs au titre de l'assurance vieillesse, soit depuis la date de leur nomination, soit pour les plus anciens depuis l'instauration de la sécurité sociale.

Une telle mesure donnerait satisfaction aux médecins hospitaliers qui, en demandant leur immatriculation rétroactive, sont guidés par le souci de bénéficier de l'assurance vieillesse.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ce qui précède que si les membres du corps médical hospitalier, dûment informés par les soins des administrations hospitalières des observations qui précèdent, persistent à solliciter leur immatriculation rétroactive, ces demandes devront être transmises par les administrations hospitalières aux caisses

INSTRUCTION
N° 60-162 - M 2
du
17 octobre 1960.

de sécurité sociale, afin qu'il leur soit donné par ces dernières la suite qu'elles comportent, mais par la suite les hôpitaux devront opposer la déchéance quadriennale aux demandes de versement de cotisations arriérées qui leur seront faites.

- C. Versement des cotisations arriérées en cas d'immatriculation rétroactive : plusieurs points sont susceptibles de soulever des difficultés et doivent être évoqués ici.

a) *Exercices atteints par la déchéance quadriennale.*

Votre attention est appelée sur les conditions assez particulières dans lesquelles joue la déchéance quadriennale. Celle-ci n'est pas acquise après un délai de 4 ans, jour pour jour, à compter de son point de départ, mais après l'expiration de 4 années civiles y compris celle au cours de laquelle est née la créance. Toute créance née en 1956 est déchue le 1^{er} janvier 1960, quelle que soit la date de l'année 1956 où elle est née. En outre, la déchéance est interrompue par une demande de paiement formée par le créancier, ou par un recours juridictionnel, même devant une juridiction incompétente (à l'exclusion toutefois du recours pour excès de pouvoir devant les juridictions administratives).

En conséquence :

- lorsque les cotisations auront été réclamées par les caisses pour la première fois postérieurement au 31 décembre 1959, la déchéance pourra être opposée en ce qui concerne les cotisations afférentes aux périodes d'emploi antérieures au 1^{er} janvier 1957 ;
- lorsque les cotisations auront été réclamées par les caisses avant le 1^{er} janvier 1960, la période atteinte par la déchéance devra être calculée en conséquence : exercices antérieurs au 1^{er} janvier 1956 pour les réclamations formées en 1959, et ainsi de suite. Toutefois, cette règle devra se combiner avec la prescription de cinq ans appliquée par l'article 169 du Code de la Sécurité sociale à l'action civile en recouvrement des cotisations. Il suit de là que toute réclamation formée antérieurement à l'année 1955 est prescrite ;
- les mêmes règles doivent être appliquées en cas de demandes d'affiliation émanant des médecins, et adressées soit aux hôpitaux, soit aux caisses, ainsi qu'au cas où ces médecins auraient engagé une instance contentieuse. Toutefois, dans ce dernier cas, si une décision juridictionnelle devenue définitive a prononcé le rejet de la demande d'affiliation, l'administration hospitalière sera fondée à rejeter les demandes tendant aux versements de cotisations arriérées antérieures à la demande d'affiliation ayant donné lieu à l'instance contentieuse.

b) *Par qui doit être opposée la déchéance quadriennale.*

En l'état actuel de la jurisprudence, seul le représentant légal de la collectivité débitrice peut valablement opposer la déchéance quadriennale, et les délégations générales de signature qu'il a pu consentir ne sont pas valables en cette matière. La décision opposant la déchéance quadriennale devra donc être signée dans tous les cas par la personne ayant qualité pour représenter la collectivité en justice (en aucun cas par un avocat ou un mandataire quelconque, ou même par l'ordonnateur ou le directeur de l'hôpital).

c) *Déclaration du montant des honoraires médicaux perçus par chaque praticien.*

A l'appui de sa demande d'immatriculation rétroactive chaque praticien devra indiquer le montant exact des sommes qu'il a perçues pendant la période non couverte par la déchéance, au titre de la répartition de la masse des honoraires médicaux formés en application des articles 133 et 134 du règlement d'administration publique du 17 avril 1943, une fois opéré le prélèvement de 5 p. 100 pour les frais de recouvrement et le prélèvement des frais de fonctionnement des consultations externes.

Cette déclaration est indispensable pour permettre aux hôpitaux et aux caisses de sécurité sociale de déterminer le montant des cotisations arriérées, sinon cette détermination serait impossible puisque les hôpitaux, n'intervenant en aucune façon dans la répartition de la masse, étaient jusqu'ici tenus dans l'ignorance des sommes exactes perçues par chaque praticien.

d) *Récupération du montant des cotisations incombant aux médecins.*

Il m'a été signalé que certains organes de la presse médicale spécialisée incitent les médecins à refuser, dans le cas du versement de cotisations arriérées, qu'il soit procédé par l'administration hospitalière à la récupération sur le montant de leurs honoraires de la part de ces cotisations qui incombent aux salariés, en application de l'article 122 du code de la sécurité sociale.

Ce refus semble se baser sur la jurisprudence de la chambre criminelle de la Cour de Cassation qui a déclaré, à l'occasion de poursuites pénales engagées à l'encontre d'un employeur, que le salaire versé à l'employé sur lequel aucun précompte de la cotisation ouvrière n'avait été réalisé constituait un salaire net. Le patron en n'effectuant pas le précompte était présumé avoir entendu conserver à sa charge le paiement de la cotisation ouvrière et n'était pas fondé à poursuivre par la suite la récupération des cotisations ouvrières arriérées.

Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, d'une part, le nombre des actions contentieuses entreprises au sujet de l'affiliation des médecins hospitaliers à la sécurité sociale et, d'autre part, les instructions reçues par les administrations hospitalières et les caisses de sécurité sociale leur recommandant de surseoir à l'immatriculation des médecins hospitaliers, montrent bien que la qualité même d'assuré social des médecins hospitaliers était contestée, il y avait désaccord sur une question de droit et l'idée que les hôpitaux auraient entendu verser un salaire net et prendre à leur charge la cotisation ouvrière en n'effectuant pas le précompte ne peut être retenue.

Dans ces conditions, j'estime, sous réserve bien entendu de l'interprétation souveraine des tribunaux, que les hôpitaux sont fondés à récupérer sur les médecins le montant de la part des cotisations ouvrières dont la charge incombe personnellement à ceux-ci.

**2° Médecin exerçant une activité hospitalière
et occupant simultanément un autre emploi
au titre duquel il est également affilié à la sécurité sociale
soit au régime général, soit à un régime particulier.**

A. — MÉDECINS DÉJÀ AFFILIÉS AU RÉGIME GÉNÉRAL

De très nombreux médecins hospitaliers assurent, à côté de leur activité hospitalière, une activité salariée pour le compte d'un ou plusieurs employeurs et relèvent déjà à ce titre du régime général.

L'article 121 du code de la sécurité sociale stipule que, dans l'hypothèse de salariés travaillant régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, le montant des cotisations incombant à chacun des employeurs peut être déterminé d'après les rémunérations qu'ils ont effectivement versées, soit dans la limite d'un forfait fixé par arrêté, soit en appliquant un abattement forfaitaire également fixé par voie d'arrêté, au taux des cotisations.

Cette question fait actuellement l'objet d'un examen conjoint de la part de mes services et de ceux du ministère du travail, à l'effet de déterminer dans quelles conditions seront fixés, compte tenu de cette législation, les taux de cotisations dues au titre des médecins exerçant plusieurs activités salariées, et je vous ferai parvenir des instructions à cet égard dès qu'une procédure aura pu être mise au point.

INSTRUCTION
N° 60-162 - M 2
du
17 octobre 1960.

B. — MÉDECINS DÉJÀ AFFILIÉS A UN RÉGIME PARTICULIER

Le décret du 17 août 1950 prévoit que lorsqu'un salarié est affilié pour son activité principale à un régime particulier de sécurité sociale et exerce une activité accessoire relevant du régime général, l'employeur secondaire doit verser la cotisation patronale au régime général, aucune cotisation ouvrière n'étant alors perçue à ce titre, les prestations étant (sauf en matière d'accidents du travail) versées par le régime particulier dont relève l'activité principale.

Ce texte a une portée générale et il est difficile d'y apporter une dérogation quelconque sans entraîner de graves difficultés d'application, compte tenu de l'infinie diversité des catégories de médecins hospitaliers qui occupent actuellement des fonctions relevant d'un régime particulier, soit au titre de l'enseignement, soit à tout autre titre (sécurité sociale minière, par exemple). Aussi, les administrations hospitalières seront-elles amenées, contrairement aux indications précédemment fournies, à verser au régime général les cotisations afférentes aux médecins des hôpitaux des villes sièges de faculté ou école de médecine qui occupent actuellement la double fonction enseignante et hospitalière et ce, en attendant la mise au point du statut du personnel enseignant et hospitalier dans la cadre de la réforme des études médicales.

Cette question étant liée à celle de la détermination de la cotisation due pour les médecins ayant au moins deux employeurs, je vous donnerai ultérieurement toutes indications utiles à ce sujet.

En tout état de cause, quelle que soit la situation des membres du corps médical hospitalier et quelque activité qu'ils exercent en dehors de l'hôpital, l'administration hospitalière est tenue de faire auprès des caisses de sécurité sociale une déclaration d'emploi, soit au 1^{er} janvier 1960 pour les médecins alors en fonctions (si ce n'est déjà fait), soit à la date de leur recrutement pour ceux qui seront nommés ultérieurement.

3° Versement des cotisations.

Les médecins, en raison de leurs conditions particulières de rémunération, ne perçoivent pas chaque mois une somme fixe, bien au contraire, leur rémunération est soumise, selon les époques de l'année, à d'importantes fluctuations. Il s'ensuit des difficultés pour déterminer avec exactitude l'assiette des cotisations de sécurité sociale. J'ai, en conséquence, demandé à M. le Ministre du Travail que soit admis le versement des cotisations, non pas sur une base mensuelle, ni même trimestrielle, mais sur la base annuelle : si ma proposition est acceptée, les hôpitaux seront tenus de verser aux organismes de recouvrement des avances trimestrielles, la régularisation se faisant annuellement.

**4° Délivrance des attestations nécessaires aux médecins hospitaliers
pour bénéficier des prestations auxquelles leur ouvre droit leur affiliation
à la sécurité sociale.**

Que ce soit en matière d'assurances sociales ou de prestations familiales, les salariés doivent, pour bénéficier des prestations, justifier d'un certain nombre de journées de présence.

Les médecins des hôpitaux ne peuvent être dispensés de produire les justifications exigées par la législation sur la sécurité sociale.

Les attestations nécessaires à cet effet devront, en conséquence, être délivrées, compte tenu de l'horaire accompli par chaque praticien, par le directeur dans les hôpitaux et hospices de plus de 200 lits et par le président de la commission administrative dans les établissements de moins de 200 lits, en raison des attributions qui leur sont respectivement confiées en matière d'ordonnancement et de nomination du personnel.

5° Affiliation des médecins nommés à titre provisoire et des médecins suppléants.

Il m'a été demandé si devaient être affiliés à la sécurité sociale les médecins nommés à titre provisoire en application de l'article 29, alinéa 2, du décret du 11 décembre 1959, lorsqu'un poste ne peut être pourvu dans l'immédiat par voie de concours, ainsi que les médecins désignés conformément à l'article 29, alinéa 3, de ce texte pour assurer les suppléances des membres du corps médical régulièrement nommés pendant les absences et congés de ces derniers.

Cette question comporte une réponse affirmative. Malgré le caractère temporaire de leur activité hospitalière, les intéressés se trouvent au titre de celle-ci vis-à-vis de l'hôpital dans un lien de subordination de nature à entraîner leur affiliation à la sécurité sociale. Le montant des cotisations à verser sera calculé dans les conditions habituelles, d'après la rémunération effectivement perçue par eux.

6° Affiliation de catégories de personnel autre que le personnel médical.

A la suite de la publication de la circulaire du 18 décembre 1959, la question m'a été fréquemment posée de savoir si les dispositions de celle-ci devaient s'étendre à d'autres catégories de personnel n'appartenant pas aux cadres du personnel médical, mais dont les conditions d'exercice de leur activité hospitalière se rapprochent de celles du personnel médical, du fait que les personnes en cause ne sont occupées qu'à temps partiel à l'hôpital. Il en est ainsi par exemple des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes (à l'exception bien entendu des sages-femmes titulaires appartenant au personnel hospitalier qui sont soumises au statut de ce personnel et des sages-femmes exerçant en clinique ouverte), des masseurs auxiliaires médicaux rémunérés à la vacation, etc.

Là aussi, il doit être répondu par l'affirmative en raison du lien de subordination existant entre les intéressés et l'hôpital.

S'agissant des pharmaciens gérants, je rappelle que par circulaire du 10 janvier 1956, à laquelle je vous prie de vouloir bien vous reporter, il vous a été indiqué que les intéressés devaient être affiliés au régime général de la sécurité sociale pour leur activité hospitalière.

*
* *

Vous voudrez bien porter les dispositions de la présente circulaire à la connaissance des commissions administratives des hôpitaux et hospices publics de votre département, en m'informant éventuellement des difficultés rencontrées pour leur application.

BERNARD CHENOT.